



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Andragogika osob s disabilitou

Distanční studijní text

Pavel Mühlpachr

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Speciální pedagogika

Klíčová slova: *Andragogika, speciální andragogika, handicap., zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění, integrace, inkluze*

Anotace:

Studijní opora se věnuje problematice osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v kontextech dospělého věku. Pro pochopení této problematiky je nezbytně nutné prezentovat i základní problematiku speciální pedagogiky, tedy disciplíny zaměřené na problematiku dětí a mládeže. Zejména u vrozených typů postižení se jedná v dospělém věku o kontinuování životně náročné situace, se kterou je třeba se vyrovnat v několika rovinách již v dětství (škola, rodina, medicína, sociální oblast apod.) Speciální andragogika v podstatě začíná životním předělem tzv. přechod škola – povolání a pokračuje po celou životní dráhu jedince

Studijní opora se věnuje základním oblastem speciální andragogiky, vymezení základních pojmů, diagnostice a aktuálním trendům ve speciální andragogice. V populaci se vyskytuje početně největší skupina jedinců s mentální disabilitou, proto je tato problematika zařazena jako první. Následující další kapitoly – problematika tělesných handicapů, smyslových handicap a vybraných specifických handicapů doplňují komplexně danou oblast andragogiky.

Autor: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

- © prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D., 2019
- © Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2019

Obsah

ÚVODEM.....	9
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	10
1 ÚVOD DO SPECIÁLNÍ ANDRAGOGIKY.....	11
1.1 Speciální pedagogika – pojetí	11
1.2 Speciální andragogika – pojem	12
1.3 Vývoj názvů označení oboru.....	13
1.4 Vztah speciální andragogiky k jiným vědám	13
1.5 Klasifikace speciální andragogiky	13
1.6 Definice postižení.....	14
1.7 Základní terminologické pojmy speciální andragogiky	14
2 DIAGNOSTIKA VE SPECIÁLNÍ ANDRAGOGICE.....	21
2.1 Komplexnost procesu diagnostiky ve speciální andragogice.....	21
2.2 Členění diagnostiky podle základních kritérií.....	23
2.3 Význam diagnostiky pro speciálně pedagogickou praxi.....	25
2.4 Úkoly speciálněpedagogické diagnostiky	26
2.4.1 Raný a předškolní věk.....	26
2.4.2 Diagnostika v období školního věku a dospívání	26
2.4.3 Diagnostika v období dospělosti	27
2.4.4 Diagnostika v období stáří	28
2.5 Přehled nejdůležitějších diagnostických metod	28
2.5.1 Přehled základních klinických metod	29
2.5.2 Psychometrické vlastnosti diagnostických testových metod	32
2.5.3 Ostatní diagnostické metody a možnosti jejich uplatnění.....	32
2.6 Hlavní oblasti speciálněpedagogické diagnostiky podle zaměření.....	33
2.6.1 Hrubá a jemná motorika.....	34
2.6.2 Grafomotorika a kresba.....	35
2.6.3 Lateralita	36
2.6.4 Diagnostika sebeobslužných činností	37
2.6.5 Diagnostika socializačního a citového vývoje.....	37
2.6.6 Diagnostika rodinného prostředí.....	39
2.6.7 Diagnostika rozumových schopností	39

2.6.8	Diagnostika komunikačních schopností	40
2.7	Komunikační schopnost u vybraných druhů postižení	42
2.8	Vybrané diagnostické situace.....	44
2.8.1	Kresba jako diagnostická situace	44
2.9	Diagnostika školní zralosti a připravenosti pro školu	47
2.10	Diagnostika profesní orientace	49
3	PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÁ PORUCHA (PAS, AUTISMUS)	54
3.1	Prevalence	54
3.2	Triáda příznaků	55
3.3	Etiologie	55
3.4	Komplexní diagnostika autismu.....	56
3.4.1	Psychologicko-psychiatrická diagnostika.....	56
3.4.2	Neurologické nálezy u lidí s autismem.....	57
3.5	Spektrum autistických poruch.....	59
3.6	Edukace klientů s autismem.....	60
3.7	Problémy v komunikaci	61
3.8	Formy komunikace.....	62
3.9	Problémy v sociálních vztazích.....	62
3.10	Problémy s představivostí.....	63
3.11	Motorika a praktické dovednosti	64
3.12	Typologie speciálně-andragogických intervencí	65
4	SYNDROM DEMENCE	70
4.1	Diagnostika demencí	72
4.2	Stavy podobné syndromu demence.....	76
4.2.1	Normální stárnutí	77
4.2.2	Psychiatrické syndromy	78
4.2.3	Delirium	80
4.2.4	Amnestický syndrom	81
4.2.5	Ostatní onemocnění	81
4.3	Klasifikace demencí	81
4.4	Atroficko-degenerativní demence	83
4.4.1	Alzheimerova choroba	83
4.4.2	Demence s Lewyho tělísky	86

4.4.3	Demence při Parkinsonově chorobě	87
4.4.4	Demence při Huntingtonově nemoci	88
4.4.5	Frontotemporální demence	88
4.4.6	Progresivní supranukleární obrna	89
4.5	Vaskulární demence	90
4.5.1	Binswangerova nemoc	90
4.5.2	Multiinfarktová demence	91
4.6	Symptomatické (sekundární) demence	91
4.6.1	Prionová onemocnění.....	91
4.6.2	Demence při AIDS.....	93
4.6.3	Další infekční demence.....	94
4.6.4	Reverzibilní demence.....	95
5	RESOCIALIZAČNÍ PEDAGOGIKA	102
5.1	Specifické skupiny odsouzených (zkušenosti z ČR).....	103
5.2	Účel a význam výkonu trestu odnětí svobody	104
5.2.1	Ochranná funkce	104
5.2.2	Individuálně preventivní funkce trestu	105
5.2.3	Generálně preventivní funkce trestu	106
5.2.4	Spravedlivost a neodvratnost trestu	108
5.3	Programy zacházení	109
5.3.1	Pracovní aktivity	110
5.3.2	Vzdělávací aktivity	111
5.3.3	Speciální výchovné aktivity.....	112
5.3.4	Zájmové aktivity	112
5.3.5	Aktivity v oblasti utváření vnějších vztahů	112
5.4	Pedagogické profese v kontextu VTOS	113
5.4.1	Vychovatel	113
5.4.2	Speciální pedagog	116
6	SOMATOPEDIE	120
6.1	Okruh osob s tělesným postižením.....	121
6.2	Klasifikace pohybových vad	121
6.2.1	Obrny centrální a periferní.....	122
6.2.2	Deformace.....	126

6.2.3	Malformace a amputace	127
6.3	Profesní realizace osob se zdravotním postižením.....	127
6.3.1	Současný stav zaměstnanosti a trh práce	128
6.3.2	Nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.....	129
6.3.3	Dlouhodobá nezaměstnanost	130
6.4	Kompenzační pomůcky	130
7	LOGOPEDIE	132
7.1	Komunikace, verbální a nonverbální komunikace	133
7.2	Narušená komunikační schopnost.....	134
7.2.1	Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti.....	135
7.2.2	Klasifikace narušení komunikační schopnosti.....	135
8	SURDOPEDIE.....	145
8.1	Výskyt sluchového postižení v populaci.....	146
8.2	Klasifikace sluchových vad.....	147
8.3	Místo vzniku postižení	147
8.3.1	Periferní nedoslýchavost či hluchota	147
8.3.2	Centrální nedoslýchavost či hluchota	148
8.4	Období vzniku postižení.....	148
8.4.1	Vrozené (hereditární) vady sluchu.....	148
8.4.2	Získané (postnatální) vady sluchu	148
8.5	Stupeň postižení	149
8.6	Sluchová protetika.....	150
8.7	Komunikační formy sluchově postižených.....	151
9	TĚŽKÉ POSTIŽENÍ A KOMBINOVANÉ VADY	154
9.1	Těžké postižení jako trvalé ohrožení vývoje a života	156
9.2	Zásady podpory těžce postižených dětí a mladistvých	157
9.3	Metoda bazální stimulace.....	161
10	OFTALMOPEDIE.....	164
10.1	Etiologie zrakového postižení	165
10.2	Klasifikace osob se zrakovým postižením.....	166
10.2.1	Osoby nevidomé	168
10.2.2	Osoby se zbytky zraku	169
10.2.3	Osoby slabozraké	169

10.2.4	Osoby s poruchou binokulárního vidění	170
10.2.5	Kombinované vady se zrakovým postižením	171
10.3	Vliv zrakového postižení na osobnost jedince	172
10.4	Kompenzační pomůcky	174
LITERATURA		177
SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY		182
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....		184

ÚVODEM

Studijní opora je primárně určena pro studenty speciální pedagogiky. Je však vhodná i pro studenty jiných oborů, a to sociálního či humanitního zaměření. Studenti získají základní vhled do této problematiky. Studijní opora je koncipována nejen čistě pro kategorii dospělého věku, ale předkládá i problematiku speciálně pedagogickou se zaměřením na děti a mládež. Pochopení základů speciální pedagogiky je nezbytnou podmínkou studia speciální andragogiky. To vše je tedy obsaženo v následujícím odborném textu.

Studijní opora je koncipována velmi široce a srozumitelně, není tedy podmínkou určovat výchozí požadavky pro absolvování tohoto kurzu. Předpokládá se, že student se středoškolským vzděláním je schopen v plné míře pochopit strukturu i obsah textu. Bezesporně je vhodné k uvedenému předmětu doplnit vědomosti v oboru psychologie, sociologie, sociální práce, sociální politiky a práva. Filozofické základy nevyjímaje.

Studijní text je koncipován jako doplňkový k přednáškám a seminářům, které je nutné považovat za stěžejní. Samotná opora nenahradí přímou výukovou činnost zejména v oblasti prakticistních příkladů a kazuistik, které budou v rámci přednášky uváděny.

Distanční text kopíruje obsah předmětu Speciální andragogika. Přednáška jako základ vědění, seminář jako praktická rovina výuky a studijní opora jako doplňkový text, který zkompletuje potřebné znalosti, vědomosti a dovednosti v jeden celek.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora je koncipována jako ucelený text z oblasti speciální andragogiky. V úvodu textu se čtenář seznámí se základními terminologickými pojmy, následně s problematikou speciálně andragogické diagnostiky. V textu jsou prezentovány základní speciálně andragogické subdisciplíny. Etopedickou problematiku zastupuje kapitola věnovaná resocializační pedagogice. Problematiku psychopedickou rozšiřuje kapitola věnovaná demencím, každá kapitola je doplněna rozsáhlou odbornou literaturou. V závěru opory je uvedeno značné množství odborných zdrojů, které je možné využít k samostudiu a rozšíření obzorů v dané problematice.

1 ÚVOD DO SPECIÁLNÍ ANDRAGOGIKY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Kapitola prezentuje základní terminologickou a epistemologickou problematiku, která je nezbytně nutná pro pochopení dalšího odborného textu.

CÍLE KAPITOLY



Cílem kapitoly je seznámení se základními koncepty speciální andragogiky.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Speciální pedagogika, speciální andragogika, klasifikace speciální andragogiky, handicap, historie oboru.

1.1 Speciální pedagogika – pojetí

Speciální pedagogika je jedním z velmi významných pedagogických disciplín. Je orientována na výchovu a vzdělávání, na pracovní a společenské možnosti zdravotně a sociálně znevýhodněných osob a na řešení výzkumných problémů oboru. V současné době se používají termíny **postižený**, **handicapovaný** (v překladu nevýhoda, nerovnost podmínek), v období školního vzdělávání se můžeme setkat s termínem „*dítě se speciálními vzdělávacími potřebami*“.

Speciální pedagogika je vědním oborem v soustavě pedagogických věd, který je zaměřen na teorii a praxi výchovy, vyučování a vzdělávání dětí, mládeže a dospělých se speciálními potřebami z důvodu somatického, sensorického, mentálního, řečového nebo psycho-sociálního defektu, poruchy nebo omezení či jejich kombinace (Vašek 2003).

Jesenský hovoří o **komprehenzivní speciální andragogice**, kterou chápe jako *souborný termín označující několik skutečností: obsáhlost, zahrnutí řady disciplín, ucelenost, komplexnost a generalizovanost pojetí*. Pojmům komprehenzivní vyjadřují obsah všech oborů

speciální pedagogiky, *pedagogiky všech skupin handicapovaných podmiňované nejenom hlediskem druhu a stupně, ale i věku postižených* (Jesenský 2000, s. 67 an.).

1.2 Speciální andragogika – pojem

➤ **V širším smyslu** se názvu speciální andragogika používá k označení každé pedagogiky vzhledem k pedagogice obecné a andragogice, která je speciálně zaměřená, např. podle věku, předmětu.

➤ **V užším smyslu** je speciální andragogika věda o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince a o principech a zásadách sociálního a profesního uplatnění jedince s handicapem, který z důvodu znevýhodnění vyžaduje při vzdělávání, profesním a sociálním uplatnění speciálně andragogický přístup, podporu při pracovním a společenském uplatnění.

Předmětem péče speciální andragogiky je zdravotně znevýhodněná, zdravotně postižená eventuálně sociálně znevýhodněná osoba, která potřebuje podporu v oblasti výchovy, vzdělávání, při pracovním a společenském uplatnění.

Východiska speciální andragogiky tvoří její vymezení. Lze ji tedy definovat jako vědu o zákonitostech speciální výchovy, speciálního vzdělávání, pracovního a společenského uplatnění jedince, který trpí handicapem (znevýhodněním zdravotním, sociálním) a vyžaduje proto zvláštní, tedy speciální přístup.

Patří sem veškeré odlišnosti, které mají charakter:

- závady,
- oslabení,
- odchylky,
- poruchy,
- vady,
- postižení.

V minulosti byla speciální pedagogika úzce zaměřena jen na problematiku speciálního vzdělávání a profesní přípravu. **Současné pojetí speciální pedagogiky** se zabývá problematikou znevýhodněného jedince od jeho narození až po stáří. Se změnami ve společnosti se prohlubuje snaha po integraci/inkluzi handicapovaných jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami do škol, školských zařízení a do společnosti jako takové.

1.3 Vývoj názvů označení oboru

Pojem speciální pedagogika se postupně v historii pozměňoval a specifikoval. Označení speciální pedagogika se u nás ustálilo od 70. let 20. století pro označení teoretických problémů i praktického výchovného působení na postiženého jedince. V celém světě není dosud pojmenování tohoto vědního oboru jednotné, po obsahové stránce jsou však přístupy odborníků blízké.

Ve vývoji názvu speciální pedagogiky se u nás můžeme setkat s termíny (Kysučan, Kuja 1996):

- pedopatologie,
- duševně úchylné děti,
- léčebná pedagogika,
- nápravná pedagogika,
- defektologie.

Termín speciální pedagogika užil poprvé v roce 1957 Bohumír Popelář a začal se prosazovat v řadě zemí. Od roku 1973 začal termín speciální pedagogika užívat významný český speciální pedagog **Miloš Sovák (1975)**.

1.4 Vztah speciální andragogiky k jiným vědám

Speciální pedagogika je nejtěsněji spjata s obecnou pedagogikou a didaktikou. Vzájemný vztah obecné a speciální pedagogiky je určen obecným filozofickým principem dialektické jednoty obecného a speciálního, jedinečného. Proces speciální výchovy a vzdělávání nelze naplňovat bez dostatečných znalostí odlišnosti vývoje v oblasti fyziologie a patologie, které jsou součástí biologických věd, a studia psychických zvláštností v oblasti společenských věd – psychologie, patopsychologie, psychopatologie, sociologie, sociální patologie, sociální psychologie.

1.5 Klasifikace speciální andragogiky

Podle druhu postižení vyžadují jednotlivé kategorie dětí i dospělých specifické formy výchovy, vzdělávání a pomoci při socializaci. Z tohoto pohledu se člení speciální pedagogika na šest oborů. Označení jednotlivých oborů má svůj původ v systému speciální pedagogiky M. Sováka (1975). V zahraniční terminologii se používá termín (speciální) pedagogika se zaměřením na příslušný druh postižení.

Dělení podle jednotlivých druhů postižení (k původní klasifikaci Sováka přiřazujeme v současné době ještě poslední dva druhy postižení):

- **Psychopedie** – (speciální) andragogika osob s mentální disabilitou;

- **Somatopedie** – (speciální) andragogika osob s tělesným postižením, s chronickým a dlouhodobým onemocněním;
- **Logopedie** – (speciální) andragogika osob s narušenou komunikační schopností;
- **Surdopedie** – (speciální) andragogika osob se sluchovým postižením;
- **Oftalmopedie** – (speciální) andragogika osob se zrakovým postižením;
- **Etopedie** – (speciální) andragogika osob s poruchami chování;
- **Edukace jedinců s více vadami** (kombinovaným postižením);
- **Specifické poruchy učení.**

1.6 Definice postižení

Za postižené ve smyslu pedagogickém se považují všechny děti, mladí lidé a dospělí, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně ztížena. Proto vyžadují speciálně-pedagogickou péči (Vernooij in Ellinger, Stein 2005).

Jednotlivé druhy postižení mají své východisko v omezení zraku, sluchu, řeči, podpůrných a pohybových funkcí, inteligence, emocionality, která se projevují klinickým obrazem nebo určitým chronickým onemocněním. Častým případem jsou kombinace postižení.

1.7 Základní terminologické pojmy speciální andragogiky

Zdravotní omezení, která jsme si zvykli označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého počátku, existují a existovat patrně nepřestanou i přes veškeré úsilí. Tato realita prostupující každou společnost je i akčním polem, na němž se řeší složitý vztah k slabším, nemocným, postiženým, kteří jsou v postavení minoritním.

V této minoritě byli nejviditelnější právě postižení, což vyplývalo z jejich odlišnosti a rozdílnosti od ostatních ve fyzickém ustrojení a mentální úrovni, ve způsobech komunikace a chování, zkrátka v celkovém zjevu. Na postiženém člověku to vše bylo nějak vidět a zpravidla byl i omezen v životních možnostech, které se v daném sociokulturním prostředí a v dané době považovaly za normální. Ať byli tito lidé ze společnosti sebevíc vytlačováni a žili jakoby mimo ni, byli vždy její součástí, byť šlo o společnost na jakémkoliv stupni a v kterékoliv době.

K definici postižení se přiřazuje aspekt personální, sociální a ekologický. Co se nezmění, je to, že **postižení bude vždy obsahovat osobní dimenzi**. I když uvažujeme o postižení jako o výsledku poškození spíše ve smyslu sociálního vyřazování, je osoba označená jako postižená postavená před úkol naučit se zacházet s postižením a s jeho následky. Nakonec

se vždy klade otázka, jaký subjektivní význam má postižení pro handicapovaného člověka (personální aspekt postižení).

V dnešní době se pojem **postižený člověk** stále více nahrazujeme jinými termíny, jako např. **znevýhodněný člověk, jedinec se speciálními potřebami**, a to z několika důvodů. Především nastal posun ve formálně-právním posuzování postavení postižených. Postižení nejsou pouze předmětem začleňování do společnosti, přispívají k její celkové rozrůzněnosti. Postižení nejsou jiní, mají pouze v různých fázích svého života své **specifické potřeby**. Obsah pojmu **postižený** se rozšířil. V návaznosti na anglo-americký termín (*special educational needs*) se dává v Německu od poloviny devadesátých let přednost pojmu speciální vzdělávací potřeby (*sonderpädagogischer Förderbedarf*) před pojmem postižení (*Behinderung*).

Speciální vzdělávací potřeby se vztahují k osobě, které má být poskytnuta podpora, a k prostředí, které tuto podporu poskytuje. Způsob uvažování o pojmu postižení ze strany sociálních věd se vyvíjel již od roku 1980, kdy se pojmem zabývá Světová zdravotnická organizace.

V přístupu této definice se rozlišuje mezi pojmy poškození (*impairment, Schädigung*), omezení (*disability, Beinträchtigung*) a postižení (*handicap, Behinderung*). Výhoda této diferenciací spočívá především v oddělení těchto tří dílčích procesů. Existující **poškození tělesného, smyslového nebo mentálního** druhu u jednoho člověka nemusí nutně vést k omezení všech jeho schopností a dovedností. A když **omezení** způsobí zúžení kompetencí, pak to ještě nutně nemusí znamenat, že následkem bude postižení ve smyslu sociálního znevýhodnění (*handicapu*). S tím je současně spojeno oddělení mezi individuálním poškozením (ve smyslu deficitu nebo nedostatku) a postižením, které z něho vzniklo (ve smyslu sociálních následků poškození). **Postižení je v tomto klasifikačním modelu WHO již sociální kategorií.** Používání pojmu postižení se od doby, kdy WHO představila svoji koncepci, nezměnilo. V průběhu posledních dvaceti let je význam pojmu stále stejný. Jako dříve tak i nyní se používá pojem postižení jako osobní znak a dokonce je často spojován s pojmem nemoc. Osoby bez postižení jsou naproti tomu právě z medicínské stránky často označovány jako zdraví. Toto srovnání postižení a nemoci by mělo být podle doporučení WHO už přes dvacet let vyloučeno (srov. Vítková 1999; Vernooj in Ellinger, Stein 2005).

V roce 1997 vyvinula světová zdravotnická organizace (WHO) vlastní pojmový aparát používaný od roku 1980 dál a nahradil pojmy **poškození** (*impairment*), **omezení** (*disability*) a **postižení** (*handicap*) pojmy **poškození, aktivita a participace** (*Internationale Klassifikation von Behinderung*, WHO 1999, obr. 2). Od roku 1980 byla v ICDH kritizována rovněž špatná orientace v těchto výrazech. Poškození vede k negativní odchylce od společenského postavení (norem chování) a dává do pohybu proces vyřazování. Tento spíše negativní pohled má osoby s postižením přivést k tomu, aby se spíše začaly dívat na své pozitivní možnosti. Proto je třeba se ptát, jak člověk s postižením může prožít pokud možno aktivně a samostatně svůj život (aktivita) a jak by se mu mohla podařit jeho **spoluúčast** na společenském životě (participace).

Nový přístup ke klasifikaci WHO směřuje podstatně více k umožnění samostatnějšího života osob s poškozením při rozsáhlé společenské integraci. K tomu je rovněž potřeba, aby se bral v úvahu celý kontext individuálního životního prostředí. Společenská integrace tak směřuje (se dostává) k perspektivním cílům jakýchkoli pedagogických snah o osoby s vyrovnáním se s postižením. Tak se stal pojem postižení definitivně relativní kategorií (Lindmeier 1993, 225 an. in Bartoňová 2005b), která lze přisvědčit jen v závislosti na personálních, sociálních a ekologických zdrojích člověka. Také Bleidick zdůrazňuje přechodný charakter popsání postižení s cílem, aby byl umožněn přístup k podpůrným systémům. Postižení se proto vždy definuje v určitém **sociálním kontextu**.

Pojmy **inkluzie** a **inkluzivní vzdělávání** se používají od konání konference v Salamance v roce 1994, kdy se vlády 92 zemí a 25 mezinárodních organizací shodly na akčních rámcových podmínkách vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. **Inkluze** se prosadila jako nový rozsáhlý koncept vedoucí k integraci. Aktuality vývoje inkluze vyplývá z pojmů „*mainstreaming*“ a „*inkluzivní*“ v angloamerické jazykové oblasti. Inkluze se chápe jako integrace všech žáků do běžné školy.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Definujte obor speciální pedagogika.
2. Definujte obor speciální andragogika.
3. Jaký byl terminologický vývoj oboru?
4. Jaké jsou základní pojmy speciálně andragogické teorie a praxe?
5. Jaký je rozdíl mezi konceptem integrace a konceptem inkluze?
6. Jaký je vztah speciální andragogiky a dalších vědních disciplín?



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte filozoficky pojatou esej o postavení zdravotně postižených a zdravotně znevýhodněných osob v současné společnosti.

DALŠÍ ZDROJE



České knihy

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha : Portál, 2011. 264 s. ISBN 798-80-262-0027-7.

EMERSON, E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. Praha : Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha : Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GÉRINGOVÁ, J. Pomáhající profese : tvořivé zacházení s odvrácenou stranou. Praha : Triton, 2011. 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. Nebezpečí moci v pomáhajících profesích. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-302-4.

HÁJEK, K. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha : Portál, 2007. 119 s. ISBN 978-80-736-7346-8.

HAUKE, M. Pečovatelská služba a individuální plánování. Praha : Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stárí. Vyd. 2., podstatně přeprac. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 9788087109199.

HAWKINS, P., SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích. Praha : Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9.

HOWLIN, P. Autismus u dospívajících a dospělých. Cesta k soběstačnosti. Praha : Portál, 2005. 295 s. ISBN 978-80-7367-499-1.

JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha : Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

JANOŮŠEK, J. Verbální komunikace a lidská psychika. Praha : Grada, 2007. 169 s. ISBN 978-80-2471-594-0.

JŮN, H. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha : Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5.

KALVACH, Z. a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha : Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-0.

KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha : Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.

KOLEKTIV AUTORŮ. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor : APSS ČR, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.

KOTTLER, J., CARLSON, J. Nezdařená terapie: nejhorší chyby z praxe předních současných psychoterapeutů. Praha : Portál, 2006. 214 s. ISBN 80-7367-088-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Praha : Grada, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

KUČEROVÁ, H. Demence v kasuistikách. Praha : Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách. Praha : Grada, 2010. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

LEČBYCH, M. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008 248 s. ISBN 978-80-2442-071-4.

MAHROVÁ, G., WENGLÁŘOVÁ, M. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha : Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha : Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha : Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

NOVOSAD, L. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. Praha : Portál, 2011. 166 s. ISBN 9788073678739.

POKORNÁ, A. Komunikace se seniory. Praha : Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-2473-271-8.

PÖRTNER, M. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha : Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

REGNAULT, M. Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných. Praha : Portál, 2011. 120 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

SELIKOWITZ, M. Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost. Praha : Portál, 2011. 197 s. ISBN 80-7178-973-9.

SLOWIK, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha : Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SCHMIDBAUER, W. Syndrom pomocníka. Praha : Portál, 2008. 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. Reminiscenční terapie. Praha : Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ÚLEHLA, I. Umění pomáhat. Praha : Sociologické nakladatelství, 2009. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-2461-318-5 .

Německé a francouzské knihy:

DE KLERK-RUBIN, V. Mit dementen Menschen richtig umgehen. Validation für Angehörige. 2. Auflage. München : Ernst Reinhardt Verlag, 2009. 128 s. ISBN 978-3-497-02080-5.

DE KLERK-RUBIN, V. La methode de Naomi Feil a l'usage des familles: La Validation, pour garder le lien avec un proche age desorienté. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2010. 171 s. ISBN 9782757303856.

FEIL, N., DE KLERK-RUBIN, V. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Auflage. München : Ernst Reinhardt Verlag, 2010. 169 s. ISBN 978-3-497-02156-7.

FRÖHLICH, A., HEINEN, N., KLAUSS, T., LAMERS, W. Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung. Band 1. Oberhausen : ATHENA-Verlag, 2011. 391 s. ISBN 978-3-89896-338-1.

GOLDBERG, A. Animer un atelier de reminiscence avec des personnes âgées. Lyon : Chronique Sociale, 2008. 153 s. ISBN 9782850086335.

HACNEKNBERG, W. Geschwister von Menschen mit Behinderung. Entwicklung, Risiken, Chancen. München : Ernst Reinhardt Verlag, 2008. 160 s. ISBN 978-3-497-02025-6.

HAVEMAN, M., STÖPPLER, R. Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. 2. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart : Verlag. W. Kohlhammer, 2010. 275 s. ISBN 978-3-17-020343-3.

HÖWLER, E. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pfleger. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer, 2008. 180 s. ISBN 978-3-17-020491-1.

JENNESSEN, S., BUNGENSTOCK, A., SCHWARZENBERG, E. Kinderhospizarbeit. Konzepte - Erkenntnisse - Perspektiven. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer, 2011. 285 s. ISBN 978-3-17-021383-8.

KOSTRZEWA, S. Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. 2. überarb. und erw. Auflage. Bern : Verlag Hans Huber, 2010. 245 s. ISBN 978-3-456-84773-3.

MORIN, C. Le retour a domicile apres un accident vasculaire cerebral. Paris : John Libbey Eurotext, 2009. 181 s. ISBN 978-2-7420-0700-4.

PÖRTNER, M. Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten. 2. überarb. Auflage. Stuttgart : Klett-Cotta, 2007. 248 s. ISBN 978-3-608-94502-7.

PÖRTNER, M. Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. 7. Auflage. Stuttgart : Klett-Cotta, 2010. 243 s. ISBN 978-3-608-94530-0.

THEUNISSEN, G., SCHIRBORT, K. (Hrsg.) Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote. 2. Auflage. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer, 2010. 284 s. ISBN 978-3-17-021639-6.

THEUNISSEN, G., PAETZ, H. Autismus. Neues Denken – Empowerment – Best-Practice. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer, 2011. 216 s. ISBN 978-3-17-021482-8.



SHRNUTÍ KAPITOLY

Kapitola vymezuje základní pojmy v oblasti speciální pedagogiky a speciální andragogiky, hledá souvislosti ve vztahu k jiným sociálním a humanitním vědám a definuje základní klasifikaci disciplíny.

2 DIAGNOSTIKA VE SPECIÁLNÍ ANDRAGOGICE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Diagnostika obecně je poznávacím procesem, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného objektu našeho zájmu, a to všech jeho důležitých znaků a charakteristik a jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Výsledkem tohoto poznání je **diagnóza**.

V oboru speciální andragogiky se diagnostika týká zdravotně znevýhodněného nebo zdravotně postiženého jedince, jeho osobnosti, možností jeho výchovy a vzdělávání. Tím se stává důležitým východiskem další odborné péče o tohoto jedince, a tak má vlastně i nepřímý vliv na možnost jeho uplatnění ve společnosti a na kvalitu jeho dalšího života.

Diagnostika ve speciální andragogice se zabývá průběhem dosavadního vývoje jedince a snaží se zjistit příčiny možných vývojových odchylek s ohledem na další rozvoj jeho osobnosti a uplatnění.

CÍLE KAPITOLY



Seznámení ze základními postupy v oblasti speciálně andragogické diagnostiky.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Diagnostika, obecné metoda diagnostiky, specifické metody diagnostiky, diagnostika podle věku, diagnostika podle typu postižení, hrubá a jemná motorika, kazuistika, profesní orientace, komunikační schopnosti.

2.1 Komplexnost procesu diagnostiky ve speciální andragogice

Diagnostiku ve speciální pedagogice je možno chápat v různých kontextech. Pokud chceme hovořit o tzv. **speciálněandragogické diagnostice**, máme spíše na mysli **užší** vymezení, které se týká té části diagnostiky, kterou provádí přímo speciální pedagog. Jinak je asi lépe hovořit o **diagnostice ve speciální pedagogice**, což je širší vymezení, které zahrnuje celkovou, komplexní diagnostiku, tj. lékařskou, psychologickou, sociální a speciálněpedagogickou.

Lékařská část diagnostiky ve speciální pedagogice má zpravidla primární postavení, neboť odborný lékař na základě svého vyšetření stanoví druh a závažnost zdravotního postižení a současně navrhne léčebný postup. Lékařská diagnostika se tedy zabývá patologií. Na základě diagnostiky je navržena terapie, která sleduje buď úplné vyléčení pacienta (pokud to lze předpokládat), nebo alespoň úpravu zdravotního stavu tak, aby byl slučitelný se životem za předpokladu, že daný jedinec bude dodržovat určitá pravidla ve svém dalším životě.

Z hlediska pacienta to znamená jistá, do jeho způsobu života různě zasahující omezení (stimulační, pohybová, dietní, sociální, trvalou medikaci apod.). **Cílem lékařské diagnostiky** je tedy úzdrava nebo zlepšení či zamezení zhoršení zdravotního stavu. Tato oblast diagnostiky však zpravidla neřeší další životní oblasti člověka.

Psychodiagnostika, tedy psychologická část diagnostiky ve speciální pedagogice se zaměřuje na stanovení diagnózy (tj. psychického stavu jedince) s ohledem na:

- určení stupně vývoje
- zjištění příčin odchylek vývoje od věkové normy
- zjištění individuálních zvláštností osobnosti (jejich příčin a podstaty)
- stanovení prognózy

Diagnostický přístup je zde kromě patologie zaměřen i na zjištění normálních charakteristik jednotlivých psychických složek osobnosti. **Psycholog** se tedy v rámci diagnostiky zaměřuje na psychické vlastnosti, procesy a stavy včetně postoje k vlastnímu zdravotnímu postižení a na kvalitu a formu interakce mezi daným jedincem s postižením a jeho sociálním prostředím.

Sociální diagnostika je nedílnou součástí komplexní diagnostiky ve speciální pedagogice a zaměřuje se zejména na údaje týkající se:

- rodinné a osobní anamnézy
- funkčnosti rodiny, event. náhradní rodinné péče či instituce (kojenecký ústav, dětský domov, výchovný ústav apod.)
- sociálních vztahů v rámci užšího sociálního prostředí (rodina, školní třída, pracoviště, přátelé)
- sociálních vztahů se širším sociálním prostředím (škola, zaměstnání, členové spolků, stran a organizací apod.)

Sociální diagnostiku provádí nejčastěji sociální pracovník dotyčné instituce, která má jedince s postižením ve své péči (pedagogicko-psychologická poradna, speciálněpedagogické centrum aj.), i když anamnestické údaje mohou být snímány přímo v rámci vstupního vyšetření daným odborníkem (lékař, psycholog, pedagog).

Cílem sociální diagnostiky ve speciální pedagogice je zhodnocení a posouzení vlivů sociálního prostředí (výchovy, postojů a vztahů) na utváření osobnosti jedince se zdravotním postižením.

Speciálně-pedagogická část diagnostiky je zaměřena na zjištění úrovně vychovanosti a vzdělanosti daného jedince s postižením s ohledem na možnosti jeho dalšího vzdělávání. Sleduje kompetence, které jsou u jedince s postižením v důsledku jeho vady omezeny a modifikovány, ale stejně tak se zabývá i těmi dovednostmi, které zůstaly nenarušeny. Sleduje úroveň a schopnosti jedince v oblasti **motoriky** (hrubé a jemné), **grafomotoriky**, **kresby**, **laterality**, **sebeobsluhy**, zaměřuje se na **komunikační schopnosti** a jejich narušení, hodnotí **úroveň rozumových schopností** ve vztahu k možnostem vzdělávání, k profesní orientaci a možnostem uplatnění jedince na trhu práce, všímá si **citové a sociální oblasti osobnosti**, která je významná z hlediska jejích vztahů s prostředím.

Schopnosti, které nejsou vadou negativně ovlivněny, se stávají významným východiskem při koncipování a vytváření konkrétního stimulačního programu, individuálního vzdělávacího plánu a veškeré speciální podpory, které se člověku s postižením v rámci speciálněpedagogické péče dostává.

2.2 Členění diagnostiky podle základních kritérií

Diagnostiku jako proces poznávání jedince lze kategorizovat podle různých kritérií.

➔ podle rozsahu sledovaných cílů

- ✓ diagnostika globální (celková)
- ✓ diagnostika parciální (částečná)

Globální diagnostika je zaměřena na celou osobnost vzhledem k výchovnému a vzdělávacímu procesu jako celku, zatímco **parciální diagnostika** se zaměřuje jen na určité aktuální projevy. Např. po zjištění celkové úrovně schopností daného jedince se po určité době, kdy rozvíjíme jemnou motoriku, přesvědčujeme formou parciální diagnostiky o pokroku v této oblasti a podle zjištěných skutečností dále upravujeme rozsah a obsahovou náplň stimulačního programu.

➔ podle etiologie (příčin) postižení

- ✓ diagnostika kauzální (když je známa příčina postižení)
- ✓ diagnostika symptomatická (vychází jen z příznaků jedince, když není známa příčina)

➔ **podle časového sledu provádění**

- ✓ diagnostika vstupní (v období prvního vyšetření a převzetí jedince do péče)
- ✓ diagnostika průběžná (během celkové doby péče, tj. v době pobytu jedince v zařízení)
- ✓ diagnostika výstupní (při ukončení péče a přerazování jedince do péče dalšího odborníka či instituce)

➔ **podle druhu postižení**

- ✓ diagnostika somatopedická, která se zabývá tělesným postižením a zdravotním oslabením
- ✓ diagnostika psychopedická, která se zabývá mentální retardací
- ✓ diagnostika surdopedická, která zkoumá poruchy a postižení sluchu
- ✓ diagnostika logopedická (diagnostika narušené komunikační schopnosti)
- ✓ diagnostika oftalmopedická, která zkoumá poruchy a postižení zraku
- ✓ diagnostika etopedická, která se zabývá poruchami chování
- ✓ diagnostika specifických poruch učení a parciálních nedostatků
- ✓ diagnostika vícečetných postižení (kombinované vady)

➔ **podle věku**

- ✓ diagnostika raného a předškolního věku
- ✓ diagnostika školního věku (včetně dospívání)
- ✓ diagnostika dospělosti
- ✓ diagnostika stáří

Každé vývojové období má svá specifika, která je nutno mít na paměti při provádění diagnostiky a kromě toho je vždy nutno dávat tyto zvláštnosti do vzájemného vztahu a souvislosti s konkrétním typem a závažností zdravotního postižení a individuální charakteristikou dané osobnosti.

Diferenciální diagnostika vychází z příznaků, které jsou obecnější povahy, a proto jednoznačně neurčují konkrétní postižení. V průběhu diagnostického procesu je proto nutno postupně vylučovat na základě výsledků různých vyšetření ty vady, které dotyčné

příznaky nezpůsobují a najít postižení, které je za ně odpovědno. Např. odlišení hluchoty od mentální retardace v případě, že dítě nemluví, nebo mentální retardace od autismu.

2.3 Význam diagnostiky pro speciálně pedagogickou praxi

Diagnostika ve speciální pedagogice má charakter **komplexního poznávacího procesu**, na kterém se podílí řada odborníků profesí důležitých pro poznání jedince s postižením. Nejčastěji se jedná o lékaře různých odborností a specializací, např. neurologie, rehabilitace, oftalmologie, otorinolaryngologie aj., klinické a poradenské psychology, sociální pracovníky a speciální pedagogy různého zaměření v rámci oborů speciální pedagogiky.

Diagnostika se tak stává nezbytným předpokladem následné podpory a intervence, která je v konkrétní podobě nabídnuta danému klientovi. V tomto smyslu má diagnostika ve speciální pedagogice vztah i k **prognóze** daného jedince, tedy odhadu jeho možností do budoucna, zejména v oblasti výchovy a vzdělávání.

Vzhledem k tomu, že vývoj každého člověka je **dynamickým procesem**, není možno na diagnózu pohlížet jako na něco neměnného v čase. Z hlediska dalšího vývoje jedince se zdravotním postižením je třeba zdůraznit zejména požadavek **včasnosti** diagnostiky. To je důležité hlavně u vrozených a raně získaných postižení, kde je vážné riziko z prodlení a tím pádem i nebezpečí stagnace či opožďování psychického vývoje. Za všechny lze uvést příklad sluchových vad, kdy na včasnosti jejich odhalení přímo závisí možnosti komunikace dítěte s prostředím a tím i možnost jeho dalšího rozvoje a vzdělávání.

V praxi dochází často k prolínání procesu diagnostiky a reedukace, kdy na základě diagnózy je poskytována speciální podpora a v jejím průběhu dochází nejen k reedukaci narušených funkcí, ale současně i ke zpřesňování našich diagnostických poznatků. Proto se někdy hovoří o tzv. **podpůrné diagnostice**.

Průběžná forma diagnostiky se uplatňuje v péči o jedince se zdravotním postižením prakticky celý život (pokud je toho třeba) a na ni navazuje konkrétní forma podpory a péče o daného klienta. Tak se v praxi význam diagnostiky ozřejmuje všude tam, kde pracujeme s člověkem s postižením či zdravotním znevýhodněním.

Mezi nejdůležitější oblasti speciálně pedagogické praxe z hlediska vrozených a raně získaných postižení patří využití diagnostiky při zahájení povinné školní docházky (školní zralost), v oblasti výchovy, vzdělávání a zájmových aktivit dítěte, v poradenství a při volbě povolání. U vad získaných v průběhu života je to význam diagnostiky v procesu rekvalifikace a resocializace jedince, u starších lidí pak diagnostika jako předpoklad správně zaměřené péče a podpory u lidí s demencí, s následky cévního mozkových příhod apod., kdy je důležité se zaměřit zejména na celkovou pohyblivost pacienta, jeho soběstačnost a schopnost komunikace.

2.4 Úkoly speciálněpedagogické diagnostiky

Z hlediska jednotlivých životních období se může diagnostika postižení týkat raného a předškolního věku, období školní docházky včetně dospívání, dospělosti a stáří. Každé období má své zvláštnosti, které je třeba v diagnostickém procesu respektovat.

2.4.1 RANÝ A PŘEDŠKOLNÍ VĚK

V raném a předškolním věku je nejdůležitějším úkolem **včasné zachycení poruchy a zahájení speciálněpedagogické péče**, která minimalizuje negativní důsledky základního typu postižení, kterými bývá právě retardace neuropsychického vývoje. Speciální péče o dítě v tomto věku musí probíhat **uceleně**, tedy s účastí zdravotnické, rehabilitační, výchovně-vzdělávací a sociální složky. Vždy by se mělo jednat o **komplexní přístup pracovníků různých oborů**.

V tomto věkovém období je důležité **realizovat diagnostiku v přirozeném prostředí dítěte**, a to spíše nenápadně, bez zbytečného zdůrazňování významu jednotlivých vyšetření pro dítě. Je třeba, aby požadavky kladené na dítě v rámci vyšetření byly v souladu s jeho mentálním věkem, který nemusí být vždy shodný s věkem fyziologickým. Z hlediska diagnostiky ve smyslu správného vyhodnocení a interpretace získaných výsledků je nezbytné, aby se dotyčný odborník dobře orientoval v oblasti psychického vývoje tohoto období a dokázal tak projevy konkrétního dítěte srovnat s příslušnou věkovou normou.

V období raného a předškolního věku se obvykle v rámci diagnostiky **zaměřujeme na následující oblasti**: hrubá a jemná motorika, laterálnost, sebeobslužné činnosti, rozumové schopnosti, komunikační schopnost, oblast citového a socializačního vývoje.

Důležité je dále podrobné studium anamnestických materiálů a dobrá znalost rodinného prostředí dítěte. Vždy je třeba zachovávat **individuální přístup** k dítěti. Stanovení prognózy dalšího vývoje a variability projevů základního postižení vychází přímo ze speciálněpedagogické diagnostiky, která by měla splňovat požadavek **dlouhodobosti**, abychom mohli dítě opravdu dobře poznat a na základě toho stanovit optimální způsob intervence, který by byl na konci předškolního období završen odpovídajícím zařazením dítěte do základní povinné školní docházky.

2.4.2 DIAGNOSTIKA V OBDOBÍ ŠKOLNÍHO VĚKU A DOSPÍVÁNÍ

Diagnostika tohoto vývojového období navazuje na diagnostický proces raného a předškolního věku.

Období školního věku začíná vstupem dítěte do školy, tedy v rozmezí 6-7 let věku (v případě těžkých forem zdravotního postižení je možné zahájit edukaci až v 8 letech) a končí přibližně v 15-16 letech. Specifika diagnostiky tohoto vývojového období vyplývají především z procesu edukace a souvisí se školní úspěšností resp. neúspěšností žáka.

Mezi hlavní diagnostické oblasti v tomto období patří **diagnostika specifických poruch učení**, jejichž problematika a vliv na úspěšnost žáka se obvykle projevívá v průběhu 1. nebo 2. třídy ZŠ. Zpravidla již dříve, většinou koncem předškolního věku, se u dětí projevují určité nedostatky (deficity) ve vývoji funkcím, které mají klíčový význam pro pozdější úspěšné osvojování trivia (čtení, psaní, počítání). Pokud tyto funkce dostatečně nedozrají, mohou přerůst problémy po zahájení školní docházky do obrazu specifických poruch učení.

Diagnostika těchto poruch se realizuje na odborném pracovišti (pedagogicko-psychologická poradna (PPP), u dětí s postižením speciálněpedagogické centrum (SPC)). Je to však nejčastěji pedagog na ZŠ kdo první upozorní na problémy žáka a doporučí odborné vyšetření.

Další významnou diagnostickou oblastí tohoto věku je problematika **žáků se syndromem ADHD (popř. ADD a ODD)**. Tato oblast v praxi často souvisí se specifickými poruchami učení. Problémy žáků komplikují jejich přiměřenou adaptaci na školní prostředí, zařazení do vrstevnické skupiny spolužáků, přiměřené uplatnění v této skupině, ale i jejich školní výkon (poruchy pozornosti, impulzivita, snížená odolnost k zátěži, afektivní reakce, zvýšená dráždivost, emoční labilita aj.) Je zde riziko, že při nepochopení a nevhodném přístupu ze strany školy i rodiny přerostou tyto projevy do **poruch chování**.

Diagnostiku profesní orientace provádějí odborná pracoviště (PPP a SPC). Důležitou roli má i učitel ve škole, jehož event. pomoc při rozhodování žáků vychází z jejich dlouhodobé znalosti (zájmy, možnosti, rodinné zázemí). Ve starším školním věku vytváří dobré podmínky pro průběžnou formu diagnostiky se zaměřením na profesní orientaci **pracovní výchova**.

Z dalších oblastí možné diagnostiky tohoto období je nutno zmínit **kriminalitu, drogovou závislost, hráčství, šikanu**, ale i problémy způsobené **nedostatečnou funkcí rodiny (CAN)**.

2.4.3 DIAGNOSTIKA V OBDOBÍ DOSPĚLOSTI

Důležitost diagnostiky tohoto vývojového období je zřejmá zejména z hlediska získaných zdravotních znevýhodnění a postižení. V dospělém věku dochází poměrně často ke vzniku zdravotního postižení v souvislosti s událostmi, jako jsou úrazy při sportu, pády z výšek, autohavárie apod. Následkem bývá většinou poškození mozku a s tím související pohybové postižení, poměrně časté bývá i závažné postižení nebo přímo ztráta zraku. Následkem úrazu se může projevit také úbytkem intelektových schopností (demencí) a významně narušenou komunikační schopností, která komplikuje sociální kontakt jedince s postižením. Kromě úrazů může dojít k rozvoji degenerativních onemocnění CNS (např. roztroušená skleróza), onkologických chorob, objevují se chronické choroby nebo dochází k jejich zhoršování. V poslední době v tomto věku přibývá i mozkových příhod, které se dříve vyskytovaly až v období stáří. Aplikace diagnostických metod a postupů musí respektovat věkové zvláštnosti i aktuální somatický a psychický stav člověka s postižením. Jedním z nejdůležitějších úkolů diagnostiky tohoto věkového období je realistické zhodnocení daného

stavu, určení **prognózy dalšího společenského uplatnění** a na jeho základě navržení vhodného způsobu **rekvalifikace a resocializace** pro daného člověka. Z tohoto důvodu je **nutný komplexní diagnostický přístup**, na kterém participují odborníci z oborů medicíny, psychologie, speciální pedagogiky a sociální oblasti. Z diagnostiky vychází **pracovní a sociální rehabilitace**, která se opět uskutečňuje v rámci komplexního týmového přístupu.

2.4.4 DIAGNOSTIKA V OBDOBÍ STÁŘÍ

Z hlediska zdravotního znevýhodnění a postižení se setkáváme v období stáří s podobnými případy jako v období dospělosti (chronické choroby, onkologická onemocnění, zdravotní postižení). Je zde zvýrazněn podíl mozkových příhod, kde kromě omezení či zne-možnění hybnosti je porušena i řeč v důsledku fatických poruch, event. přímo afázií. Narušené motorické schopnosti mají často za následek omezení samostatnosti v běžných každodenních činnostech a člověk se stává závislým na svém okolí.

V tomto období mají již lidé zpravidla méně sil a vůle k tomu, aby se dokázali plně adaptovat na nové podmínky. Potýkají se s pocity osamělosti, časté jsou depresivní stavy. Lidé se většinou ani tak neobávají stárnutí a stáří, jako spíše ztráty soběstačnosti, závislosti a bezmoci.

Neméně závažná je problematika demencí (Alzheimerova choroba, která je nejčastějším typem demence, Parkinsonova choroba, ischemicko-vaskulární demence), protože vede k narušení orientace v časoprostorových vztazích, ztrátě sociálních rolí a ke změně pozice nemocného zejména v jeho rodině. Z hlediska diagnostiky a účinné péče je důležité průběžné shromažďování informací pozorováním, funkčním hodnocením projevů pacienta (v oblasti kognitivních schopností, výkonu, chování), získáváním biografických informací atd.

I v období stáří se diagnostika uskutečňuje v rámci interdisciplinárního týmu odborníků a nabídka diagnostických metod a postupů je prakticky stejná jako v období dospělosti se zřetelem k individuální charakteristice daného člověka.

Důležitým úkolem všech zástupců profesí podílejících se na diagnostice a následné péči o starého člověka by měl být respekt k jeho věku, snaha pochopit jeho problémy, obavy a úzkosti a nesnižovat jejich závažnost. Důležité je umět naslouchat a soucítit, snažit se o empatický přístup a nediskriminovat staré lidi.

2.5 Přehled nejdůležitějších diagnostických metod

Diagnostické metody lze kategorizovat podle přístupu na **klinické a testové**.

Klinické metody (anamnestické metody, pozorování, rozhovor, analýza spontánních produktů) jsou založeny na kvalitativní analýze zjištěných údajů, a proto nám umožňují poznat konkrétního jedince z hlediska dynamiky jeho vývoje, komplexnosti a jedinečnosti jeho osobnosti.

Jsou to vlastně nestandardní postupy, které nemají statistický základ ani nejsou psychometricky podloženy, ale podle Svobody (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) umožňují více bezprostřední a přirozený kontakt mezi klientem a psychologem (pedagogem). Metody klinického přístupu se využívají v případové práci s konkrétním klientem. Jsou historicky starší než metody testové a byly využívány již lékaři ve starověku. Jak uvádí Svoboda (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 15) „*Pojem klinická metoda je tedy obecný a zdaleka není vázán jen na použití ve zdravotnické oblasti.*“

Testové metody jsou příkladem standardizovaného způsobu diagnostiky. Při jejich využití se klade **důraz na stejnost podmínek** pro všechny vyšetřované osoby. To znamená, že všechny osoby pracují se stejným podnětovým materiálem, za stejných podmínek, které se uplatňují i při registraci a vyhodnocování výsledků. Odpovídají spíše na otázky vztahující se k dílčím stránkám osobnosti, zatímco klinické metody umožňují utvořit si celkový obraz. Je pravda, že oba přístupy nebývají v praxi ostře odděleny (např. při předkládání testového materiálu vyšetřované osobě současně pozorujeme její chování a projevy).

Standardizované testy mají obecnou platnost a poskytují možnost srovnání výkonu jedince s normou. S těmito testy pracují téměř vždy jen psychologové, proto se zde jimi nebudeme více zabývat. (Pro zájemce viz. Přinosilová, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 2007, ISBN 978-80-7315-157-7)

Při interpretování získaných výsledků je nutno pamatovat na to, že se jedná o **aktuální, ale ne neměnný stav** diagnostikovaného jedince. Proto je třeba hledat vnitřní souvislosti a vyvarovat se mechanické interpretace získaných výsledků.

2.5.1 PŘEHLED ZÁKLADNÍCH KLINICKÝCH METOD

➔ **Anamnestické metody** se zabývají zjišťováním a shromažďováním dat a informací z minulosti vztahujících se k diagnostikované osobě a její rodině. Cílem je objasnění event. příčin a souvislostí se současným stavem jedince. Tyto metody využívají i jiné vědní obory, nejen speciální pedagogika.

Rodinná anamnéza (RA) se zaměřuje na zjištění údajů o rodičích, sourozencích, prarodičích, popř. v případě potřeby i o ostatních předcích, se zřetelem na sledované a dědičné choroby, mentální retardaci, event. výskyt dalšího postižení v rodině, poruchy osobnosti a patologické odchylky, abúzus drog, kriminalitu, sebevražednost apod.

Osobní anamnéza (OA) navazuje na rodinnou anamnézu a zjišťuje údaje o vyšetřované osobě z pre- peri- a postnatálního období, z raného dětství, z období předškolního i školního věku atd. až po současný stav. Zaměřuje se na údaje týkající se celkového biologického, neuropsychického a sociálního vývoje včetně prodělaných chorob, úrazů, operací, alergií, užívání léků apod.

Doplňkem anamnestických metod je **vyšetření prostředí**. Kromě rodinného prostředí nás většinou zajímá školní a u dospělých osob pracovní prostředí, popř. kvalita partnerských vztahů.

Katamnéza se zabývá zkoumáním příčin opakovaného objevení se nežádoucích projevů v určitém časovém odstupu od ukončení nápravné péče.

→ **Pozorování** je nedílnou součástí diagnostického procesu a nejčastěji bývá vymezováno jako záměrné a zaměřené vnímání a myšlení, jehož cílem je rozpoznání nejdůležitějších znaků, pozorovaného subjektu, popř. i jejich příčin.

Pozorování nám umožňuje zkoumat jedince v různých životních (přirozených i uměle vytvořených) podmínkách a situacích. Prostřednictvím pozorování můžeme zjišťovat **na zjevné úrovni** schopnosti, osobnostní charakteristiky, sociální a psychické vztahy daného člověka.

Pozorování má být plánovité, systematické, pokud možno dlouhodobé nebo opakované, soustředěné na podstatné jevy, přesné (se záznamem – video, magnetofon), diskrétní.

Kvalita a úroveň pozorování je ovlivněna soustředěností, volným úsilím pozorovatele, jeho schopností jemně odlišovat a objektivně pozorovat, jeho osobní zkušeností, aktuálním psychickým a fyzickým stavem a náladou.

Pozorování lze využít jednak jako samostatnou metodu, nebo bývá nedílnou součástí diagnostiky při administraci jiných metod a jeho prostřednictvím tak můžeme získat informace o pracovním postupu jedince, o jeho kvalitě pozornosti, paměti, o odolnosti vůči zátěži apod.

Z časového hlediska se může jednat o **krátkodobé** pozorování (např. po dobu návštěvy klienta) a **dlouhodobé** pozorování (např. po celou dobu hospitalizace, po celé období vzdělávání apod.)

Pozorování může probíhat jako tzv. **volné (orientační) pozorování**, které je náhodné a bezděčné. Vzniká na základě nápadnosti nějakého projevu či jiné charakteristiky dané osoby. Předem tedy nevíme na co se máme v kontextu pozorování přesně zaměřit.

Zaměřené (systematické, kontrolované) pozorování probíhá podle předem stanoveného plánu a schématu, kdy svou pozornost zaměřujeme na pro nás diagnosticky významné jevy a charakteristiky a současně odhlížíme od těch, které pro nás nejsou vzhledem k našemu cíli důležité.

→ **Rozhovor** patří mezi **explorační metody** a klade velké nároky na erudici a zkušenost odborníka, který tuto metodu v praxi aplikuje. Rozhovor umožňuje bezprostřední interakci mezi vyšetřovanou osobou a diagnostikem. Tato interakce se uskutečňuje formou otázek a odpovědí nebo v dotazníku formou psané řeči.

Diagnostický rozhovor může být:

1. **neřízený**, kdy má klient možnost sám volit téma rozhovoru a ten není předem nijak připravován
2. **řízený**, kdy examinátor (osoba, která vede rozhovor) řídí a určuje způsob získávání informací o respondentovi (o osobě, se kterou je rozhovor veden)

V rámci řízeného rozhovoru zpravidla rozlišujeme následující varianty: ✓ standardizovaný rozhovor, který pracuje s předem vypracovaným schématem. Otázky jsou předem připraveny a je nutno zachovat jejich znění i sled v jakém jsou předkládány. Tento typ rozhovoru se blíží dotazníku.

✓ **částečně standardizovaný rozhovor** má předem určený cíl a záměr, který sleduje. Kladené otázky směřují do předem stanovených oblastí, ale jejich pořadí a formulace nemusí být striktně dodrženy.

✓ **volný rozhovor** má vytyčen cíl, který sleduje, ale způsob jeho dosažení není předem stanoven. Výhodou metody rozhovoru je osobní kontakt a možnost řídit výpovědi respondenta.

Rozhovor je náročnou metodou ve smyslu techniky kladení otázek. Je třeba zde opět pamatovat na to, že **formulace otázek** musí být přesná, jednoznačná a stylově a obsahově přiměřená k věku i celkové úrovni dotazovaného (rozdíl dítě – dospělý, zdravý jedinec – mentálně retardovaný). Častými chybami při vedení rozhovoru je autoritativní vystupování, netrpělivost, unáhlenost a nepřesná interpretace ze strany dotyčného odborníka.

➔ **Analýza výsledků činnosti** (nebo někdy též analýza spontánních produktů, viz. Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) poskytuje informace o úrovni dovedností a vědomostí, o zájmech, ale i o event. nedostacích a problémech či obtížích konkrétního jedince (např. specifické poruchy učení).

Jedná se o výsledky činnosti v oblasti:

- ✓ **písemných prací** (slohová cvičení na daná témata, diktáty, básně, dopisy, deníky apod.)
- ✓ **výtvarné a pracovní činnosti** (rysy, kresby, malby, modely, plastiky, amatérské výrobky apod.)

Analýza je zaměřena na **obsahovou a formální** úroveň. Může se týkat písma, kdy se zaměříme buď na samotné zvládnutí písma jako grafomotorického projevu (držení psacího náčiní, dokonalost tvarů písmen, přítlak, tempo, souhyby apod.), což je důležité při narušení jemné motoriky např. v důsledku DMO, malformací, amputací atd., nebo můžeme na základě změn písma usuzovat na dosud skryté problémy v psychické oblasti jedince, rozvoj psychiatrického onemocnění atd.

Tato metoda je významná z hlediska diagnostiky specifických poruch učení, profesní orientace, sociálních vztahů atd. Získané výsledky je nutno konfrontovat s výsledky jiných metod. Výtvořky a výrobky mají individuální výpovědní hodnotu ve vztahu k osobnosti svého tvůrce.

2.5.2 PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI DIAGNOSTICKÝCH TESTOVÝCH METOD

Standardizované testové metody musí být konstruovány tak, aby odpovídaly určitým základním metodologickým požadavkům. Vzhledem k tomu, že s těmito metodami pracují až na výjimky pouze odborní psychologové a nikoli speciální pedagogové, omezíme se zde jen na základní informační údaje.

Objektivita testu je naplněna tehdy, když jsou jeho výsledky nezávislé na tom, kdo test předkládá a hodnotí a současně jsou zaručeny stejné podmínky pro všechny vyšetřované osoby. Tím je míněno, že všechny osoby pracují podle stejných instrukcí, se stejným podmětovým materiálem. Jejich výkony jsou stejným způsobem registrovány a všechny výsledky jednotně vyhodnocovány.

Nejjednodušším případem je, když známe správné odpovědi na otázky, nebo výkon můžeme měřit v objektivních jednotkách, jako je třeba počet chyb za jednotku času.

Součástí objektivity by mělo být i znemožnění záměrného zkreslení výsledku vyšetřovanou osobou.

Normalizace znamená možnost srovnat výsledky v testu dosažené konkrétní osobou s normami, které vznikly vyšetřením velkého reprezentativního vzorku osob. Jak uvádí Svoboda (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001), normou je míněn nejčastější, tedy průměrný výkon nebo výsledek v rámci populace.

Reliabilita znamená spolehlivost testu. Nejde zde o to, co test měří, ale jak **spolehlivě** to činí. V praxi to zpravidla znamená stabilitu v čase, tedy jaká je míra shody mezi výsledky v témže testu s určitým časovým odstupem.

Validita znamená platnost testu. Jedná se o to, zda test **opravdu** měří to, co měřit má. Např. zda test pozornosti skutečně měří pozornost.

2.5.3 OSTATNÍ DIAGNOSTICKÉ METODY A MOŽNOSTI JEJICH UPLATNĚNÍ

Diagnostické zkoušky bývají využívány zejména ve výchovně vzdělávacím procesu. Jsou zaměřeny na zjišťování a analýzu nedostatků v soustavě poznatků a na základě zjištěných výsledků pak následně na určení nápravného postupu. Cílem je tedy pomoc dítěti.

Do diagnostických zkoušek se zařazují ústní zkoušky, písemné zkoušky a praktické zkoušky (motoriky, laterality apod.). **Ústní zkoušky** se týkají vědomostí a úrovně mluvené

řeči. **Písemné zkoušky** zjišťují způsobilost psaní a úroveň jeho osvojení, schopnost vyjadřovat myšlenky písemnou formou a osvojení poznatků z jednotlivých předmětů.

Praktické zkoušky se zaměřují na zjišťování nonverbálních schopností v různých oblastech aktivit. Patří sem zkoušky úrovně hrubé a jemné motoriky, laterality a funkcí smyslových orgánů.

Posuzování se děje z hlediska vědomostí, výkonu, obsahové i formální stránky písemného projevu. Důležitá je **analýza** chyb, hlavně tzv. **systematických chyb**, kterých se žák dopouští vždy, když jde o stejnou nebo analogickou úlohu. Toto chybování je ukazatelem toho, že žák nezná nějaké pravidlo, algoritmus (nebo ho špatně interpretuje). Analýza chyb je významná z hlediska výskytu specifických poruch učení.

Kazuistika je studií případu konkrétního jedince s postižením. Dá se využít jako pomocná diagnostická metoda, často ji nacházíme v různých závěrečných pracích, jako jsou bakalářské, diplomové, rigorózní apod.

Metoda kazuistiky zpracovává konkrétní případ od doby zjištění postižení až po současnost. Shrnuje všechny dostupné informace a údaje. Pracuje s výsledky různých odborných vyšetření (lékařské, psychologické, sociální, speciálněpedagogické), využívá i posudky různých institucí (pedagogicko-psychologická poradna, speciálněpedagogické centrum aj.), školní vysvědčení, soudní spisy atd. Součástí informačních zdrojů o daném jedinci jsou i anamnestické metody, zejména údaje vztahující se k jeho vývoji.

Jedná se o metodu sumarizační, která shromažďuje všechny dostupné informace, ale současně není jen jejich pouhým výčtem, nýbrž se snaží mezi nimi postihnout vzájemné vztahy, nacházet souvislosti a příčiny. **Přístrojové metody** pomáhají při registraci a kvantifikaci vlastností, výkonů nebo funkcí. Patří sem např. audiometr na vyšetření sluchu, tapping, který se uplatňuje při zkoušce laterality, mozaikový tachistoskop k určování úrovně vizuální diskriminace a jiné. V poslední době se v našich podmínkách začíná více využívat **počítačová technika**, která nachází uplatnění jak při diagnostice, tak i při různých formách následné speciálněpedagogické péče (např. reedukační programy pro specifické poruchy učení apod.).

2.6 Hlavní oblasti speciálněpedagogické diagnostiky podle zaměření

Obsah této kapitoly tvoří stručný přehled jednotlivých oblastí, které jsou z hlediska speciálněpedagogické diagnostiky pokládány za nejdůležitější. Zájemce o podrobnější studium uvedené problematiky odkazují na jednotlivé disciplíny speciální pedagogiky, v rámci nichž je diagnostika postižení zpracována. V učebním textu, který má sloužit jako pouhý přehled speciálněpedagogické diagnostiky nelze uvedenou problematiku pojednat ve větším rozsahu.

Podrobně (včetně přehledu psychodiagnostických metod) je tato problematika řešena v učebním textu Přinosilová, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 2007, ISBN 978-80-7315-157-7)

2.6.1 HRUBÁ A JEMNÁ MOTORIKA

Motorika představuje celkovou pohybovou schopnost člověka. Souvisí s rozvojem řeči, myšlení a s lateralitou. **Hrubá motorika** je tvořena pohyby celého těla včetně lokomoce a pohybů velkých svalových skupin. **Jemná motorika** je chápána jako motorika ruky a pohyby malých svalových skupin. Diagnostika motoriky představuje ve speciální pedagogice důležitou oblast vzhledem ke stanovení její vývojové úrovně u jedinců s postižením, což mimo jiné souvisí a ovlivňuje i profesionální orientaci a přípravu na výkon povolání. **Diferenciálně diagnosticky** má hodnocení pohybových schopností vztah k organickým poruchám CNS, zejména k DMO a LMD.

Při diagnostické činnosti v oblasti motoriky a interpretaci získaných poznatků je třeba si uvědomit, že motorika vykazuje u postižených jedinců ve svém vývoji i v aktuálním stavu určité zvláštnosti, které mají souvislost se základním typem postižení. Tato specifika jsou zpravidla určena druhem, stupněm, délkou trvání poruchy a úrovní její kompenzace.

U tělesného postižení se nejčastěji jedná o deformace, amputace a centrální či periferní obrny. Omezení motoriky se zde projeví v koordinaci pohybů, v síle, obratnosti, rychlosti a v hybnosti končetin. **U zrakově postižených** nacházíme největší odchylky v hybnosti u jedinců, kteří trpí vrozenou slepotou. Je to způsobeno absencí zrakových vjemů. Jemná motorika je však u těchto lidí díky stálému procvičování na podstatně vyšší úrovni. **U sluchově postižených** může být motorika ovlivněna poruchou rovnováhy. **U mentálně retardovaných** závisí postižení motoriky na hloubce základní vady. Retardace motorického vývoje bývá zpravidla v souladu s úrovní mentálního postižení. Nejčastěji se týká motorické koordinace, obratnosti a rychlosti.

Vývoj motoriky se zjišťuje buď na základě výkonu v motorických testech (např. Motometrická škála Oseretzkij-Göllnitz), nebo podle vývojových norem motoriky, které jsou součástí norem celkového neuropsychického vývoje v rámci **vývojových škál** (např. Gesellova škála, Vývojový screening Passamanick-Knoblochová, škála Bayleové apod.) U starších dětí získáváme základní údaje o motorickém vývoji v raném dětství v rámci osobní anamnézy. Z tohoto hlediska jsou **klíčové základní pohybové dovednosti** jako je posazování, udržení se v sedu, stoj, kvadrupedální lokomoce, samostatná chůze.

Metody zjišťování úrovně **jemné motoriky** bývají zaměřeny na manuální zručnost (to jsou např. zkoušky jako je Walterova, Dexterimetr, Šroubky apod.). Sledují koordinaci a rychlost pohybů horních končetin a dají se využít i při diagnostice lateralit. Další možností využívanou hlavně v raném věku jsou úkoly sledující úroveň jemné motoriky ve výše zmíněných vývojových škálách. V předškolním věku to bývají konstrukce z kostek a různých skládaček (např. lego, puzzle apod.), práce s drobným materiálem (korálky) atd. Hodno-

tíme, co dítě dovede postavit, způsob provedení, souhyby, spolupráci obou rukou, laterality, kvalitu a dokonalost úchopů, přesnost cílených pohybů apod. Úroveň jemné motoriky se projeví i v pracovních činnostech a při práci s výtvarným materiálem.

V období školního věku se nabízí k využití diagnostická situace pracovního vyučování, kde zájem žáka a jeho dovednosti mohou pedagoga informovat o možném budoucím profesním zaměření. Celkovou pohyblivost a úroveň hrubé motoriky sledujeme ve škole v hodinách tělesné výchovy, v mimoškolní zájmové sportovní činnosti. Obratnost se projeví při sledování kvality sebeobslužných činností (např. stolování ve školní jídelně, oblékání v šatně apod., srov. Přinosilová 1997, 2000, 2007).

2.6.2 GRAFOMOTORIKA A KRESBA

Kresba je zvláštním druhem činnosti, kde jsou zastoupeny herní i pracovní návyky. Dítě prostřednictvím kresby vyjadřuje své myšlenky, city a přání. Prvním předpokladem využití kresby jako diagnostického prostředku je dokonalá znalost jejího přirozeného vývoje v různých věkových obdobích. Vývoj a zvláštnosti kresebného projevu jsou podmíněny psychologickými vlastnostmi dítěte a vnějšími podmínkami, ve kterých žije. Kresebný projev se rozvíjí úměrně k možnostem, které dítěti ke kreslení nabízí jeho prostředí, a na tom také závisí úroveň kresby.

Přípravným obdobím pro vlastní kreslení je tzv. **čárání**, kdy si dítě osvojuje dovednost a vlastní způsobilost ke kreslení. Vlastní kreslení se začíná rozvíjet kolem 2. roku života, kdy dítě začíná do kresby vkládat obsah (tzv. **obsažná čáranice**). Mezi 2. a 3. rokem začíná kombinovat různé druhy čar a v kresbě tak vznikají **znaky** pro vyjádření určitého předmětu. Tyto znaky se postupně vydělují z pozadí čáranice a jejich postupným osamostatněním dojde k nakreslení samostatného znaku. V další fázi dítě znaky spojuje a snaží se vyjádřit jednoduchý děj. Mezi 3. a 4. rokem věku se začíná rozvíjet **kresba lidské postavy** známou fází **hlavonožce**. Dítě obecně nekreslí věci v jejich skutečné podobě, ale kreslí jen jejich typické vlastnosti. Kreslí z paměti, ne podle předlohy a v kresbě zvýrazňuje to, co pokládá za důležité. U dětí s **tělesným postižením** závisí vývoj kresby na úrovni jemné motoriky a obratnosti ruky. Se zlepšením hybnosti ruky, pohybů prstů a obratnosti se také zlepšuje úroveň kresby. Děti **mentálně retardované** velmi dlouho setrvávají na stále stejné úrovni (dítě kreslí stále stejný typ čar).

Do diagnostiky kresby a grafomotoriky lze zařadit i **zkoušky obkreslování předloh** (např. Test obkreslování Z. Matějčka). Tyto testy ozřejmují problémy v oblasti zrakového vnímání a jsou založeny na poznatku, že schopnost dítěte napodobit určitý obrazec závisí na zralosti nervového systému a zkušenostech z tohoto druhu činnosti. Vývoj kresebné nápodoby je dále podmíněn rozvojem motoriky, zrakového vnímání a senzomotorické koordinace. Jestliže dítě v obkreslování tvarů selhává, znamená to poruchu ve zralosti nebo funkci některé z výše uvedených složek. Diagnostické hodnoty grafomotorického projevu se využívá také při posuzování školní zralosti, dále při diagnostice LMD apod. (srov. Přinosilová 2007).

2.6.3 LATERALITA

Diagnostika laterality úzce souvisí s oblastí motoriky. Je projevem **dominance** jedné z mozkových hemisfér a projevuje se jako upřednostňování jednoho z párových orgánů (ruka, noha, ucho, oko).

Vyšetření laterality je velmi důležité před zahájením školní docházky. **Lateralita** představuje určité **kontinuum** od vyhraněného praváctví přes méně vyjádřenou preferenci pravé končetiny až po vyhraněné leváctví. Je třeba zdůraznit, že **je záležitostí centrální a nikoli periferní, a proto by měla být respektována jako osobnostní charakteristika dotyčného jedince!**

Lateralita se obvykle vyhraňuje mezi 3. a 4. rokem věku, případně i později. Než jde dítě do školy, mělo by být zřejmé, které ruce dává přednost (vedoucí končetina), kterou bude probíhat nácvik psaní. V praxi se můžeme setkat s poměrně častými případy **nevyhraněnosti laterality (tzv. ambidextrie)**. V těchto případech je veden nácvik psaní do pravé ruky.

Kromě výše zmíněné obourukosti (ambidextrie), která je příkladem nedominantního typu, se setkáváme s **praváctvím**, což je **převaha levé mozkové hemisféry a leváctvím**, tedy **převahou pravé mozkové hemisféry**. Leváctví lze u dětí zjišťovat při každodenních činnostech jako je úchop hraček, podávání ruky, používání lžice, při manipulaci, kresbě apod.

Dle Matějčka (1991) na základě výzkumů a klinické zkušenosti lze v praxi doložit **dva typy leváků**:

1. zřetelná dominance motorických partií pravé mozkové hemisféry, tyto jedinci bývají obratní, šikovní, bez problémů ve vývoji a setkáváme se u nich v anamnéze s výskytem leváctví v rodině;
2. méně obratný typ leváků, kteří jsou spíše nešikovní, mají různě vyjádřené nerovnoměrnosti a nápadnosti v oblasti mentálních funkcí a nacházíme u nich pozitivní anamnestické údaje pro lehkou mozkovou dysfunkci (LMD).

V tomto případě patrně došlo k časnému poškození původní levé mozkové hemisféry, jejíž dominance je určující pro praváctví a výše zmíněná hemisféra nemohla převzít svoji řídicí funkci. Tu za ni sice převzala hemisféra pravá, ale nedokonale, protože motorický, řečový, percepční a intelektový systém jedince vykazuje poruchy funkce.

V diagnostice laterality lze využít pozorování, testy laterality (např. Test laterality Z. Matějčka a Z. Žlaba), vyhodnocování anamnestických údajů apod. Zvláštními případy v oblasti laterality jsou změny z nutnosti v důsledku postižení (např. amputace, deformace končetiny, DMO – pravostranná hemiparéza apod., viz Přinosilová 2007).

2.6.4 DIAGNOSTIKA SEBEOSLUŽNÝCH ČINNOSTÍ

Zjišťování úrovně sebeobslužných činností má velký význam v diagnostice dětí předškolního věku, u jedinců mentálně a tělesně postižených a svá specifika může mít i u osob s těžším postižením zraku. **Sebeobsluha** se týká jednak stravování (stolování, přijímání potravy, pití), dále hygieny (mytí, samostatnosti v používání toalety, udržování čistoty apod.) a oblékání, obouvání, úpravy zevnějšku.

Opoždění dítěte v oblasti sebeobsluhy nemusí být nutně důsledkem jen základního postižení, ale často je způsobeno nesprávnou výchovou v rodině, když rodiče dělají za dítě mnohé činnosti, které by mohlo zvládnout samo. Tak vlastně udržuje rodina dítě v závislosti na své péči a brzdí jeho rozvoj samostatnosti. V pozdějším věku, pokud se nepodaří dosáhnout samostatnosti postiženého jedince, to má negativní důsledky v oblasti sebehodnocení, identity a dalších vývojových kompetencí. Může dojít k regresi ve vývoji, kdy již dospělý jedinec je plně závislý na péči rodiny a je s ním stále jednáno jako s dítětem. Proto by mělo v praxi platit, že dítěti zásadně nepomáháme s tím, co může zvládnout samo. To ovšem vyžaduje ze strany rodiny dostatek času, trpělivosti a laskavé důslednosti.

Při zjišťování úrovně sebeobslužných činností porovnáваме aktuální současný výkon jedince s vývojovými normami pro daný věk. Tak zjistíme, zda vývoj v této oblasti probíhá normálně, nebo se opoždí. Oblast sebeobsluhy je také součástí vývojových škál raného věku. Diagnostika sebeobslužných úkonů úzce souvisí s diagnostikou motoriky a laterality, neboť vychází z motorických dovedností hrubé i jemné motoriky (srov. Přinosilová 1997, 2000, 2007).

U jedinců s mentální úrovní od 3 do 9 let lze pro účely diagnostiky využít **Vinlandskou škálu sociální zralosti**, dále je možno využít u jedinců s postižením **Günzburgovu škálu**, pro účely diagnostiky u jedinců s těžším zdravotním postižením to jsou **Škály funkční nezávislosti**.

(viz. Přinosilová, 2007)

2.6.5 DIAGNOSTIKA SOCIALIZAČNÍHO A CITOVÉHO VÝVOJE

Sociabilita je obecně schopnost člověka utvářet a pěstovat mezilidské vztahy. Projevuje se schopností navazovat a rozvíjet vztahy se sociálním okolím. Do určité míry se dá ovlivnit výchovou a **je podmínkou pro začlenění jedince do společnosti**. Z těchto důvodů je diagnostika této oblasti tak významná u všech typů postižení. Sociální vztahy člověka s postižením mohou, ale nutně nemusí být narušeny. V této souvislosti se hovoří o tzv. **sociální dimenzi postižení**, tedy o narušení rovnováhy mezi jedincem s postižením a jeho sociálním prostředím. Velmi zde záleží na osobnostních charakteristikách, jako je temperament a osobní vlastnosti, jak dokonale se podaří postiženému člověku vyrovnat se s vlastním handicapem.

Sociabilitu je možno sledovat v úrovni sebevědomí, v podřízenosti vůči autoritě, v rozvoji ukázněnosti, ve vztazích k ostatním lidem, v chování na veřejnosti, v základním ladění osobnosti ve smyslu aktivita – pasivita, v egocentrismu, v negativismu apod.

Při diagnostice sociability využíváme pozorování, explorační metody, kazuistiku, u dětí situaci společné hry, spontánní a tematickou kresbu.

Na utváření sociability člověka s postižením nejvíce působí citové přijetí vlastní rodinou, vztah k vlastní osobě a postižení, vztah k rodičům a širšímu sociálnímu okolí, míra potřeby sociálních kontaktů, míra tolerance postiženého vůči okolí, tendence k agresivitě, úroveň osvojení a ochota dodržovat společenské, morální a právní normy (Vašek 1995).

Chování jedince ve skupině, jeho postavení a vztah skupiny k němu se dají zjišťovat prostřednictvím **sociometrických metod**. Ty měří interpersonální vztahy. Lze je využít i ve škole ke zjišťování sociability žáků, ke zjištění jejich vlivu a postavení ve skupině spolužáků a vrstevníků a oblíbenosti v této skupině. Tímto způsobem je možné objasnit příčiny kladných či záporných vztahů mezi jednotlivými členy i v rámci celé skupiny. Pedagog tak může stanovit adekvátní výchovná opatření, která se uplatní i při didaktické přípravě skupinového vyučování.

Speciálně-pedagogická diagnostika této oblasti rovněž postihuje kvalitu výchovných podmínek, ve kterých dítě žije. **Rozvoj sociálního zaměření dítěte a jeho vztah k životnímu prostředí úzce souvisí s citovým vývojem a citovou výchovou.**

Také v citové oblasti můžeme mimo jiné získávat poznatky a údaje pro stanovení diagnózy pozorováním, exploračními metodami, v diagnostické situaci spontánní či navozené hry a kresby. U dětí školního věku vypovídají o citovém vývoji a zralosti výsledky činnosti (např. slohové práce na dané téma).

V diagnostice citové oblasti nejčastěji sledujeme:

- **aktuální citové projevy** (vyrovnanost – nevyrovnanost, spontánnost, impulzivitu),
- **převažující emoční ladění** (labilitu nálad, vyrovnanost, převládající pozitivní – negativní ladění),
- **celkovou úroveň citového vývoje** (odpovídá věku, nezralost, odpovídá staršímu věku),
- **lásku k prostředí a rodině** (přirozenost citů, strojenost, opravdovost, přehánění, zdrženlivost, chladnost),
- **estetické cítění** (uspořádání a celková harmonie prostředí, vkus).

Základy citového života a vztahu k lidem se kladou už v útlém dětství. U dětí s **tělesným postižením** bývá citová složka osobnosti od raného dětství často přetěžována na rozdíl

od složky rozumové, která mnohdy nebývá cíleně rozvíjena. Vývoj citové oblasti je poznamenán specifickými problémy základního postižení ve smyslu déletrvajících pobytů v nemocnici, dříve častými pobyty v internátním typu škol apod. V současné době záleží spíše na rodině samotné, jak bude citovou složku osobnosti dítěte rozvíjet, ale i zatěžovat. Nyní existuje již poměrně rozsáhlá nabídka různých forem vzdělávání a není vždy nutné dávat dítě z rodiny na internátní pobyt ve škole a také léčba v nemocnici je možná s přítomností někoho z rodičů, s denní formou návštěv apod. Proto by na základě těchto skutečností nemuselo docházet k vytrhování dítěte z rodiny více než je nezbytně nutné.

U **mentálně retardovaných** dětí se v oblasti citů a sociálního chování setkáváme se zvýšenou sugestibilitou a s negativismem. Obojí je příznakem oslabené volní složky. Proto při práci s těmito dětmi se je snažíme vést k překonávání překážek, k dokončování úkolu, k rozvíjení samostatnosti apod. (Pipeková 2006). Chování dětí s **organickým postižením** se vyznačuje zvýšeným neklidem, který hlavně ve škole může být zdrojem potíží a konfliktů (Vítková 1999). Souvisí to s afektivními projevy a impulzivitou v chování dětí. Je žádoucí dopřát jim dostatek neřízené aktivity a pohybového uvolnění, to znamená zajistit, aby činnost nepodléhala neustálému usměrňování ze strany dospělých. Sociální a citová zralost je jedním z kritérií školní zralosti (více o problematice viz. Přinosilová 2007).

2.6.6 DIAGNOSTIKA RODINNÉHO PROSTŘEDÍ

K úplnosti speciálněpedagogické diagnostiky patří i oblast rodinného prostředí. Je to pochopitelné, neboť výchova v rodině a vliv rodičů představuje důležitý faktor působení na vývoj osobnosti dítěte. Rodina dítě formuje, stává se pro něj modelem chování k ostatním lidem. Dítě si zde postupně osvojuje a začíná chápat různé sociální role. Proto je diagnostika rodinného prostředí důležitá a přispívá ke komplexnímu obrazu osobnosti u postiženého jedince.

Nejčastěji zaměřujeme diagnostickou činnost na: úplnost či neúplnost rodiny, vzájemnou shodu a vztahy mezi rodiči a širší rodinou, stupeň narušenosti rodiny, počet sourozenců a postavení dítěte mezi nimi, dispozice dítěte, typ a náročnost výchovy, způsob trestání dítěte, projevy lásky resp. zanedbávání dítěte, agresivitu vůči dítěti, event. týrání dítěte, prostředí, ve kterém rodina žije, včetně materiálního zajištění (více viz. Přinosilová 2007).

2.6.7 DIAGNOSTIKA ROZUMOVÝCH SCHOPNOSTÍ

Sledování vývoje rozumových schopností je velmi důležitou oblastí diagnostiky ve speciální pedagogice. Má úzký vztah k formě základního vzdělávání jedinců se zdravotním postižením, neboť pro volbu vzdělávacího programu jsou určující jejich mentální schopnosti. Diagnostika rozumových schopností rovněž ovlivňuje profesní orientaci na konci povinné školní docházky a tím i možnosti uplatnění v dalším životě.

Rozvíjení rozumových schopností jedinců se zdravotním postižením by mělo být v souladu s jejich možnostmi, a to jak intelektovými, tak i osobnostními. Důležité je volit vhodné

způsoby stimulace a vzdělávání, a to nejen z hlediska intelektového potenciálu, ale i s ohledem na míru vhodné zátěže.

Diagnostiku inteligence provádí odborný psycholog, který za tím účelem využívá standardní testovou metodiku. O měření inteligence se dá hovořit asi od 3 let věku. U dětí mladších, resp. starších jedinců, ale s mentální úrovní odpovídající tomuto věku (0-3 roky), se pro účely zjištění vývojové úrovně využívají **vývojové škály**. Další možností diagnostiky raného vývojového období a u jedinců s těžkým zdravotním postižením je tzv. **transdisciplinární herní diagnostika**, která je alternativním diagnostickým přístupem a využívá situaci volné hry (Linder, 1990, sec. cit. Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

V oblasti diagnostiky vývoje dítěte raného věku je třeba si uvědomit, že **jakékoliv postižení nebo dysfunkce, i když se primárně netýká úrovně rozumových schopností, se v oblasti vývojového kvocientu projeví jako jeho celkové snížení**. Krejčířová (in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 401) k tomu uvádí: „*Riziko podcenění dítěte je v útlém věku značné a může vést k iatrogenizaci dítěte v důsledku snížených očekávání a nároků rodičů.*“

Dalším důležitým zdrojem informací pro diagnostiku mentálních schopností jsou údaje z **rodinné a osobní anamnézy**, zaměřené jednak na event. vlivy dědičnosti, dále na přítomnost biologických faktorů v pre- peri a postnatálním věku a na psychosociální faktory, jako je kvalita rodinného prostředí a úroveň sociálních vztahů. Velmi důležitou informací jsou údaje o **průběhu psychomotorického vývoje** a o dosavadním tempu vývoje.

V oblasti diagnostiky mentální retardace je nutné pamatovat na to, že u střední a těžké mentální retardace se většinou jedná o **organickou etiologii**, tedy že velmi často bývá přítomno i další postižení (např. tělesné, zejména DMO, smyslové atd.). V tom případě je velmi užitečné znát i další specifika jedince v oblasti pozornosti, paměti, citové lability, zvýšené dráždivosti, odolnosti vůči zátěži, přítomnost projevů impulzivity apod., protože tyto faktory mohou značně ovlivnit intelektový výkon daného jedince.

Jak již bylo řečeno, odborná diagnostika mentálních schopností je součástí psychologické diagnostiky ve speciální pedagogice a zajišťuje ji psycholog na odborném pracovišti (nejčastěji pedagogicko-psychologická poradna nebo speciálněpedagogické centrum).

Úloha pedagoga je však v této oblasti neméně důležitá, protože právě on může na základě dlouhodobého sledování jedince doporučit odborné psychologické vyšetření.

2.6.8 DIAGNOSTIKA KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ

Nástrojem dorozumívání mezi lidmi je řeč. Jedná se o specificky lidskou vlastnost, která jednak ovlivňuje rozvoj poznávacích procesů včetně rozvoje myšlení, ale má i významný vztah k socializaci člověka, tedy ke schopnosti utvářet a rozvíjet společenské vztahy. Úroveň socializace je do značné míry spoluurčena schopností člověka verbálně komunikovat, a proto má velký význam pro všechny lidi a pro jedince se zdravotním postižením o to více.

Komunikace jako proces sdělování a dorozumívání může probíhat na úrovni:

- **verbální** (slovní, mluvenou nebo psanou řečí)
- **neverbální** (gesty, mimikou, pantomimikou, pohledy očí, haptikou)

Narušenou komunikační schopností se zabývá obor logopedie, v rámci kterého je řešena otázka možné prevence, dále diagnostika, náprava, výchova a vzdělávání jedinců s narušenou komunikační schopností ve všech fázích vývoje.

Cílem tohoto pojednání není podat ucelený přehled o logopedické diagnostice, ale spíše upozornit na možnosti sledování úrovně řečového projevu a komunikace jedinců v každodenních situacích.

Sledování kvality řečového projevu je důležité zejména v období dětství, kdy se řeč vyvíjí a postupně fixuje, ale i v následujících obdobích života, protože narušení komunikační schopnosti se může projevit v souvislosti s některými zdravotními postiženími či chorobami (např. mentální retardace, sluchové postižení, dětská mozková obrna, poruchy autistického spektra, demence, stavy po úrazech mozku, po ictu, mozkové nádory apod.).

Z tohoto pohledu je zejména důležité sledovat řečovou komunikaci v zařízeních, jako jsou mateřské a základní školy, centra volnočasových aktivit dětí apod. Osoby pracující v těchto zařízeních mohou být prvními, kdo rodiče upozorní na potřebu logopedické péče u jejich dítěte, které jinak nemusí trpět žádným dalším zdravotním postižením.

O to více je důležité sledovat kvalitu komunikační schopnosti (a také o ni pečovat) u jedinců, kteří trpí nějakým zdravotním postižením, neboť zde se často setkáváme s tzv. **symptomatickými poruchami řeči** (např. u mentální retardace, zrakového postižení, dětské mozkové obrny atd.).

Řečová komunikace má složku:

- **obsahovou**, jejíž úroveň je dána schopností formulovat myšlenky, rozsahem slovní zásoby, syntaxí a schopností aplikovat pravidla gramatiky
- **formální**, která se týká individuálních charakteristik jako je tvorba hlasu, jeho melodie, výška, výslovnost, artikulační obratnost, plynulost a tempo řeči

Nutným předpokladem pro diagnostiku verbálních schopností v období raného a předškolního věku je **navázání kvalitního vztahu s dítětem a získání jeho důvěry a spolupráce**. Proto je dobré, pokud může vyšetření dítěte probíhat ve **známém prostředí a v přirozených podmínkách**.

Z metod se osvědčuje **rozhovor, pozorování** dítěte při hře včetně jeho slovního komentáře herní situace, sledování jeho komunikace s ostatními dětmi, **povídání nad obrázkem, dramatisace příběhů**.

V oblasti diagnostiky orální, zvukové řeči se zaměřujeme na **aktivní i pasivní slovní zásobu**, která se projevuje v pochopení a provádění slovních příkazů, úkolů a otázek, tedy v reakcích na výzvy, pochopení slovního výkladu a jeho zpětné reprodukce atd. (Klenková 2000).

Při diagnostice plynulosti řečového projevu sledujeme tempo a rytmus řeči.

Péče o rozvoj komunikační schopnosti dítěte předškolního věku je také zakotvena v **Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání**. Důležité je podporovat u dítěte zájem o aktivní řečový projev, dát mu dostatek příležitosti ke komunikaci s vrstevníky i s dospělými. Základem verbální komunikace je **dialog**, proto je nutné nejen mluvit **na dítě**, ale zejména mluvit **s dítětem**.

Na úroveň řeči a komunikativních dovedností mají kromě individuálních rozdílů vliv také zvláštnosti podmíněné druhem postižení.

U **zdravých dětí** předpokládáme, že před nástupem do školy je řeč dostatečně rozvinuta a odpovídá ve své obsahové i formální oblasti mentálnímu věku dítěte. Úroveň řečové komunikace rovněž souvisí s problematikou deficitů dílčích funkcí a specifických poruch učení. Všechny tyto skutečnosti mají významný vztah ke školní připravenosti a zralosti dítěte pro školu. Proto také jedním z měřítek školní zralosti je kvalita řečové komunikace.

2.7 Komunikační schopnost u vybraných druhů postižení

Míra narušení komunikační schopnosti jako symptomatické poruchy řeči u **mentální disability** souvisí se závažností tohoto postižení. Obecně se dá říci, že vývoj řeči je vždy opožděný a současně i omezený, protože nedosáhne ani později normy. Výslovnost je méně přesná, což má souvislost s etiologií mentální retardace, protože v případě organického postižení CNS bývá zpravidla narušena i motorická koordinace mluvidel. Bývají potíže s chápáním celkového kontextu (žert, ironie). Jazyková citlivost bývá snížena, což se projevuje agramatismy v řeči.

U **lehké mentální disability** je vývoj řeči opožděn asi o 1-2 roky ve srovnání se zdravými dětmi. Bývá snížena slovní zásoba, narušena oblast porozumění, nevyvíjí se schopnost abstrakce v myšlení, proto chybí i v řeči.

U **středně těžké mentální disability** začíná dítě někdy mluvit až po 6 letech věku. Časté je mechanické opakování řečových celků bez porozumění (echolalie), je narušena artikulace (vícečetné dyslalie). Řeč je agramatická, stereotypní, využívající jen konkrétní pojmy.

Těžká mentální disability se v oblasti řečové komunikace projeví pudovými hlasovými projevy, kterými dává jedince najevo své emoce a potřeby, resp. libost či nelibost z jejich uspokojení.

U **hluboké mentální disability** již není zachována ani schopnost vyjádření potřeb a citů. Většinou se jedná jen o neartikulované zvuky.

V případě **zrakového postižení** je z hlediska vývoje řeči důležité, **kdy** se postižení projevilo. U vrozeného a raně vzniklého těžkého postižení zraku se setkáváme s opožděným vývojem řeči, což souvisí právě s chyběním zrakovým podnětů. Dítě sice slyší, ale nemůže zrakem sledovat a napodobovat pohyby mluvidel. To má negativní vliv na artikulaci a proto se velmi často u těchto dětí vyskytuje dyslalie (velmi záleží také na tom, zda se nejedná o souběžné postižení dalšími vadami jako je mentální retardace, sluchové postižení, dětská mozková obrna). S ovládnutím Braillova písma, tedy po nástupu školní docházky, dochází ke zlepšení komunikační schopnosti a k pokroku v obsahové i formální složce řeči. Typickým projevem v řeči bývá tzv. **verbalismus**. Jedná se o osvojení pojmů na verbální úrovni, jejichž obsah není zcela jasný, nebo vzhledem ke zrakovému postižení není dostupný - poznatelný (např. popis krajiny, barvy apod.). **Řeč má pro zrakově postižené velký význam, protože je ve větší míře spojena s rozvojem kognitivních procesů (myšlení), má význam jako komunikační prostředek a kompenzuje omezené zrakové vnímání.**

Sluchové postižení omezuje, až znemožňuje verbální komunikaci. Velmi záleží na tom, **kdy** postižení vzniklo. Pokud to bylo v tzv. **prelingválním období**, tedy před osvojením a zafixováním řečových funkcí, projeví se nedostatečný rozvoj řeči i v oblasti dalších psychologických funkcí. Pokud postižení vzniklo v tzv. **postlingválním období**, kdy již byla řeč zafixována, uchovává si jedinec alespoň částečnou schopnost verbální komunikace, i když může mít určité potíže.

Komunikační schopnost neslyšících je narušena ve všech rovinách. Problémy s verbální komunikací mají i jedinci **nedoslýchaví**. Potíže mohou mít v rozlišování zvukově podobných slov a s identifikací slov vůbec.

Jak uvádí Vágnerová (2004) nestandardní vývoj řeči má negativní dopad na vývoj poznávacích procesů. Myšlení je u sluchově postižených více vázána na konkrétní skutečnost, což má negativní důsledky pro rozvoj abstraktního a hypotetického myšlení.

Z toho, co zde bylo uvedeno, jednoznačně vyplývá důležitost **včasné diagnostiky** sluchového postižení. **Je nutné, aby byla vada rozpoznána co nejdříve, což umožňuje kompenzaci vhodnými pomůckami (sluchadla, specifická stimulace) a využití přiměřeného způsobu komunikace.**

Dětská mozková obrna bývá velmi často doprovázena narušenou komunikační schopností. Poruchy artikulace jsou zde důsledkem postižené motoriky mluvidel a jejich koordinace. Motorika mluvidel je neobratná nepřesná, často bývá narušena i dechová koordinace, což vede k tomu, že řečový projev je narušen i z formálního hlediska. Omezený vývoj řeči negativně ovlivňuje vývoj kognitivních procesů, úroveň komunikační schopnosti a kvalitu sociální adaptace. Sociální okolí (rodiče, učitelé, vrstevníci) mívá problém s porozuměním řeči takto postiženého jedince. Vývoj řeči může být u dětí s DMO negativně ovlivněn i přítomností dalších souběžně se vyskytujících postižení, jako je mentální retardace, smyslové vady, epilepsie.

Typickým projevem narušené komunikační schopnosti je u DMO **dysartrie**, jejíž příznaky závisí na rozsahu a lokalizaci centrálního postižení. S dysartrií se setkáváme i u úrazů hlavy, mozkových nádorů, degenerativních onemocnění mozku, cévních onemocnění mozku atd.

Autismus je doprovázen narušeným vývojem řeči a neschopností využívat řeč ke komunikaci. Tito jedinci nedokáží obvyklým způsobem přijímat komunikační signály z okolí, nerozumějí jim, nechápou emoční projevy ani kognitivní obsah sdělení, a proto je tyto podněty nezajímají a ke komunikaci je neužívají.

I v oblasti komunikačních schopností platí, že se v praxi prolíná oblast diagnostiky s nápravou. Pokud se nejedná o odbornou logopedickou diagnostiku, pak **v přirozeném prostředí můžeme využívat následující metody:**

- ✓ **hra** - komentování hravé činnosti při individuální hře dítěte, verbální komunikace s ostatními dětmi při skupinové hře
- ✓ **dramatizace a hraní rolí** - využíváme při reprodukci krátkého příběhu nebo pohádek. Můžeme kombinovat s loutkami, maňásky apod.
- ✓ **reprodukce říkanek, básniček, písniček** - děti tyto činnosti mají v oblibě, přirozeně procvičují paměť, melodii hlasu, tempo, koordinaci dýchání, artikulaci a rytmus při doprovodných pohybech. Zajímavé jsou pro děti zejména písničky spojené s tanečky.
- ✓ **leporela, dětské knížky, obrázky, encyklopedie, časopisy** - jsou zdrojem poznání, děti se učí novým pojmům a jejich obsahu
- ✓ **kresba (volná i tematická, individuální i skupinová)** - slouží i navození motivace a spolupráce s dětmi. Všimáme si slovních komentářů, po skončení kresby lze uplatnit rozhovor nad obrázkem.
- ✓ **televize, video, rozhlas, počítačové programy** - lze rovněž v přirozeném prostředí využívat k účelům diagnostiky i reedukace. V každém případě je nutno **pečlivě vybírat z nabídky programů a nenechat dítě o samotě dlouho vysedávat před těmito prostředky masové komunikace.**

2.8 Vybrané diagnostické situace

2.8.1 KRESBA JAKO DIAGNOSTICKÁ SITUACE

Diagnostická situace kresby může vzniknout:

- **spontánně**, kdy dítě samo začne kreslit určitý námět, nebo skupinka dětí začne vytvářet kolektivní kresbu na zvolený námět
- **záměrně**, kdy situaci kresby navodíme, popř. zadáme i téma pro kreslení. I zde se může jednat o kresbu individuální nebo kolektivní.

Z hlediska diagnostiky se v situaci kresby zaměřujeme na:

- **téma kresby**, které dítě zvolilo, může mít výpovědní hodnotu z hlediska jeho přání, problémů, zájmů apod. Děti většinou svou kresbu, popř. i její průběh, slovně komentují, rády kreslí před dospělou osobou, protože touží po pochvale za svůj výkon, ale i proto, že chtějí udělat radost blízkému člověku. Pro potřeby diagnostiky využíváme proto výpověď a komentář dítěte k obrázku.
- **provedení kresby** můžeme hodnotit z hlediska obsahu i formy provedení. V praxi tato oblast souvisí jednak se zkušeností dítěte s kreslením, dále pak s celkovou úrovní rozumových schopností a v neposlední řadě s druhem, formou a závažností dalších zdravotních postižení (mentální retardace, zrakové vady, organické postižení CNS apod.)
- **přiměřenost kresby vzhledem k věku dítěte** - v kresebném projevu je třeba respektovat jednotlivá vývojová stadia, kdy nás zajímá, zda kresba odpovídá věku dítěte, nebo je na nižší, resp. vyšší úrovni, než bychom vzhledem k věku očekávali. Z tohoto pohledu je důležitá orientace ve vývoji kresby.
- **využití plochy papíru** - sledujeme umístění obrázku na papíře, zda je umístěn přibližně uprostřed, jak dobře je celková plocha využita, nebo zda je obrázek malý, popř. umístěný v horní či dolní části plochy apod.
- **linie kresby** - sledujeme zda jsou plynulé, souvislé, nebo jsou čáry přerušované, kontrastné, navazované, roztřesené, nesouvislé apod. Dále nás zajímá přiměřenost síly přítlaku, zda jsou linie slabé, špatně viditelné s malým přítlakem kresebného nástroje, nebo naopak výrazné, až vyrývané. Tyto projevy mohou mít diagnostickou hodnotu vzhledem k možné organicitě (DMO, ADHD apod.) popř. k dalším znevýhodněním dítěte.
- **figurální kompozice** - toto hledisko se uplatňuje při kresbě postav. Statická kompozice znamená, že zobrazeným postavám chybí pohyb, aktivita, činnost.
- **problémové momenty v kresbě** - projevují se nadměrným gumováním, zesílením linií, stínováním, nebo naopak vynecháním určitých částí kresby. V praxi se s tím setkáváme u dětí se zdravotním postižením, kdy např. nezobrazí na postavě část těla, která odpovídá jejich postižené tělesné oblasti, nebo v klinické praxi při zjišťování narušených vztahů v rodině jako jsou případy týrání či zneužívání dětí.
- **využití barev** - sledujeme, zda jsou kresby přiměřeně barevné, jakým barvám dává dítě přednost, které nepoužívá apod. Při analýze barevnosti kresby je třeba brát v úvahu i sociální faktory, jako je vliv současné kultury a módy. V průběhu kresebného vývoje dítě nepoužívá stále stejné barvy a mohou se u něho střídát období, kdy barvy téměř nepoužívá s obdobími naopak velmi barevným.

R. Davido (2001, s. 38) k interpretaci barev v kresbě poznamenává: „...všeobecně vzato jasné, teplé barvy svědčí o vyrovnanosti, zatímco tmavé barvy ukazují na tendenci ke

smutku, úzkosti, případně na odpor k někomu nebo něčemu. Bledé odstíny vyjadřují citovou nevyrovnanost nebo špatný zdravotní stav. “ Tato oblast může mít diagnostický význam pro odhalení dosud skrytých vad zraku a barvocitu (např. daltonismus, kdy jedinec nerozlišuje červenou a zelenou barvu). Proto je **důležité, než přikročíme k interpretaci kresby, ověřit kvalitu zrakového vnímání.**

- **kvalita kresebného projevu** obvykle závisí na příležitosti, kterou dítě ke kreslení má, na cviku, dále na jeho intelektové vyspělosti a celkovém tělesném stavu. Kvalita kresby může být negativně ovlivněna únavou, poklesem pozornosti, formou a závažností zdravotního postižení. Kresby dětí s mentální retardací jsou po obsahové i formální stránce na nižší úrovni, u dětí s tělesným postižením trpí v důsledku základní vady spíše forma provedení kresby. Významný vliv na kresebný projev může mít, podle své závažnosti, zrakové postižení.
- **čas potřebný k provedení kresby** - některé děti pracují obzvláště pomalu, naopak děti hyperaktivní v důsledku svých typických projevů pracují velmi rychle, ale nepřesně a jejich kresba není dostatečně propracovaná, protože její kvalita a provedení jsou negativně ovlivněny kolísáním pozornosti a její nedostatečnou koncentrací. Tyto děti také nemívají tendenci kresbu kvalitně propracovat a dokončit. Brzy o ni ztrácejí zájem a od úkolu odbíhají. Za normálních okolností není doba potřebná k vypracování kresby až tak důležitým kritériem.
- **kolektivní kresba** - děti rády kreslí na velké plochy velký společný obraz, na kterém spolupracuje současně několik dětí. Každé dítě zpracovává určitou část obrazu. Zde se nabízí možnost ke sledování sociální interakce ve skupině. Dle projevů dětí můžeme usuzovat na kvalitu a dynamiku vzájemných vztahů (kdo má autoritu u ostatních, kdo se podřizuje, kdo stojí spíše mimo skupinu a není skupinou akceptován, jaká je úroveň společenského chování a prosazování zájmů mezi dětmi, trpělivost, vytrvalost a délka soustředění na kresbu, schopnost spolupráce s ostatními ve skupině, projevy egocentrismu, negativismu, impulzivity v chování apod.).

Z hlediska diagnostiky a rodinné terapie mohou být přínosné také společné kresby rodičů a dítěte spojené se zážitky z výletu, procházky, návštěvy divadla, ZOO apod.

Analýza kresebného projevu dítěte je významnou součástí diagnostiky školní zralosti. Dozrávání kresby na počátku školní docházky odráží **zrání percepce**, které se projevuje schopností zrakové a sluchové diferenciací, analýzy a syntézy i rozvojem myšlení a zkušeností.

Hodnocení kresebných výtvarů dětí by mělo být šetrné a motivující dítě k dalšímu výkonu. Nikdy bychom neměli bez toho, aniž bychom s dítětem pohovořili o jeho kresbě, tuito kritizovat nebo přímo odmítnout. Kresba je ukazatelem grafomotorických schopností a úrovně senzomotorické koordinace dítěte. Kromě toho odráží dětské vnímání světa, kvalitu rodinného zázemí nebo neuspokojení psychických potřeb.

V klinické praxi se kresebné techniky využívají i v diagnostice dospělých osob. Diagnostická situace kresby zde většinou využívá projektivní techniky (např. Kresba postavy, Test kresby stromu, Warteggův kresebný test aj.) pro diagnostiku osobnosti, zkoušky kreativity pro zjišťování úrovně tvořivého myšlení a metody zaměřené na zjišťování organicity. **Využití těchto metod spadá ve speciální pedagogice do oblasti psychodiagnostiky a pracuje s nimi psycholog, nikoli speciální pedagog.** Jejich popis je však nad rámec tohoto textu, proto zájemce odkazují na publikaci Svoboda, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-327-7 a Svoboda, M. Krejčířová, D., Vágenerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-545-8. agogicko-psychologické diagnostiky. Z poradenské praxe vyplývá, že od školní zralosti se odvíjí mnoho výchovných i vzdělávacích problémů žáků 1. stupně ZŠ.

2.9 Diagnostika školní zralosti a připravenosti pro školu

V našich zemích nastupují povinnou školní docházku děti, které dovršily 6 let nejpozději k datu 1. září. Na přání rodičů je v současné době možné zařadit do školy i děti, které dosáhnou věku 6 let později, do konce kalendářního roku. Žádost rodičů musí být doporučena na základě vyšetření dítěte pedagogicko-psychologickou poradnou nebo speciálně-pedagogickým centrem.

Kromě toho, je možné na základě doporučení obvodního dětského lékaře a pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálněpedagogického centra i odložení nástupu povinné školní docházky o 1 rok, popř. u závažnějších forem zdravotního postižení až o 2 roky, takže dítě může nastoupit do školy v 7 nebo až v 8 letech. Vzhledem k tomu, může být ve třídě věkový rozdíl mezi dětmi až 1 rok, což automaticky znevýhodňuje nejmladší děti, které, i když splňují v šesti letech podmínky pro zařazení do školní docházky, nedosahují úrovně zralosti svých starších spolužáků ve třídě.

Nástup povinné školní docházky s sebou přináší změny i do života rodičů dítěte. Část jejich autority přechází na konkrétního pedagoga ve škole a ve vztahu ke škole jako k instituci se dostávají do podřízeného postavení. Rodiče často školu chápou jako místo učení a výkonu, ale ona je i místem socializace dítěte na jiné úrovni než v rodině. Dítě si zde osvojuje nové sociální role spojené s určitým statutem (role školáka a spolužáka).

Podstatou **školní zralosti a připravenosti** je předpoklad takového vývoje schopností a dovedností, že se stávají prostředkem k dalšímu rozvoji, jsou tedy využitelné pro novou roli školáka.

Předpokladem **školní zralosti** je biologické zrání, tedy dosažení určité zralosti CNS. Toto zrání je závislé na věku a individuálních vlastnostech každého jedince. Pro úspěch dítěte ve škole jsou dále podstatné jeho předchozí zkušenosti a předškolní učení.

Dostatečná zralosti CNS se projeví mimo jiné v přiměřené **odolnosti vůči zátěži**, v **reaktivitě a stabilitě** dítěte, což mu umožňuje lépe využít svých schopností na základě dokonalejší **koncentrace pozornosti** a je také předpokladem pro **přizpůsobení dítěte školnímu režimu**.

Na zrání CNS závisí **rozvoj percepce, kognitivních procesů, lateralizace ruky, motorická a senzomotorická koordinace a manuální zručnost**. Předpokladem úspěšné adaptace na školní prostředí je **emoční zralost**, která se projevuje v citové stabilitě dítěte, v jeho motivaci ke školní práci, ve vědomí odpovědnosti.

Školní připravenost dítěte závisí na kvalitě jeho sociálního prostředí, nejvíce na rodině a předškolním zařízení, které dítě navštěvuje.

Diagnostika školní zralosti se zaměřuje na následující oblasti:

- **Tělesná zralost** - je nejméně významná, ale bereme ji v úvahu u dětí zdravotně znevýhodněných (děti chronicky nemocné, zdravotně oslabené). Nejčastěji se posuzuje tělesná hmotnost a výška, ale z hlediska tělesné zralosti je asi důležitější stav dentice (zahájení výměny mléčného chrupu) a kostní věk.
- **Rozumová zralost** - je charakterizována diferencovaným vnímáním, dostatečnou koncentrací pozornosti, schopností analytického myšlení, přiměřenou úrovní paměti, přičemž se kromě mechanické paměti rozvíjí i paměť logická, senzomotorickými dovednostmi, úrovní všeobecných vědomostí a orientovaností v životním prostředí, ovládnutím hovorové řeči, zájmem o zaměstnání s cílem.
- **Citová zralost** - předpokládá emoční stabilitu, schopnost potlačení impulzivity v projevech dítěte, motivaci ke školní práci, odolnost vůči zátěži, schopnost zvládnout pocity napětí, strachu, trémy a obav z neúspěchu.
- **Sociální zralost** - předpokládá schopnost dítěte začlenit se do kolektivu spolužáků, přijmout autoritu učitele, zvládnout pobyt v cizím prostředí bez matky, přijmout sociální roli žáka a spolužáka.

Diagnostika školní zralosti se opírá o dlouhodobé sledování dítěte v průběhu předškolního věku, kdy se nejčastěji zaměřuje na oblast motorických funkcí, lateralitu, sebeobslužné činnosti, úroveň rozumových, verbálních a komunikačních schopností a v neposlední řadě oblast sociálního a citového vývoje. Nelze opomenout ani úroveň zrakového a sluchového vnímání, neboť se může stát, že méně závažné postižení je zjištěno později, někdy až po zahájení školní docházky.

V praxi většinou diagnostika školní zralosti probíhá ve dvou etapách. Učitelky v mateřských školách, učitelé při zápisu, popř. pediatři provádějí screening a depistáž. Pokud se projeví pochybnosti o vhodnosti nástupu dítěte do školy, provádí komplexní diagnostické vyšetření příslušná pedagogicko-psychologická poradna, nebo v případě dětí se zdravotním

postížením speciálněpedagogické centrum. Základem tohoto vyšetření je diagnostika inteligence, kterou provádí psycholog standardními inteligenčními testy. Dále se v rámci diagnostiky školní zralosti zjišťuje kvalita zrakové a sluchové percepce, lateralita, úroveň hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky a kresby, zralost senzomotorické koordinace, pozornost, paměť a úroveň komunikační schopnosti. Z projevů dítěte během vyšetření usuzujeme na jeho citovou a sociální zralost. Důležitým informačním zdrojem jsou také údaje získané z rodinné a osobní anamnézy.

2.10 Diagnostika profesní orientace

Jedním z nejdůležitějších úkolů diagnostického procesu jedinců se zdravotním postižením je **diagnostika profesní orientace**, která je završena **zvolením studijního zaměření, učebního oboru nebo orientací na některou jednodušší činnost, kterou by jedinec mohl vykonávat vzhledem ke svému handicapu**. Její správnost a přiměřenost vzhledem ke speciálním potřebám handicapovaného jedince má vliv na kvalitu jeho dalšího života (budoucí profesní uplatnění i sociální zařazení).

U žáků se speciálními potřebami zpravidla participuje na řešení profesní orientace příslušné speciálněpedagogické centrum (SPC), ale i pedagogicko-psychologická poradna (PPP) např. v případě žáků se specifickými poruchami učení.

Již v průběhu školní docházky je třeba žáka cíleně připravovat na budoucí volbu povolání. Důležitou roli zde může hrát pedagog ve škole (výchovný poradce), jehož pomoc vychází z **dlouhodobé** znalosti dotyčného žáka a jeho rodiny.

Dobrym zdrojem poznatků a informací je **dlouhodobé pozorování** žáků v rámci pracovního vyučování (pracovní výchovy). Pedagog zde může diagnosticky využít **analýzu spontánních produktů**. Pracovní činnost se tak stává (zejména u žáků, u kterých vzhledem k mentální retardaci nepředpokládáme další studium) dobrým zdrojem poznatků a informací potřebných pro jejich profesionální začlenění.

Diagnostika v rámci pracovního vyučování sleduje zejména:

- ✓ **profesní zájmy a jejich trvalost**
- ✓ **psychické předpoklady pro povolání** (včetně osobnostních zvláštností vyplývajících ze zpracování postižení- sebepojetí, snížené sebehodnocení, nedostatek sociálních zkušeností apod.)
- ✓ **úroveň požadovaných školských vědomostí, způsobilostí a návyků pro zvolené povolání**
- ✓ **somatické předpoklady pro povolání** (event. kontraindikace vzhledem k druhu a závažnosti postižení do budoucna)
- ✓ **úroveň zručnosti**

- ✓ **pracovní návyky a předpoklady** (pro výkon určitého povolání či pracovní činnosti)
- ✓ **pracovní tempo a vytrvalost**
- ✓ **unavitelnost a odolnost vůči zátěži** (obrané mechanismy v zátěži)
- ✓ **schopnost dorozumět se a komunikovat** (s ostatními členy pracovního kolektivu, úroveň a rychlost dorozumívání)
- ✓ **schopnost spolupráce** (v rámci pracovního kolektivu, ochotu podřídit se)
- ✓ **samostatnost a nutná míra dopomoci** (potřeba stálého vedení a dohledu atd.)
- ✓ **možnost uplatnění v praktickém životě**

V procesu profesionální orientace handicapovaných se často setkáváme s neadekvátními představami při volbě povolání ze strany dotyčných jedinců nebo jejich rodiny.

Nejčastějšími příčinami bývá:

- ✓ **přecenění schopností žáka jeho rodiči a z toho vyplývající nevhodné ovlivňování**
- ✓ **nedostatek profesních informací žáků a jejich rodičů**
- ✓ **žáci se pro povolání rozhodují jen na základě jednostranných informací a ne komplexních poznatků o povolání**
- ✓ **neznalost nebo podcenění kontraindikace** (nevhodnost povolání vzhledem k postižení a zdravotnímu stavu)
- ✓ **nedostatek informací o tom, jaké profese mohou být žákovi doporučeny v souvislosti s postižením**

Ze strany pedagogů je důležité již od 5. ročníku postupně zjišťovat profesní zájmy dětí s postižením a věnovat dostatek pozornosti utváření přiměřených dovedností a představ o budoucím pracovním začlenění. V tomto smyslu se v diagnostice této oblasti významně uplatňují **explorační metody** (rozhovor, dotazník), které se doplňují **analýzou spontánních produktů** v rámci pracovního vyučování i jiných forem výchov, informacemi o činnosti v **zájmových kroužcích a volnočasových aktivitách žáka a vědomostmi a celkovou orientovaností v odborných vyučovacích předmětech**. Důležité je včas **znát možné kontraindikace pro výkon** zvoleného povolání. S tím souvisí i znalost fyzických předpokladů pro výkon dotyčné profese. Důležitou roli zde má zejména třídní učitel a výchovný poradce na škole.

Profesní orientace, jejíž diagnostika vychází z informací, dat a poznatků diagnostiky předchozích vývojových období, je procesem, ve kterém se jedinec cílevědomě a záměrně zaměřuje na určitý okruh možných profesí a jeho výsledkem je **volba povolání**.

Z hlediska věku se tento proces realizuje koncem období povinné školní docházky, pokud se jedná o základní zaměření - studium, resp. učební obor, nebo nejpozději v období adolescence, kdy absolventi středních škol volí další vysokoškolské (nebo na vyšší odborné škole) studium v určitém oboru, či přímo nastupují do zaměstnání. Jedinci se závažnějším handicapem začínají pracovat v chráněných dílnách, formou podporovaného zaměstnání apod. Pomůckou pro třídního učitele a výchovného poradce mohou být **profesiogramy**, které poskytují přehledné popisy nároků na přípravu v dané profesi.

Na volbu povolání má vliv i vzdálenost školy od místa bydliště, dostupnost z hlediska dopravy, nutnost internátního pobytu, délka přípravy na povolání a možnost uplatnění v daném oboru na trhu práce v místě bydliště a ekonomická úroveň rodiny.

Na řešení problematiky profesní orientace a volby povolání se podílejí poradenská pracoviště, jako jsou již výše zmiňované pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálně-pedagogická centra (SPC), dále pak informační a poradenská střediska (IPS) pro volbu povolání při úřadech práce. Tato střediska mají k dispozici informace o jednotlivých typech škol, učilišť a oborech včetně informací o požadavcích na zdravotní stav žáků a náročnosti studia. Mají k dispozici přehled o počtech přijímaných uchazečů a o situaci na trhu práce v jednotlivých oborech. IPS spolupracují s výchovnými poradci na všech úrovních škol, s PPP a SPC.

Diagnostika profesní orientace a volby povolání je v poradenství zaměřena na následující oblasti:

- **anamnestické údaje** (informace z rodinné a osobní anamnézy, z anamnézy žáka, z vyšetření rodinného, školního a mimoškolního prostředí)
- **oblast motoriky a grafomotoriky** (hrubá i jemná motorika, úchopy - primární, sekundární, terciální), diagnostika se řídí zvoleným typem profese či studijního zaměření
- **rozumové schopnosti** (diagnostiku provádí psycholog standardními inteligenčními testy)
- **lateralita** (problém vynucené laterality v důsledku postižení)
- **komunikační schopnosti**
- **osobnostní charakteristiky** (včetně citové a sociální oblasti)

Diagnostický proces zaměřený k profesní orientaci jedinců se zdravotním postižením je **komplexního charakteru** a podílí se na něm odborníci z oblasti medicíny, psychologie, speciální pedagogiky a sociální oblasti.

U žáků s **tělesným postižením** je důležité zvolit takový **obor**, aby byl pro daného jedince **perspektivně vhodný a pohybově zvládnutelný**. Výběr je snazší, pokud je žák přiměřeně inteligentní a ve škole úspěšný. V opačném případě padá volba na praktické obory a zde je nutno brát v potaz omezené možnosti manuální činnosti v důsledku pohybové vady.

U žáků se **smyslovým postižením** jsou důležité informace o aktuálním stavu zrakových a sluchových funkcí a jejich očekávané prognóze. U jedinců s **mentální retardací** vychází diagnostika profesní orientace z příčin a závažnosti postižení. Důležité je také znát **individuální profil schopností, dosaženou míru nezávislosti a schopnost adaptovat se na požadavky prostředí**.

Do oblasti diagnostiky profesní orientace je nutno zahrnout i diagnostiku za účelem **re-kvalifikace** u získaných postižení v produktivním věku. Zde se postupuje obdobně, opět je vyšetření zaměřeno na osobnostní profil zachovaných schopností a dovedností jedince a na jeho osobnostní charakteristiky. Na základě diagnostických závěrů je třeba vybrat a navrhnout takové profesní zařazení, ve kterém by se daný člověk mohl v dostatečné míře realizovat a nebyla tak, pokud možno, snížena kvalita jeho života.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Co je to diagnostika a co je výsledkem diagnostiky?
2. Jak klasifikujeme diagnostiku podle věku klienta?
3. Jak klasifikujeme diagnostiku podle jednotlivých typů postižení?
4. Jak se diagnostikuje hrubá a jemná motorika?
5. Jak se diagnostikuje lateralita?
6. Jaké znáte diagnostické situace?



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte podrobnou komplexní diagnostiku dospělého klienta s postižením (volba věku i typu postižení je na studentovi)?

DALŠÍ ZDROJE



viz literatura uvedená v podkapitole DALŠÍ ZDROJE v 1. kapitole této studijní opory

SHRNUTÍ KAPITOLY



Kapitola podává ucelený přehled o problematice speciálně andragogické diagnostiky. Je nedílnou součástí základního vědomostního bloku k dané problematice. Zaměřuje se na diagnostiku podle věku, diagnostiku podle jednotlivých typů postižení, na oblasti diagnostiky a přehled nejdůležitějších diagnostických metod.

3 PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÁ PORUCHA (PAS, AUTISMUS)



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Chování autistických jedinců je do jisté míry jedinečné a vzbuzuje ve svém okolí pozornost, údiv, někdy i úzkost či strach. Projev a chování autistů často bývá v kontrastu s intaktní populací a vyřazuje je z běžného života společnosti. Lze konstatovat, že jedinci s autismem jsou handicapováni jak ve vztahu k sobě, tak i k druhým. Leo Kanner je pokládán za prvního, kdo popsal autismus v psychiatrické literatuře. Autismus je převážně v úzkém podobě dříve, kdy však naházím společné základy a projevy. Je považován za **pervazivní vývojovou poruchu** celou vědeckou veřejností. Jedná se o postižení hluboké a vážné, které se projevuje především v oblasti komunikace, sociálního chování a vnímání. Je velmi důležité odlišit autismus od neuróz a psychóz, zvláště od obrazu schizofrenie. Výchova a pedagogická intervence klade na všechny zúčastněné vysoké nároky.



CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je seznámit posluchače s problematikou autismu v komplexním pojetí (charakteristika, diagnostika, etiologie, typologie intervencí).



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

PAS, autismus, pervazivní vývojová porucha, etiologie, klasifikace, intervence.

3.1 Prevalence

Výskyt v populaci podle odhadů byl mezi 10 000 dětmi asi 4 děti s atypickým chováním, z toho asi u 3/4 sledujeme významné mentální opoždění. Nevšimalová, Růžička, Tichý (2002) uvádí 0,1–0,2 % v populaci, 3–4krát častěji jsou postiženi chlapci. Další epidemiologické studie uvádějí 15–25 případů autismu na 10 000 narozených dětí (podle šířky diagnostických kritérií). Potenciálně tedy žije v České republice 15–20 000 osob s autismem, ale dosud jich bylo diagnostikováno pouze několik set. To znamená, že každý rok se v České republice okolo 200 dětí s autismem (http://www.autismus.cz/autismus_faq.html).

Odhad prevalence autismu v poslední dekádě výrazně vzrostl (cca 0,2 % resp. 0,6 % pro poruchy autistického spektra), a není zcela jasné, zda je to pouze důsledek většího povědomí o této poruše či důsledek změny diagnostických kritérií. Změnil se i pohled na mentální retardaci, která autismus velmi často doprovází. Především však roste uznání zásadní důležitosti genetických faktorů v etiologii obou postižení. Heritabilita autismu se uvádí kolem 90 % (<http://ublg.1f2.cuni.cz/VYZKUM/autismus.html>).

3.2 Triáda příznaků

1. Neschopnost vzájemné společenské interakce: brání postiženým adaptovat se na prostředí, ve kterém žijí. Život je pro ně chaos bez pravidel, a tak si sami vytvářejí pravidla, jejichž logice rozumí jen oni.
2. Neschopnost komunikace: kvalita komunikace je silně narušena, často dítě vůbec nemluví, pokud ano, není schopno konverzovat, často opakuje slova či věty. Chybí přátelské emoční reakce, pohledy do očí. Absentuje spontaneita a tvořivost při hře, dítě bývá někdy extrémně uzavřené do sebe, neprojevuje zájem o okolí, děti ani o dospělé, nemazlí se.
3. Omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit: dítě nesnáší změny, mívá specifickou přichylnost k neobvyklým předmětům, trvá na vykonávání zvláštních rutin při činnostech nefunkčního charakteru.

Vyskytují se abnormální smyslové reakce, čichové, sluchové, zrakové a chuťové. Autismus je provázen problémovým chováním jako jsou výbuchy vzteku, agrese, sebezraňování, které jsou snahou postiženého zajistit si bezpečí ve zmatku okolního světa, je to obrana a únik z nesnesitelné tísně, kterou jim může způsobit jakákoliv změna. Jedinci s autismem nedokáží správným způsobem vyhodnocovat informace sensorické a jazykové, mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti (srov. Gillberg, Peeters 1998; Jelínková 1999, 2000; www.autismus.cz ad).

3.3 Etiologie

Pro vysvětlení příčin autistického chování ani odborná literatura nedává přesnou odpověď. Výskyt autismu vždy záleží na individualitě jedince a na celé řadě dalších faktorů. Podle způsobu pohledu jednotlivých autorů existují různé teorie příčin.

Jedna z prvních teorií příčin autismu vychází z nedostatečného citového přístupu ze strany rodičů. Kanner prezentoval názor, že autistické dítě je mentálně opožděné a nemluví jako jiné děti proto, že je sociálně odcizené. Sociální vrstva rodičů těchto dětí se lišila od běžného průměru vysokým ekonomickým postavením a vzděláním a také poměrně chladnými mezilidskými vztahy. Tato teorie je dnes již překonána.

Wingová (1993 in Gillberg, Peeters 1998) uvádí konkrétní onemocnění, která se určitým způsobem podílejí na vývoji mozku. Příkladem mohou být zarděnký v těhotenství

pervazivní vývojová porucha (pas, autismus)

matky, tuberkulózní skleróza, nedostatek kyslíku při narození, encefalitida a komplikující dětské nemoci (příušnice nebo černý kašel).

Další z teorií, která vysvětluje etiologii, je dáována do souvislostí s metabolickými poruchami organismu jedince. Shattock (1994 in Gillberg, Peeters 1998) ve své přednášce uvedl, že příčinou abnormit jsou některé peptidy, které vznikají trávením bílkovin v trávicím traktu. Odtud vstupují do krve a touto cestou se dostávají do mozku. Tyto peptidy se pak v podobě endogenních morfinů významně podílejí na předávání nervových vzruchů v centrální nervové soustavě. Následkem špatného přenosu nervových vzruchů dochází např. ke stereotypnímu chování, k nadměrnému vnímání některých zvuků a naopak k nedostatečnému vnímání zvuků jiných.

„Autismus je neurologická dysfunkce, která se manifestuje deficitem v chování založenými na mozkových abnormalitách. Příčina těchto mozkových abnormalit je mnohočetná. Etiologie autismu je středem výzkumu. Některé případy mají podklad v genetice, u značné části dětí jsou v anamnéze perinatální rizika, jiné jsou způsobeny specifickými poruchami v mozku spojenými s jinými somatickými obtížemi. Zatím není přesně známo, jaká část autismu je způsobena tím kterým mechanismem. Je také pravděpodobné, že některé případy autismu mohou být vyvolány poškozením mozku během těhotenství, porodu či v postnatálním období“ (srov. Gillberg, Peeters 1998; Nevšimalová, Růžička, Tichý et al. 2002).

3.4 Komplexní diagnostika autismu

Moderní diagnostika autismu je mezioborová. Komplexní vyšetření zahrnuje nejprve psychologické a psychiatrické vyšetření, v další fázi se stanovuje, zda je autistická porucha v souvislosti s jinou somatickou nemocí či anomálií. V neposlední řadě se objektivizuje míra nespecifického postižení CNS.

3.4.1 PSYCHOLOGICKO-PSYCHIATRICKÁ DIAGNOSTIKA

Pro rámcové hodnocení míry dětského autismu se používá v České republice nejčastěji posuzovací škála CARS (Childhood Autism Rating Scale, Škála dětského autistického chování), u které se dítě hodnotí celkem v patnácti behaviorálních oblastech (vztahy k lidem, schopnost nápodoby, schopnost adaptace, úroveň nonverbální i verbální komunikace, percepční potíže, hra a užívání předmětů, zvláštnosti v motorice), míra abnormity se hodnotí na čtyřstupňové škále. Škála může být užita na základě přímého pozorování, informací od rodičů nebo jiných anamnestických dokumentů. Škálou CARS je možné hodnotit již dvouleté děti a děti, které sice nemluví, ale dosáhly alespoň 18 měsíců mentálního věku.

Další škálou je *škála ADI* (Autism Diagnostic Interview). Jde o rozsáhlý dotazník, který je vyplňován zaškoleným odborníkem na základě získaných informací od rodičů (či jiné pečující osoby) a mapuje okolo stovky specifických projevů dítěte v minulosti i současnosti. Výsledky jsou pod určitým algoritmem převáděny na kritéria ICD–10. Výsledkem je míra narušení sociální interakce, komunikace a představitosti. Podstatné pro diagnózu

je i zjišťování doby nástupu poruchy včetně velmi podrobného dotazování na první manifestaci příznaků, která vyvolala znepokojení. Určující pro diagnózu autismu jsou odlišnosti ve vývoji, které se projeví do tří let věku dítěte.

3.4.2 NEUROLOGICKÉ NÁLEZY U LIDÍ S AUTISMEM

Zhruba u poloviny případů s diagnózou autismu byly zjištěny různé nespecifické projevy mozkového poškození – abnormní EEG nález, abnormity mozečkové, abnormity mozkové kůry, abnormity v čelních a spánkových lalocích, v amygdale a singulární oblasti limbického systému. Významný počet pacientů má také tzv. „měkké“ neurologické příznaky. Pouze u zhruba jedné desetiny pacientů s autismem nebyla diagnostikována žádná zjevná porucha CNS.

Pro *dětský autismus* (F 84.0) se užívají diagnostická kritéria dle MKN–10 (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Často však vznikají diagnostické rozpaky, neboť triáda poškození se může projevovat různými způsoby. **Autismus se projevuje před třetím rokem věku dítěte**

1. Kvalitativní narušení sociální interakce

- nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací
- nedostačující odpověď na emoce jiných lidí
- nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu
- špatné používání sociálních signálů
- chybí sociálně-emoční vzájemnost
- slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování.

2. Kvalitativní narušení komunikace

- nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností
- porucha imaginační a společenské napodobivé hry
- nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru
- snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování
- relativní nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení
- chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí (verbální i nonverbální)
- nedostatečná gestikulace užívaná k zvýraznění komunikace.

3. Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity

- rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry)
- specifická přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické (jiné než např. plyšové hračky)
- lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů
- stereotypní zájmy – např. data, jízdní řády
- pohybové stereotypie

pervazivní vývojová porucha (pas, autismus)

- zájem o nefunkční prvky předmětů (např. omak, vůně)
- odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí (např. přesunutí dekorací, nábytku).

Nespecifické rysy

- strach (fobie)
- poruchy spánku a příjmu potravy
- záchvaty vzteku a agrese (zvláště pokud je přítomna mentální retardace)
- většinou chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času
- potíže s koncepčností při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na samotné úkoly stačí.

Diagnostická kritéria pro autistickou poruchu (299.0) se používají dle DSM–IV (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Kvalitativní narušení sociální interakce (nejméně dva symptomy):

1. Výrazně narušená schopnost přiměřeně užívat nonverbální chování (oční kontakt, výraz obličeje, postoj těla a gesta) v různých sociálních situacích.
2. Neschopnost vytvářet vztahy s vrstevníky s přihlédnutím na dosaženou vývojovou úroveň.
3. Malá schopnost spontánně sdílet radost, smutek a zájmy s ostatními lidmi, mít potěšení ze společné činnosti (např. dítě neukazuje věci, které ho zajímají; nepřináší ostatním věci, aby se podívali apod.).
4. Nedostatek sociální a emocionální empatie (neschopnost aktivně se účastnit jednoduchých her, preferování samotářských aktivit nebo používání ostatních osob jen jako „nástroje“ k mechanické pomoci).

Kvalitativní narušení komunikace (nejméně jeden symptom)

1. Vývoj mluvené řeči je opožděn, nebo zcela chybí (chybí i pokusy o alternativní způsob pomocí gest nebo mimiky).
2. Je-li řeč vyvinuta, chybí schopnost začít a udržet konverzaci.
3. Používání jazyka je stereotypní, opakující se a idiosynkratické.
4. Chybí rozmanitost, spontánnost a představitivost i schopnost napodobit pravidla společenského chování při hře přiměřeného věku.

Omezené, opakující se nebo stereotypní vzorce chování, zájmů nebo aktivit (nejméně jeden symptom)

1. Nápadné zaujetí pro jednou nebo více stereotypních a omezených činností, které jsou abnormální buď intenzitou, nebo předmětem zájmu (např. meteorologie, statistika).
2. Zjevné ulpívání na specifických, nefunkčních rituálech a rutinní činnosti, odpor ke změnám (mladší děti mohou mít katastrofální reakce na drobné změny jako je

změna záclon, poloha jídelního stolu ad.).

3. Stereotypní a opakující se pohybové manýry (třepání rukama, prsty rukou, kroucení prsty nebo složitý komplex pohybů celého těla).
4. Nepřiměřeně dlouho trávající zaujetí částmi předmětů (knoflíky, šňůrky).

Jestliže kvalitativní postižení jsou přítomna ve více oblastech, hovoříme o pervazivní vývojové poruše. Člověk s pervazivní vývojovou poruchou může být současně mentálně retardovaný. Peeters (1998) uvádí, že nejvíce dětí s autismem se pohybuje v oblasti střední a těžké mentální retardace (60 %). Lehkou mentální retardaci má 20 % autistů a stejné procento jedinců (20 %) má průměrnou nebo mírně nadprůměrnou inteligenci.

3.5 Spektrum autistických poruch

Kannerův dětský autismus je klasická varianta autismu, která se zařazuje do vývojových poruch. Poprvé byl popsán Leo Kannerem v roce 1943.

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

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

Klinefelterův syndrom (syndrom fragilního X) představuje genetickou poruchu s vazbou na chromozom X, **vyskytující se u mužů**. Je zde vždy nápadné zvláštní chování „*odvrácení se při pozdravu*“ a zvláštní typ „*vyhýbavého pohledu*“. Plácání rukama, vzrušené tření rukou, vrzání kloubů na prstech či zápěstích, směs rychlého dýchání a vzdychání, nervózní „*pochechtávání*“ jsou typické projevy syndromu. Stupeň mentální retardace je mírný až středně těžký, přičemž určující je množství nadpočetných X chromozómů.

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

pervazivní vývojová porucha (pas, autismus)

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

Aspergerův syndrom popsal v roce 1944 německý psycholog Hans Asperger a podle něj je nazýván. Jak Kanner, tak i Asperger popsali autismus téměř současně. V jejich pojetí byl zásadní rozdíl: tam, kde Kanner viděl nenapravitelné poškození, Asperger cítil možnost některých pozitivních, nebo spíš kompenzačních projevů – určitou zvláštní originalitu myšlení a vnímání, která může později v životě vést k výjimečným výkonům.

Základním znakem Aspergerova syndromu je egocentrismus, provázený malou nebo nulovou schopností či snahou po kontaktu s vrstevníky. Sociální naivita, důsledná pravdomluvnost, šokující poznámky, se kterými se děti či dospělí obrací na úplně neznámou osobu, patří také k charakteristickým projevům. Postižení jsou často motoricky neobratní, mají problémy naučit se jezdit na kole, plavat, bruslit a lyžovat. Jsou dostatečně inteligentní v abstraktním smyslu, ale ne ve smyslu praktickém. Vyskytuje se převážně u chlapců.

3.6 Edukace klientů s autismem

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

Formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením: (Vyhláška č. 73/2005 Sb., § 3):

- individuální integrace,
- skupinová integrace,
- speciální škola,
- kombinace výše uvedených forem.

Speciálně pedagogické poradenství je zajišťováno ve školských poradenských zařízeních, kterými jsou pedagogicko-psychologická poradna (PPP) a speciálně pedagogické centrum (SPC). V praxi jsou častěji využívána SPC. V příloze č. 2 k Vyhlášce č. 72/2005 Sb. v oddílu II odstavci 6 je vymezena standardní činnost speciální pro centra poskytující služby žákům s poruchou autistického spektra, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávající tyto žáky.

3.7 Problémy v komunikaci

U dětí s autismem je řeč často vážně narušena, schopnost mluvit je ale obvykle zachována. Tyto děti nemají vrozenou schopnost pochopit význam vzájemné komunikace. Nechápejí, že pomocí komunikace mohou ovlivnit své prostředí. S výukou jak komunikovat, musíme rozvíjet i chápání proč komunikovat, najít pro ně vhodnou formu komunikace.

- **Problém s mentální flexibilitou, inflexibilní kognitivní styl:** předpokládá se, že u dětí s autismem je souhra obou hemisfér zpomalena nebo dokonce chybí, což se projevuje tím, že novou informaci či zkušenost tvořivě nezpracovává, ale pouze opakuje. Kombinace slov, které tvoří podle okolností absentuje, chybí flexibilita, přetrvává původní výuková situace. Postižený používá slova či věty ve významu, ve kterém se je naučil (echolálie). Děti s autismem často rozumějí mluvenému slovu méně, než bychom předpokládali ze šíře jejich slovní zásoby.
- **Problém s přiřazováním významu, problém s abstrakcí:** tato schopnost je oslabena nebo úplně chybí. Dítě s autismem vnímá jen to, co vidí, není schopno pochopit abstraktní pojmy, „jít za konkrétní realitu“, je hyperrealistické (na otázku „Můžeš mi říct, kolik je hodin?“, odpoví dítě s autismem „Ano, mohu“).
- **Problémy s chápáním symbolů:** nerozumí výrazům obličeje, gestům, zabarvení hlasu a mají potíže s chápáním emocí.
- **Problémy s chápáním souvislostí:** vzhledem k úzké vazbě na realitu, nejsou schopny dávat věci do širších souvislostí.
- **Problémy s generalizací:** slovo, kterému rozumí v určité situaci, je pro ně v jiné situaci nesrozumitelné, osvojí si slovo jen pro malý okruh použití (táta je jen jeho táta, úkoly, které běžně ve škole plní, není schopno plnit doma a naopak, není schopno vyprávět, co se dělo ve škole,...).
- **Problémy se zájmeny:** je to důsledek doslovného způsobu myšlení. Nemůže pochopit, proč je jedna a tatáž osoba jednou nazývána já, ty jindy on apod.
- **Problémy s pamětí:** obvykle mají dobrou krátkodobou paměť. Jsou schopny zopakovat věty i celé pasáže rozhovorů, aniž jim rozumí. Po čase mohou však mít problém s vybavováním slov i vět. Těmto problémům předcházíme tak, že se snažíme, aby se určitá informace stala trvalou (fotografie, obrázek, zápis).
- **Problémy se sociální komunikací:** pokud se řeč rozvine, pak je využívána pouze k uspokojování svých potřeb a k získávání informací. Neznají radost ze vzájemné komunikace, neumějí naslouchat partnerovi, nejsou schopni přenechat slovo někomu jinému, drží se oblíbeného tématu (srov. Jelínková 1999, Schopler, Mesibov 1997, Nevšimalová, Růžička, Tichý et al. 2002 ad.)

3.8 Formy komunikace

Výběr alternativního způsobu komunikace bývá velmi náročný. Musíme vybrat takovou formu, kterou dítě zvládne, aby bylo co nejvíce nezávislé. **Řeč** nemusí být vždy srozumitelná a smysluplná. Pochopit spojení mezi zvukem abstraktního jazyka a významem, který tento zvuk vyjadřuje, není viditelné a je pro některé postižené autismem velmi obtížné. Verbální komunikace je nejen abstraktní, ale i pomíjivá, proto musíme uvažovat o nižší formě komunikace. Spojení mezi **gestem** a jeho významem je u některých gest jednoznačné („Pojď sem!“). Použití takových gest nedělá obvykle postiženým autismem potíže. Problémy nastávají u gest, která vyjadřují emoce, city, abstraktní pojmy. Znaková řeč jako alternativní způsob komunikace se používá jen velmi omezeně. **Komunikace s vizuální podporou** (fotografie, obrázky, piktogramy, předměty) je velmi konkrétní a má několik výhod. Obrázky jsou pochopitelné, spojení mezi obrázkem a skutečným významem je viditelné, komunikace s vizuální podporou je nepomíjivá, ke sdělení je možno se kdykoliv vrátet, tato sdělení jsou trvalá a jednoznačná.

K **úskalí** verbální komunikace přistupují ještě tyto problémy. *Dlouhé věty, přemíra slov*, které postižený není schopen analyzovat a dát do souvislosti. *Bud' a nebo* představuje velký problém. Mít možnost si vybrat, ještě neznamena, že si dítě dokáže vybrat a svůj výběr realizovat. Kategorický zákaz ne by měl být u dětí s autismem používán jen v nejnějnějším případě, kdy hrozí nebezpečí a dítě je třeba okamžitě zastavit. Ptá-li se dítě „Pojedeme plavat?“, pak odpověď „*Ne, dnes ne, ale zítra*“, může dítě pochopit jako definitivní zákaz. Správná odpověď je „*Ano, ale až zítra*“. *Vztahová slova* (malý–velký) nemají absolutní definici, je nutno dát je do určitého kontextu, dát je do vztahu k jiným slovům.

3.9 Problémy v sociálních vztazích

Mezi typické problémy sociálního chování patří absence reciprocit, snaha o sdílení pozornosti. Postižený nevyhledává vztahy s lidmi, chová se k lidem jako k předmětům. Ve vzájemném styku chybí někdy oční kontakt. Dítě s autismem si není vědomo citů jiných lidí, nebere je na vědomí. Neumí spontánně napodobovat nebo napodobuje doslova bez ohledu na okolnosti (chování). Nedodržuje společenské normy a konvence.

Kvalitativní postižení v oblasti sociálních vztahů se projevuje především ve vztazích s vrstevníky, pochopení pojmu přátelství a nepřátelství, neschopnost vhodně reagovat na city a emoce jiných, neschopnost sdílet pozornost, zážitky a zkušenosti, nedostatky v integraci sociálního chování, neschopnost interpretovat výrazy obličeje, postoje, gesta a tón hlasu a v pravidlech chování, morálce a konvencích.

Pravidla nácvičku:

- Při výuce sociálního chování dodržujeme zásadu individuálního přístupu, strukturovaného prostředí a vhodného alternativního způsobu komunikace s vizuální podporou.

- Nácvik správného sociálního chování provádíme vždy v reálném prostředí v konkrétních situacích (problém generalizace)
- S nácvikem začínáme co nejdříve, protože problémy v sociálním chování přetrvávají, s věkem sice roste u občanů s autismem sociální vědomí, bohužel se nerozvíjejí sociální dovednosti a to ani u vysoce funkčních jedinců.
- Učíme dítě takový model chování, který může být i v dospělosti pro okolí přijatelný.
- Pravidla správného chování stanovíme nejprve pevná a jednoznačná, teprve později je postupně uvolňujeme.
- Při výuce dětí s autismem učíme vždy pouze jedinou dovednost.
- Při nácviku sociálního chování využijeme vhodně schopností a dovedností postiženého.

3.10 Problémy s představivostí

Kvalitativní postižení v oblasti představivosti se manifestuje repetitivním chováním, rituály a omezeným okruhem zájmů. Někteří odborníci dávají přednost termínu rigidita v myšlení a chování namísto termínu nedostatek představivosti, který je trochu zavádějící.

Mezi znaky a projevy patří:

- rituály, rutiny, nutkavé chování,
- stereotypní chování, motorické stereotypy,
- odpor ke změnám, vyžadování neměnnosti,
- sbírání předmětů,
- omezený okruh zájmů, sbírání faktů,
- verbální rituály,
- úzkost, strach a fobie.

Možnosti nápravy:

- Prevence nevhodného chování.
- Modifikace nevhodného chování: snižujeme dobu, po kterou se dítě věnuje svému rituálu, zmenšujeme předmět, se kterým si dítě hraje, zavádíme alternativní činnost.
- Metoda postupných změn: určité malé změny zavádíme každý den a to jak doma, tak ve škole. Je třeba uvážlivě volit kompromis mezi neměnnou strukturou. Míra struktury

i četnost změn je závislá na dítěti i prostředí a je vysoce individuální.

- Zavedení alternativního chování, které je přijatelnější. Nepřijatelné chování se objevuje ponejvíce tehdy, když nemá dítě jiné činnosti, proto nabízíme vhodnou náhradu.
- Úprava prostředí: příčinou nevhodného chování je u mnoha lidí s autismem úzkost, která je reakcí na velký počet lidí nebo přecitlivělost na některé smyslové podněty.
- Převedení rušivého chování do soukromí: rituální obsesivní chování přitahuje nežádoucí pozornost okolí.
- Využití kompromisů, postupné odvykání nevhodných návyků: v takových případech je nutné odvykací nápravný proces rozdělit do několika postupných kroků, které napravujeme jeden po druhém.
- Zavedení pravidel: u některých vysoce funkčních jedinců je možné vypracovat určitý typ „smlouvy“, která reguluje jejich chování přijatelným způsobem. Smlouva poskytuje informace „kdy, kde a s kým“ nebo jak často se určité činnosti či události dějí.
- Modifikace verbálních obsesí: opět zavádíme pravidlo „kdy“ (10 minut po večeři), „kde“ (v obývacím pokoji) a „s kým“ (s tátou) okamžitě, když se objeví malý náznak verbálních obsesí.
- Náprava nevhodných smyslových stimulací: pokud dítě vyhledává nevhodnou či nebezpečnou smyslovou stimulaci, snažíme se nabídnout vhodnější typ stimulace. Mačkání očí se pokusíme nahradit optickým hranolem, zrcátkem, krasohledem apod.
- Sebeřídící techniky: neschopnost předvídat a vyrovnat se s nečekanými změnami je jedním z velkých problémů občanů s autismem. I když se nečekaným změnám postižený s autismem nemůže nikdy úplně vyhnout, snažíme se ho na takové změny připravit.
- Relaxační metody: jednoduchá dechová cvičení, navozování příjemné nálady pomocí fotografií, obrázkem rodiny, známé krajiny, dále pak fyzická cvičení, některé druhy masáží, hudba, tanec, výtvarné techniky atd.
- Využití obsesí, rituálů, speciálních zájmů: zájem o hudbu, matematická paměť a jiné může posloužit jako motivující prvek či odměna při modifikaci a nácviku jiných žádoucích modelů chování či aktivit (Jelínková 2000).

3.11 Motorika a praktické dovednosti

Jak uvádí Vítková (2004, s. 355–367), u těchto dětí se neobjevují žádné motorické nápadnosti ve smyslu tělesného postižení.

V pohybovém průběhu však často pozorujeme zvláštnosti, jako např.:

- v pohybové koordinaci,
- těžkosti při budovní praktických dovedností, jako např. při oblékání a svlékání, zavírání a otvírání zipů, držení tužky, přidržení se linek, vyvinutí plánu jednání.

Tyto zvláštnosti jsou patrné v souvislosti s pravděpodobně neúplným nebo zkresleným vnímáním vlastního těla, popř. tělesného schématu. Stále se opakující, schematizující, částečně vysoce specializované děje spojené s pohyby mohou vyjadřovat úsilí dítěte opatřit si jistotu v oblasti konkrétního jednání. Tím, že se dítě uchyluje k omezení na určité mechanické děje a schémata činností, se patrně snaží vyhnout střetu s novými nepředvídatelnými zkušenostmi, z kterých má strach.

3.12 Typologie speciálně-andragogických intervencí

Za posledních dvacet let se v odborném tisku objevilo značné množství specifických terapií a léčebných přístupů k autismu a k příbuzným vývojovým poruchám. Ne všechny lze vnímat jako intervence speciálně pedagogické (Mühlpachr 2004, s. 343–354).

- **Psychoanalytická terapie:** podle psychogenní teorie byla nejlepší terapií ústavní léčba. Chybná aplikace psychoanalytické teorie u autismu je stále velmi rozšířená a tendence používat specifické léčebné koncepce bez podpůrných dat je velmi běžná.
- **Farmakoterapie:** je známo, že některé autistické děti mají nízkou hladinu serotinu v krvi, zatímco jiné velmi vysokou. Jestliže toto bylo primárním mechanismem v rozvoji autismu, pak fenfluramin (neuroleptikum) může korigovat vysokou hladinu serotinu, zatímco megavitaminová terapie může zvýšit nízkou hladinu tohoto neuropřenašeče.
- **Normalizace a deinstitucionalizace:** princip normalizace byl importován ze Skandinávie s cílem „přiblížit život postižených co nejvíce normálu“. Heslem dne se stala „deinstitucionalizace“ a jako vzdělávací technika bylo preferováno umístění dětí s autismem do tříd se zdravými vrstevníky.
- **Řízené chování:** v odborné literatuře jsou prezentovány dvě specifické behaviorální terapie, a to averzivní a intenzivní terapie. *Averzivní terapie* je používána pro snížení nepříjemného chování. Patří sem například elektrické šoky, dráždivý kouř, fyzické omezení, helmy nebo bolestivé zvuky. Používají se v celé řadě zařízení, zvláště v Behaviorálním institutu v Massachusetts, který se na tento problém specializuje. **Tlak na zákaz užívání takových averzivních terapií velmi vzrostl**, když došlo v těchto zařízeních k několika úmrtím a nedalo se vyloučit, že to bylo následkem použití averzivních terapií. *Intenzivní behaviorální terapie* je založena na intenzivním zapojení rodičů i dětí do programu. Tento program předpokládá, že rodiče, hlavně matky, pracují s dětmi skoro celý den po dobu jednoho roku za dohledu a pomoci vysokoškolsky vzdělaných odborníků.

pervazivní vývojová porucha (pas, autismus)

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

Program TEACCH

Terapie, výchova a vzdělávání dětí s autismem i jiným komunikačním handicapem (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) je model péče o děti s autismem a jinou pervazivní vývojovou poruchou. Vznikl ve Spojených státech v roce 1966 v Severní Karolíně v Chapel Hill, pod vedením světového odborníka na autismus profesora Erica Schoplera. Vznikl spoluprací rodičů a profesionálů jako reakce na tvrzení, že děti s autismem jsou nevzdělavatelné a jejich porucha je zapříčiněna špatnou výchovou rodičů. Tento program zahrnuje péči o osoby s autismem všech věkových kategorií. Jádrem je včasná a správná diagnóza a následná speciálně pedagogická péče. V dospělosti potom speciální přístup a adaptace prostředí vzhledem k specifikám jejich poruchy.

Filozofie a zásady TEACCH modelu

- individuální přístup,
- aktivní generalizace dovedností (prostupnost školního a domácího prostředí),
- úzká spolupráce s rodinou,
- integrace autistických dětí do společnosti,
- přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí,
- pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním, aktivní snaha o pedagogickou intervenci vedoucí k zlepšení chování.

Obecné principy práce s lidmi s autismem jsou:

- individuální přístup,
- strukturované prostředí,
- vizuální podpora.

Tyto tři prvky tvoří augmentativní strategii výuky a výchovy dětí s autismem a pro- vázejí klienta po celý život.

Individuální přístup

Z hlediska individuálního přístupu je potřebné:

- diagnostika úrovně schopností klienta (psycholog, speciální pedagog),
- volba vhodného systému komunikace/vizualizace (předmětová komunikace, foto- gramy, piktogramy, kombinace s psanou formou, psaný rozvrh),
- vhodné pracovní místo, fyzická struktura prostředí,
- individuální výchovně-vzdělávací plán (v úvahu musíme brát intraindividuální roz- díly v jednotlivých úrovních vývojových oblastí),
- zvolit strategii řešení behaviorálních problémů,

- přizpůsobení prostředí (domov, škola, chráněné bydlení,...).

Strukturalizace, strukturované vyučování

Znamená vnesení pevného řádu, přesné posloupnosti činností a jednoznačného uspořádání prostředí do života člověka s autismem. Svět dostane logiku a řád. Namísto chaosu nastoupí pocit bezpečí a jistoty, který umožní akceptovat nové úkoly, učit se a lépe snášet události, které jsou nepředvídatelné. Jedná se o:

- **strukturu prostředí (školní třídy)**, kde užíváme paravánů, skříní, koberců, popřípadě vedlejší místnosti,
- **jasné vymezení hranic v prostoru** napomáhají dítěti rozpoznat, kde místo určené k nějakému konkrétnímu účelu začíná a kde končí,
- **snížení rušivých vlivů prostředí** napomáhá soustředit se, snižuje se počet podnětů, které dítě rozptylují.

Vizualizace

Pokud autistické dítě dostává informace pouze po sluchové dráze, má většinou potíže dekódovat jejich význam. Proto potřebuje vizuální podporu. I v tomto případě musíme ovšem počítat s interindividuálními rozdíly. Pro mnohé děti jsou obrázky příliš symbolické. Musí se nejprve naučit pochopit spojení mezi symbolem a konkrétní činností či předmětem a obrázkem.

- Vizualizace a strukturalizace denního režimu: napomáhá orientaci v čase, informuje, co žáka čeká a v jakém pořadí, odlišuje jednotlivé aktivity od sebe, vede k samostatnosti, učí spojitosti mezi symbolem a konkrétní činností.
- Procesuální vizualizace: pracovní schémata analyticky rozpracovávají úkol na elementární kroky a vytváří schéma činností, podle které se žák řídí např. piktogramy, psanou formou ad. (srov. Schopler, Mesibov 1997; Jelínková 1998 ad.).

Základními předpoklady pro práci s autisty:

- sebeuvědomění, „JÁ“;
- být nezávislý,
- nabytí sebevědomí (často selhávají),
- schopnost předvídat čas a prostor,
- tvoření speciálních programů: denní režim, pracovní režim, organizace, odměna, kontext komunikace (kdy, kde a za jakých okolností).

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

Čeho si mohou rodiče všimnout už v raném věku dítěte?

pervazivní vývojová porucha (pas, autismus)

Postřehy v komunikaci:

- nereaguje na svoje jméno
- neříká, co chce
- opožděný vývoj řeči
- nereaguje na pokyny
- někdy působí dojmem, že neslyší
- zdá se, že slyší, nikoli ostatní osoby
- neukazuje a nemává na rozloučenou
- říkal(a) několik slov, ale nyní přestal(a).

Postřehy v sociálním chování:

- chybí sociální úsměv
- raději si hraje o samotě
- dává přednost sebeobsluze
- je velmi samostatný
- některé věci dělá velmi „brzy“
- špatný oční kontakt
- působí, že žije ve vlastním světě
- nezajímá se o ostatní děti
- ostatní lidi dokáže ignorovat.

Postřehy v chování:

- záchvaty vzteku
- hyperaktivita (neschopnost spolupracovat), negativismus
- neví, jak si hrát s hračkami
- zabývá se určitými věcmi stále dokola
- chodí po špičkách
- neobvyklá fixace na určité hračky (neustále s sebou nosí nějaký předmět)
- řadí věci do řad
- reaguje přehnaně na určité materiály či zvuky
- zvláštní pohyby.

Absolutní indikace pro další vyšetření:

- do 12 měsíců nežvatlá
 - do 12 měsíců negestikuluje (neukazuje, nemává na rozloučenou)
 - do 16 měsíců neužívá slova
 - do 24 měsíců spontánně neužívá věty
 - ztráta jakýchkoli jazykových nebo sociálních schopností v jakémkoli věku.
-

KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Definujte pervazivní vývojovou poruchu.
 2. Jaká je etiologie PAS?
 3. Co považujete za triádu příznaků PAS?
 4. Co je to TEACH program?
 5. Jaké komunikační problémy jsou spojeny s PAS?
-

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Vytvořte program pro sociální inkluzi dospělého klienta s pervazivní vývojovou poruchou se zvláštním zaměřením na problematiku sociálních vztahů, postavení rodiny a možnosti sociální práce s klientem a rodinou klienta s tímto postižením.

DALŠÍ ZDROJE



viz literatura uvedená v podkapitole DALŠÍ ZDROJE v 1. kapitole této studijní opory

SHRNUTÍ KAPITOLY



Kapitola se věnuje uceleným otázkám jedinců s pervazivní vývojovou poruchou. Zaměřuje se na triádu příznaků, etiologii, komunikaci, spektrum autistických poruch a na možnosti integrace klienta dospělého věku s tímto postižením.

4 SYNDROM DEMENCE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

O syndromu demence hovoříme proto, že jej tvoří jednotlivé symptomy. Ty se podle vyvolávající příčiny nemusí objevovat všechny, a pokud se objeví všechny, nemusí to být současně. Kromě toho se symptomy mohou vyvíjet velmi různou rychlostí do velmi proměnlivé hloubky. O syndromu demence je nutné uvažovat při kombinaci poruchy paměti, poznávání, řeči a jazyka, praxe, emotivity a sociální adaptace.

Demence je choroba, u níž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí. Demence vzniká kdykoliv po vytvoření základů poznávacích funkcí, po 2.-4. roce života. Výskyt demencí výrazně stoupá s věkem (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, str. 8).

Demence je popisný pojem odvozený od latinského kořene *de mens*, který označuje pokles úrovně duševní činnosti. Pojem demence se vyvíjí asi stopadesát let. Již ve třicátých letech minulého století byl zřejmý vztah demence ke stáří. Možnost výskytu demence ve střední dospělosti byla rozlišena ve stejné době. Diagnóza syndromu demence je osudové rozhodnutí, které současně znamená přesné rozlišení, co syndrom demence není.

Nejjednodušší orientační test, který zabere jen několik minut času:

1. Pacienta se zeptáme na časoprostorovou orientaci (místo, rok, den, měsíc).
2. Po vysvětlení, co a proč se bude dít, pacientovi sdělíme názvy tří jednoduchých předmětů (např. míč, dům, auto), na které se po pěti minutách zeptáme znovu.
3. Mezi tím pacienta necháme odečítat sedmičky od padesátky.

Tento zcela orientační test opakujeme s odstupem čtyř týdnů (Koukolík, Jirák, 1999, str. 11).

Podezření na syndrom demence nebo jeho vývoj budí jakákoli porucha časoprostorové orientace, neschopnost vybavit si po pěti minutách alespoň dva ze tří jmenovaných předmětů a neschopnost určit správný výsledek alespoň jednoho nebo dvou odečítání. Jestliže je stav po zvládnutí případných dalších onemocnění, úpravě farmakoterapie, zavedení a úpravě sociálních kontaktů po dalších čtyřech týdnech stejný nebo horší, začne se pravděpodobnost syndromu demence nebo jeho vývoje blížit k 90%. Diagnostika onemocnění patří výlučně do oblasti medicínské, diagnostika symptomů do široké oblasti nápomocných disciplín, kde by příslušní profesionálové iniciovali zavedení odborné léčby.

Právě při podezření na vývoj demence, které může vyplynout z uvedeného jednoduchého, zcela orientačního testu, je nutné vyšetřovat podrobněji.

V medicíně platí zásada, že diagnózy se nedokazují, ale vylučují (zamítají). Toto se týká diagnostiky obecně, nikoli jen diagnostiky syndromu demence. Uvedené pravidlo plyne z obecného postupu, jímž se ověřují hypotézy a teorie. Diagnózu je možné za hypotézu, popř. teorii považovat už proto, že z ní plynou předpovědi. Jakýkoli počet důkazů svědčících ve prospěch nějaké teorie tuto teorii nedokazuje, zatímco zamítnout (vyloučit) ji může jediný důkaz.

Nehledejme tedy doklady, co ve prospěch diagnózy syndromu demence svědčí. Jakýkoli počet dokladů zvyšuje jen pravděpodobnost správnosti diagnózy syndromu demence, diagnostickou jistotu však neposkytuje. Hledejme alespoň jeden klíčový důkaz, který svědčí proti diagnóze tohoto syndromu. Teprve tehdy, nenajdeme-li při dostatečně jasném, přesném, určitém, věcném, hlubokém, širokém a logickém hledání žádný důkaz, který by svědčil proti diagnóze syndromu demence, považujeme tuto diagnózu za vysoce pravděpodobnou.

Demence jsou velmi časté choroby, především vyššího věku. V první řadě postihují tzv. kognitivní (poznávací) funkce - paměť, intelekt, pozornost, motivaci. Nejnápadnější projevy pro okolí bývají zpočátku poruchy paměti. Postupně se přidávají i poruchy dalších funkcí. Bývá postižena emotivita - afekty a nálady, v průběhu demence se mohou vyskytnout např. depresivní stavy. Někdy dochází k poruchám vnímání - halucinacím a iluzím. Mohou se také, většinou přechodně, objevit rovněž závažné poruchy myšlení - bludy. Vždy se objevují poruchy osobnosti, úměrné stupni a druhu demence.

V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti. S tím souvisí i postupně snižování až zánik schopnosti péče o sebe sama, neschopnost provádět úkony běžné denní rutiny. Může se vyskytnout celá široká plejáda dalších, nekonstantních příznaků a potíží.

CÍLE KAPITOLY



Cílem kapitoly je seznámit studenty s problematikou demencí včetně klasifikací demencí a možnostmi diagnostiky.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Demence, typologie demencí, psychiatrické syndromy, delirium, amnestický syndrom.

4.1 Diagnostika demencí

V zásadě lze konstatovat, že pokud se vyskytují níže uvedené příznaky alespoň 6 měsíců, lze spolehlivě diagnostikovat demenci:

■ úbytek paměti, především ztížené zapamatování si nových paměťových obsahů, ale také zpomalené a nepřesné vybavování si starších a starých vzpomínek, úbytek paměti se dá objektivně posoudit pomocí psychologických testů,

■ pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru, logického uvažování, představivosti,

■ při demenci je dobře zachováno vědomí, i když přechodné kvalitativní poruchy vědomí - deliria - mohou demenci komplikovat,

■ vyskytují se poruchy emocí, hlavně emoční kontroly, poruchy motivace, změny sociálního chování, projevuje se emoční labilita, podrážděnost, apatie, hrubost ve společenském vystupování.

Dobrou, poměrně jednoduchou pomůckou, která je dostatečně citlivá k určení střední a těžké demence zejména při Alzheimerově nemoci, je mezinárodně široce užívaný **Folsteinův MMSE** (Mini-Mental State Examination), mini-vyšetření duševního stavu. V podstatě jde o rozšířenou a formalizovanou verzi orientačního testu uvedeného výše.

Test MMSE vyšetřuje některé základní neuropsychologické funkce poškozené syndromem demence - paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk. Odpovědi na jednotlivé otázky nebo řešení zadaných problémů se bodují. V testu je možné dosáhnout nejvýše třicet bodů. Hranicí, která odděluje lidi nedementní od lidí dementních, je počet 23 bodů.

Konkrétně vypadá uvedený MMSE test následovně:

■ Orientace

- 5 bodů: Jaký je rok? Roční doba? Měsíc? Den v týdnu? Sdělte dnešní datum.
- 5 bodů: Kde jste? V jakém státě? Městě? Nemocnici, event. ulici? Patře?

■ Rozsah pozornosti

• 3 body: Vyšetřující pojmenuje tři objekty, jeden za sekundu, pacient pojmenování opakuje. Podle potřeby vyšetřující pojmenovávání opakuje, tolikrát, než nemocný správně předměty pojmenuje. Za každý správný předmět jeden bod. Počet opakování se registruje.

■ Pozornost a počítání

- 5 bodů: 100 - 7 = a dále..... Za každý správný výsledek 1 bod. Po pěti odpovědích testování končí.

■ Paměť

- 3 body: Vyšetřující se zeptá na tři dříve jmenované objekty. Za každou správnou odpověď je 1 bod.

■ Řeč

- 9 bodů: Pojmenovat tužku a náramkové hodinky. Za každou odpověď 1 bod. Opakujte: *Žádné kdyby nebo ale....* nebo: *Ale avšak a přece.....*

Za správné opakování 1 bod.

Tříčlenná instrukce: proveďte po sobě tyto úkony:

Do pravé ruky uchopte list papíru. Přeložte jej uprostřed. Položte jej na stůl.

Za každý správný krok 1 bod.

Udělejte, co je napsáno - přečtete a proveďte následující příkaz (nemocný dostane lístek s následující výzvou):

Zavřete oči. Napište větu obsahující podmět a přísudek. Nakreslete dva pětiúhelníky, které se částečně překrývají.

Za každý správný úkon 1 bod.

Celkový počet bodů: 30.

MMSE je poměrně jednoduchý test, dobře využitelný jak v sociální, tak v pedagogické praxi. Spolehlivě určuje střední a těžkou demenci, nikoli demenci počínající a lehkou. Počet bodů nižší než 23 s vysokou pravděpodobností určí střední až těžkou Alzheimerovu nemoc. Jiné podoby demence s touto jistotou nepostihuje (Folstein, Folstein, 1975, str.189).

Protože test MMSE je zaměřen spíše na diagnostiku Alzheimerovy nemoci (asi 60% všech případů demence), může být vhodné doplnit jej testem zaměřeným na vyhledávání vaskulárních demencí, který se označuje jako Hachinskeho skóre.

Pro diagnózu vaskulární demence, která tvoří 20 - 30% demencí (viz klasifikace demencí v kap. 3.2.), je spolehlivější modifikované skóre Hachinskeho, které prezentujeme v následujícím textu:

■ 2 body: náhlý začátek

Syndrom demence

- 1 bod: stupňovité zhoršování
- 2 body: kolísavý průběh
- 1 bod: noční zmatenost
- 1 bod: zachovaná osobnost
- 1 bod: deprese
- 1 bod: somatické obtíže
- 1 bod: emoční inkontinence
- 1 bod: hypertenze
- 2 body: ikty v anamnéze
- 1 bod: doprovodná arterioskleróza
- 2 body: fokální neurologické příznaky subjektivně
- 2 body: fokální neurologické příznaky objektivně

Maximální počet bodů: 18

Počet bodů nad 7 svědčí ve prospěch diagnózy multiinfarktové demence, počet bodů pod 4 ve prospěch diagnózy atroficko-degenerativní demence (Koukolík, Jirák, 1999, str. 14).

Jestliže vyšší nervové funkce - mezinárodní literatura přesněji hovoří o funkcích kognitivních (jejich příkladem jsou paměť, poznávání, řeč a jazyk, složité naučené pohyby) - postiženy nejsou, o syndrom demence nejde. Jestliže kognitivní funkce postiženy jsou, pak:

1. může jít o syndrom demence,
2. může však jít také o delirium anebo o depresi.

Diagnóza deprese bývá u starých lidí někdy velmi obtížná. Prokáže-li se (ve spolupráci s psychiatrem), že jde o delirium nebo depresi, začneme v tomto směru vedle léčby prováděné lékařem i adekvátní intervence odpovídající stavu depresivního klienta či jedince s deliriem.

Prokáže-li se, že nejde o delirium či depresi, je podezření na syndrom demence posíleno. Nutno pak v časovém odstupu opakovat testy i odborná vyšetření.

Problematikou diagnostiky demencí se zabýváme v tomto textu velmi podrobně (nad rámec speciálně pedagogické problematiky). Autory vede k tomuto přístupu skutečnost, že při tvorbě textu se v praxi setkali s celou řadou klientů, u nichž byla mylně diagnostikována deprese. Ve skutečnosti šlo o různé stupně a hloubky syndromu demence.

Demence (F00-F03) je podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů definována jako:

....syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.

Čtvrté vydání Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (DMS IV) uvádí následující obecná kritéria diagnózy demence:

A. Rozvoj poruch poznávacích funkcí, které se projevují:

A1: poškozením paměti (poškozením schopnosti naučit se nové informace nebo vybavit si informace dříve naučené),

A2: jednou (nebo větším počtem) následujících kognitivních poruch:

- afázií
- apraxií
- agnózií
- poruchou exekutivních neboli výkonnostních funkcí (plánování, organizování, sekvencování, abstrahování).

B. Defekty poznávacích funkcí uvedené jak v kritériu A1, tak v kritériu A2, jsou příčinou významného poškození funkce v zaměstnání nebo ve společnosti, a v porovnání s předchozí úrovní představují významný pokles.

Jestliže v průběhu dostatečně dlouhé doby úroveň duševního výkonu neklesá, je nutné opakované vyšetření. Do jeho výsledku (popř. třetího a dalších vyšetření v průběhu následných měsíců, protože vývoj syndromu demence může být v některých případech velmi pomalý) nadále uvažujeme jen o podezření na syndrom demence.

Lékař - specialista má, na rozdíl od odborníků ne-lékařů, možnost využít laboratorní vyšetření. Je nutné však mít na mysli, že diagnóza syndromu demence je klinická diagnóza

a jednotlivé výsledky mají jen pomocný význam. V rámci laboratorních vyšetření se realizují běžná biochemická vyšetření, sérologická a hematologická. Často se využívají i zobrazovací metody.

Kombinací uvedených vyšetření se dospěje k potvrzení či zamítnutí diagnózy demence a k určení její pravděpodobné příčiny.

4.2 Stav podobné syndromu demence

Úvodem lze shrnout klíčové kroky při diagnóze demence takto:

- podrobná anamnéza, kterou sdělí jak pacient, tak jeho blízcí,
- podrobné vyšetření duševního stavu, včetně MMSE,
- podrobné vyšetření tělesného stavu se zaměřením na mozek,
- laboratorní vyšetření,
- elektroencefalografické vyšetření,
- užití zobrazovacích metod, alespoň výpočetní tomografie,
- formální neuropsychologické testování.

Přitom je nutné mít na mysli, že podle Levyho a McLoughlina (1996, str. 92-100) se jako demence mylně diagnostikuje 5 skupin změn pacientova stavu:

1. Normální stárnutí

- a) benigní a maligní stařecká zapomětivost
- b) porucha paměti ve vztahu k věku
- c) porucha dalších kognitivních funkcí ve vztahu k věku

2. Psychiatrické syndromy

- a) reverzibilní demence (*pseudodemence*)
- b) schizofrenie
- c) pozdní parafrenie
- d) Ganserův syndrom

3. Delirium

4. Amnestický syndrom

5. Onemocnění, u nichž je přechod do demence nejistý

- a) cévní mozkové příhody
- b) progresivní prozopagnozie
- c) progresivní apraxie
- d) progresivní agnozie
- e) progresivní afázie
- f) Diogenův syndrom

4.2.1 NORMÁLNÍ STÁRNUTÍ

Mezi třetím a desátým deceniem ztrácí mozek přibližně pětinu hmotnosti. V devíti z deseti případů se nacházejí v mozcích lidí, kteří se dožijí desátého decennia, stejné histologické změny, jaké se najdou při Alzheimerově nemoci.

V dlouhé debatě odborníků o tom, zda demence a stárnutí tvoří kontinuum, anebo zda jde o dva jevy, které se velmi často vyskytují společně, nicméně je kauzálně odlišné, začíná převažovat druhý názor.

Názor, podle kterého je demence nutným důsledkem stárnutí, vyplynul z exponenciálního růstu četnosti demence s věkem. Podrobnější studie, které se zabývaly výskytem demence v 9. a 10. decenniu, však ukazují, že v tomto decenniu se výskyt nových případů demence zpomaluje. Pokud se četnost demence ve vztahu k věku zakreslí v podobě křivky, připomíná tvar křivky oploštěné písmeno S. Třebaže je počet v tomto ohledu dobře vyšetřených jedinců starších 85 let zatím celosvětově nízký, zdá se, že prevalence demence v desátém decenniu skutečně neroste. Ustaluje se kolem 40%. Z toho při současném poznání plyne, že demence není kauzálním důsledkem stárnutí. Opačně řečeno - stárnutí nemusí nutně vést k demenci.

Benigní a maligní stařecká zapomnětlivost, porucha paměti a poruchy dalších kognitivních funkcí ve vztahu k věku jsou předmětem probíhajícího výzkumu na řadě pracovištích a neuzavřené odborné diskuse.

Běžná zkušenost říká, že si starší lidé již po padesátém roce věku stěžují na poruchy paměti. Výzkum doložil, že těchto lidí je v populaci asi pětina. Kral, kanadský badatel, rozdělil tuto stařeckou zapomnětlivost u průměrně osmdesátiletých obyvatel domova důchodců do dvou podob:

■ benigní

■ maligní

U benigní stařecké zapomnětlivosti objektivní vyšetření poruchu paměti nenalezlo. Úmrtnost lidí byla s touto podobou zapomnětlivosti byla v dalších čtyřech letech života 38%. Nelišila se od úmrtnosti kontrolní skupiny lidí, kteří si na paměťové poruchy nestěžovali. Maligní stařecká zapomnětlivost měla při objektivním testování znaky vyvíjející se demence. Úmrtnost lidí s tímto postižením byla v dalších čtyřech letech 62%.

Pojmy benigní a maligní stařecká zapomnětlivost jsou v odborné literatuře občas nahrazeny termínem *poškození paměti ve vztahu k věku*.

Paměťová porucha je jedním z nejranějších příznaků Alzheimerovy nemoci. Objevuje se v době, kdy ještě ostatní příznaky choroby nejsou klinicky vyvinuty. Je tedy zřejmé, že *poškození paměti ve vztahu k věku* nelze od raného stupně vývoje Alzheimerovy nemoci odlišit.

Nově byla vymezena *porucha kognitivních funkcí ve vztahu k věku*. Jde o postupný pokles úrovně výkonu, jenž postižené poškozuje v každodenním životě. Pokles trvá nejméně šest měsíců. Týká se kterékoli z pěti kognitivních funkcí: paměti a učení, pozornosti a soustředění, myšlení, jazyka a vizuospaciálních funkcí (tj. schopnosti řešit prostorové úlohy ve zrakové doméně). Věková hranice 50 let padla, syndrom se tedy týká i mladších lidí. Vztah této nově vymezované poruchy k vývoji demence není znám. Rovněž není známo, jak poruchu ovlivňují genetické, pohlavní, rodinné a kulturní vlivy. Vztah této poruchy k anatomickým změnám v mozku rovněž není znám.

4.2.2 PSYCHIATRICKÉ SYNDROMY

Jak už v předcházejícím textu bylo naznačeno, problematika depresí ve vztahu k demencím je velmi závažnou otázkou. Pro lékaře platí pravidlo: mylná diagnóza může být rozsudkem smrti. Pro nelékařské odborníky to znamená zásadní změnu v přístupu ke klientovi (deprese x demence). Deprese simulující demenci se vyskytuje ve velkých souborech dementních lidí s četností přibližně 4 - 7% případů (Koukolík, Jirák, 1999, str. 22).

Deprese je po zubním kazu druhým nejčastějším lidským onemocněním. Deprese se diagnostikují nedostatečně, nebo se nediodagnostikují. Zvláště u starých lidí je nutná diagnostická ostražitost. Americká společnost pro otázky deprese (NDMDA) v roce 1996 konstatovala, že alespoň jednou v životě depresí onemocní 15% mužů a 24% žen. Věk, v němž se objevuje první epizoda deprese, v porovnání s minulostí klesá. Zjistilo se, že v průběhu osmdesátých let nejméně třetina pacientů stížených velkou depresí lékaře vůbec nenavštívila. V souladu s moderním poznáním byla léčena pouze desetina nemocných.

Část nemocných vůbec nerozliší, že trpí depresí. Své obtíže považují za onemocnění jiného druhu, např. za onemocnění trávicího ústrojí, nebo jen za přechodnou únavu či bolest hlavy.

Na epizodu deprese je nutné myslet, jestliže postižený, popř. jeho blízcí uvedou, že v průběhu alespoň dvou týdnů se současně vyskytovalo pět nebo více níže uvedených příznaků, jestliže tyto příznaky znamenají změnu vůči předchozímu dlouhodobému stavu a jestliže přinejmenším jedním z nich je buď depresivní nálada nebo ztráta zájmu či radosti ze života. Mezi příznaky patří:

■ Denně, nebo téměř denně se projevuje smutná nálada, o níž vypráví buď nemocný (cítím se smutný, prázdný) nebo jeho doprovod (pozoruje plačtivost).

■ Výrazné snížení zájmu nebo snížení pocitu radosti z jakékoli denní činnosti, o němž opět mluví postižený nebo jeho blízcí.

■ Pokles nebo naopak vzestup chuti k jídlu (nebo pokles hmotnosti, aniž by pacient držel dietu, nebo její vzrůst, počítá se změna 5% vůči výchozí hodnotě.

■ Nespavost nebo naopak nápadná spavost.

■ Psychomotorický neklid nebo naopak útlum, který pozorují klientovi blízcí. Subjektivní pocit neklidu nestačí.

■ Únava nebo pocit ztráty energie.

■ Pocit bezcennosti nebo nepřiměřený či krajní pocit viny.

■ Pokles schopnosti soustředit se nebo schopnosti myslet, nerozhodnost.

■ Opakující se myšlenky na smrt, opakované sebevražedné myšlenky, bez konkrétního plánu, jak sebevraždu spáchat. Sebevražedný pokus nebo konkrétní plán, jak sebevraždu provést.

Uvedené příznaky jsou příčinou klientova značného utrpení, nebo ho poškozují společensky, v zaměstnání či v jiné oblasti činnosti.

Problematiku depresí rozebíráme v tomto textu podrobněji, než by bylo vhodné vzhledem k tématu. Domníváme se však, že se jedná o problémy, které lze užít i ve speciálně pedagogické praxi (v práci s postiženými jedinci) a v pedagogické oblasti vůbec (učitel jako primární *diagnostik* problémů). Vraťme se nyní k naší problematice demencí.

Z výčtu charakteristik deprese je zřejmé, jak obtížné může být rozlišení deprese, demence a popř. hypotyreózy. Vztah demence a deprese je mnohočetný, neboť existuje:

■ velká deprese bez demence,

■ deprese doprovázená příznaky demence (*depressivní demence*)

■ degenerativní demence bez deprese

■ degenerativní demence doprovázená příznaky deprese

■ náhodný společný výskyt degenerativní demence a deprese

Odborná literatura užívá ještě termínu *depressivní pseudodemence*. Užívá se v případě, kdy se u pacienta stíženého depresí začnou výsledky měření kognitivních funkcí pohybovat v pásmu demence.

4.2.3 DELIRIUM

Delirium je akutní, přechodnou, celkovou poruchou poznávacích funkcí a pozornosti. Demence se liší tím, že je chronická a progresivní.

Delirium se u starých lidí vyskytuje často. Společný výskyt deliria a demence je rovněž častý.

Diagnostická a statistická příručka Americké psychiatrické společnosti (DSM IV), jejíž kritéria se ve světové literatuře užívají více než kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), definuje delirium takto:

.....poruchu vědomí doprovázenou změnou poznávacích funkcí, kterou nelze lépe vysvětlit preexistující demencí nebo vývojem demence. Porucha se vyvíjí rychle, obvykle během hodin a dnů. V průběhu dne je její hloubka kolísavá. Z anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření vyplývá, že stav je přímým funkčním důsledkem celkového poškození organismu nějakou (tělesnou) chorobou, intoxikací drogou, odnětí látky, na které je klient chemicky závislý, vlivu léčiv, toxinů nebo kombinace těchto vlivů.

V následujícím přehledu uvedeme faktory rozlišení demence od deliria (adaptováno podle Hama, 1997):

Delirium:

- Náhlý přesně vymežitelný nástup, stanovitelný k přesnému datu.
- Akutní onemocnění, obvykle trvající dny až týdny, zřídka déle než 1 měsíc.
- Časná dezorientace.
- Proměny každým okamžikem, hodinu od hodiny, v průběhu jednoho dne.
- Výrazné fyziologické změny.
- Zastřené a narušené vědomí, jehož úroveň kolísá.
- Nápadně krátký interval pozornosti.
- Narušení cyklu spánku a bdění, mění se hodinu od hodiny.
- Výrazné psychomotorické změny (hyperaktivní nebo hypoaktivní).

Demence:

- Postupný nástup, jehož začátek nelze datovat.
- Chronická nemoc s charakteristickou progresí během let.

- Dezorientace později v průběhu nemoci, často po měsících až letech.
- Mnohem větší stabilita v řádu dní (pokud se nepřidá delirium).
- Méně významné fyziologické změny.
- S výjimkou terminálního stádia vědomí nezkalené.
- Udržení pozornosti není charakteristicky redukováno.
- Narušení cyklu spánku a bdění, s převrácením dne a noci.
- Psychomotorické změny charakteristicky pozdní (pokud se nevyvine deprese).

4.2.4 AMNESTICKÝ SYNDROM

Amnestický syndrom se s demencí rovněž často zaměňuje. V naší zemi bývá příznakem Wernickeho-Korsakovovy encefalopatie. Ta je důsledkem chronické závislosti na alkoholu, nicméně odborníci konstatují, že častěji jde o důsledek hypovitaminózy.

4.2.5 OSTATNÍ ONEMOCNĚNÍ

Rovněž ostatní onemocnění, u nichž je přechod do demence nejistý, jejichž příkladem je progresivní prozopagnozie, progresivní apraxie, progresivní agnozie a progresivní afázie a Diogenův syndrom, charakterizuje nápadný pokles úrovně chování a sociální úrovně starého člověka, jenž se do té doby choval zcela přiměřeně. Velmi nápadné bývá zanedbávání péče o vlastní osobu, špína a bídný vzhled. Přibližně polovina těchto lidí trpí demencí, chronickým alkoholismem nebo schizofrenií, u druhé poloviny se však psychiatrický důvod pro tento stav nenalezne. Někteří autoři mají zato, že může jít o vyústění předcházející poruchy osobnosti. Soudí se, že někteří staří lidé tímto způsobem mohou odpovědět na psychosociální stres podmíněný hmotnou bídou.

4.3 Klasifikace demencí

V odborné literatuře lze najít několik klasifikačních schémat. V Evropě je rozšířené schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize), která se používá převážně v medicínské praxi.

Častěji než schéma Mezinárodní klasifikace nemocí se však v odborné literatuře užívá schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (DMS IV.)

Pro potřeby ne-lékařské odborné komunity je velmi praktické užívat Švédské schéma (Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases). Do třídění demencí totiž vnáší topografické, patofyziologické a neuropsychiatrické hledisko.

Demence lze podle tohoto třídění rozdělit dle příčiny do 3 základních skupin:

1. Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence

- Alzheimerova choroba (nejčastější demence vůbec).
- Korová nemoc s Lewyho tělísky (je pokládána za variantu Alzheimerovy choroby).
- Demence při Parkinsonově chorobě.
- Huntingtonova chorea (geneticky podmíněné onemocnění, projevující se kromě demence také neurologickými příznaky).
- Pickova choroba.
- Další vzácně se vyskytující demence.

2. **Ischemicko-vaskulární demence**, které jsou způsobeny kombinací faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové přeměny. Mezi tyto faktory náleží především cévní poruchy - uzávěry mozkových tepen způsobené cévními trombózami, které pak vedou k mozkovým infarktům, nebo zvýšená srážlivost krve. Do této skupina demencí řadíme:

- Multiinfarktová demence (vzniká na podkladě mnohočetných infarktů mozkové kůry).
- Vaskulární demence s náhlým začátkem (vzniká na podkladě infarktu mozku v mozkových oblastech strategicky významných pro paměť), jinak má stejný obraz a další průběh jako multiinfarktová demence.
- Binswangerova choroba (jsou postiženy hlavně podkorové mozkové oblasti - vzniká především na podkladě vysokého krevního tlaku).
- Další vzácné typy vaskulárních demencí.

3. **Symptomatické (sekundární) demence**, které jsou způsobeny řadou různých nemocí, úrazů, intoxikací a lze sem zařadit následující demence:

- Demence infekčního původu (např. progresivní paralýza vznikající na podkladě luetického onemocnění nebo demence při AIDS).
- Demence působené nekonvenčními infekčními činiteli - priony (Creutzfeldtova-Jakobova choroba a další, také bovinní spongiformní encefalopatie - nemoc šílených krav).
- Poúrazové demence.
- Demence při mozkových nádorech.

- Tzv. paraneoplastické demence, vznikající při nádorových onemocněních i mimo oblast mozku.
- Demence na podkladě intoxikací, většinou chronických (alkoholová demence, demence při chronickém zneužívání drog apod.).
- Metabolicky podmíněné demence (demence při selhávání jater nebo ledvin).
- Demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí.
- Demence při nedostatku některých vitamínů (např. pelagra, vznikající při nedostatku niacinu).
- Demence na podkladě hydrocefalu s normálním tlakem mozkomíšního moku (vznikají např. na primárním podkladě úrazů mozku nebo mozkových zánětů).
- Některé další vzácné demence (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, str. 10-12).

4.4 Atroficko-degenerativní demence

4.4.1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Vývoj pojmu Alzheimerova choroba byl dlouhý, složitý a stále pokračuje. Senilní demenci dobře poznávali odborníci již v první polovině minulého století. Alois Alzheimer, mnichovský neuropatolog, v r. 1907 popsal histologický nález v mozku paní Auguste D., která zemřela s diagnózou těžké demence po čtyřletém průběhu nemoci ve věku 51 roků. Spíše než Alzheimer sám považovali jeho spolupracovníci histologický nález za natolik odlišný od běžné senilní demence, že prosadili pojem Alzheimerovy nemoci. Přibližně od poloviny sedmdesátých let se začal prosazovat pojem **Alzheimerova nemoc** pro obě její tehdy rozlišené podoby - **presenilní i senilní**.

Onemocnění se vyvíjí plíživě, rozlišení prvních příznaků onemocnění není jednoduché. Není totiž jasné, jak dlouho se vyvíjí preklinické stadium nemoci. Histologické studie nasvědčují možnosti, že je to nejméně několik let, může to být ale i několik desítek let.

Prvním příznakem, který zpočátku rozlišuje pacient nebo jeho okolí, bývá porucha paměti. Projevuje se zapomínáním běžných každodenních událostí. Pacient si nevybaví, co měl k obědu, kam chtěl jít, co chtěl nakoupit, kde byl na nákupu, koho potkal, co četl v novinách, zda je měl vůbec v ruce.

Přidává se porucha jazyka. Řeč je sice plynulá, nicméně je obsahově prázdná, význam slovních spojení je nutno hledat, klient sám často hledá slova. Objevují se fatické poruchy - afázie, např. sensorická afázie = neschopnost porozumět slyšenému při dobře zachovalém sluchu. Motorická (expresivní) afázie = neschopnost tvorby srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech. Lehčí formy afázie se označují jako parafázie, projevují se např. kolením slov nebo nesprávnou větnou skladbou.

Obdobně vznikají různé druhy apraxie (neschopnost provádět naučené úkony, např. odemkat a zamykat klíčem), alexie (neschopnost porozumět čtenému textu), agrafie (neschopnost psát), akalkulie (neschopnost počítat), astereognózie (neschopnost rozeznat pravou a levou stranu) a další.

Poměrně často dochází také k poruchám sexuálních funkcí. Obvyklý je výrazný pokles potence i libida (zájmu o sexuální život), avšak někdy může dojít naopak ke zvýšenému, až nežádoucímu zájmu o sexualitu. Výjimečně se mohou objevit i projevy sexuálně deviantního jednání u člověka, který se dříve nikdy deviantně nechoval, např. postižený začne sexuálně obtěžovat malá děvčátka.

Chování nemocných je na rozdíl od jiných typů demence sociálně dobře únosné. Mluví se o dobré sociální fasádě. Postupem doby začnou nemocní bloudit, nenalézají cestu domů, zapomínají, jak se jde do míst, která navštěvovali desítky let, např. na poštu, do obchodu. V průběhu dalšího vývoje přibývají u většiny nemocných poruchy chování projevující se neklidem a blouděním a přidávají se paranoidní bludy a halucinace.

Alzheimerova nemoc obvykle **probíhá 3 až 8 let**. Muži na tuto chorobu umírají dříve než ženy. Věk, v němž choroba propukne, její průběh podle některých autorů neovlivňuje, existuje však i opačný názor. Rychlejší vývoj demence a častější úmrtí se zaznamenává u lidí stížených těžšími stupni afázie. Část pacientů v průběhu choroby hubne (ztráta hmotnosti souvisí se změnami v hypotalamu). V pokročilé fázi onemocnění klesá schopnost pacientů komunikovat s okolím. Nemocní bývají apatičtí, přestávají poznávat přátele i příbuzné. Nakonec přijdou i o schopnost udržet oční kontakt s lidmi, kteří o ně pečují. Nejsou s to udržet se vsedě, jsou inkontinentní a němí. Musí být krmeni. Přestávají postupně poznávat i své nejbližší osoby.

Pacienti trpící Alzheimerovou chorobou umírají nejčastěji na nějaké tzv. interkurentní (zároveň se vyskytující, komplikující) onemocnění, jako jsou např. plicní záněty nebo následky úrazů. Stejně staří lidé, netrpící Alzheimerovou chorobou, by většinou těmto chorobám nepodlehli. Alzheimerova choroba výrazně snižuje obranyschopnost, autosanační procesy, adaptivitu.

Diagnóza Alzheimerovy nemoci vychází z uvedených klinických příznaků a vývoje onemocnění. Zakládá se na mezinárodně doporučených a užívaných kritériích, které rozlišují diagnózu pravděpodobné, možné a jisté Alzheimerovy nemoci. Definitivní **diagnóza Alzheimerovy nemoci je diagnóza histologická**, pravděpodobná diagnóza se uvádí u onemocnění s typickými klinickými příznaky a možná diagnóza Alzheimerovy nemoci se uvádí v případech s atypickými příznaky nebo v případech kombinovaných dalšími současně probíhajícími systémovými chorobami.

Alzheimerova choroba se také někdy vyskytuje familiárně - nemocí trpí několik blízkých pokrevních příbuzných. Tento výskyt, kde se choroba manifestuje zpravidla dosti časně, je však vzácný.

Neustále jsou hledány tzv. **rizikové faktory výskytu Alzheimerovy nemoci**. Mezi ně patří výskyt Alzheimerovy nemoci u blízkých pokrevních příbuzných, **výskyt Downova syndromu, vyšší věk matky při narození dítěte a genetické faktory**.

Mechanismus vzniku Alzheimerovy choroby

V průběhu klinicky normálního stárnutí klesá jak hmotnost, tak objem mozku. Pokles se projevuje zvláště po pětapadesátém roce věku. Ve věku 77-100 let je hmotnost mozku v průměru o 18% nižší než je jeho hmotnost ve věku 20-49 let.

Rovněž u Alzheimerovy choroby zjišťujeme mozkovou atrofii, tj. úbytek mozkové tkáně, který se může projevit tím, že je mozková kůra ztenčená, je rozšířen dutý systém mozku (mozkové komory). Zánik mozkových buněk je selektivní, nejvíce postihuje nervové buňky tzv. cholinergního systému - tento systém je velmi důležitý mj. pro mechanismus paměti.

U pacientů s Alzheimerovou nemocí lze mikroskopicky zjistit v mozcích uložení tzv. beta-amyloidu. Tato bílkovina tvoří krystalická jádra tzv. Alzheimerovských plaků - ložisek v mozkové kůře, kde dochází k odumírání nervových buněk. V nervových buňkách dochází k další závažné změně - dochází k přeměně bílkoviny, která se nazývá TAU protein, a vznikají tzv. tangles - neuronální uzlíčky. Takto postižené nervové buňky pak zanikají.

Kromě těchto změn je popsána celá řada poruch a degenerativních dějů v mozku, které většinou nejsou specifické pouze pro Alzheimerovu chorobu. Tak např.:

- Dochází ke snížení látkové přeměny, především oxidace glukózy v různých oblastech mozku.
- Na neurodegenerativních dějích se významně podílejí tzv. volné kyslíkové radikály, které u této choroby vznikají ve větším množství, než je organismus schopen zlikvidovat.
- Je nedostatek tzv. nervových růstových faktorů, mozkových hormonů, které ovlivňují mozkové reparační procesy.
- Dochází ke vzniku sterilních zánětlivých změn, kdy se nadměrně uvolňují látky cytokiny, které pak poškozují nervové buňky.
- Dochází ke zvýšenému otvírání tzv. kalciových kanálů, ke zvýšenému vstupu kalcia do nervových buněk a jejich následnému působení tzv. excitačních aminokyselin - glutamátu a aspartátu, které jinak fungují jako neurotransmitery - přenašeče nervového vzruchu.

Genetika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je heterogenní onemocnění. Rozlišují se dvě základní podoby: rané formy a forma pozdní. Rané formy začínají ve věku do 60 let a probíhají šest až osm let. Forma pozdní začíná ve věku nad 60 let a její průběh je obvykle delší, často více než deset let.

Rané formy Alzheimerovy nemoci jsou podmíněny mutacemi na chromozomu 21, chromozomu 14 a chromozomu 1.

Pozdní forma nemoci má souvislost s genem na 19. chromozomu. Nově byla zjištěna pravděpodobná souvislost pozdní formy nemoci a aberace na chromozomu 12.

Vznikne-li aberace na 21. chromozomu (výskyt tří místo dvou chromozomů), hovoříme o trizomii chromozomu 21 a stav se označuje jako Downův syndrom. Tato trizomie chromozomu 21 je důsledkem poškození redukčního dělení při vzniku mateřského vajíčka. Prakticky všichni jedinci s Downovým syndromem, kteří se dožijí více než 35 let, mají v mozku změny charakterizující Alzheimerovu nemoc. Neuropatologické změny typické pro Alzheimerovu chorobu jsou v mozcích starších jedinců s Downovým syndromem stejné jako při Alzheimerově nemoci bez Downova syndromu.

Zbývá však množství pacientů, u kterých uvedené genetické změny nebyly zjištěny. Uvažuje se o polygenním podmínění (různé složky jsou zakódovány na různých genech) umožnění penetrační schopnosti projevení se zakódovaných změn (četnost Alzheimerovy choroby roste s věkem). Uvažuje se např. o působení opakovaného stresu, alumina, různých infekcí a řadě dalších faktorů, avšak zde se někdy pohybujeme v oblasti hypotéz (Jiráček, Obenberger, Preiss, 1998, str. 20).

4.4.2 DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY

Demence s Lewyho tělísky je prozatímní označení, které má řadu synonym:

korová nemoc s Lewyho tělísky, varianta Alzheimerovy nemoci s Lewyho tělísky, senilní demence s Lewyho tělísky, senilní demence Lewyho typu apod.

Jedná se o typ demence, kdy se v mozku nalézají jak Lewyho tělíčka, tak senilní plaky a neuronální klubka.

V průmyslově vyspělých zemích jde o druhou nejčastější příčinu vzniku demence po Alzheimerově nemoci. Výskyt Lewyho tělísek je příčinou 15-25% všech demencí.

Demence s Lewyho tělísky je progresivní onemocnění, které postihuje obě pohlaví ve vyšším věku. Nejnápadnějším příznakem je kolísající postižení kognitivních funkcí, které zasahuje obvykle paměť, ale i jazyk a řeč, praxii a usuzování. Kolísání klinického obrazu je nápadné. Období zmatenosti bývají střídána obdobími, kdy jsou postižení orientovaní, pak může následovat delirantní stav. Kolísání úrovně kognitivních funkcí se projevuje jak v každodenním životě, tak v průběhu testování.

Demence s Lewyho tělísky se diagnostikuje tehdy, když ke kolísavému poklesu kognitivní úrovně pacienta přibude nejméně jeden z následujících příznaků:

- zrakové nebo sluchové halucinace (mohou se vyskytovat společně), doprovázené paranoidními bludy,
- mírné extrapyramidové příznaky, např. ztuhlost nebo třes, nápadná a někdy nebezpečná negativní reakce na obvyklé dávky léčiv,
- opakované a nevysvětlitelné pády nebo přechodné zastření či ztráta vědomí.

Na rozdíl od deliria přitom klinické příznaky, bez ohledu na délku trvání, přetrvávají dlouhodobě, to znamená někdy i měsíce. Onemocnění graduje často rychle do stadia hluboké demence.

Histologický nálezn v mozku je typický: **Lewyho tělísky v neuronech**. Počet senilních plak a neuronálních klubek je poněkud menší než u typické Alzheimerovy nemoci (Koukolík, Jiráek, 1999, str. 65 - 67).

4.4.3 DEMENCE PŘI PARKINSONOVĚ CHOROBĚ

Výskyt demence v průběhu idiopatické Parkinsonovy nemoci (IPN) je odhadován různě. Nejčastější a nejpodloženější odhady mluví o deseti procentech nemocných. Jestliže se příznaky IPN objevují po sedmdesátém roce věku, je riziko vývoje demence až trojnásobně vyšší, než objeví-li se u pacientů mladších. Z toho plyne, že i u IPN roste výskyt demence s věkem.

Výskyt deprese se v různých souborech nemocných s IPN uvádí od 10% do 90% nemocných. Nejčastěji se udává, že deprese postihuje přibližně třetinu pacientů s IPN.

Demence při IPN je méně výrazná a méně hluboká než při Alzheimerově nemoci. Na rozdíl od Alzheimerovy nemoci součástí demence při IPN nejsou poruchy řeči, nepočítáme-li dysartrii, ani větší porucha jazyka. Klienti jsou většinou zapomnětliví, než aby šlo o vyslovenou amnézii neboli úplný výpadek paměti. Jejich poznávání je spíš poškozené a zpomalené než zničené, jako je tomu při Alzheimerově nemoci. Pacienti jsou *zpomalení*, hůře řeší problémy a jsou apatičtí.

Příčina demence při IPN není dobře známa. Pravděpodobně jde o syndrom. U některých nemocných se IPN kombinuje s Alzheimerovou nemocí, u dalších s vaskulární demencí. U některých autorů sílí přesvědčení, že případy dosud diagnostikované jako IPN s demencí jsou ve skutečnosti korovou nemocí s Lewyho tělísky (Aarsland, Tandberg, Larsen, Cummings, 1996, str.540).

Demence při IPN má znaky *subkortikální demence*. Na jejím vzniku se podílejí víc subkortikální struktury než mozková kůra. Tento pojem je dobrý pro odlišení *kortikální demence*, jejímž představitelem je Alzheimerova nemoc. Jedná se však o nepřesné odborné

označení, neboť v obou případech jsou postiženy funkční systémy mozku, které mají jak korové, tak podkorové složky.

4.4.4 DEMENCE PŘI HUNTINGTONOVĚ NEMOCI

Huntingtonova nemoc je vzácné dědičné degenerativní neuropsychiatrické onemocnění. Dědičnost je autozomálně dominantní, takže každé dítě postiženého rodiče je stíženo s 50% pravděpodobností, že onemocní také. Gen, jehož mutace chorobu podmiňuje, se jmenuje IT15. Je na 4. chromozomu a kóduje huntingtin, cytoplazmatický protein. Proč toto onemocnění postihuje jen jeden druh nervových buněk bazálních ganglií mozku ani mechanismus jejich poškození známy nejsou.

Demence se při Huntingtonově nemoci vyskytuje v průběhu onemocnění, která začínají ve vyšším věku. Má klasické rysy demence subkortikální. Diagnostika, poradenství a terapie Huntingtonovy nemoci jsou úkolem specializovaných středisek (Koukolík, Jirák, 1999, str. 77).

4.4.5 FRONTOTEMPORÁLNÍ DEMENCE

Frontotemporální demence (FTD) jsou skupinou chorob, které se objevují nejčastěji v šestém decenniu. Začátek je plíživý, vývoj je pomalý. Nejtypičtějšími skupinami klinických příznaků jsou poruchy chování, afektivity a řeči.

V raném stadiu choroby začnou pacienti zanedbávat osobní hygienu. K tomu přibudou porucha sociálního chování - nemocní začnou být beztaktní, hrubí, někdy se dopouští drobných krádeží. Jindy se v jejich chování projeví násilné prvky nebo netlumená sexualita. Mohou nepřiměřeně vtipkovat. Bývají neklidní pohybově. Přecházejí sem tam, své pohyby opakují. Někdy začnou hromadit předměty. Postupně přibývá duševní rigidita, nejsou schopni změnit jakýkoliv mechanický návyk. Někteří z nich se začnou přejídat, jiní nadměrně kouřit nebo pít alkohol. Protože k tomu zkoumají předměty ústy, mluví se o **hyperorálním chování**. Přitom jsou snadno rozptýlitelní a impulzivní. Nejsou schopni u něčeho vydržet. Náhled na skutečnost, že jsou nemocní, brzy ztrácejí.

S poruchami chování se druzí poruchy afektivity. Pacienti bývají depresivní. Někdy jsou nápadně sentimentální. Mohou se vyskytnout myšlenky na sebevraždu. Popisují se prchavé bludy. Někdy jsou postižení nápadně hypochondričtí. Charakteristická bývá citová lhostejnost a chlad. Jestliže byli schopni empatie nebo sympatie, pak o tuto schopnost přicházejí. Poměrně často se objevuje inkontinence, později se omezují pohyby až k akinezii, pacienti zhubnou, může se objevit třes. Ve prospěch FTD svědčí pozitivní rodinná anamnéza. Stejně onemocnění se často vyskytuje u pacientových příbuzných, kteří s ním byli v prvním stupni příbuzenství, dále začátek před 65. rokem věku, diagnózu rovněž podporují příznaky poškození motorického neuronu - například svalová slabost.

Proti diagnóze FTD svědčí náhlý začátek souvisící s akutní cévní mozkovou příhodou, poranění hlavy, které má časovou souvislost, časná těžká amnézie a prostorová dezorientace (která svědčí ve prospěch Alzheimerovy choroby), časná těžká apraxie. Jestliže je v anamnéze chronický alkoholismus, pak je pravděpodobnější, že se jedná o alkoholickou demenci než o FTD.

Podkladem FTD jsou tři druhy chorob:

- Nespecifická degenerace čelního mozkového laloku.
- Pickova choroba.
- Poškození čelního mozkového laloku.

Pickově nemoci a nespecifické degeneraci čelního laloku je do jisté míry klinicky i neurohistologicky blízké vzácné neurologické, pravděpodobně rovněž heterogenní onemocnění, pojmenované kortikobazální degenerace. Nápadným klinickým příznakem této choroby bývá **syndrom odcizené ruky**. Paže a ruka těchto nemocných se vymknou volní kontrole, hmatají po předmětech, ruší pacienta v činnosti. Dalšími příznaky bývají akinezie, rigidita.

Někteří autoři jsou přesvědčeni, že FTD, Pickova nemoc a kortikobazální degenerace jsou částmi jednoho kontinua, jiní s tímto názorem nesouhlasí (Kertesz, 1997, str. 1427 - 1429, Neary, 1997, str. 1425 - 1427).

4.4.6 PROGRESIVNÍ SUPRANUKLEÁRNÍ OBRNA

Progresivní supranukleární obrna (PSO) je poměrně vzácné, u nás téměř nediodnostikované onemocnění (výskyt asi 1,4 případů na 100 tisíc lidí).

Choroba začíná obvykle po čtyřicátém roce věku. Její průběh je progresivní. Familiární výskyt je vzácný, ale existuje. Pacienti jsou bradykinetičtí (zpomalení) jak pohybově, tak v oblasti kognitivních funkcí. Typickým příznakem je supranukleární obrna, která se projevuje tím, že klient není schopen volně stočit oční bulby při pohledu dolů o více než 15 stupňů od střední osy.

Tento příznak se musí kombinovat alespoň se třemi z následujících změn: **porucha artikulace, porucha polykání, ztuhlost osového svalstva trupu**, která je větší než ztuhlost svalstva končetin, třes chybí nebo je jen nepatrný, šíje je v extenzi. V raném vývojovém stadiu choroby se objevují poruchy chůze nebo časté pády, mohou být přítomny pyramidové příznaky.

Nemocní přežívají od prvních příznaků průměrně šest let, rozptýl délky přežití je však velký. Nemoc se obvykle považuje za atypickou Parkinsonovu chorobu. Demence u PSO, pokud se vyskytuje, má známky subkortikální demence.

Proti diagnóze svědčí časně mozečkové příznaky, nevysvětlitelná polyneuropatie, poruchy vegetativního nervstva.

Histologický obraz je proměnlivý. PSO od Parkinsonovy choroby odlišuje instabilní chůze a nepřítomnost tremoru. Supranukleární obrna pohledu, porucha chůze a nepřítomnost bludů a halucinací odlišují toto onemocnění od korové demence s Lewyho tělísky.

4.5 Vaskulární demence

Lze předpokládat, že všichni čtenáři se setkali s pojmy mozková skleróza, skleróza mozkových tepen, arterioskleróza mozkových tepen, sklerotický pacient a podobně. Všechny tyto pojmy mají vyjádřit přesvědčení, že pacientovy kognitivní a popř. další poruchy jsou důsledkem cévního poškození mozku. Vaskulární demence, demence z cévních důvodů jsou druhou nejčastěji se vyskytující skupinou demencí v průmyslově rozvinutých zemích. Protože jsou vaskulární demence časté, mohou se kombinovat s obvykle ještě častější Alzheimerovou nemocí. Pak se mluví o smíšené demenci.

Rovněž vaskulární demence se rozlišují podobně jako diagnóza Alzheimerovy nemoci podle stupně jistoty na diagnózu pravděpodobnou, možnou a jistou neboli definitivní.

4.5.1 BINSWANGEROVA NEMOC

Binswangerova nemoc má dlouhou a zajímavou historii. O. Binswanger v roce 1894 popsal osm pacientů, jejichž onemocnění začalo v šestém decenniu života, projevovalo se drobnými akutními cévními příhodami a epileptickými záchvaty, obojí doprovázel intelektový úbytek. Mozky zemřelých popsal jen makroskopicky. Našel arteriosklerózu mozkových tepen. První histologické vyšetření podal Alzheimer roku 1902. Onemocnění bylo považováno za velmi vzácné až do doby, kdy dokonalé zobrazovací metody potvrzují toto postižení mozku. Současná odborná literatura předpokládá, že Binswangerova nemoc může být nejčastějším onemocněním mozku vůbec.

Počátky onemocnění se obvykle kladou do druhé poloviny šestého decennia, v naprosté většině choroba začíná mezi 50. - 70. rokem. Střední doba trvání nemoci je kolem pěti let, ale také jen několik měsíců, i dvě desetiletí. Obě pohlaví jsou postižena se stejnou četností. Choroba se sama nezastavuje, postupuje krok za krokem. Nemocní často umírají na druhotné komplikace, např. na bronchopneumonii.

Uvádí se, že přibližně u dvou třetin je začátek plíživý, u zbytku náhlý, protože rozvoj nemoci naváže na akutní cévní mozkovou příhodu.

Vedoucím příznakem je vývoj demence, pokles inteligenčního kvocientu se zjišťuje na počátku vývoje choroby u plných dvou třetin nemocných. Podobně časté jsou poruchy paměti. Nápadné bývá kolísání nálady, která je někdy depresivní, jindy nepřiměřeně rozjařená.

Přibližně polovinu nemocných postihuje nápadná porucha chůze, která je šouravá, malými krůčky. Každého druhého až čtvrtého pacienta postihne kromě toho močová inkontinence.

K popsané symptomatologii přibývají ložiskové příznaky cévního poškození mozku: hemiparéza, akineze, ztuhlost, změny v reflexech, řečové poruchy.

4.5.2 MULTIINFARKTOVÁ DEMENCE

Multiinfarktová demence (MID) je pojem, který v roce 1974 vytvořili Hachinsky, Lassen a Marshall (1974, str. 207 - 210). Za příčinu vaskulární demence považovali mnoho malých a velkých mozkových infarktů. Předpokládali, že demence vznikne při infarzaci 100 ml mozkové tkáně, byli si však vědomi, že kognitivní poruchy mohou začít i při infarzaci 50 ml mozkové tkáně. Teprve další práce objasnily, že k těžkým kognitivním poruchám může dojít i při infarzaci podstatně menšího objemu tehdy, jestliže je strategicky umístěná - např. postihuje-li dolní část temenního laloku.

V etiologii a patogenezi multiinfarktové demence se asi u dvou třetin nemocných objevuje hypertenze, u poloviny pacientů srdeční onemocnění, které je zdrojem drobné embolizace do mozku, dále kouření cigaret, cukrovka, vysoká hladina krevních lipidů. U pětiny pacientů se v anamnéze najde nadměrné pití alkoholu.

4.6 Symptomatické (sekundární) demence

Mezi symptomatické demence řadíme některé infekční demence (prionová onemocnění, demence při AIDS a další infekční demence) a reverzibilní demence, které označují skupinu demencí, jejichž vývoj je možné zastavit, popřípadě i zvrátit a skupinu demencí, jejichž vzniku lze preventivními opatřeními předejít.

4.6.1 PRIONOVÁ ONEMOCNĚNÍ

Prionovým onemocněním neboli přenosným spongiformním encefalopatiím by bylo možné pro jejich vzácnost věnovat jen krátký odstavec, pokud by nepřetržovala nejistota, zda se jedno z nich, nová varianta Creutzfeldtova-Jakobovy nemoci (CJN), může nebo nemůže šířit epidemicky. Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, jejich představitel, postihuje jednoho člověka z milionu.

Prion je agens přenosných spongiformních encefalopatií. Pojem je odvozen z anglického proteinaceous infectious particle. S ohledem na velký počet nejasností spjatých s otázkami, jak se priony přenáší, jak se množí, jakým způsobem poškozují, jak překonávají mezidruhové bariéry, znamená pojem prion po dohodě odborníků v současnosti pouze tu skutečnost, že jeho základní součástí je protein.

Priony způsobují u lidí Creutzfeldtovu-Jakobovu nemoc, která má několik podob, dále velmi vzácný Gerstmannův-Sträusslerův-Scheinkerův syndrom, podobně velmi

vzácnou fatální familiární insomnií a kuru, což je prionové onemocnění novoguinejského národa Fore, které je dnes již na ústupu.

Objevuje se i nová varianta CJN, u níž jsou dobré důvody pro teorii, podle níž priony překonaly mezidruhovou bariéru mezi hovězími dobytky a lidmi. Právě u této podoby CJN existuje základní nejistota, zda se začne či nezačne projevovat epidemicky, a pokud začne, kolik bude postižených. Nová varianta CJN je s vysokou pravděpodobností bovinní spongiformní encefalopatie, která se přenesla na lidi.

Zvířecí přenosné spongiformní encefalopatie jsou:

- Scrapie ovcí a koz, která je známa již z 18. století a postihuje geneticky vnímavá zvířata.
- Bovinní spongiformní encefalopatie, známější pod novinářským označením „nemoc šílených krav“, jež se stala tragédií pro anglický dobytkářský průmysl. Epidemii způsobila infekce krmivem kontaminovaným priony, které se do něj dostaly užitím složek z nuceně poražených ovcí nemocných scapií.
- Kromě toho priony postihují norky a některá exotická zvířata v anglických zoologických zahradách, kde se rovněž předpokládá přenos prionů z kontaminovaného krmiva, a některé druhy spárkaté zvěře v amerických lesích, kde je přenos neznámý (Koukolík, 1998, str. 228).

Sporadická CJN je neuropsychiatrické onemocnění, které nejčastěji začíná mezi 50. - 70. rokem života. Uvádí se, že postihuje asi jednoho člověka z milionu, ve městech se vyskytuje častěji než na venkově, nicméně s ohledem na diagnostické obtíže může být její skutečný výskyt podstatně vyšší. Onemocnění se vyvíjí plíživě, je progresivní, u většiny nemocných skončí v průběhu jednoho roku od prvních příznaků smrtí. Klasickou diagnostickou příznakovou triádu tvoří demence, myoklonus a charakteristické změny EEG záznamu. Absentují-li dva posledně uváděné příznaky, je diagnóza CJN nepravděpodobná. Ve prospěch diagnózy CJN svědčí kromě uvedených příznaků rychlost průběhu nemoci a rané zrakové poruchy.

Nová varianta CJN se od klasické sporadické varianty odlišuje klinicky i anatomicky. Onemocnění postihuje podstatně mladší lidi, v průměrném věku 29 let (zatím v rozmezí 16. - 41 let). Raným příznakem bývají poruchy chování, pro které se nemocní dostanou k psychiatrovi. Progresivní demence se vyvíjí až později. EEG záznam je abnormální, ale nemá charakteristické znaky záznamu klasické CJN. Nová varianta CJN trvá v průměru o něco déle než sporadická CJN. Neurohistologický nález se do značné míry podobá nálezu v mozcích novoguinejských domorodců, kteří zemřeli na kuru, a nálezu v mozcích ovcí stížených scapií. Je možné, že nová varianta CJN postihuje jen geneticky vnímavé jedince.

V současnosti vykládají přenos prionových infekcí dvě základní teorie:

- Zatím převládající směr tvrdí, že onemocnění podmiňuje prostorová proměna, neboli konformace, která z molekuly normálního benigního prionu vytvoří prion maligní, který blíže neznámým kaskádovým mechanismem promění místní normální priony na priony patologické. Čemu slouží priony fyziologicky, není známo.
- Zatím menšinový směr dokazuje, že jde o infekci blíže neznámým atypickým virem (Collinge ed al., 1996, str. 687).

4.6.2 DEMENCE PŘI AIDS

Infekce virem lidské imunodeficiencie a následné onemocnění AIDS se staly pandemií.

Podle zpráv Světové zdravotnické organizace virus HIV denně infikuje 16 tisíc lidí ve světě. 90 % jich žije v rozvojovém světě. Předpokládá se, že na přelomu tisíciletí bude na světě 40 milionů infikovaných lidí. Onemocnění AIDS se stalo nejčastější příčinou demence ve středním věku.

Počet prostitujících obojího pohlaví i narkomanů sdílející společné injekční jehly je v naší zemi vysoký. Způsob, jakým se v ČR provádí hygienický a protiepidemický dohled nad uvedenou chorobou, je nedostatečný. Bez souhlasu pacienta nelze odebrat krev na vyšetření HIV. Jsou chráněna jeho práva. I z toho důvodu je nutné počítat s možností vývoje epidemie i na našem území.

Současná kritéria diagnózy demence vázané na infekci HIV vypracovala Světová zdravotnická organizace. Kritéria říkají, že pacient je dementní ve vztahu k uvedené infekci, jestliže:

A. Jeho stav naplňuje obecná kritéria demence podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. decenální revize, přičemž:

- Porucha paměti nemusí být natolik závažná, aby poškozovala každodenní aktivity.
- Součástí onemocnění je poškození motoriky, které se ověřuje klinickým vyšetřením (abnormální chůze, zpomalení rychlých pohybů, porucha koordinace pohybů končetin, hyperreflexie, svalová hypertonie nebo slabost).
- Příznaky trvají nejméně jeden měsíc.
- Afázie, agnozie a apraxie jsou vzácné.

B. Laboratorně se prokáže infekce HIV.

C. Z anamnézy, laboratorního či klinického vyšetření nesmí vyplynout jiný důvod příznaků.

Infekci HIV nemusí doprovázet zřejmá demence, ale soubor méně význačných příznaků. Světová zdravotnická organizace jej pojmenovala **menší poruchy kognitivních funkcí a motoriky vázané na infekci HIV**. Diagnostikují se, jestliže:

A. Existuje důkaz přinejmenším jednoho příznaku subjektivní poruchy kognitivních funkcí přetrvávající více než jeden měsíc:

- Porucha paměti.
- Porucha soustředění.
- Mentální zpomalení.
- Apatie.

B. Existují poruchy zjištěné při vyšetření (zpomalení jemné motoriky, abnormální reflexy, testování pozornosti, rychlosti zpracování informace, motorické rychlosti).

C. Klient je schopen výkonu všech činností v zaměstnání nebo denních aktivit s výjimkou těch nejnáročnějších. Sociální aktivita je lehce porušena, lehce narušen pracovní výkon, jedinec v zaměstnání zůstává. Klient je schopen běžných sociálních kontaktů, dochází pouze k příležitostným poruchám.

D. Laboratorní průkaz HIV.

E. Příznaky se nedají vyložit jinými důvody, je nutné vyloučit depresi, příznaky nemají mít vztah k intravenóznímu užívání drog.

Přibližně 10 % případů AIDS postihuje lidi starší 50 a více let. Infekce bývá důsledkem transfuze infikované krve nebo jejich derivátů a homosexuálního a heterosexuálního kontaktu (WHO, 1990, WHO, 1993).

4.6.3 DALŠÍ INFEKČNÍ DEMENCE

Do kategorie dalších infekčních demencí lze zařadit syfilis. Na nový nárůst tohoto onemocnění upozorňují jak polské, tak naše výzkumné práce. Výskyt souvisí se stejnými jevy, které byly uvedeny v kapitole o AIDS. Uvádí se, že syfilis v průběhu AIDS nabývá zvláště maligní formu.

Některá maligní nádorová onemocnění (plicní karcinom) může doprovázet postižení mozku. Příkladem je limbická encefalitida, která se může projevit již v době, kdy je nádor malý a bez generalizace. V průběhu onemocnění se objevují poruchy paměti, podrážděnost, neklid, poruchy spánku, nejistota chůze, dezorientace, poruchy pozornosti, zpomalení, změny nálady a afektu i změny osobnosti.

4.6.4 REVERZIBILNÍ DEMENCE

Odhady prevalence reverzibilních demencí kolísají. Nejčastěji se pohybují kolem 10 %, častý údaj je však i 30 %. Na opačném konci rozptylu stojí údaj 1 %. Míra rozptylu je dána především šířkou obecné definice reverzibilních demencí. Reverzibilní demence jsou širokou a pestrou skupinou stavů a chorob. Každý odborník v této oblasti by na ně měl pomyslet v každé situaci. Jejich znalost může znamenat zlepšení stavu klienta, jejich neznalost mívá opačné vyústění.

Nejčastější skupiny demencí, jejichž vzniku se dá do jisté míry zabránit anebo jsou v nějakém stupni reverzibilní, jsou dle velmi přibližného pořadí výskytu a závažnosti uvedeny níže. V praxi se tyto příčiny zejména u starších lidí zcela běžně kombinují.

Běžné příčiny reverzibilní demence, jejichž první tři až čtyři skupiny se více či méně často kombinují, jsou:

Deprese.

- Poruchy látkové výměny a vnitřního prostředí (opakované hypoglykemie, poruchy metabolismu vody a minerálů, selhání jater, dialyzační encefalopatie, hyperlipidemie).
- Exogenní intoxikace (léky, alkohol, drogy, průmyslové jedy).
- Cévní postižení (infekční vaskulitidy, arteriosklerotické poruchy).
- Encefalitidy (infekční a ostatní).
- Nitrolební expanze.
- Hydrocefalus.
- Poruchy žláz s vnitřní sekrecí (štítná žláza, příštítná tělíčka, nadledvinky).
- Chronická hypoxemie.
- Nedostatek vitaminů B12, B1, B6, vitaminu E.
- Epilepsie.

Z přehledu plyne, že s některými druhy těchto demencí se čtenář již výše setkal (např. s cévními demencemi, nebo demencemi při AIDS a syfilis).

Demence při poruchách látkové výměny

Syndrom demence

Opakované hypoglykemické stavy u neukázněných, špatně léčených nebo dekompenzovaných diabetiků způsobují ložiskové poškození zejména mozkové kůry. Vzniká nekróza a výsledkem je různě složitý a různě těžký syndrom včetně těžké demence. Pacienti a občas i lékaři podceňují význam opakovaných hypoglykemických stavů.

Těžká demence může být důsledkem i několikaminutové anoxemie podmíněné srdeční zástavou z jakéhokoli důvodu.

Poruchy metabolismu vody a minerálů jsou snad nejčastější příčinou přechodných poruch kognitivních funkcí, zejména u starších nemocných.

Hepatální encefalopatie je důsledkem jaterního selhání. Laboratorní vyšetření prokáže zvýšenou hladinu amoniaku a nemocní trpí různě hlubokou poruchou vědomí.

Hyperlipidemie může při dlouhodobém průběhu také být vzácnou příčinou demence.

Léky a jedy, které mohou způsobit syndrom demence

Jestliže se všem lidem doporučuje, aby si pečlivě přečetli doprovodný letáček k lékům, má to svůj důvod. Počet různých druhů léků, které mohou způsobit poruchu kognitivních funkcí, je nepřehledný. Totéž platí i o průmyslových jedech. Jejich vzájemné účinky se mohou vzájemně potencovat při kombinacích zejména u lidí dehydratovaných, pacientů se špatným stavem výživy, diabetiků nebo alkoholiků. Staří lidé odpovídají na stejné dávky léků jinak než lidé mladší.

Níže uvedený přehled není vyčerpávající. Jeho smyslem je upozornění:

- Léky: analgetika, antihypertenziva, atropin a příbuzné látky, barbituráty, léky obsahující rtuť, lithium, haloperidol, orální antidiabetika, steroidy, antidepresiva, léky obsahující vizmut.
- Průmyslové jedy a kovy: anorganická rtuť, arzén, cín, etalenglykol, hliník, mangan, metanol, olovo, oxid uhelnatý, insekticidy, sirouhlík, perchloretylen, tetrachlor, thalium, toluen, trichloretylen, zlato.

Demence a alkohol

Závislost na alkoholu může vést ke čtyřem odlišným onemocněním mozku:

Wernickeho-Korsakovově syndromu, vzácné nemoci Marchiafovova-Bignamiho, málo a přitom často mylně diagnostikované pelagrové encefalopatii a k druhotné hepatoencefalopatii.

- Wernickeho-Korsakovův syndrom je důsledkem nedostatku vitamínu B1, thiaminu. U alkoholiků je tedy sekundárním onemocněním, protože jen někteří alkoholici trpí

nedostatkem tohoto vitamínu. Na druhé straně poměrně běžně tento syndrom v klinické a subklinické podobě postihuje pacienty, kteří závislí na alkoholu nejsou, např. nemocné s generalizovanými nádory. U postižených je typická hluboká dezorientace, lhostejnost, nepozornost, amnézie doprovázená konfabulacemi. Syndrom v přibližně 80 % případů doprovází ataxie chůze. Jestliže akutní nástup syndromu doprovází jen kóma, hypotenze a hypotermie, nemoc končí smrtí, aniž by se stanovila diagnóza.

- Vzácná Marchiafovova-Bignamiho nemoc byla původně popsána u italských pijáků červeného vína. Výzkumy v této oblasti však dokládají, že jde o stav postihující v mnoha dalších zemích pijáky, kteří požívají jiné druhy alkoholických nápojů. Nemoc se projevuje zmateností, astazií, abazií, mutismem a zvýšeným napětím končetinových svalů, které není doprovázeno křečemi.
- U alkoholiků se často nediagnostikuje sekundární pelagra, podmíněná nedostatkem niacinu. Při plně vyvinuté pelagře se příznaky popisují jako známá 3D: demence, diarea, dermatitida.
- Druhotná hepatocerebrální encefalopatie je dána poškozením mozku při chronickém selhávání jater.

Náhlé poškození kognitivních funkcí u lidí chronicky závislých na alkoholu může být příznakem mnoha velmi odlišných stavů. Kromě poškození mozku alkoholem je nutné uvažovat vždy infekci nebo subdurálním hematomu.

Z uvedeného plyne, že na diagnózu alkoholové demence - bez ohledu na to, že toto onemocnění je zřejmě syndromem souvisle navazujícím na jiné druhy poškození mozku alkoholem, je možné pomýšlet tehdy, jsou-li naplněna obecná kritéria diagnózy demence, prokáže-li se příčinná souvislost s nadměrným užíváním alkoholu a jsou-li vyloučeny jiné příznaky demence.

Encefalitidy

Vzácnou, avšak závažnou příčinou poruchy kognitivních funkcí může být chronický mozkový absces.

Nehnisavé encefalitidy se v České republice vyskytují téměř všechny. Příčinou těžké smíšené poruchy kognitivních funkcí až demence bývá herpetická encefalitida. Je nekrotizující. Závažné neuropsychiatrické onemocnění někdy zanechává klíšťová encefalitida. Demence může být důsledkem maligně probíhající roztroušené mozkomíšní sklerózy (sklerosis multiplex), která je u nás onemocněním častým. Poruchy kognitivních funkcí mohou doprovázet terciární vývojovou fázi lymské boreliózy.

Nitrolební expanze

Syndrom demence

Poruchu kognitivních funkcí může způsobit jakýkoli proces, který zmenšuje nitrolební prostor.

Meningeomy se projevují psychopatologickými příznaky asi ve 40 % případů. Demence je hlavním příznakem přibližně u čtvrtiny těchto pacientů. Objevuje se zejména tam, kde meningeom přímo nebo nepřímo stlačuje čelní mozkové laloky. Ani po úspěšné operaci nemusí být příznaky demence reverzibilní.

Mozkové nádory primární i metastatické mohou způsobovat vedle ložiskových neurologických příznaků demenci opět hlavně při postižení čelních a spánkových mozkových laloků. Demence je hlavním a primárním příznakem přibližně u sedminy mozkových nádorů.

Velmi záluďnou příčinou plíživě, často nezvratně se vyvíjejících kognitivních poruch a demence, je v každém věku chronický subdurální hematom. U všech lidí s kognitivními poruchami ve všech věkových skupinách je nutné pátrat po úrazu hlavy a mozku v anamnéze vzdálené i mnoho měsíců.

Hydrocefalus

Poměrně častou, přibližně v polovině případů dobře léčitelnou příčinou demence je normotenzní hydrocefalus (Adamsův syndrom).

Protože je příčinou léčitelnou a úspěšný zásah může znamenat návrat kognitivních funkcí k normě, je nutné na toto onemocnění myslet a věnovat mu velkou pozornost.

Klasickou příznakovou trojicí tohoto onemocnění je demence s psychomotorickým zpomalením, poruchy chůze a inkontinence moči. Choroba začíná plíživě. Normotenzní hydrocefalus je syndrom. Může následovat po kraniocerebrálním poranění, krvácení, intrakraniálním chirurgickém zákroku, po meningoencefalitidě, cystě. U části nemocných se tato postižení neprokáží.

Syndrom VEGAS (ventricularenlargement with gait apraxia, zvětšení mozkových komor doprovázené apraxií chůze) je formou normotenzního hydrocefalu, který začíná poruchou chůze. Rizikovými faktory pro tuto formu jsou hypertenze, ischemická choroba srdeční a diabetes melitus.

Normotenzní hydrocefalus postihuje lidi v preseniu. V šestém a sedmém decenniu se však běžně vyskytuje také. Včasná operace znamená dobrou prognózu. Odhaduje se, že přibližně polovinu případů normotenzního hydrocefalu doprovází Binswangerova nemoc. V těchto případech bývá operace bez účinku.

Demence při avitaminózách

Projevy nedostatku vitamínu B1 a B6 jsme již zmínili v části o alkoholové demenci. Příznaky nedostatku vitamínu B12 jsou vysoce proměnlivé. Patří mezi ně neuropatie, myelopatie, deprese a demence. V případě čerstvého, počínajícího výskytu kognitivních změn je nutné zjistit hladinu vitamínu B12 a neváhat s podáním i v případě zjištění hraniční hodnoty (medicínská záležitost).

Poruchy kognitivních funkcí může vzácně společně s neurologickými a dalšími příznaky způsobit nedostatečné množství kyseliny listové a vitamínu E.

Demence při poruchách činnosti žláz s vnitřní sekrecí

Hypothyreóza je časté a v nedostatečně vyvinutých podobách špatně diagnostikované onemocnění. Klasickými příznaky jsou apatie, psychomotorické zpomalení, zimomřivost, padání vlasů. Dlouhodobá hypofunkce může být příčinou plíživě vyvíjející se demence.

Hypertyreóza může mít u starých lidí atypickou podobu, kterou doprovází apatie. Úzkost, klidový třes, tachykardie a neklid chybí, objevuje se psychomotorické zpomalení až letargie.

Hypoparathyreóza se projevuje tetanií, epileptiformními stavy, bolestmi hlavy, městnáním na očním pozadí, svalovou slabostí. Jedním z příznaků může být demence.

Hyperparathyreóza může rovněž doprovázet demence. Při úpravě hladiny kalcia její příznaky zmizí.

Cushingovu nemoc někdy provázejí poruchy senzorických funkcí i poruchy funkcí kognitivních, ale demence, která by byla jejím důsledkem, známa není.

Addisonovu nemoc rovněž provázejí poruchy kognitivních funkcí.

Chronická hypoxemie

Častou příčinou poruch kognitivních funkcí je chronická hypoxemie a hyperkapnie, které doprovázejí těžší chronická plicní onemocnění a syndrom spánkové apnoe. Mohou se projevit příznaky nitrolební hypertenze, městnavými papilami na očním pozadí, třesem končetin.

Předmětem trvajících diskuse je otázka kardiální demence. Podle některých autorů je výskyt demence u lidí s těžšími chronickými srdečními selháváním vyšší než u lidí, kteří tímto onemocněním netrpí. Problém je, že lidé s chronickým srdečním selháváním častěji trpí drobnými a většími mozkovými embolizacemi. Lze tedy předpokládat, že se u nich vyskytuje některá podoba vaskulární demence.

Epilepsie a demence

V minulosti bývala demence u neléčených, špatně léčených nebo neléčitelných epileptiků nepřímým důsledkem opakovaných záchvatů. Patofyziologickým i anatomickým podkladem byla mozková anoxie, která vyústila do nezvratného poškození stejných oblastí, které poškozuje jakákoli anoxemie nebo hypoglykemie. Demenci může předstírat hodiny i dny trvající kupení *petit-mal záchvatů* u dospívajících i dospělých lidí. Demence může být vzácnou komplikací dlouhodobé léčby epilepsie některými léky (Koukolík, Jirák, 1999, str. 87-98).



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Definujte syndrom demence.
 2. Jaké je klasifikace demencí?
 3. Jaké jsou příbuzné stavy podobné demenci?
 4. Co patří mezi atroficko-degenerativní demence?
 5. Co patří mezi vaskulární demence?
 6. Co patří mezi sekundární demence?
 7. Jak lze demence diagnostikovat?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte kazuistiku seniorského klienta s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou a zaměřte se na možnosti odborných intervencí u tohoto klienta (volba zda se jedná o domácí prostředí či ústavní prostředí je na studentovi).



DALŠÍ ZDROJE

viz podkapitola DALŠÍ ZDROJE v 1.kapitole tohoto textu

SHRNUTÍ KAPITOLY



Kapitola prezentuje ucelený pohled na problematiku demencí, na klasifikaci demencí, na možnou diagnostiku demencí se zaměřením na stavy podobné demenci.

5 RESOCIALIZAČNÍ PEDAGOGIKA



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Trest můžeme definovat jako jeden z prostředků státního donucení, jichž používá stát při plnění svých funkcí vedle prostředků politických, ekonomických aj. Úloha trestu v našem trestním právu záleží v tom, že je prostředkem v rukou státu k ochraně společnosti a občanů před trestnými činy. Pohrůzkou trestem, ukládáním a výkonem trestu poskytuje stát ochranu základním právním hodnotám.

Nejcharakterističtějším a nezbytným znakem trestu je, že se jím působí určité osobě určitá újma. Jde tu o citelné zásahy do občanských práv (např. újmy na svobodě, cti, újmy majetkové apod.). Pohrůzka takovými újmy obsažená v trestním zákoně, jejich ukládání a výkon mají odvracet pachatele i ostatní členy společnosti od páčání trestných činů. České trestní právo založené na zásadách humanismu vychází z názoru, že trestní represe musí být rozumná a že má působit újmu, jen pokud to vyžaduje splnění účelu trestu. To znamená, že újma v trestu obsažená nemá převyšovat nezbytně nutnou potřebu ochrany společnosti. Proto má být všude, kde je to možné, použito takových opatření, která nejsou spojena se ztrátou svobody. V souladu s tím jsou podle Listiny zakázány kruté, nelidské nebo ponižující tresty (čl. 7 odst. 2) a podle trestního zákona nesmí být výkonem trestu ponížena lidská důstojnost (§ 23 odst. 2).

S trestem souvisí jeho účinnost, která by měla být jeho základní vlastností. Účinnost trestu lze vymezit poměrem minimální intenzity sankce k maximálnímu naplnění její funkce. Trest zůstává trestem jen tehdy, obsahuje-li sankci působící pachateli újmu, ať už jakéhokoli charakteru. Účinným trestem stát také naplňuje svou autoritativní funkci trestání za nezákonné chování občanů.

Pro úplnost je třeba dodat, že konkrétní podmínky jsou v jednotlivých věznicích upraveny ještě tzv. vnitřními řády věznic, vydanými na základě zákona. Vnitřní řád však již nemá postavení právní normy.



CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je seznámit studenty se základy resocializační pedagogiky. Ta v dospělém věku supluje problematiku etopedickou, která je typická pro děti a mládež v rámci speciální pedagogiky. Resocializační pedagogika se věnuje jedincům se sociálně patologickými projevy chování a problematikou resocializace v podmínkách systému vězeňství.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Resocializace, sociální ochrana, programy zacházení, výkon trestu odnětí svobody.

5.1 Specifické skupiny odsouzených (zkušenosti z ČR)

Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a následně vyhláška MS č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, považují za specifické kategorie odsouzených níže uvedené skupiny. Zmíníme odlišnosti od standardního výkonu trestu odnětí svobody:

a) mladiství

Zacházení s mladistvými je v mnohem větší míře individualizováno. Věznice se zaměřuje především na výchovu a zabezpečení přípravy na budoucí povolání. Účast na vzdělávání je povinná. Mladistvý má nárok přijímat návštěvy na dobu 5 hodin během jednoho kalendářního měsíce. Nárok na přijetí balíčku má mladistvý čtyřikrát ročně. U mladistvých je jiný rozsah kázeňských odměn a trestů než u standardního výkonu trestu.

b) odsouzené ženy

Těhotným ženám a ženám, u nichž od porodu neuplynula doba delší než 6 měsíců, lze uložit jen mírnější formy kázeňského trestu (důtka, propadnutí věci, odnětí výhod vyplývající z předchozí kázeňské odměny).

Ve výjimečných případech a za splnění stanovených podmínek může být odsouzené ženě dovoleno, aby ve výkonu trestu měla u sebe a starala se o své dítě zpravidla do 3 let jeho věku. Takovým ženám je povoleno nosit vlastní oděv a obuv dle uvážení.

c) trvale pracovní nezařaditelní

Za trvale pracovní nezařaditelné se považují odsouzení:

- starší 65 let, pokud sami nepožádají o zařazení do práce,
- kteří byli uznáni plně invalidní,
- jejichž zdravotní stav neumožňuje trvalé pracovní zařazení.

Trvale pracovní nezařaditelným odsouzeným je možno ukládat jen takové kázeňské tresty, které lze jinak uložit jen mladistvým. Do cel a ložnic se umísťují s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu na základě doporučení ošetřujícího lékaře.

d) odsouzení s poruchami duševními a s poruchami chování

U těchto odsouzených se při volbě vhodného programu zacházení přihlíží k závěrům odborného lékařského vyšetření a k nutnosti individuálního nebo skupinového terapeutického působení.

e) odsouzení k doživotnímu trestu

Návštěvy, vycházky a výkon kázeňských trestů probíhají odděleně od ostatních odsouzených. Ubytování jsou zpravidla po jednom. Ve zvlášť odůvodněných případech mohou být tito odsouzení během vycházek poutáni.

f) odsouzení cizinci

Při umísťování cizinců se podle možností postupuje tak, aby cizinci hovořící stejným nebo podobným jazykem spolu mohli komunikovat. Cizincům se, je-li to možné umožní přístup k četbě literatury v jazyce, který ovládají. Vytvoří se jim také podmínky pro výuku českého jazyka. Je nutno je poučit o právu obracet se na diplomatickou misi. Přijetí konzulární návštěvy se nezapočítává do běžných návštěv. Poučení musí být provedeno v rodném jazyce nebo jazyce, který cizinec ovládá. Při výkonu trestu se přihlíží ke kulturním a náboženským tradicím odsouzeného.

5.2 Účel a význam výkonu trestu odnětí svobody

Na začátku jakéhokoli studia trestu je zapotřebí zamyslet se nad účelem, případně funkcí tohoto institutu. Vycházíme ze tří pohledů na trest a jeho funkce, kterými jsou funkce ochranná, dále individuálně preventivní a generálně preventivní (Černíková, Sedláček, 2002, s. 50).

5.2.1 OCHRANNÁ FUNKCE

Trest musí sledovat nějaký účel a přinášet určitý užitek. Účelem trestu je přispět k boji se zločinností, chránit společnost před trestnými činy, odvracet trestné činy směřující proti právům a svobodám občanů, zabraňovat pachatelům v další trestné činnosti, vychovat je v řádné občany, napravit je, působit výchovně i na ostatní členy společnosti apod. Základní funkcí trestu, konečným cílem a smyslem každého trestání je ochrana společnosti proti porušování podmínek její existence. Po spáchání každého trestného činu má následovat trest jako obranná reakce společnosti. Nemůže však ochránit společnost před trestným činem, který již byl spáchán. Může však v odpovědi na minulý čin demonstrovat autoritu zákona a tak odvrátit stejné trestné činy hrozící v budoucnu. Nemůže jít však o obětování pachatele, kterému by byl uložen velmi přísný trest, aby se celá společnost, a hlavně potenciální pachatelé, zalekli takto přísné reakce státu na trestný čin. Z pojetí trestu jako obranné reakce společnosti plyne požadavek úměrnosti trestu trestnému činu.

5.2.2 INDIVIDUÁLNĚ PREVENTIVNÍ FUNKCE TRESTU

Ochrana společnosti trestem se realizuje tak, že na jedné straně působení trestu zabráňuje pachateli v páčání dalších trestných činů a na druhé straně působí trest na pachatele i ostatní občany výchovně a spolu s dalšími formami společenského působení přetváří jejich lidský profil a jejich vztahy k jiným lidem. Zabránění odsouzenému v dalším páčání trestné činnosti představuje jakýsi minimální program trestu. Tento minimální program znamená alespoň přimět pachatele k respektování zákonů, přinejmenším docílit toho, aby se dále nedopouštěl trestných činů, byť by to bylo z obavy před trestem nebo z nedostatku příležitosti, což v případě nepodmíněného trestu odnětí svobody znamená separaci pachatele od společnosti do odděleného a uzavřeného prostoru výkonu trestu odnětí svobody. V tomto směru však nemůžeme chápat nepodmíněný trest odnětí svobody jako všemocný, protože na jedné straně separací zabráníme možnosti páchat trestné činy jako jsou např. poškozování lesa těžbou (§ 181c Trestního zákona), podávání alkoholických nápojů mládeži (§ 218 Trestního zákona) nebo porušování domovní svobody (§ 238 Trestního zákona), ale na straně druhé ani ve výkonu trestu odnětí svobody není možné zabránit některým jiným trestným činům, jako např. krádež (§ 247 Trestního zákona), vydírání (§ 235 Trestního zákona), ublížení na zdraví (§ 221-224 Trestního zákona), útok na veřejného činitele (§ 155, 156 Trestního zákona), nebo např. vzpoura vězňů (§ 172 Trestního zákona), kterýžto čin nelze spáchat jinde než ve výkonu trestu odnětí svobody. U jiných trestů se jedná o odstranění objektivních podmínek, které pachateli trestnou činnost umožňují nebo usnadňují, a to tím, že je mu kupříkladu zakázána činnost, jež mu k trestné činnosti poskytla příležitost nebo bylo-li rozhodnuto o propadnutí věci, jež by mohla k další trestné činnosti sloužit.

Při zabránění v dalším páčání trestné činnosti jde současně o to vytvořit či posílit psychické zábrany proti další trestné činnosti ve vědomí pachatele. Takové psychické zábrany znemožňující či ztěžující další trestnou činnost vznikají tak, že trest vyvrátí představu pachatele o beztrestnosti spáchaní nebezpečného činu, dá mu výstrahu, vyvolá u něho obavu z možného dalšího trestu nebo dokonce strach před ním. Minimálním posláním trestu je tedy dokázat pachateli, že páchat trestné činy je pro něho nevýhodné, že se trestná činnost nevyplácí. Podaří-li se trestem dosáhnout toho, že pachatel upustí od dalšího páčání trestné činnosti proto, že se mu riziko jeví příliš velké či z obavy před novým trestem, bylo cílů trestu dosaženo pouze zčásti. Znemožnění další trestné činnosti, zabránění v dalším páčání trestných činů představuje pouze jakýsi minimální program trestu, se kterým se nelze spokojit. Má většinou dočasný účinek a nezajišťuje ochranu společnosti před trestnými útoky příliš spolehlivě. Teprve převýchovou pachatele dochází k úplnému překonání odcizení pachatele vůči společnosti a tak je nejspolehlivěji zajištěna její ochrana. Proto Trestní zákon v § 23 o účelu trestu výslovně požaduje: “vychovat odsouzeného k tomu, aby vedl řádný život.” V tomto smyslu se někdy používá i výstižného termínu „resocializace.” Resocializací je celý proces překonávání morálního, sociálního i politického odcizení pachatele od společnosti a od ostatních lidí a nejen pouhý návrat z výkonu trestu odnětí svobody mezi svobodné občany. Nedostatky pachatele, jež ovlivnily spáchaní trestného činu,

stěží možno ve většině případů trvale negovat pouhým represivním působením. Často mohou být definitivně překonány pouze rozvojem pozitivních prvků pachatelovy osobnosti a jeho sociálně užitečných svazků, posilováním jeho pozitivních vlastností, zvyků, návyků, usměrňováním jeho v jádře zdravých náklonností a zájmů apod. Represivní působení trestu musí být tedy kombinováno s pracovní výchovou, s volní výchovou, s citovou výchovou aj. Tak možno odstranit narušení pachatelova vztahu k práci, pomoci mu změnit názory na život a na společnost, vychovávat ho k odpovědnosti za své jednání a k úctě k zákonům, postavit ho proti jeho trestnému činu a pomoci při uspořádání jeho osobních záležitostí (Kopecká, 2006, s. 43).

5.2.3 GENERÁLNĚ PREVENTIVNÍ FUNKCE TRESTU

Účelem trestu podle § 23 odst. 1 Trestního zákona není pouze působit na pachatele trestného činu, ale i tímto působením na pachatele trestné činnosti *působit výchovně i na ostatní členy společnosti*. Jde zejména o působení na kolísavé občany, jež je nutno před spácháním trestného činu varovat a ukázat jim na neodvratnost spravedlivého trestu. Ukládání zákonných trestů ovlivňuje však i řádné občany, kteří tak mají být upozorňováni na nebezpečnost, zavrženíhodnost a trestnost spáchaných činů, má tak být upevňováno jejich vědomí o ochraně občanských práv, má být posilován jejich pocit právní jistoty a jejich představa o autoritě zákonů. Z hlediska teorie výchovy jde při generálně preventivním působení vlastně o použití metody příkladu, a to příkladu záporného.

Trestní zákon charakterizuje úkoly generální prevence tak, že účelem trestu je plněním úkolů v působení na pachatele “působit výchovně i na ostatní členy společnosti”. Podle toho má tedy trest působit výchovně i na ostatní členy společnosti tím, že správně působí na pachatele, že plní úkoly individuální prevence. Platná úprava zřejmě vychází z myšlenky interakce mezi individuální a generální prevencí a výslovně zdůrazňuje závislost generální prevence na prevenci individuální (Kopecká, 2006).

Neodmyslitelnou funkcí trestu je základní myšlenka resocializační pedagogiky, a to výchovná funkce trestu. Myšlenka výchovné funkce trestu vzniká až v určité etapě vývoje společnosti, kdy měla už velké množství zkušeností s trestáním, s jeho účinností a kdy začala vyjadřovat určité očekávání od trestání. Vznik výchovné funkce trestu je spojován s relativní teorií trestu, ve které je formulován účel trestu, tedy cíle trestu užitečné pro společnost a tím i oprávněnost trestu. Lze připomenou nápis na káznici pro mladistvé sv. Michala v Římě (r. 1718) – *Trestati nepoctivé je málo, jestliže je výchovou neučíme být poctivými* a dále myšlenky významných myslitelů jako byl Liszt, Grotius, Beccaria, kteří spojovali s trestem i jeho výchovný záměr. Rozvíjení myšlenky výchovné – regulativní funkce trestu včetně objevování prostředků k jejímu dosažení je patrné v historickém vývoji penologických systémů až po současnost.

Výchovná funkce ukládaných trestů je obsažena ve vymezení účelu trestu v našem trestním zákoně, a to v ustanovení § 23. Podle tohoto ustanovení účelem trestu je chránit spo-

lečnost před pachateli trestných činů, zabránit odsouzenému v dalším páchání trestné činnosti a vychovat ho k tomu, aby vedl řádný život a tím působit výchovně i na ostatní členy společnosti.

Realizaci výchovné funkce trestu odnětí svobody představuje systém aktivit, podmínek a zásad, které musí být uplatněny, aby trest odnětí svobody měl výchovný účinek. Výchovná funkce trestu je realizována v procesu zacházení s odsouzenými, který se vyvíjí ve vymezeném rámci a vymezenými prostředky danými zákonem č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody. *Zacházení* je přejato z materiálů Rady Evropy a OSN a je překladem anglického termínu treatment.

Pojem zacházení obsahuje souhrn aktivit směřovaných k pachateli trestných činů, které provádí specializovaný pracovník (vězeňský, sociálních služeb, výchovný): jedná s pachateli trestných činů, řeší a pomáhá řešit jejich problémy, vede odsouzené (k práci, ke vzdělávání, k samostatnosti, ...), pečuje (o jejich zdraví, pozitivní rozvoj), působí, ovlivňuje jejich chování, názory, vývoj – směřování k prosociální orientaci. Souhrn uvedených činností je realizován s ohledem na dynamiku a úroveň sociálních interakcí v konkrétním prostředí, z hlediska individuálních potřeb odsouzeného. Cílem je, aby obsah zacházení vedl k uschopnění odsouzeného k sociálně vyzrálějšímu – odpovědnějšímu chování odsouzeného. Je to proces, ve kterém se odsouzený stává samostatnějším, rozhodujícím subjektem, s přiměřenou odpovědností za důsledky svých rozhodnutí a jednání.

Pojem zacházení vystřídal pojem resocializace užívaný a vyskytující se v odborné literatuře a v platné zákonné úpravě VTOS v ČR do roku 1999. Pojem resocializace užívaný ve vězeňské praxi byl chápán jako korektivní nebo druhotná socializace jedinců, u nichž proces socializace v dřívějších vývojových etapách neproběhl úspěšně buď proto, že se v něm vyskytly různé jednotlivé nedostatky a nepříznivé podmínky (v tom případě jde o socializaci deficitní) nebo proto, že byli „socializováni“ v antisociálním smyslu, tj. zapojeni do systému hodnot a norem rozporných s morálními hodnotami a zákonnými normami (socializace deviantní). Resocializační proces byl záměrně veden, pedagogicky iniciován. V ideovém kontextu doby před rokem 1989 byl resocializační proces direktivně až nátlakově realizován s nedostatečným ohledem na individuální potřeby a možnosti odsouzeného. Problém spatřuji spíše ve způsobu realizace procesu resocializace a uplatňování vypracovaných resocializačních programů, než v pojetí resocializace, a to vedlo k tomu, že v nové právní úpravě výkonu trestu odnětí svobody byl přijat pojem zacházení.

Pytka (in Černíková, 2006) vymezil nové axiologické charakteristiky resocializační pedagogiky, které jsou v resocializačním procesu naplňovány:

- autonomie vychovávaného,
- individualizovaný přístup zohledňující individuální zvláštnosti, potřeby jedince,

- otevřenost sociálního prostředí, ve kterém by proces resocializace měl probíhat; otevřenost sociálního prostředí dovoluje využívat bohatost sítě sociálních vztahů, sociálních interakcí pro intenzivní resocializační proces.

V tomto pojetí je resocializační proces blízký pojetí procesů zacházení.

V zacházení s odsouzenými v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody je reagováno na manipulativně a direktivně vedený proces resocializace v minulosti a jsou vytvářeny širší možnosti pro rozhodování, kooperaci, pro volbu způsobů řešení, což musí být spojeno s požadavky na sociálně vyzrálější a odpovědnější chování odsouzených. Odsouzený se stává i subjektem výchovného působení.

Sociálně vyzrálější a odpovědnější chování spojené s konkretizací představ a podmínek života na svobodě, ke které je odsouzený v procesu zacházení veden, je předpokladem pro zdařilou sociální reintegraci po ukončení výkonu trestu.

5.2.4 SPRAVEDLIVOST A NEODVRATNOST TRESTU

Základním atributem trestu je jeho spravedlivost. Aby trest plnil funkci ochrannou, individuálně preventivní a generálně preventivní, musí být společnost přesvědčena, že byl spravedlivě uložen. Tím rozumíme v zákonem stanovených mezích, zákonem stanoveným způsobem a postupem, na základě objektivně zjištěných okolností konkrétního případu a bylo-li dosaženo cílů trestu. Aby byl trest spravedlivý, nesmí být ani přísnější, ani mírnější, než je nutné k ochraně společnosti před trestnými činy.

Trest, který je prostředkem k řešení politických či ekonomických úkolů či nástrojem společenských přeměn, není spravedlivý. Spravedlivost trestu však není závislá jen na jeho cílech, ale i na samotném spáchaném trestném činu a na vlastnostech pachatele. § 31 odst. 1 trestního zákona stanoví povinnost soudu při stanovení druhu trestu a jeho výměry přihlídnout ke stupni nebezpečnosti trestného činu pro společnost, ale i k možnostem nápravy a poměrům pachatele. Možnostmi nápravy se rozumí stanovení prognózy budoucího vývoje pachatele na základě objasnění jeho osobnosti, prostředí, v němž se jeho osobnost vyvíjela a v němž se v budoucnu bude vyvíjet, a také působení uvažovaného trestu na pachatele. Pod pojmem “poměry pachatele” se rozumějí takové okolnosti, týkající se osoby pachatele, které přímo nesouvisí se spáchaním trestného činu, mohou však ovlivnit úvahy o trestu. Např. majetkové poměry, rodinné poměry, tělesný zdravotní stav, věk, těhotenství, invalidita apod. Nespravedlivý trest nejen nechrání společnost před trestnými činy či chrání ji špatně, ale i narušuje společenské vztahy, na kterých je založena. Trest, který je sankcí za nespravedlivé jednání, musí být spravedlivý. Jinak nemůže plnit své poslání.

S problematikou spravedlivosti, ale i účinností generální i individuální prevence souvisí neodvratnost trestu, objasněnost trestných činů a požadavek rychlého potrestání. Pokud má mít trestání nějaký smysl, musí následovat krátce po spáchaní zločinu. Je to dáno především psychologickými zákonitostmi, protože pozdní postih ztrácí objektivní spojitost se spáchaným deliktem.

Pro úplnost je důležité zmínit, že samotný zákon č. 169/1999 Sb. účel trestu nedefinuje, ale odkazuje se na ustanovení trestního zákona, když v § 1 odst. 2 říká, že „výkonem trestu se sleduje dosažení účelu trestu odnětí svobody ve smyslu trestního zákona prostředky stanovenými v tomto zákoně.“

Je zajímavé sledovat na samotné penitenciárně-pedagogické terminologii, jak se zde odráží přenesení důrazů smyslu výkonu trestu odnětí svobody. Nejvýznamnější prostředek působení na odsouzené byl původně nazýván „reedukačním programem“. Tento pedagogický optimismus doufající v převýchovu pachatele trestného činu byl postupně odbouráván, což se projevilo na změně termínu „reedukační program“ na „resocializační program“. Smyslem výkonu trestu odnětí svobody se tak stalo znovuzачlenění odsouzeného do společnosti. Nový zákon o výkonu trestu odnětí svobody č. 169/1999 Sb. nakonec změnil výraz „resocializační program“ na „program zacházení“. Tento termín již odráží pedagogický realismus, který si je vědom složitosti ovlivnění dospělé osobnosti, aniž však na ni rezignuje. Úkolem vězeňské služby je „zacházet“ s odsouzenými, přičemž toto zacházení může mít v ideálním případě reedukační a resocializační výsledky.

5.3 Programy zacházení

Programy zacházení, dříve resocializační programy, jsou velice důležitou součástí výkonu trestu odnětí svobody. Už změna názvu tohoto institutu v novele zákona o výkonu trestu odnětí svobody naznačuje, jak již také bylo výše uvedeno, že resocializace ve výkonu trestu je záležitost velice obtížná a v plné míře těžko dosažitelná. Základní podmínkou účinného zacházení s odsouzenými je kvalitní pečlivá příprava této činnosti. Nejprve je nutné zmapovat bio-psycho-socio-duchovní stav, v němž se jednotlivý odsouzený nachází v době svého nástupu do výkonu trestu odnětí svobody. Děje se tak v týmové spolupráci lékaře, psychologa, speciálního pedagoga, sociální pracovníce, popřípadě i duchovního při zpracování komplexní zprávy o odsouzeném s ohledem na délku jeho trestu, charakterové vlastnosti a příčiny trestné činnosti. Tato zpráva musí obsahovat kupříkladu tato fakta: základní data o osobě odsouzeného, o jeho trestném činu a uloženém trestu, případně o předchozích zločinech a trestech, lékařská doporučení, upozornění na nutná omezení a zdravotní rizika ve vztahu k pracovním, vzdělávacím, sportovním a dalším důležitým aktivitám, psychologickou charakteristiku včetně jeho postojů ke spáchanému trestnému činu, případně i oběti a uloženému trestu a další podstatná rizika a problémy, obtíže a překážky, které v začátku trestu odnětí svobody brání budoucí dobré reintegraci odsouzeného do společnosti (Hála, 2005). Právě na jejich odstranění, překonání nebo alespoň zmírnění bude třeba zaměřit program zacházení.

Odsouzenému má být posléze nabídnut výběr programů zacházení, z nichž si může zvolit ten, který mu nejlépe vyhovuje. Pokud si nevybere, je mu určen program minimální (§ 37 Řádu výkonu trestu odnětí svobody). Program zacházení obsahuje časově rozvržený sled vhodných činností (aktivit odsouzeného i konání vězeňských pracovníků), sledujících dosažení pozitivních změn v chování a osobnosti odsouzeného. Pravidelnou součástí programu zacházení je určení způsobu zaměstnávání odsouzeného, jeho účast na vzdělávání,

určení speciálně výchovných aktivit, zájmových aktivit a zaměření se na oblast utváření vnějších vztahů. Programy zacházení jsou pravidelně vyhodnocovány, aktualizovány v souladu s vývojem osobnosti odsouzeného a změnami jeho chování, jednání a jsou také základním podkladem pro návrh na přeřazení odsouzeného do věznice jiného typu (§ 39 odst. 1 Řádu výkonu trestu odnětí svobody).

5.3.1 PRACOVNÍ AKTIVITY

Práce je nejdůležitějším prostředkem zacházení s odsouzenými, je základní a naprosto nezastupitelný pozitivní faktor v působení na odsouzené. Smysluplná, dobře řízená a organizovaná práce rozvíjí pracovní návyky a s tím související vlastnosti osobnosti. Získání a upevnění návyku pracovat zvyšuje ve značné míře šanci odsouzeného na reintegraci do svobodné společnosti po propuštění z vězení. Pracovní aktivita odsouzených přispívá zásadním způsobem ke snižování jeho případné agresivity, k celkovému zklidnění a harmonizaci psychosomatických funkcí (Hála, 2005). Má i význam ekonomický, protože z odměn za práci se hradí výživné pro děti odsouzeného, náklady na výkon trestu odnětí svobody, případné náklady na předchozí výkon vazby, další pohledávky, úložné a kapesné. Proto zcela v souladu s evropskou vězeňskou filozofií, reprezentovanou Evropskými vězeňskými pravidly, ukládá platný český zákon o výkonu trestu odnětí svobody odsouzenému povinnost pracovat (§ 29 odst. 1), dovoluje-li mu to jeho zdravotní stav a je-li rozhodnutím ředitele věznice na návrh odborné komise zařazen do zaměstnání. Odsouzení jsou ve věznici zařazováni do práce s přihlédnutím k jejich vzdělání a získané praxi v daném oboru, zdravotnímu stavu, výši jejich pohledávek, délce trestu, ke skutečnému zájmu pracovat atd. Pracovní zařazení ve věznici je možno rozdělit na základní oblasti:

- pracoviště vlastních vnitřních provozů věznice,
- pracoviště na základě smlouvy s jinými subjekty uvnitř věznice,
- pracoviště vnější na základě smlouvy s jinými subjekty.

Do pracovní doby se nepočítá úklidová, brigádnická a další obdobná činnost potřebná k zajištění každodenního provozu věznice, kterou provádějí zpravidla všichni odsouzení, a pracovní terapie, která je součástí programu zacházení. Za tuto práci není nárok na pracovní odměnu (§ 32 odst. 2 zákona o výkonu trestu odnětí svobody).

Odsouzení však nemohou vykonávat jakékoliv práce, je jim např. zakázána práce s výbušninami (§ 31 zákona o výkonu trestu odnětí svobody). Zvýšené kontrole podléhají odsouzení, kteří přicházejí do styku s omamnými a psychotropními látkami nebo jedy anebo s jinými látkami, které mohou vyvolat zvýšené nebezpečí újmy na zdraví nebo škody na majetku.

Podrobně jsou podmínky zaměstnávání upraveny v §§ 29 - 33 zákona o výkonu trestu odnětí svobody a v §§ 41 - 45 řádu výkonu trestu odnětí svobody, a dále pracovní podmínky, pracovní doba a podmínky pro uložení přesčasové práce u odsouzených se řídí právními předpisy vztahujícími se na zaměstnance v pracovním poměru.

Zaměstnanost vězňů v České republice je již více než deset let nepříjemně nízká. Jako hlavní příčiny současné nízké zaměstnanosti spatřují ředitelé českých věznic především v malém zájmu podnikatelských subjektů o práci odsouzených, nízké pracovní kvalifikaci odsouzených, z bezpečnostních důvodů nelze zaměstnávat odsouzené mimo objekt věznice, v míře nezaměstnanosti v jednotlivých regionech ČR, nedostatku vhodných výrobních a skladovacích prostorů ve věznici, ale také v levnější pracovní síle ze zahraničí nebo nedostatku příslušníků vězeňské stráže ke střežení odsouzených mimo objekt věznice. Co by mohlo pomoci ke zvýšení počtu zaměstnaných odsouzených jsou např. státní zakázky pro věznice, dále investice do budov a zařízení věznic včetně technologií, daňové zvýhodnění pro podnikatelské subjekty, podpora vlastní hospodářské činnosti věznic.

5.3.2 VZDĚLÁVACÍ AKTIVITY

Pokud se propuštěnému člověku z výkonu trestu odnětí svobody podaří rychle se uplatnit zejména profesně, je již velmi malá pravděpodobnost recidivy a s ní spojeného návratu do vězení. Proto je jedním z hlavních cílů výkonu trestu, tedy i programu zacházení s odsouzeným, pozitivně na něho působit, kdy jednou z nejpůsobivějších forem je vzdělávání. Toto působení má i viditelné výsledky ve formě dokladů o dosaženém vzdělání, ze kterého dle našeho řádu výkonu trestu odnětí svobody nesmí být patrné, že bylo získáno ve výkonu trestu.

Vzdělávacími aktivitami programu zacházení se rozumí:

1) vzdělávání realizované školským vzdělávacím střediskem, kdy nabídka vzdělávacích aktivit je každoročně aktualizována: učební obory, základní škola, odborné, všeobecně vzdělávací a jiné kurzy.

2) Vzdělávání realizované pracovníky oddělení výkonu trestu v rámci plnění programů zacházení: jazykové, sociálněprávní kurzy, kurzy občanské nauky, kurz základů obsluhy PC.

3) Vzdělávání v korespondenčních kurzech a v síti základních, středních, vyšších odborných či vysokých škol České republiky.

Na zařazení do vzdělávacího programu není nárok, rozhoduje o tom ředitel věznice na návrh odborných pracovníků. Vzdělávací programy jsou realizovány odsouzenými, kteří nejsou zařazení do zaměstnání, na základě stanovení konkrétních cílů při tvorbě programu zacházení nebo také odsouzení zařazení na specializovaná oddělení pro trvale pracovní nezařaditelné. Odsouzení zařazení do vzdělávacího programu jsou osvobozeni od hrazení nákladů výkonu trestu.

Odlišná je situace při výkonu trestu u mladistvých. Ti mají účast na stanovené formě vzdělávání a dalších určených aktivitách programu zacházení povinnou. Po dobu výuky se mladistvý nezařazuje do práce a jeho vzdělávání se uskutečňuje formou denního studia (§ 61 odst. 7 zákona o výkonu trestu odnětí svobody).

5.3.3 SPECIÁLNÍ VÝCHOVNÉ AKTIVITY

Rozumí se jimi individuální a skupinové činnosti s terapeutickými prvky, vedené kompetentními, zpravidla odbornými zaměstnanci oddělení výkonu trestu. Jedná se o sociálně právní poradenství, psychologické poradenství a činnosti terapeutických skupin. Činnost terapeutických skupin je prováděna formou ergoterapie, pravidelným cvičením pro zlepšení psychické i fyzické kondice a speciálně zaměřenými aktivitami, jako je práce v keramické dílně, pracovní terapie (základy uměleckých řemesel, tradiční lidové techniky, pěstitelství), skupinová a individuální psychoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, relaxační a uvolňovací techniky, víkendová setkání s filmem či hudbou, trénink zvládání vlastní agreivity.

Pokud hovoříme o odsouzených jako o narušených osobách, potřebujících pozitivní působení při výkonu trestu odnětí svobody, jsou tyto speciální výchovné aktivity ideálními prostředky, jak dosáhnout napravení a následné resocializace odsouzeného do společnosti při využití moderních poznatků psychologie a speciální pedagogiky.

5.3.4 ZÁJMOVÉ AKTIVITY

Zájmové aktivity jsou realizovány v rámci jednotlivých výchovných kolektivů, kde odsouzení rozvíjejí své schopnosti, vědomosti a sociální dovednosti. Vedením jsou pověřeni zpravidla vychovatelé a pedagogové volného času. Může se jednat zejména o kroužek sportovní, kroužek akvaristiky, šachový, hudební, jazykové kroužky, kroužek sebeobslužných aktivit nebo kroužek právního minima.

5.3.5 AKTIVITY V OBLASTI UTVÁŘENÍ VNĚJŠÍCH VZTAHŮ

Rozumějí se jimi ty aktivity, které v kladném směru přispějí k soběstačnému životu odsouzeného po jeho propuštění z výkonu trestu. V průběhu výkonu trestu a zejména v době před propuštěním z výkonu trestu se odsouzený aktivně připravuje na další život. V tomto směru je odsouzenému nápomocna zejména příslušná sociální pracovnice. Odsouzený by měl v této době plnit individuální úkoly stanovené programem zacházení, vycházející z podnětu sociální pracovnice, mezi něž patří zejména: udržení a posílení pozitivních vazeb s blízkými, uspořádání a vyřizování sociálních podmínek života po propuštění, vyřizování základních dokladů nezbytných pro další jednání na úřadech práce, navazování kontaktů s charitativními organizacemi a dalšími subjekty, které mohou zprostředkovat pomoc nebo samy zajistit vhodné podmínky v prvních dnech života odsouzeného po jeho propuštění z výkonu trestu odnětí svobody a také spolupráce s probační a mediační službou.

Kromě těchto aktivit uvedených v programu zacházení může odsouzený uspokojovat své potřeby též půjčováním knih z knižního fondu vězeňské knihovny, má právo objednat si na svůj náklad knihy, denní tisk a časopisy, včetně zahraničních, pokud jsou distribuovány v tuzemsku. Je však vyloučeno přijímání časopisů obsahujících popis výroby a použití zbraní a střeliva (např. “Střelecká revue” a “Zbraně”), jakož i tiskoviny obsahující popis výroby a použití návykových látek, jedů a výbušnin. Dále je odsouzenému umožněno ve svém volném čase využívat sportovní materiál, který je ve věznici k dispozici, případně společenské hry.

Z důvodu pozitivního působení na odsouzené, ale i práva odsouzených na poskytování duchovní služby, je ve věznicích zřízena vězeňská duchovní služba, zajišťovaná kaplanem Vězeňské služby a pověřenými zástupci registrovaných církví. Vězeňská duchovní služba je realizována návštěvami pověřených zástupců církví, ale také dobrovolnou účastí na pastorační činnosti, zejména na náboženských obřadech, vedením studijních hodin k výkladu náboženských textů, zajišťováním duchovní a náboženské literatury atd. (§ 71 řádu výkonu trestu odnětí svobody).

5.4 Pedagogické profese v kontextu VTOS

Zacházení s odsouzenými mají v oblasti své působnosti oddělení výkonu trestu, případně oddělení výkonu vazby a trestu jednotlivých věznic. Na činnosti tohoto oddělení se podílejí jak příslušníci ve služebním poměru, tak občanští pracovníci v pracovním poměru. Příslušníci vykonávají službu jako dozorcí, zatímco občanští pracovníci realizují samotné odborné zacházení s odsouzenými.

Nejpočetnější skupinu (s výjimkou dozorců) představují na odděleních výkonu trestu vychovatelé. Dalšími odbornými zaměstnanci jsou:

- speciální pedagog
- psycholog
- sociální pracovník
- vychovatel-terapeut
- pedagog volného času

Úkoly vychovatelů a speciálních pedagogů, tak jak jsou stanoveny vnitřním předpisem v rámci Vězeňské služby ČR:

5.4.1 VYCHOVATEL

Vychovatel je členem týmu, jehož základním úkolem je komplexní výchovná, vzdělávací, diagnostická a preventivní činnost zaměřená na celkový rozvoj osobnosti a na socia-

lizaci, resocializaci a reedukaci včetně cílených opatření k optimalizaci vzdělávacího procesu odsouzených a realizaci protidrogové prevence v rámci věznice. Vychovatel je odborně řízen prostřednictvím speciálního pedagoga a je podřízen vedoucímu oddělení.

Vychovatel plní při práci s odsouzenými samostatně a tvůrčím způsobem zejména tyto úkoly:

a) zná osobně a pedagogicky usměrňuje jemu svěřené odsouzené, zná sociální vztahy a skupinovou atmosféru v přidělené skupině,

b) zúčastňuje se aktivně jednání poradních orgánů ředitele věznice (odborných komisí) a veřejného zasedání soudu projednávajícího podmíněné propuštění nebo přeražení odsouzeného do jiného typu věznice,

c) vede osobní karty odsouzených, provádí průběžné zápisy postihující probíhající naplňování účelu výkonu trestu u odsouzeného,

d) podílí se na hromadně organizovaných akcích, dbá na kázeň odsouzených, na pořádek a upravenost ubytovacích prostor a motivuje odsouzené k přiměřené estetické úpravě,

e) realizuje svěřenou kázeňskou pravomoc, zpracovává návrhy na přerušování výkonu trestu, povolování volného pohybu mimo věznici, dočasného opuštění věznice, účasti odsouzených na akcích mimo věznici, návštěv bez zrakové či sluchové kontroly a přerazování odsouzených do jiného typu věznice nebo jejich přemístění, podílí se na výběru odsouzených k zařazení do práce,

f) zná odsouzené mající sklony k sebepoškozování, útekům, odsouzené vytypované jako možné objekty napadení nebo možné pachatele násilného jednání, odsouzené, kteří jsou vyšetřováni nebo obžalováni z další trestné činnosti, a ty, jimž by měl být nařízen další nepodmíněný trest odnětí svobody nebo přeměněn trest podmíněný na nepodmíněný, vytypovává odsouzené s aktuálními psychickými problémy a upozorňuje na ně odpovědné zaměstnance věznice,

g) podílí se na zkoumání příčin vzniku mimořádných událostí a navrhuje příslušná opatření k jejich řešení, předcházení a eliminaci,

h) spolupracuje s příslušníky vykonávajícími dozorní službu a předvádění odsouzených,

i) podílí se na zajištění organizačního chodu oddělení tím, že u svěřených odsouzených:

- vede početní a jmenný přehled, rozhoduje o jejich ubytování do jednotlivých ložnic nebo cel,

- zabezpečuje kontrolu korespondence odsouzených a uskutečňování telefonických hovorů,

- zabezpečuje realizaci práv odsouzených zejména na přijetí a odesílání korespondence a balíčků, na přijetí návštěv, provedení nákupů, vycházek a telefonických hovorů a k tomu vede příslušnou evidenci, vyjadřuje se k návrhu na přiznání a výši sociálního kapesného,
- zprostředkovává vyřizování žádostí, stížností a podnětů a styk odsouzených s ostatními zaměstnanci věznice, pravidelně organizuje shromáždění odsouzených za účelem projednávání otázek souvisejících s jejich životem ve věznici,
- navštěvuje pravidelně pracoviště svěřených odsouzených s cílem zajištění potřebné spolupráce s mistry při komplexní realizaci zacházení,
- zabezpečuje přístup odsouzených k právním předpisům upravujícím výkon trestu a k vnitřnímu řádu věznice,
- předkládá požadavky na materiálně technické vybavení ubytovacích prostor, zabezpečení chodu jemu svěřeného úseku a na odstraňování zjištěných závad a nedostatků,
- realizuje v příjmovém oddělení poučení odsouzených o právech a povinnostech podle zákona, vyhlášky a seznamuje je s vnitřním řádem věznice, organizačně zajišťuje proškolení odsouzených z předpisů o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, o požární ochraně a hygienických zásadách, zabezpečuje příslušné podklady pro dispečerské hlášení, zaznamenává chování a jednání odsouzených do osobní karty včetně upozornění na eventuální specifiku osobnosti odsouzeného,
- zpracovává v nástupním oddělení ve spolupráci s odbornými zaměstnanci plán instruktážních a zájmových aktivit tohoto oddělení a podílí se na jejich realizaci, provádí poučení odsouzených o právech a povinnostech podle zákona, vyhlášky a seznamuje je s vnitřním řádem věznice, organizačně zajišťuje proškolení odsouzených z předpisů o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, o požární ochraně a hygienických zásadách, připravuje podklady pro jednání odborné komise, zaznamenává chování a jednání odsouzených do osobní karty včetně upozornění na eventuální specifiku osobnosti odsouzeného.

Vychovatel v rámci své pracovní náplně se dále zaměřuje na tyto specifické činnosti:

- a) podílí se ve spolupráci s odbornými zaměstnanci na sestavení konkrétních programů zacházení jemu svěřených odsouzených,
- b) vede osobně podle svého odborného zaměření na základě zpravidla dvě průběžné aktivity programů zacházení, rozložené podle potřeby v průběhu celého týdne včetně dnů pracovního volna a klidu, a zajišťuje k tomu nezbytnou dokumentaci,
- c) sleduje kvalitu účasti svěřených odsouzených v programu zacházení a změny v jejich chování, přičemž vhodné změny podněcuje a upevňuje,

d) zpracovává, na základě vyhodnocení jednotlivých aktivit programu zacházení odbornými zaměstnanci a celkového přístupu odsouzeného k naplňování účelu výkonu trestu, průběžná hodnocení programu zacházení a předkládá návrhy hodnocení zasílaných věznicí příslušným orgánům,

e) navrhuje realizaci potřebných změn včetně aktualizace programu zacházení a přeřazování ve skupinách vnitřní diferenciaci v návaznosti na změny v chování a jednání jemu svěřených odsouzených, navrhuje umístění odsouzených do krizového, výstupního, specializovaného oddělení, oddělení se zesíleným stavebně technickým zabezpečením a do bezdrogové zóny,

f) zabezpečuje podle odborných doporučení zvýšenou individuální péči o odsouzené v krizových psychických stavech a odsouzené se závažnějšími sociálními problémy, podílí se na zabezpečování pedagogické péče o odsouzené, kteří odmítají stravu, sebepoškozují se, pokoušejí se o sebevraždu a o odsouzené, kteří jsou v krizových psychických stavech,

g) zajišťuje ve výstupním oddělení ve spolupráci se sociálním pracovníkem intenzivní kontakt se sociálním zázemím odsouzeného za účelem řešení problémů spojených s přechodem do občanského života, k tomu zejména:

1. podílí se na organizaci komunitního setkání odsouzených, setkání se zástupci státních a nestátních institucí, extramurálních akcí, pracovní, vzdělávací a zájmové činnosti,

2. vede odsouzené k sebeobslužné činnosti a upevňování každodenních návyků,

3. zabezpečuje řádný chod oddělení s cílem naplnění jeho účelu, využití na stanovenou normovou ubytovací kapacitu a vybavení,

4. zpracovává podklady pro jeho výstupní hodnocení.

5.4.2 SPECIÁLNÍ PEDAGOG

Speciální pedagog je odborný zaměstnanec oddělení, který garantuje u svěřených odsouzených odbornou úroveň realizace programu zacházení a vnitřní diferenciaci. Odborně řídí výkon práce vychovatelů a pedagogů volného času. Za odborné řízení určených zaměstnanců nelze považovat vedení administrativy spojené s plánováním služeb, výkaznictvím odpracovaných hodin, vedení evidence o docházce, čerpání dovolené, apod. Odpovídá, ve spolupráci s ostatními odbornými zaměstnanci, za úroveň odborného zacházení s jednotlivými odsouzenými v návaznosti na jejich komplexní zprávy.

Speciální pedagog je odborným poradcem ředitele věznice v oblasti pedagogických aspektů výkonu trestu, a to z hlediska všech zúčastněných (odsouzených i zaměstnanců).

Speciální pedagog je přímo podřízen vedoucímu oddělení. Speciální pedagog plní při práci s odsouzenými samostatně a tvůrčím způsobem zejména tyto úkoly:

a) zpracovává, v rámci komplexního zacházení s odsouzenými a rozdělení činnosti pracovních týmů, koncepci na ucelené období při zachovávání zásad vnější a vnitřní diferenciacie pro jednotlivé kategorie odsouzených, která obsahuje zpravidla cílovou skupinu odsouzených, složky programu zacházení rozpracované v konkrétních projektech, personální, materiální a finanční zajištění a předkládá ji ke schválení řediteli věznice,

b) provádí pedagogickou diagnostiku a zpracovává pedagogické posouzení v rámci komplexní zprávy s příslušným doporučením pro program zacházení, přičemž výběr diagnostických metod je na jeho uvážení,

c) zpracovává v rámci měsíčního (týdenního) plánu přehled jednotlivých aktivit programu zacházení s určením místa, času a stanovením osobní odpovědnosti za jejich realizaci, společně s ostatními odbornými zaměstnanci stanoví konkrétní programy zacházení jednotlivým svěřeným odsouzeným a podílí se na vyhodnocování jejich účinnosti a aktualizaci,

d) vede osobně podle svého odborného zaměření nejméně jednu průběžnou aktivitu programu zacházení z oblasti speciálních výchovných aktivit a zajišťuje k tomu nezbytnou dokumentaci. Sleduje kvalitu účasti svěřených odsouzených v programu zacházení a změny v jejich chování, přičemž vhodné změny podněcuje a upevňuje, podílí se na zpracování průběžného hodnocení programu zacházení,

e) vede metodicky v rámci své odbornosti vychovatele a pedagogy volného času v oblasti přípravy a vedení jednotlivých aktivit, průběžného hodnocení programu zacházení a hodnocení zasílaných věznicí příslušným orgánům,

f) zúčastňuje se aktivně jednání poradních orgánů ředitele věznice včetně poradny drogové prevence (odborných komisí), předkládá odborná stanoviska k přerazování odsouzených v rámci vnitřní diferenciacie, v návaznosti na změny v chování a jednání jemu svěřených odsouzených navrhuje umístění odsouzených do krizového, výstupního, specializovaného oddělení, oddělení se zesíleným stavebně technickým zabezpečením a do bezdrogové zóny. Podílí se na rozhodování o zařazení odsouzených do seznamu objektů možného napadení či ohrožení a vytytování konfliktních a psychicky labilních odsouzených,

g) spolupracuje v součinnosti se sociálním pracovníkem se zákonným zástupcem mladistvého při řešení přípravy mladistvého na budoucí povolání, podílí se na výběru odsouzených k zařazení do práce, vzdělávání a rekvalifikace, zabezpečuje všeobecné a odborné vzdělávání odsouzených v případě, že ve věznici není zřízeno odloučené pracoviště středního odborného učiliště, učiliště a odborného učiliště Vězeňské služby,

h) je odborným garantem skladby knihovního fondu a výběru dalších médií z hlediska vhodnosti specifiky programů zacházení a účelu výkonu trestu,

i) provádí orientační pedagogické pohovory z podnětu odsouzených, zaměstnanců nebo na základě vlastních poznatků, poskytuje poradenskou pedagogickou pomoc v souladu s

povahou daného případu a podmínkami, zabezpečuje individuální pedagogickou péči o odsouzené, kteří jsou v krizových psychických stavech,

j) spolupodílí se na zkoumání příčin vzniku mimořádných událostí ve vztahu k vězněným osobám a navrhuje z pedagogického hlediska příslušná opatření, vedoucí k jejich řešení, prevenci a eliminaci,

k) realizuje svěřenou kázeňskou pravomoc, podílí se na návrhu k rozhodování o udělení přerušení výkonu trestu, povolování volného pohybu mimo věznici, dočasného opuštění věznice, účasti odsouzených na akcích mimo věznici, vyjadřuje se k výběru odsouzených k zařazení do práce, návštěv bez zrakové či sluchové kontroly a přerazování odsouzených do jiného typu věznice nebo jejich přemístění (Nařízení generálního ředitele Vězeňské služby ČR č. 26/2006).

Je nutno podotknout, že u všech zaměstnanců je požadováno vysokoškolské vzdělání příslušného směru.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Definujte resocializační pedagogiku.
2. Co představuje pojem sociální ochrana?
3. Definujte pojem programy zacházení.
4. Jaké složky lze zařadit do konceptu programů zacházení?
5. Jaké znáte specifické skupiny odsouzených?
6. Charakterizujte systém vězeňství v podmínkách České republiky.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte program zacházení pro klienta dospělého věku, který je prvotrestaný ve výkonu trestu odnětí svobody. Popište podíl profesí, které se na vytvoření programu zacházení podílejí a stanovte evaluační kritéria tohoto programu.

DALŠÍ ZDROJE



viz literatura uvedená v podkapitole DALŠÍ ZDROJE v 1. kapitole této studijní opory

SHRNUTÍ KAPITOLY



V rámci uvedené kapitoly se prezentuje problematika resocializační pedagogiky, která se věnuje problematice jedinců se sociálně patologickými projevy chování v podmínkách vězeňství. Specificky se věnuje programům zacházení a otázkám sociální ochrany.

6 SOMATOPEDIE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Somatopedie je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výhovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením. Název oboru je složený z řeckých slov **soma** (tělo) a **paideia** (výhova). Společně s dalšími obory – psychopedií, oftalmopedií, logopedií, surdopedií a etopedií tvoří vědní oblast speciální pedagogiky (srov. Kábele 1992).

V současné době se vedle termínu somatopedie používá stále častěji i jiných označení jako **pedagogika tělesně postiženýh**, **vt. i dalšíh označení** (výhova a vzdělávání jedinců s tělesným postižením, pedagogika tělesně a zdravotně postiženýh, pedagogika tělesně postiženýh a hohíky mohýh apod., srov. Kábele 1992; Hruška 1995; Pipeková, Vítková 1994; Vítková 1999 ad).

Ve světě i u nás v posledních letech stále více vystupuje do popředí diskuse kolem rozdílného pojmání termínu postižení. V analýze OECD (1996) týkající se pojíání speciální pedagogiky v úzkyh zmíh jsou uvedena čtyři **paadigmata**, která jsou popsána jako model mdiíský, sociálněpatologický, model prostředí a model antropologický. **Mediínský model** vychází z biologicko-ogickýh boh fyzických příčin, což vedk mdiísky oítovaé péči. ílm jprkoáí a léčba postižení. Podle **modelu sociálněpatologického** nejsou základy integračních těžkostí biologické nýbrž sociální povahy. V centru pozornosti stojí otázka socializace a diskriminace podmíněná postižením. V **modelu prostředí** se hledá odpověď na otázku, jak změnit školu, aby to bylo ve prospěch postiženýh žáků. Tomu odpovídá školská reforma, která uvnitř vlastního rámce kurikula poskytuje diferencované nabídky všem žákům podljíh vzděláíh potřeb. **antopologického model** íjd v první řadě o zlepšení prostředí, ale o zlepšení interpersonální interakce. Důležité je realistické ohodnocení situace postiženýh a respektování jejich **identity a jedinečnosti** včetně jejich postižení. Role postiženýh dítěte/žáka je silně ovlivněna postojem učitelů a spolužáků.

Postižení se považuje stále méně za neměnný stav individua, které vyžaduje stálobábidkú opatření. Mohm častěji svyíhá z toho, že stav postižení smůže měnit podle účelové nabídky podpory, že potřebám jedinců s postižením nejlépe odpovídá **kontinuum** nabídek a že postižení mohou a mají vést v co nejvyšší možné míře „normální život“. To, co bylo řečeno v obecné rovině, platí plnou měrou i na problematiku **výchovy a vzdělávání dětí a žáků s tělesným a zdravotním postižením**.

CÍLE KAPITOLY



Cílem kapitole je uvedení do problematiky somatopedie včetně klasifikace pohybových vad. Text se zaměřuje na problematiku obrn a na malformace, amputace a deformace. V rámci kapitoly se prezentují možnosti pracovního uplatnění jedinců s tělesným postižením. Tito jedinci se v reálném světě nejnázne začleňují do společnosti ať už za pomoci integračních či inkluzivních trendů.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Somatopedie, obrny, malformace, deformace, amputace, DMO, LMD.

6.1 Okruh osob s tělesným postižením

Osoby s tělesným postižením představují velmi **heterogenní skupinu**. Jejich společným znakem je **omezení pohybu**. Tělesné postižení postihuje člověka v **celé jeho osobnosti**. Motorika, vímáí, kogníí a moíjso od sbíí oddělití a vzájemně propojené. Tělesná motorika může být postižena jen mírně, ale při těžším motorickém postižení jsou pohybové možnosti člověka omezeny podstatně.

Jako **tělesně postižený** je označován člověk, který je omezen v **pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození** (Gruber, Lendl 1992, s. 167 i Vítková 1999). Omžá pohybová schopost a změa vějšího klíííkého obázímůžomžit sbíí platnění – sbíí alizací v **sociální interakci**. Na rozdíl od příhodé ímoí smší jdat o **dlohodobý nebo trvalý stav**, přímž příhody k hoiíkémommoění však jsou plynulé. Ne každé tělesné poškození je bezpodmínečně spojené s postižením.

6.2 Klasifikace pohybových vad

Ve speciálně-pedagogické odborné literatuře se považují za tělesná postižení přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození (Gruber, Lendl in Vítková 1999; Vítková 2003, 2004).

Pohybové neboli ortopedické vady můžeme dělit podle různých kritérií. Monatová (1994) rozlišuje dvě základní skupiny, k nimž patří poruchy vrozené včetně dědičných a poruchy získané. Všechny pohybové vady mohou být různého stípe. Podípostíží části

těla rozeznáváme skupinu **obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace**.

6.2.1 OBRNY CENTRÁLNÍ A PERIFERNÍ

Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plegie** (úplné ochrnutí).

Dětská mozková obrna

Mezi závažná centrální postižení patří **dětská mozková obrna** (DMO). Příčiny DMO jsou **prenatální** – v prvních měsících těhotenství jsou to všechny infekce matky, v pokročilých fázích těhotenství oběhové poruchy matky, které mají za následek nedostatečné okysličování plodu, zejména jeho mozku (fetální hypoxie), **perinatální** – porodní asfyxie, nedonošenost, přenošenost, těžké komplikované protražované porody, **postnatální** – všechny infekce zejména do šesti měsíců věku dítěte. Vždy se jedná o postižení nezralého mozku.

V průběhu prvního roku života se klinický obraz DMO teprve utváří a neurologie se diagnostikuje jako **centrální koordinační porucha** (CKP) a **centrální tonusová porucha** (CTP).

Těžší druh DMO má čtyři formy: **diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou, hypotonickou**, někdy se uvádí další forma – **dyskinetická**, dříve nazývaná extrapyramidová (Monatová 1994; Pipeková, Vítková 1994; Kábele 1986; Lesný 1987; Šlapal 1996 ad.).

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

Forma hemiparetická – spastická obrna horní i dolní končetiny stejnostranné poloviny těla, zpravidla s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. V případě hemiparézy bývá při postižení pravé mozkové hemisféry kognitivní kapacita těchto dětí nejčastěji lehce subnormální (průměrné IQ 90) s převahou verbální složky, v případě postižení levé hemisféry asi polovina dětí v podstatě nejeví žádné známky kognitivní poruchy, u druhé poloviny dětí bývá inteligence snížena – nejčastěji do pásma lehké mentální retardace (průměrné IQ 65) bez rozdílu mezi verbální a názorovou složkou (Říčan, Krejčířová 1997).

Forma kvadruparetická – spastická obrna všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin (pokud vznikla zdvojením formy diparetické) nebo horních končetin (pokud vznikla zdvojením formy hemiparetické). Ze spastických forem je zde vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji obecně prognóza nejméně příznivá.

Forma hypotonická – chabá obrna, zpravidla výraznější na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později asi kolem 3. roku, se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou (Kapounek 1988). Pokud setrvává, je doprovázena těžkou mentální retardací. Vyznačuje se sníženým svalovým napětím. Hypotonie může ale také doprovázet některý typ metabolického či degenerativního onemocnění (Říčan, Krejčířová 1997, Vítková 1999 ad.).

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

Dětská mozková obrna je často kombinovaná s poruchami duševního vývoje a sníženým intelektem (asi 66 %), s poruchami řeči (přes 50 %), s poruchami chování (cca 50 %), s epileptickými záchvaty (od 15 % do 70 %). Výjimkou nejsou ani smyslová postižení, ať se jedná o vady zraku (např. tupozrakost, šilhavost, ale i slabozrakost různého stupně) nebo vady sluchu (různé stupně nedoslýchavosti). Vzhledem k tomu, že se jedná o časté pohybové postižení, je velmi pravděpodobné, že se setkáte s dětmi s DMO v běžných mateřských a základních školách a ve speciálních mateřských školách, v základních školách praktických a základních školách speciálních.

Lehká mozková dysfunkce

Lehčím typem poruchy centrální nervové soustavy (CNS) je lehká mozková dysfunkce (LMD, srov. Třesohlavá 1983), někteří autoři uvádí název lehké mozkové dysfunkce (Černá 1992), starší název pro toto postižení je lehká dětská encefalopatie (Kučera 1961). LMD trpí asi 3 % dětské populace, postižení jsou především chlapci (Říčan, Vágnerová 1991).

Základem LMD je oslabení schopností a vlastností řady psychických funkcí zodpovědných za řízení, kontrolu, regulaci, koordinaci a integraci chování v širokém slova smyslu. Jedná se zejména o celkovou úroveň **aktivace**, jež bývá narušena v důsledku poruchy rovnováhy základních procesů podráždění a útlumu. Náleží sem i schopnost **sebekontroly**, pokud jde o rychlost a přiměřenost reakcí. Významný činitel zaměřující činnost náležitým směrem je **pozornost**, jež zajišťuje selekci podnětů. Rovněž **řeč** má vzhledem k jednání složku regulační (Říčan, Krejčířová 1997).

Kábele (1998) uvádí, že se jedná o poruchy zvláště v oblasti psychomotorické, mentální i volní jako následek lehčího stupně perinatálního poškození CNS. Projevuje se **psychomotorickým neklidem**, psychickou instabilitou, změnou nálad, impulzivním jednáním, pohybovou neobratností – **dyskoordinací**.

Podle Vágnerové (1991) je jedním z charakteristických znaků LMD **nerovnoměrný vývoj**. Jednotlivé funkce nebývají rovnoměrně rozvinuty a pokud jsou nějakým způsobem narušeny, děje se tak v nestejně míře. Celkový psychický vývoj neprobíhá harmonicky, ale

s výkyvy v různých obdobích a v nejrůznějších projevových oblastech. Výkyvy můžeme pozorovat i v krátkých časových intervalech ve formě kolísání výkonu dítěte.

Přesto, že se uvedené příznaky objevují u některých dětí již v předškolním věku, bývá LMD často diagnostikována až před nástupem dítěte do školy nebo v 1. třídě, kdy se často začínají ještě objevovat nebo více projevovat známky typické pro **specifické poruchy učení** (dyslexie, dysgrafie, dysortografie) a **poruchy chování**.

Charakteristika vybraných onemocnění

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

Další závažnou skupinou jsou různé druhy **mozkových zánětů** (encephalitis), které jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli. Toto onemocnění probíhá rovněž zpravidla ve dvou fázích. V první fázi vnikne mikrob do krve a objevují se příznaky podobné chřipce s horečkou, bolestmi hlavy a nechutenstvím. Po přechodné fázi zdánlivého zlepšení se objevují vysoké teploty, třes, ochrnutí končetin. Častý je i výskyt epileptických záchvatů. Po odeznění nemoci jednotlivé příznaky většinou mizí.

Komplikovaným postižením jsou stavy po **mozkových nádorech** (tumor cerebri), které mohou zanechat po operaci následky v **pohybové oblasti**, další následky můžeme sledovat v oblasti řeči, kdy dochází k poruše zvané **afázie** (srov. Klenková 2000). Vzhledem k organickému poškození mozku se může přidružit i **epilepsie**.

Obdobné následky můžeme sledovat i u **mozkových příhod** (ictus apoplecticus cerebri), které vznikají v důsledku krvácení do mozku a u **mozkových embolií** (embolia cerebri), které jsou způsobeny nedokrevností části mozku a odumřením mozkové tkáně zaklíněním embolu pohybujícího se krevním proudem. Podle zasažení hemisféry dochází k levostranné nebo pravostranné hemiparéze až hemiplegii. Obě onemocnění postihují spíše jedince staršího věku.

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

všech případech úrazu hlavy je třeba vyhledat lékařské ošetření (srov. Kapounek 1988 ad.).

Dalším závažným postižením je **obrna míchy**. Nastává vlivem různých onemocnění, ale v současné době je častou příčinou úraz páteře s následným poraněním míchy (autohavárie, sport). Celkový stav postiženého a zachování pohybové schopnosti závisí jednak na tom, zda mícha byla poškozena částečně nebo úplně, jednak na tom, v kterém místě byla zasažena. Čím je mícha zasažena blíže ke krční míše, tím je stav postiženého závažnější. Je-li např. zasažena mícha bederní a křížová, vzniká paraparéza až paraplegie dolních končetin a porucha citlivosti na dolních končetinách, při poškození horní části krční míchy (segment C1–C4) vznikne spastická kvadruparéza až kvadruplegie s poruchou citlivosti, která sahá až ke krku (srov. Monatová 1994; Kapounek 1988 ad.).

Vrozeným postižením je **rozštěp páteře** (spina bifida) bez postižení míchy nebo jejích plen, rozštěp páteře a míšních plen (meningokéla), rozštěp páteře, plen a míchy (meningomyelokéla). Vada vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní části (Kapounek 1988; Čis 1986). Bývá sponzována chirurgická operace. Prognóza je u posledních dvou typů nepříznivá. Vada vyvolává částečnou až úplnou obrnu dolních končetin a obrnu svěřačů. Intelekt nebývá u dětí postižen. Děti většinou navštěvují speciální školu pro tělesně postiženou mládež a vyžadují zvýšenou zdravotnickou péči. V současné době ubývá postižení tohoto druhu v důsledku provádění včasného screeningu vrozených vývojových vad ultrazvukem.

Subkapitolu výčtu týkajícího se centrálních obrn lze uzavřít informací o degenerativních onemocněních mozku a míchy. **Degenerativní onemocnění mozku** se projevuje až v průběhu života člověka. Nervová vlákna a později i nervové dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk. Patří sem větší množství onemocnění, mj. **Mozečková here-doataxie** (Senator-Marieova choroba), která vzniká postižením jedné nebo obou hemisfér mozečku a je dědičná. Prognóza je nepříznivá, důležitá je systematická rehabilitace. Jedná se o postupnou degeneraci mozečku, případně i míchy. Projevuje se vrávoravou chůzí, nystagmem (třes očí, rychle se opakující rytmické pohyby očí), atrofii a poruchami řeči.

Těžkým postižením je **roztroušená skleróza mozkomíšní** (sclerosis cerebrospinalis multiplex), která se vyznačuje ložiskovými změnami mozku a míchy. Postihuje 1 % populace, výskyt je zejména u mladších dospělých. Příznaky jsou pestré, nejčastěji se jedná o poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku a řeči. V pokročilejším stadiu se objevuje demence.

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

K obrně periferních nervů většinou dochází při úrazu horní či dolní končetiny, kdy dojde k přerušení nebo zhmoždění nervu na končetině s částečnou nebo úplnou obrnou. Při

úplně obrně končetina bezvládně visí, při částečné obrně je více nebo méně zasažena pohyblivost a svalová síla (srov. Kapounek 1988).

6.2.2 DEFORMACE

Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla (Kubát 1992).

Získané deformace mohou nastat jako důsledek nesprávného držení těla. Návykově takto začínají některé druhy **skolióz** a **kyfóz**. Vadné držení těla se vyznačuje buď změnami v zakřivení páteře nebo labilním a nestálým držením těla. Skutečné deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí.

Páteř se může deformovat v **rovině sagitální** (předozadní rovina těla): zvětšená krční lordóza (hyperlordóza), hrudní kyfóza (tzv. kulatá záda), plochá záda, bederní lordóza. Častější jsou však deformace v **rovině frontální** (čelní) a projevují se bočním vychýlením od středové roviny. Jedná se o různé druhy **skolióz**, které postihují asi 2,5 % dětí z populace (Kapounek 1988; Eis 1986; Kubát 1992 ad.) a dělí se podle místa vzniku na krční, hrudní a bederní. Dále se používá dělení podle typu **C** (vybočení vlevo), **D** (vybočení vpravo), **S** (složená skolióza).

Příčiny vadného držení těla mohou být **vnitřní** – fyziologické (růstové, konstituční, dědičné vlivy, výživa, nerovnoměrný růst dítěte) a **vnější**, způsobené prostředím (nedostatek pohybu, předčasné posazování kojence, dlouhotrvající sedavá poloha, obezita, jednostranný pohyb, předčasná sportovní specializace, spaní na měkkém lůžku s vysokým podhlavíkem, nesprávná výška nábytku neodpovídající proporcím dítěte apod.).

Důležitá je prevence a rehabilitační cvičení řízené ortopedem nebo rehabilitačním lékařem a realizované na rehabilitačních odděleních fyzioterapeuty. Rehabilitační cvičení se provádí i na některých mateřských a základních školách.

Dosti četnou skupinu pohybových vad tvoří nesprávný **vývoj kyčelního kloubu**. Postižení může být jednostranné nebo oboustranné a bývá vyvoláno vrozeným nedostatečným vývojem kyčelních kloubů, popř. úplným vykloubením hlavice (**luxace**) nebo částečným vykloubením (**subluxace**). Statisticky se udává nález subluxace cca u 15 % a luxace u 3 % kojenců z populace (Kapounek 1988). Velký důraz se klade na prevenci a včasné zjištění vady. Dnes procházejí všechny děti vyšetřením ultrazvukem ještě v porodnici, max. do šesti týdnů.

S příznivou prognózou se řadí do deformací **Perthesova choroba**. Při této chorobě je postižena hlavice stehenní kosti. Podle Emila Eise (1986) se jedná o pravděpodobnou příčinu poškození cév, které vyživují kloubní hlavici. Onemocnění postihuje zejména děti ve věku od 5 do 7 let. Léčba je dlouhodobá, trvá až dva roky a dítě je převážně upoutáno na lůžko.

Progresivní svalová dystrofie (myopatie) je onemocnění závažnější. Jedná se o primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy.

B. Kapounek (1988) uvádí dvě formy onemocnění:

➤ **Forma postihující ramenní pletenec**, ramena ční dopředu, lopatky odstávají, mění se též výraz obličeje, změnami v obličeji), tato forma postihuje obě pohlaví, mívá dobrou prognózu.

➤ **Forma, postihující pánevní pletenec**, dědičnost je dominantní. Onemocní nejprve svalstvo pánve, později i svalstvo dolních končetin. Pro diagnózu progresivní svalové dystrofie svědčí pozitivní rodinná anamnéza, progresse onemocnění a laboratorní průkazání kreatinfosfatázy v séru. Léčba je pro neznalost etiologie pouze symptomatická. Při dlouhodobém podávání zlepšují stav pacienta anabolika. Podstatnou část léčby tvoří rehabilitace. Specifickým případem s nepříznivou prognózou je Duchennova svalová dystrofie postihující chlapce (srov. Vítková 1999).

6.2.3 MALFORMACE A AMPUTACE

Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny. Částečné chybění končetiny označujeme jako **amélie**, stav, kdy končetina navazuje přímo na trup nazýváme **fokomélie**. Malformace patří do skupiny **vrozených vývojových vad (VVV)**. V současné době se s úspěchem provádí screening VVV ultrazvukem jako součást prenatální diagnostiky.

Amputací rozumíme umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinou jsou **úrazy**, kdy k amputaci končetiny může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm, např. při autonehodách, poranění elektrickým proudem, výbušninou apod. (Eis 1986, Kapounek 1988). V těchto případech je nezbytná spolupráce s plastickou chirurgií nebo s protetickým oddělením, kde se volí nejvhodnější řešení pro postiženého jedince. Další příčinou amputace mohou být cévní onemocnění – **choroba Bürger-Winiwarterova**. Při této nemoci vzniká akutní zánět žil a tepen, při kterém dochází k postupující trombóze. Vyznačuje se bolestmi při pohybu, nakonec bývají bolesti i v klidu a vedou až k amputaci končetiny. Dalším důvodem amputace jsou **zhoubné nádory na končetinách**. Amputace může být i **infekčního původu** se sepsí, kterou nelze zvládnout konzervativními prostředky (Chirurgická propedeutika 1993).

6.3 Profesionální realizace osob se zdravotním postižením

Profesionální příprava a možnosti následného uplatnění osob se zdravotním postižením se stávají často diskutovaným tématem. V současné době již nejde jen o zajištění vzdělávání této skupiny osob, ale i o jejich budoucí uplatnění na trhu práce.

V rámci speciálního školství stoupá počet dětí se závažným postižením, a proto je nutné rozvíjet strategie vedoucí k jejich integraci spojenou s možností uplatnění na trhu práce. Podpora vzdělávání těžce zdravotně postižených s cílem nabídnout těmto osobám další možnosti podpory je součástí komplexní péče. V této oblasti je nutné zabezpečení legisla-

tivní a materiální spolu s ucelenou vzdělávací nabídkou, která by odpovídala právě potřebám osob s těžkým zdravotním postižením. Vždy je také nutné pojímat interakci mezi osobou, jejím postižením, okolním prostředím a aktivitou.

Vzhledem k tomu, že v rámci speciálního školství se stále více setkáváme s těmito osobami, je třeba hledat pro ně odpovídající možnosti vzdělávání, které povede k jejich uplatnění nebo alespoň dosažení co nejvyššího stupně nezávislosti. Vhodná forma vzdělávání je nástrojem k integraci této skupiny osob. Specifický přístup však neznamená jejich vyčlenění ze života společnosti. V první části kapitoly se zaměříme na postavení těžce zdravotně postižených v sociálním prostředí a na některé mechanismy, které se na procesu integrace podílejí.

6.3.1 SOUČASNÝ STAV ZAMĚSTNANOSTI A TRH PRÁCE

Česká republika jako jedna ze 24 smluvních stran Evropské sociální charty Rady Evropy je podle článku 9 zavázána kromě jiného: „*poskytovat nebo podporovat podle potřeby služby, které pomohou všem osobám, včetně zdravotně postižených, řešit problémy související s volbou povolání a odborným postupem, s náležitým přihlédnutím k jejich osobním schopnostem a možnostem na trhu práce*“.

Míra ekonomické vyspělosti společnosti (státu) je dána také vývojem nezaměstnanosti. Na trhu práce funguje stejně jako v jiných odvětvích mechanismus nabídky a poptávky. Na straně nabídky je uchazeč o zaměstnání, který nabízí svoji kvalifikaci (tj. vzdělání, znalosti, dovednosti, dosavadní praxi) a na straně poptávky je možný zaměstnavatel, který hledá pracovníka na určité místo. Trh práce prochází vývojem, který je odrazem řady ukazatelů, které vypovídají o stavu tohoto trhu. Mezi hlavní **ukazatele vývoje trhu práce** patří:

- celkový vývoj nezaměstnanosti,
- vývoj profesní a vzdělávací struktury nezaměstnaných uchazečů o práci,
- vývoj struktury nezaměstnaných z hlediska věku, pohlaví, délky evidence apod.,
- vývoj oborové struktury nezaměstnaných absolventů škol,
- vývoj struktury zaměstnanosti v jednotlivých odvětvích apod.,
- vývoj fluktuace absolventů a pracovníků do jiných profesí než původních,
- vývoj profesní a vzdělávací struktury nabídky volných pracovních míst.

Mnohem obtížnější než sledování aktuálního stavu a dosavadního vývoje trhu práce je odhalování jeho dalšího vývoje. To, že jsou v současné době určité obory žádané, neznamená, že tomu tak bude i za pět let. Budoucí vývoj závisí na mnoha faktorech, z nichž většina se jen velmi těžko odhaduje (www.svetprace.cz).

Průvodním jevem života v tržní společnosti je i výskyt nezaměstnanosti. Celková míra nezaměstnanosti v České republice je poměrně stabilní, i když lze pozorovat její nárůst. I přes rostoucí podíl dlouhodobě nezaměstnaných byl podíl dlouhodobě nezaměstnaných v ČR do roku 1999 nižší než průměr Evropské unie (www.mpsv.cz).

Jak již bylo v tomto učebním textu zmíněno, patří absolventi a mladí lidé ke skupině ohrožené nezaměstnaností. Právě tato skupina je při vstupu na trh práce znevýhodněna ať již nedostatkem praktických zkušeností nebo malou poptávkou pracovního trhu o určité profese. Proto je nutné zkoumat i perspektivní vývoj trhu práce a pomocí prognóz působit na postoje společnosti a reagovat na změny při formování sítě středních škol. Největší potíže s uplatněním mají absolventi základních škol a středních odborných učilišť. Samostatnou specifickou skupinu pak tvoří právě zdravotně postižení. (www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=101015&CAI=3003 (cit. 2/3/05)).

Mezi nejzávažnější problémy patří:

- znevýhodňování čerstvých absolventů škol a učilišť bez praktických zkušeností na trhu práce,
- nedostatečná provázanost odborné přípravy na potřeby trhu práce,
- zapojování mladistvých, kteří odešli ze školy do společnosti a zaměstnání před ukončením školní docházky,
- nezaměstnanost romské mládeže a dalších minoritních skupin.

6.3.2 NEZAMĚSTNANOST OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Mezi znevýhodněné skupiny na trhu práce patří absolventi škol a mladiství, občané se zdravotním postižením, občané starší 50 let a příslušníci romské komunity. Možnosti uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce jsou velkým problémem.

Jednou z příčin nízké zaměstnanosti znevýhodněných skupin je jejich nedostatečná kvalifikace a nedostatečné vzdělání. Pro osoby, které se stanou občany se zdravotním postižením po úraze a nemohou již dále vykonávat své původní zaměstnání, chybí propracovaný a návazný systém návratu do běžného života, tzn. že chybí komplexní rehabilitace, která by zahrnovala i rekvalifikaci. Motivace usilovat o získání zaměstnání se často snižuje v poměru s dobou, po kterou zůstává občan se zdravotním postižením doma a pobírá sociální dávky a podporu v nezaměstnanosti. Chybí dostatečná informovanost o tom, kam se mohou občané obrátit.

Nejvyšší nezaměstnanost postihuje občany, kteří mají nejnižší stupeň dosaženého vzdělání nebo jsou bez kvalifikace. Se zvyšující se úrovní dosaženého vzdělání se nezaměstnanost lidí snižuje.

6.3.3 DLOUHODOBÁ NEZAMĚSTNANOST

Podle údajů MPSV ČR s dlouhodobě nezaměstnaných mužů je o kumulaci různých handicapů, které vyplývají z osobní, kvalifikační, pracovní a sociální inaktivity, dále z větší úrovně pracovního motiva. Z hlediska jednotlivých skupin se jedná o nequalifikované občany, mladistvé bez kvalifikace, zdravotně postižené, ženy s malými dětmi a osoby po návratu z výkonu trestu. Nezaměstnanost delší než 12 měsíců je výrazně dřívemi období a dosaženým vzděláním. Tendence k dlouhodobé nezaměstnanosti narůstá u vyšších věkových kategorií a občanů se zdravotním postižením. S tím souvisí i rostoucí podíl dlouhodobě nezaměstnaných (tj. lidí, kteří nepracují déle jak 12 měsíců, www.mpsv.cz).

6.4 Kompenzační pomůcky

V souvislosti se vzděláváním zrakově postižených a integračními trendy současnosti je nutné zmínit kompenzační pomůcky, které zrakově postiženým žákům výrazně pomáhají v edukačním procesu. Výběr pomůcky bude záviset jak na účelu jejího použití, tak na stupni a druhu zrakové vady, je nutné brát v úvahu také osobnostní předpoklady pro práci s danou pomůckou.

Keblová (1999) rozděluje **kompenzační pomůcky dle použití** následovně:

- pomůcky pro informatiku a komunikaci (např. psací a čtecí stroje),
- pomůcky pro orientaci (např. bílé hole),
- pomůcky pro každodenní život (např. ozvučené hodinky, ozvučený mobilní telefon),
- nářadí, nástroje, přístroje a přípravky pro řemeslné práce a výrobní činnosti,
- hračky a hry, sportovní potřeby a pomůcky (např. tandem),
- pomůcky pro vzdělávání,
- trenažéry na výcvik kompenzačních zručností,
- pomůcky pro diagnostiku.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Definujte somatopedii.
2. Jaká je klasifikace pohybových vad?
3. Definujte pojmy malformace, deformace, amputace.
4. Jaké je etiologie a klasifikace DMO?

5. Uved'te charakteristické znak LMD a jak se projevuje v dospělosti.
 6. Jaké jsou kompenzační pomůcky v somatopedii?
-

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Vytvořte kazustiku dospělého jedince s tělesným postižením s důrazem na sociální a především pracovní uplatnění klienta (výběr, zda jde o získané či vrozené postižení je volbou studenta, nechte se inspirovat skutečným případem z praxe).

DALŠÍ ZDROJE



viz uvedená literatura v podkapitole DALŠÍ ZDROJE v rámci 1. kapitoly opory

SHRNUTÍ KAPITOLY



V rámci kapitoly se prezentuje problematika osob s tělesným postižením. V rámci textu se uvádí klasifikace tělesných postižení, parézy, plégie, DMO a LMD. V rámci somatopedie jsou uvedeny i malformace, deformace a amputace. Problematika kompenzačních pomůcek a možnosti pracovního uplatnění osob s tělesným postižením jsou nedílnou součástí textu.

7 LOGOPEDIE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Obor **logopedie** je poměrně mladým vědním a studijním oborem. Formoval se až v první polovině 20. století, neustále se rozvíjí a mění. Termín *logopedie* je utvořen z řeckého slova *logos* – slovo a *paidea* – výchova.

Vymezit logopedii jako vědní obor je obtížné. Jedním z posledních definic formuloval **Lechta**. (2002, s. 11) „...definujeme logopedii jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie v moderním chápání je vědou, zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence“.

V počátcích formování oboru měli výrazný vliv lékaři (u nás např. Seeman, Sovák, Mašura, Lesný), později i zástupci nelékařských oborů (např. Kábele, Gaňo, Veselý). Ve druhé polovině minulého století to byl vliv jazykovědců (např. Janota, Liška, Ohnesorg). V současnosti logopedie osciluje mezi více vědními disciplínami – jedná se o speciální pedagogiku, medicínu, psychologii a jazykovědu (Lechta 2003).

Logopedie se zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu, a to určuje její vztah k ostatním vědním oborům. Logopedie využívá poznatky z oblasti **medicínských oborů** (pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie, stomatologie, plastická chirurgie, ortodontie, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie), z oblasti oborů **psychologie** (vývojová psychologie, patopsychologie), výzkamě jsou **logopedie** **ověř z alosti z lingvistiky** (fonetika, fonologie). Stál důležitějšími stávají poznatky z **neurolingvistiky**, **psycholingvistiky**, **genetiky**, **informatiky**, **kybernetiky**, **právních věd** atd.

Studijní obor logopedie je u nás tradičně součástí speciální pedagogiky a má těsný vztah k **obecné pedagogice** i k **ostatním oborům speciální pedagogiky** (např. k **sedopedii**, **somatopedii**, **psychopedii**, **oftalmopedii**), neboť u osob se speciálními vzdělávacími potřebami (u jedinců s různým postižením, ať již tělesným, mentálním či smyslovým) se projevuje ve větší či menší míře narušení komunikační schopnosti.

Logopedie je mnohdy mylně označována širokou veřejností za obor zabývající se pouze „*odstraňováním vad řeči u dětí*“. Je potřebné, aby byla současná logopedie chápána jako obor, který se neorientuje pouze na dětský věk, ale předmětem jejího zájmu **taší komikační schopost osob všech věkových kategorií** – dětí raného, předškolního i školního věku, adolescentů, dospělých i lidí ve stáří.

Moderní koncepce logopedie upřednostňuje přesun předmětu zkoumání logopedie od „hovoření“ ke „komunikaci“ a používá místo **termínu porucha řeči, vada řeči** zastřešující termín **narušená komunikační schopnost**.

CÍLE KAPITOLY



Cílem kapitoly je uvedení do základů logopedie včetně základů komunikačních zásad. Jedná se o vymezení verbální a neverbální komunikace, vymezení klasifikace řečových vad z různých úhlů pohledu. V textu je zmíněna i sluchová protetika.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Logopedie, klasifikace sluchových vad, nedoslýchavost, hluchota, sluchová protetika.

7.1 Komunikace, verbální a nonverbální komunikace

Termín „*komunikace*“ je používán v mnoha různých vědních disciplínách, např. v pedagogice, psychologii, lingvistice, sociologii, antropologii, kybernetice, dopravě atd.

Komunikace (z lat. *communicatio*, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace ovlivňuje rozvoj osobnosti a jedlůžitá v mezilidských vztazích. Současně znamená i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících. Komunikační schopnost patří k nejdůležitějším lidským schopnostem.

Řeč je specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání, myšlenek. Tato schopnost není vrozená, na svět si však přinášíme dispozičně, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvčím okolím. Řeč není pouze záležitostí mluvnických orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením.

Termíny *vnitřní řeč*, *mluvná řeč* či *mluva* vyjadřují schopnost člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvidly, realizuje se mluvením. *Vnitřní řeč* se rozumí chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov, a to nejen verbálně, ale i graficky (četba, písmo). Má složku motorickou (expresivní, výrazovou) a symbolickou (percepční, vnímavou).

Jazyk je soustava zvukových a dýchacích dožímávacích prostředků znakové povahy,

kteřá je schopna vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky. Jestliže řeč je výkonem individuálním, pak jazyk je jevem a procesem společenským. Ovšem i řeč je společensky podmíněna, čerpá podněty ze společenského prostředí a v něm se také realizuje.

I když v komunikaci hraje hlavní roli verbální projev, dorozumíváme se i prostředky neverbální komunikace. Do skupiny **verbální** (slovní) **komunikace** spadají všechny komunikační procesy, které se realizují za pomoci mluvené nebo psané řeči. **Neverbální komunikace** (*nonverbální, neslovní, mimoslovní*) v sobě zahrnuje veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Je vývojově starší, má vysokou výpovědní hodnotu a srozumitelnost.

Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace. Neverbálně komunikujeme gesty – pohyby hlavou a dalšími pohyby těla, postojem těla, výrazy tváře (mimikou), pohledy očí, vzdáleností a zaujímáním prostorových pozic, tělesným kontaktem, tónem hlasu a dalšími nonverbálními aspekty řeči, oblečením, zdobností, fyzickými a jinými aspekty vlastního zjevu.

Později se vyvinula komunikace prostřednictvím artikulovaných zvukových řetězců (slov) –**komunikace verbální**, která získala postupně dominantní postavení a neverbální komunikace se začala využívat jen na doplnění nebo jako dočasná náhrada komunikace verbální.

7.2 Narušená komunikační schopnost

Předmětem vědního oboru logopedie je *narušená komunikační schopnost*. Hodnotíme-li, zda je či není u určité osoby narušena komunikační schopnost, vždy zvážíme, v jakém jazykovém prostředí žije, jaké má hodnocená osoba vzdělání a je-li mluvním profesionálem. Nelze se orientovat pouze na narušenou formální stránku řeči, ale musíme si všimnout všech rovin jazykových projevů člověka.

Za narušenou komunikační schopnost nelze u dítěte považovat určité projevy, které jsou fyziologickými jevy. Např. v období okolo třetího až čtvrtého roku života dítěte se může projevit *fyziologická neplynulost (dysfluence)*. Není to však ještě projev narušené komunikační schopnosti. Přibližně do čtyř let života dítěte se projevuje *fyziologický dysgramatismus*, určité nedostatky v gramatické složce řeči nepokládáme proto za narušení komunikační schopnosti. Za narušení komunikační schopnosti také nelze považovat nesprávnou výslovnost, vynechávání nebo záměnu hlásek při výslovnosti v období, kdy se jedná o jev fyziologický – *fyziologická dyslalie*.

Odborník posoudí, zda nedostatek v komunikaci je jevem fyziologickým, např. na základě nevyzrálости nervového systému, neobratnosti mluvních orgánů, a není způsoben např. smyslovou poruchou, orgánovým postižením apod.

Při vymezení narušené komunikační schopnosti je v posledním období užívána definice, kterou uvádí Lechta (1990, 1995, 2003). „*Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.*“

Komunikační schopnost a narušenou komunikační schopnost pojímáme v celé její šíři, tj. z hlediska *foneticko-fonologické* (zvukové), *lexikálně-sémantické* (obsahové), *morfologicko-syntaktické* (gramatické), ale i *pragmatické* roviny (rovina sociálního uplatnění komunikační schopnosti, sociální aplikace).

7.2.1 PŘÍČINY VZNIKU NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

➤ **Z časového hlediska** může docházet k narušení v období *prenatálním* (v období vývoje plodu, před narozením), *perinatálním* (v průběhu porodu), *postnatálním* (po narození).

➤ **Z lokalizačního hlediska** se k nejčastějším příčinám řadí genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (*receptivní* nebo *impresivní poruchy* – poruchy rozumění řeči), poškození centrální části (*poruchy fatické*, narušení nejvyšších řečových funkcí), poškození efektorů (narušení *expresivní složky řeči*, tzn. poruchy řečové produkce). Působení nevhodného, nepodnětného, nestimulujícího prostředí může být příčinou např. opoždění ve vývoji řeči dítěte.

Narušení komunikační schopnosti vzniká na podkladě *orgánovém* nebo má *funkční* příčinu vzniku. Podle stupně je narušení komunikační schopnosti úplné (*totální*) nebo částečné (*parciální*). Jedinec si svůj *nedostatek v komunikaci uvědomuje*, ale také si ho *uvědomovat nemusí*. Narušená komunikační schopnost se může promítat do *sféry symbolických procesů* i *procesů nesymbolických*. Narušení může být hlavním, *dominantním projevem*, může však být *symptomem* jiného dominantního postižení.

7.2.2 KLASIFIKACE NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

V naší odborné literatuře i v logopedické praxi je od devadesátých let minulého století užívána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro to které narušení nejtypičtější.

Je to **symptomatická klasifikace**, která **dělí narušenou komunikační schopnost do deseti základních kategorií** (Lechta 1990, 2003):

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)

4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. narušení fluence (plynulosti) řeči (balbuties, tumultus sermonis)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči.

Předkládáme stručný přehled kategorií narušené komunikační schopnosti. Nejsou uvedena narušení grafické stránky řeči. Touto problematikou se zabývají samostatné kapitoly textu (specifické poruchy učení, dyslexie, dysgrafie, ...).

Opožděný vývoj řeči

Nemluví-li dítě ve třech letech, nebo mluví-li méně než ostatní děti v tomto věku, jedná se zřejmě o *opožděný vývoj řeči*. Je nutné hledat příčiny opoždění. Odborná vyšetření (pediatr, psycholog, foniatr, případně jiní odborníci) vyloučí, zda se řeč dítěte nerozvíjí díky dosud nerozpoznané sluchové vadě, vyloučí poruchu intelektu, která je dle stupně postižení provázena opožděným až omezeným vývojem řeči. Také u dětí s autismem nebo autistickými rysy se vývoj řeči opoždí, často se projevuje neschopnost komunikovat. Vady mluvních orgánů (např. anomálie čelistí, skusu, rozštěpy rtu a patra apod.) rovněž vedou k opožděnému až odchýlnému vývoji řeči. Odborná vyšetření vyloučí i akustickou dysgnózi (neschopnost zapamatovat si slyšená slova, porozumět jejich smyslu).

K nejčastějším příčinám opožděného vývoje řeči patří **nepodnětné**, nestimulující **prostředí**, které nevěnuje pozornost neuropsychickému vývoji dítěte a vývoji řeči. U dětí **citově deprivovaných** může dojít k opoždění celkového vývoje i vývoje komunikačních schopností. Ve výčtu příčin opožděného vývoje řeči nelze opomenout **vliv dědičnosti**, dále **nevyzrálou centrální nervovou soustavu** dítěte, **nedonošenost**, předčasné narození dítěte, **lehkou mozkovou dysfunkci**.

Bude-li dítěti s opožděným vývojem řeči v předškolním věku věnována odpovídající péče, může opoždění překonat a je schopno zahájit povinnou školní docházku. U těchto dětí se často projeví nejrozšířenější porucha komunikační schopnosti – *dyslalie* (viz text níže), případně odborná vyšetření stanoví diagnózu *vývojové dysfázie*.

Vývojová dysfázie

Vývojovou dysfázii řadíme k poruchám centrálního charakteru. Toto narušení komunikační schopnosti je nazýváno jako *specificky narušený vývoj řeči*, jenž se může projevovat

neschopností nebo sníženou schopností dítěte verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré – nevyskytují se závažné neurologické nebo psychiatrické nálezy, inteligence je přiměřená, nevyskytují se závažné poruchy sluchu, sociální prostředí je stimulující a poskytuje dítěti dostatek podnětů.

Vývojová dysfázie zasahuje receptivní i expresivní složku řeči, postihuje výslovnost, gramatickou strukturu i slovní zásobu. U dětí s vývojovou dysfázií se setkáváme i s deficitem v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti a pozornosti. Dysfatici jsou lehce unavitelní, je u nich narušena i oblast emocionální, zájmová a motivační. Ve školním věku se u těchto dětí často projevují specifické poruchy učení (zejména dyslexie a dysortografie).

Závažnost narušení komunikační schopnosti u dětí s vývojovou dysfázií závisí na rozsahu nevyzrálosti event. poškození mozkových funkcí. Vyžadují dlouhodobou logopedickou intervenci nejen v předškolním, ale často i ve školním věku.

Afázie

Afázie je centrální porucha řeči, ke které dochází orgánovým poškozením či onemocněním centrální nervové soustavy, na základě lokálních poškození mozku. Afázie patří do souboru vyšších kortikálních poruch. Řeč u osob stížených afázií byla již plně vyvinuta avšak na základě poškození dominantní hemisféry mozku (při nádorech, úrazech, náhlých mozkových příhodách, při krvácení do mozku, zánětech mozku, intoxikaci apod.) došlo ke ztrátě již nabyté schopnosti komunikovat. U afázie se projevují nejrůznějšími příznaky podle místa a rozsahu postižení mozku. Jedná se o složitou systémovou poruchu, kdy dochází k narušení nejen komunikačních schopností, ale celé psychiky (zejména emoční, volní a motivační oblasti) daného jedince.

I u dětí se setkáváme s afázií – **dětská afázie**. Na rozdíl od afázie u dospělých postihuje afázie u dětí vyvíjející se řeč. Dochází k poškození vyvíjejících se schopností, které ještě nebyly zautomatizovány tak, jak je tomu u dospělých osob. Afázie zasahuje děti v různém stadiu vývoje (procesy vyzrávání centrální nervové soustavy, kognice, rozvoj osobnosti apod). Tento rozvoj však musí být řízen mozkiem, který má chybnou funkci. U dětí s afázií záleží na tom, kdy byl mozek postižen, ve které vývojové etapě řeči a rozumového vývoje.

Mutismus

K **neurotickým a psychickým poruchám řeči** řadíme *mutismus* a *elektivní mutismus*. **Mutismus** (oněmění) je narušení komunikační schopnosti, kdy dochází ke ztrátě artikulované řeči. Narušení je psychogenně podmíněné, na podkladě silného psychického traumatu (úlek, šok, stres, vyčerpání apod.) Mutismus není podmíněn organickým poškozením centrálního nervového systému.

Elektivní (selektivní) mutismus (*elektivní = volbu dávající, zvolený, selektivní = vybraný, výběrový*) – představuje ztrátu řeči, oněmění, útlum artikulované řeči, které je vá-

zané na určitou situaci, určité prostředí nebo určitou osobu. Tento typ mutismu se diagnostikuje, trvá-li oněmění nejméně jeden měsíc. Setkáváme se s ním u dětí např. v období vstupu do školy. Dítě většinou nemluví ve škole s učitelkou, ale doma s rodiči nebo při kontaktu s kamarády komunikuje bez potíží. Nonverbální komunikace je u některých dětí zachována, někdy mohou i šeptat nebo odpovídat jednoslovně. U dětí s dg. mutismus nelze uplatňovat autoritativní přístup, neboť jsou velmi citlivé na nevlídnost a pokárání. Pokud se nepodaří přes veškerou snahu navázat kontakt, je nutné vyhledat odbornou pomoc (pediatr, psycholog, případně psychiatr, logoped).

Koktavost a breptavost

Koktavost a breptavost řadíme do skupiny *poruch plynulosti* (fluence) *řeči*. **Koktavost** (*balbuties*) je možné považovat za jednu z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Podle posledních poznatků je možné koktavost pokládat za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, projevující se nejnápadněji charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení (Lechta 1990).

U koktavého se mění postoj k verbální komunikaci, objevuje se strach z řeči, vyhýbá se řeči, může dojít až k logofobii. Objevují se poruchy nonverbálního chování (grimasy, tiky, žvýkání, mrkání, celkový motorický neklid), změny v oblasti vegetativní a emocionální (pocení, napětí apod.).

Příčiny vzniku koktavosti nejsou dosud spolehlivě stanoveny, v současnosti jsou uváděny dědičné dispozice, orgánové poruchy, neurologický nález různého stupně, průběh biochemických procesů mozku, elektrická aktivita mozkových hemisfér. Na vzniku koktavosti se většinou nepodílí jen jedna příčina, ale příčin několik. Jak odstraňovat koktavost není dodnes vyřešeno. Nevíme-li, co je příčinou narušení plynulosti řeči, nemůžeme ji odstranit. Terapií pouze potlačujeme její příznaky.

Breptavost (*tumultus sermonis*) – je narušení komunikační schopnosti, při němž dochází k poruše tempa mluvy. Pro breptavost je charakteristické extrémně zrychlené tempo řeči, často je řeč úplně nesrozumitelná. Vyskytuje se opakování a vynechávání slabik, je narušeno dýchání, dochází k hlasovým poruchám, artikulace je také narušená a nepřesná. U breptavých se projevuje dysprozódie, tj. porucha modulačních faktorů (chybný přízvuk, monotónní mluva, narušené tempo), vyskytují se poruchy koverbálního chování.

Breptavost i koktavost neřadíme mezi neurózy řeči, ale řadíme je k poruchám plynulosti (fluence) řeči. K etiologickým faktorům breptavosti náleží nález na EEG (orgánový podklad), dále jsou to dědičné vlivy, poruchy v dominanci hemisfér (zkřížená lateralita), vlivy prostředí.

Někdy dochází ke kombinaci koktavosti a breptavosti.

Rinolalie a palatolalie

Do skupiny *poruch zvuku řeči* patří *rinolalie* a *palatolalie*. **Rinolalie** (*huhňavost*) je porucha zvuku řeči, je to patologicky změněná nosovost. Jedná se o sníženou nebo zvýšenou nazalitu (nosovost) v mluvené řeči, poruchu zvuku jednotlivých hlásek při artikulaci, která závisí na činnosti patrohltanového uzávěru. Je-li nosní rezonance patologicky snížena, jedná se o *zavřenou huhňavost* (*rhinolalia clausa, hyponazalita*). Příčinou vzniku může být zduřelá sliznice v dutině nosní a nosohltanové, adenoidní vegetace, organické změny v dutině nosní, polypy, vrozené anatomické změny apod. Patologicky zvýšená nosní rezonance – *otevřená huhňavost* (*rhinolalia aperta, hypernazalita*), je způsobena funkčními poruchami nebo organickými změnami patrohltanového uzávěru, rozštěpy patra, obrnami měkkého patra, vrozeným zkrácením měkkého patra, proděravěním patra při úrazech apod. Kombinací obou narušení vzniká *smíšená huhňavost* (*smíšená rhinolalia, rhinolalia mixta*). Ošetření rinolalie (huhňavosti) se zaměřuje na základní příčinu a vyžaduje odbornou lékařskou péči a následnou logopedickou intervenci.

Palatolalie je narušení komunikační schopnosti, ke kterému dochází na základě rozštěpu v obličejové oblasti, tzv. orofaciálního rozštěpu (rozštěp rtu, alveolárních výběžků, tvrdého a měkkého patra) a narušené funkce patrohltanového mechanismu. Rozštěp patra je vrozená vývojová vada, která postihuje pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní nebo orgány patrohltanového uzávěru. Pro palatolalii jsou charakteristické změny rezonance (zvýšená a deformovaná nazalita, otevřená huhňavost), porušená artikulace, narušené nonverbální chování. U palatolalických dětí se setkáváme s opožděním ve vývoji řeči, časté jsou poruchy sluchu, může být deformován i hlas. Děti stížené vývojovou vadou – rozštěpy obličejové části – vyžadují komplexní péči od narození až do dospělosti. Ošetření rozštěpů patra je věcí lékařskou (plastická chirurgie, pediatrie, foniatrie, stomatologie, stomatochirurgie, ortodontie), následně až 80 % dětí s rozštěpem patra vyžaduje následnou intervenci logopedickou. S logopedem spolupracují rodiče i pedagogové ve vzdělávacích institucích (mateřská škola i škola základní).

Dyslalie a dysartrie

Kategorii *poruch artikulace* tvoří *dyslalie* a *dysartrie*. **Dyslalie** (*patlavost*) – porucha artikulace, je neschopnost nebo porucha používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka. Dyslalie může postihnout jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek ve slabikách a slovech. Rozlišujeme dyslalii hláskovou, slabikovou a slovní. (Např. nesprávná výslovnost sykavek je nazývána sigmatizmus, hlásky L – lambdacizmus, vadná výslovnost hlásky R – rotacizmus, Ř – rotacizmus bohemicus atd.). **Dyslalie je nejrozšířenější narušení komunikační schopnosti, s níž se setkáváme nejen u žáků všech typů škol, ale i u dospělých osob.** K příčinám vzniku dyslalie řadíme nedostatky ve sluchové percepci, nedostatky ve fonematické diferenciaci, poruchy sluchu, poruchy centrálního nervového systému, motorickou neobratnost, anomálie mluvních orgánů, nesprávný řečový vzor a nesprávný postoj prostředí k mluvním projevu dítěte. Dozríváním nervové soustavy dítěte, podporou správného vývoje řeči se může nesprávná výslovnost upravit spontánně. Patologické odchylky ve výslovnosti vyžadují lo-

gopedickou intervencí. Proto je vhodné doporučit rodičům včasnou návštěvu logopedického pracoviště, aby logoped posoudil, zda se u dítěte jedná o vývojový nedostatek nebo narušenou komunikační schopnost.

Dysartrie je porucha procesu artikulace jako celku při organickém poškození centrálního nervového systému. Kromě poruchy hláskování je narušen v různé míře i proces respirace (dýchání), fonace (tvorba hlasu), zvuk řeči, vyskytuje se dysprozodie, tj. narušení prozodických faktorů – melodie, tempa, rytmu, přízvuku. Úplnou neschopnost artikulovat označuje termín *anartria*. S dysartrií se setkáváme nejčastěji u vývojových poškození (např. u DMO), může jít o získané obtíže v průběhu života, v období školním, v adolescenci, dospělosti i ve stáří. K dysartrií dochází poškozením mozku a mozkových drah v různých vývojových stádiích. Může vzniknout v **prenatálním období** – úrazy matky, infekčním onemocněním matky, krvácením do mozku plodu při nedostatku vitamínu K, nitroděložním změknutím mozku, nedonošeností různého stupně, pokusy o přerušování těhotenství atd. V **perinatálním období** může dysartrií způsobit asfyxie během porodu, motorické oblasti mohou být postiženy drobným nebo větším krvácením při porodu. V **postnatálním období** řadíme k etiologickým faktorům meningitidu, encefalitidu, horečnatá onemocnění, intoxikaci v prvních měsících života. V **pozdějším věku** jsou příčinami vzniku dysartrie cévní onemocnění, závažná onemocnění mozku, nádory, metastázy, úrazy hlavy, degenerativní a toxická poškození centrálního nervového systému. Podle lokalizace postižení centrální nervové soustavy se dysartrie dělí na různé typy. Diagnostika a následná logopedická péče u jedinců s dysartrií vzhledem k množství příznaků a příčin je velmi složitá (srov. Klenková 2000a). Dysartrikům je poskytována logopedická péče v rámci komplexní péče (lékařská, fyzioterapeutická, psychologická, speciálně-pedagogická).

Poruchy hlasu

Lidský hlas je nositelem mnoha informací, určíme podle něj pohlaví, věk, psychický stav, náladu, únavu, onemocnění. Poruchy hlasu definujeme jako patologickou změnu individuální struktury hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, v hlase se mohou vyskytnout také různé vedlejší zvuky.

Poruchy hlasu je možné dělit na **organicky podmíněné** (úrazy, obrny, nádory, polypy, uzlíky na hlasivkách), **funkční** (přemáhání, nesprávné užívání hlasu), **psychogenní** (hlasové neurozy, fonastenie).

Nejčastěji uváděnými etiologickými faktory hlasových poruch jsou vrozené odchylky, dědičnost, centrálně podmíněné poruchy hlasu, porušení inervace svalstva hrtanu, nesprávné užívání hlasu, nedodržování pravidel hlasové hygieny, nesprávný hlasový vzor, operační zákroky, hormonální odchylky, mutační poruchy, neurotické poruchy, vady sluchu, nedostatečná zpětná vazba.

Léčba hlasových poruch je věcí lékařskou (foniatri, otorinolaryngologové). Po léčbě následují hlasová cvičení vedená logopedem. *Od raného věku je vhodné učit dítě užívat hlas a snažit se po celý život dodržovat pravidla hlasové hygieny. Užívat hlas se učí nejen děti,*

ale i dospělé osoby, mluvní profesionálové, k nimž řadíme nejen pěvce, herce, moderátory apod., ale také učitele.

Symptomatické poruchy řeči

Narušená komunikační schopnost může být v celkovém klinickém obraze **dominantní** (tj. může být hlavním symptomem), nebo může být **symptomem** jiného, dominantního postižení, onemocnění nebo poruchy. Symptomatické poruchy řeči definujeme jako **narušení komunikační schopnosti provázející jiné, dominantní postižení, nemoc, poruchu** (Lechta 1990). Mluvní projevy jsou často jedním z nejtypičtějších symptomů dominantního postižení (např. stupně mentálního postižení se diferencují právě podle řečových projevů).

K nejčastějším symptomatickým poruchám řeči patří narušená komunikační schopnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) a narušená komunikační schopnost u jedinců mentálně retardovaných (srov. Klenková 2000b).

V současné době je v ČR logopedická intervence realizována ve třech rezortech – rezortu školství, rezortu zdravotnictví a rezortu práce a sociálních věcí. Může být poskytována jak v zařízeních státních (nemocnicích, lázních, klinikách, poliklinikách), tak v zařízeních nestátních (charitativních, církevních, městských, okresních) i v zařízeních soukromých (privátní praxe klinických logopedů). Logopedi poskytují péči jedincům všech věkových kategorií (ranou intervenci, intervenci dětem předškolního a školního věku, adolescentům, jedincům v dospělosti a ve stáří).

Realizace logopedické intervence v jednotlivých rezortech:

Rezort školství mládeže a tělovýchovy:

- logopedické třídy při běžných MŠ,
- mateřské školy logopedické,
- logopedické třídy při běžných ZŠ,
- základní školy logopedické,
- speciální třídy při základní škole pro žáky s poruchami učení,
- mateřské školy pro sluchově postižené,
- základní školy pro sluchově postižené,
- základní školy praktické,
- základní školy speciální,
- speciálně-pedagogická centra,

- pedagogicko-psychologické poradny.

Rezort zdravotnictví:

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

Rezort práce a sociálních věcí:

- ústavy sociální péče.

Na realizaci logopedické intervence se v České republice podílejí logopedi, kliničtí logopedi a logopedičtí asistenti (srov. Klenková 2000).

Základní kompetence logopeda:

- **logopedická prevence** (primární, sekundární, terciární), osvětová činnost (uplatňuje se v rodinách, mateřských školách, základních školách, základních školách speciálních, dětských domovech, ústavech sociální péče),
- **diagnostika** narušené komunikační schopnosti (logoped realizuje logopedické vyšetření, které jednak přispívá k určení speciálněpedagogické, psychologické, lékařské diagnózy, jednak je východiskem pro poskytování logopedické péče a stanovení logopedické prognózy, při diagnostice narušené komunikační schopnosti logoped spolupracuje s dalšími odborníky – psychologem, foniatrem, otorinolaryngologem, pediatrem, neurologem, psychiatrem...),
- **logopedická terapie** (logoped poskytuje logopedickou péči samostatně nebo v týmové spolupráci s dalšími odborníky), při realizaci logopedické terapie logoped využívá metody stimulující nerozvinuté a opožděné řečové funkce, metody korigující chybné řečové funkce a metody reedukující zdánlivě ztracené, dezintegrované řečové funkce,
- **poradenská činnost** (realizuje se zejména v rámci speciálně-pedagogických center, pedagogicko-psychologických poraden, ústavů sociální péče),
- **posudková činnost** (logoped na vyžádání posuzuje stav komunikačních schopností



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte kazuistiku jedince s narušenou komunikační schopností se zaměřením na jeho sociální, rodinné a profesní začlenění.



DALŠÍ ZDROJE

viz literatura uvedená v podkapitole DALŠÍ ZDROJE v 1. kapitole této studijní opory



SHRNUTÍ KAPITOLY

V rámci kapitoly se prezentují základy logopedie, klasifikace narušené komunikační schopnosti, problematika verbální a neverbální komunikace.

8 SURDOPEDIE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Surdopedie (z latinského *surdus* – hluchý, z řeckého *paideia* – výchova) představuje speciálně-pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením.

Do roku 1983 byla výchova a vzdělávání sluchově postižených zahrnována do komplexního oboru **logopedie**. Rozvojem poznání stále větších odlišností v metodice práce a charakteru pojetí cílů v obou oborech a především postpřechem akceptování sluchově postižených jako jazykové a kulturní minorit pak vedly k vznik samostatné speciálně-pedagogické disciplíny.

Surdopedie jako součást vědního oboru speciální pedagogika představuje multidisciplinární obor, neboť při analýze svého poslání úzce kooperuje s ostatními speciálně-pedagogickými obory (zejména v oblasti kombinovaného postižení), ale i s obory pedagogickými, biologickými, psychologickými, sociologickými a filozofickými obory. Z medicínských disciplín úzce souvisí s pediatrií, otolaryngologií (OOL) a foniaticí (Břlová i Pipková 1998). Surdopedická péče je určena sluchově postiženým dětem a mládeži, jejich rodičům, pedagogickým pracovníkům (surdopedům), apod. Rozhodování o jednotlivých postupech, krocích a celkovém směřování výchovných aktivit patří rodičům. Ve vztahu k rodinné situaci neslyšících je třeba upozornit na následující skutečnosti:

- 90 % neslyšících pochází z rodin, ve kterých žádný člen není sluchově postižený,
- 90 % neslyšících si bere nedoslýchavého, popř. neslyšícího partnera,
- 90 % všech dětí z manželství neslyšících jsou slyšící.

Objektem surdopedické intervence jsou primárně osoby se sluchovým postižením, v mnoha případech však i osoby s dalším přidruženým postižením (např. zrakovým, mentálním, somatickým atd.). Označení sluchově postižení s týká homogenní skupiny osob, kam patří osoby *neslyšící, nedoslýchaví a ohluchlí*. Každá z těchto kategorií představuje různorodou kvalitu, jejíž konkrétní strukturu limitují další faktory, nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy k postižení došlo, mentální dispozice jedince a péče, která mu byla věnována a další přidružené postižení.

**CÍLE KAPITOLY**

Cílem kapitoly je uvedení do problematiky surdopedie v kontextech dospělého věku. Cílem je rovněž seznámit studenty s klasifikací sluchového postižení podle různých kritérií.

**KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY**

Surdopedie, klasifikace sluchových vad, komunikační formy, sluchová protetika.

Hlavní cíl pedagogiky sluchově postižených spočívá ve zprostředkování komunikačních kompetencí. Podle Leonhardta (2001) je potřeba získat přiměřené řečové, komunikační a sociální kompetence, aby si sluchově postižený jedinec mohl osvojit kvalitní hodnoty a vybudovat závislostní vztahy. Celkově je komunikační kompetence pojímána jako soubor všech mentálních předpokladů, které činí člověka schopným komunikovat, např. dovednost volit přiměřené komunikační prostředky a postupy v závislosti na situaci, uvědomovat si kulturní hodnoty a postoje aj. Vzájemná znalost komunikačních prostředků a postupů přímo podmiňuje úspěšný průběh komunikace lidí z různých oblastí společnosti i z různých kulturních společenství. Člověk s komunikační kompetencí tedy zá a dodržuje komunikační formy v rámci určité kultury (srov. Lotko 2000; Šebesta 1999).

8.1 Výskyt sluchového postižení v populaci

Údaje o četnosti sluchových vad jsou v naší i mezinárodní literatuře velmi rozdílné.

Břilová (iPipková 199) zmiňuje, že v České republice žije přibližně 500 000 sluchově postižených osob. Většinu z nich tvoří nedoslýchaví, u nichž došlo ke zhoršení sluchu ve vyšším věku. V souvislosti s problematikou sluchových poruch ve stáří je potřeba se zmíinit o šším šíst, kterým podlépůzkůmů tpi 15–17 % vské popla. V ČR je uváděno, že se týká především skupiny osob ve věku 60–65 let, kdy jím trpí každý druhý člověk (www.gong.cz). Tinnitus (ušní šelest) je příznak onemocnění, nikoliv onemocnění samotné. Dle klinického obrazu rozlišujeme objektivní ušní šelesty, které vznikají ve sluchovém orgánu v důsledku špatného cévního zásobení ucha a jeho okolí. Subjektivní ušní šelesty jsou všechny subjektivně vnímané šelesty, které nejsou způsobeny zevními zvuky. Pacienti slyší nepříjemné pískání, hučení a šumění. Postižení objvíjí sív oblasti slyšení tónů vysokých frekvencí, kdy současně dochází ke zhoršování rozumění řeči se rozvíjí obvykle v pozdějším věku. Člověk slyší méně a hůře. K postupnému snižování sluchové ostrosti dochází právě po 60. roce života.

Vrozená porucha sluchu novorozenců je nejčastější poruchou vůbec. Podle Lavičky a Šlapáka (2002) má cca 1–3/1 000 novorozenců signifikantní poruchu sluchu. **Pokud je**

vážná porucha sluchu zjištěna pozdě (později než ve dvou letech), není již možno sluchová centra patřičně stimulovat a sluch se již nerozvine. Proto by tito pacienti měli být doporučení k vyšetření sluchu ve specializovaných centrech, která jsou schopna provést objektivní vyšetření sluchu.

Hrubý (1998) hovoří v České republice o 3 900 osobách s praktickou hluchotou a asi 3 700 osobách s úplnou hluchotou, která trvá od narození anebo vznikla před započatím či v průběhu školní docházky. Ze zhruba 0,5 milionu sluchově postižených je jen kolem 15 000 sluchově postižených osob, které se s vadou sluchu narodily nebo jejichž vada vznikla v dětství. Dále uvádí, že v ČR žije asi 7 300 uživatelů znakové řeči.

8.2 Klasifikace sluchových vad

Pro vymezení jednotlivých skupin sluchového postižení nám slouží různá hlediska:

- *místo vzniku postižení,*
- *období vzniku postižení,*
- *stupeň postižení.*

8.3 Místo vzniku postižení

Z hlediska lokalizace vzniku postižení rozlišujeme dvě základní skupiny sluchových vad (Šlapák, Floriánová 1999, s. 26, srov. Lejska 2003, s. 24):

8.3.1 PERIFERNÍ NEDOSLYCHAVOST ČI HLUCHOTA

a) převodní (konduktivní porucha) – u této vady jsou sluchové buňky v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem, jelikož dochází k přerušování vedení zvuku přes zevní zvukovod až střední ucho. Příčinou převodní poruchy sluchu je každá překážka, která brání nebo ztěžuje proniknutí zvuku z vnějšího prostoru k vlastním citlivým smyslovým buňkám. Je to např. zvětšená nosní mandle, která vede k poruše ventilace středouší přes Eustachovu trubici.

b) percepční (senzorieurální porucha) – dochází k poruše vnitřního ucha, sluchových buněk či sluchových nervů.

Příčiny senzorieurálních vad sluchu jsou vázány na funkci smyslového epitelu vnitřního ucha, sluchového nervu a sluchové dráhy, která spojuje periferní a centrální část sluchového analyzátoru. Percepčních poruch je mnohem více než převodních a představují závažnější problém diagnostický i léčebný.

c) smíšená (mixta) – smíšená porucha sluchu vzniká jako kombinace převodního a percepčního typu. Při jejím vzniku se v různých kombinujících příčinách způsobujících poruchu převodní a percepční (Herdová 2004).

8.3.2 CENTRÁLNÍ NEDOSLÝCHAVOST ČI HLUCHOTA

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

8.4 Období vzniku postižení

8.4.1 VROZENÉ (HEREDITÁRNÍ) VADY SLUCHU

Podle Nováka (1994) má zděděná nedoslýchavost nebo hluchota řadu příčin. Poškozen bývá především ganglion spirale, nervus cochlearis a Cortiho orgán. Nedoslýchavost se může postupně zhoršovat a přejít v hluchotu. Zbytky sluchu jsou u dědičné hluchoty symetrické a je zachována dráždivost vestibulárního ústrojí (tzv. Langebeckovo pravidlo).

➤ **Geneticky podmíněné** – hereditární zátěž v rodině, hereditární sluchové vady. Existuje přibližně 30 genů, o kterých se předpokládá, že mohou mít vliv na vrozený stav sluchu. Typické je, že oba rodiče, kteří jsou nositelé jednoho zdravého a druhého poškozeného znaku, slyší.

➤ **Kongenitálně získané**

a) *prenatální* – nemoci matky v průběhu těhotenství, zejména v 1. trimestru (např. spalničky, toxoplazmóza, zarděnky), RTG záření,

b) *perinatální* – protražený porod, nízká porodní hmotnost, vlásečnicové krvácení do labyrintu, Rh – inkompatibilita, asfyxie, poporodní žloutenka (Lejska 2003, s. 24).

8.4.2 ZÍSKANÉ (POSTNATÁLNÍ) VADY SLUCHU

získané před fixací řeči (prelingválně, tj. do 6. roku života dítěte) – prelingválně získané vady sluchu mají různý dopad na komunikační možnosti. Nejen, že se řeč nevyvíjí, ale navíc dochází k rozpadu získaných řečových stereotypů. Jedná se např. o:

- infekční choroby – často virového charakteru jako zánět mozkových blan,
- meningoencefalitida, příušnice, spalničky, spála, zarděnky atd.,
- traumata, úrazy hlavy, poškození mozku mechanického charakteru,
- onkologická onemocnění ozářením a chemoterapií,
- tzv. „ucpané“ uši při infektech horních cest dýchacích,
- opakované hnisavé záněty středního ucha

získané po fixaci řeči (postlingválně, tj. po 6. roce života a v průběhu života)

- presbyakuzie (stařecká nedoslýchavost) – ve stáří slyší člověk hůře, protože mu odumírají sluchové buňky, které jsou nenahraditelné, patologickým se tento jev stává, když je narušena komunikační schopnost člověka,
- poranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha,
- dlouhodobé působení silné hlukové zátěže (od 85 dB výše) – nevratně poškozují sluchové buňky (diskotéky, walkmany...),
- toxiny, jedy (např. ototoxicita = poškození sluchu způsobené ototoxickými látkami, tzn. antibiotiky takzvané mycinové řady Streptomycin, Gentamycin).

8.5 Stupeň postižení

Z hlediska kvantity (měřené v dB) se můžeme setkávat s různými hodnotami, které vymezují jednotlivé stupně sluchových poruch. Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila v roce 1980 mezinárodní škálu stupňů sluchových poruch:

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie podle Vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb.
0–25 dB	normální sluch	
26–40 dB	lehká nedoslýchavost	lehká nedoslýchavost (již od 20dB)
41–55 dB	střední nedoslýchavost	středně těžká nedoslýchavost
56–70 dB	středně těžké poškození sluchu	těžká nedoslýchavost
71–90 dB	těžké poškození sluchu	praktická hluchota
více než 90 dB, ale body v audiogramu i nad 1 kHz	velmi závažné poškození sluchu	úplná hluchota
v audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz	neslyšící	úplná hluchota

Klasifikace sluchových vad – jednotlivé kategorie ztráty sluchu (Hrubý 1996, s. 13)

8.6 Sluchová protetika

Kompenzační pomůcky představují široký soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů, které umožňují sluchově postiženým překonat následky postižení. Technické pomůcky pro sluchově postižené lze třídit podle nejrůznějších hledisek např. na protetické, kompenzační, rehabilitační a reedukační. Barešová a Hrubý (1999) rozdělují technické pomůcky podle jejich místa ve výchově a vzdělávání sluchově postižených dětí a žáků.

Pomůcky usnadňující vnímání mluvené řeči:

a) nedoslýchavým

sluchadla – jsou základní kompenzační pomůckou, kterou sluchově postižení používají nejčastěji. Sluchově postiženým dětem i dospělým osobám jsou přidělována z prostředků všeobecného zdravotního pojištění na základě Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Pojišťovna hradí vždy sluchadlo v základním, nejméně ekonomicky náročném provedení v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení (Sociální rádce 2000).

Sluchadlo je miniaturní elektronický přístroj tvořený dvěma elektroakustickými měniči, které převádějí zvuk na elektrický signál a opačně, elektrický signál zpět na zvuk,

- osobní zesilovače,
- pojítka s infračerveným a rádiovým přenosem (FM pojítka),
- indukční smyčky,
- pomůcky pro zesílení televize a pro zesílený poslech telefonu.

b) neslyšícím

kochleární implantát – představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu, která přenáší sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýžďe vnitřního ucha (Holmanová, 2002). Zvukový signál je přeměněn na sled elektrických impulzů zavedených do implantovaného obvodu umístěného pod kůží jedince za ušním boltcem. Z tohoto obvodu vycházejí elektrody, které jsou instalovány do vnitřního ucha, dráždí vlákna sluchového nervu a vyvolávají sluchové vjemy. Je indikován ohluchlým nebo dětem, které se narodily s oboustranným těžkým postižením sluchu s prakticky nevyužitelnými zbytky sluchu, u nichž ani výkonná sluchadla neumožňují recepci a rozvoj mluvené řeči. Zavedení kochleárního implantátu je nevhodné v případě sluchové vady způsobené poruchou sluchového nervu nebo centrálních sluchových drah, při chronickém středoušním zánětu a při anatomické abnormalitě hlemýžďe zjištěné prostřednictvím zobrazovacích metod vnitřního ucha (Holmanová 2002). Po voperování implantátu je nezbytná dlouhodobá odborná rehabilitační a reedukační péče, jejíž úspěšnost závisí na době vzniku sluchové vady a věku implantovaného jedince, jeho osobnostních předpokladech (intelektu, nadání pro řeč atd.),

absenci dalšího přidruženého postižení či parciálního nedostatku v podobě specifických poruch učení, chování, pozornosti, apod. Dalším nezbytným předpokladem úspěchu při dlouhodobé a náročné reedukaci sluchu a řeči je aktivní spolupráce s rodinou dítěte s kochleárním implantátem,

- vibrotaktilní a elektronické pomůcky – signalizační pomůcky pro neslyšící, vibrační a světelné budíky, hodinky a minutky pro neslyšící.

Pomůcky usnadňující tvoření mluvené řeči:

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

Pomůcky motivující ke čtení:

- teletext a skryté titulky,
- textová telekomunikace.

Pomůcky usnadňující získávání informací:

- televizní technika,
- počítače,
- multimediální programy,
- internet,
- psací telefon,
- fax,
- mobilní telefon.

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

- signalizační pomůcky pro neslyšící – světelné zvonky,
- vibrační a světelné budíky, hodinky a minutky pro neslyšící.

8.7 Komunikační formy sluchově postižených

Odlišnost komunikačních kompetencí, resp. způsobu komunikace je nejvýznamnějším důsledkem sluchového postižení. Rozsah podnětů, které lze aktuálně vnímat, a které mají zároveň informační význam, je mnohem menší než u slyšících. Ti mohou slyšet i řeč a jakékoli zvuky přicházející z různých stran. Omezení možnosti vnímat a rozlišovat zvukové

poděty a hápat jíh výám s p o j ví potížemi v oblasti osvojení a využití orální řeči. Řeč je prostředkem sociálního kontaktu i zdrojem poznání. Neslyšící a lidé s těžkou sluchovou vadou užívají běžné komunikační prostředky odlišným způsobem nebo používají jiný komunikační systém, který lépe vyhovuje jejich potřebám a možnostem. Podle Vágenerové (2004) z toho vyplývají obtíže v dorozumívání s příslušníky majoritní společnosti a komunikační komplikace bývají i největším subjektivním problémem, který ze sluchové vady vyplývá.

Při dorozumívání se sluchově postiženými se nejčastěji setkáváme se dvěma základními komunikačními systémy – **audioorálním** – reprezentovaný mluveným jazykem majoritní slyšící společnosti a **vizuálněmotorickým** – zastoupeným především znakovým jazykem, znakovým jazykem a prstovými abecedami.

Znakový jazyk je komunikační systém s vlastním lexikonem a gramatikou, které nejsou odvozeny z jazyka mluveného. Zákon o znakové řeči č. 155/1998 Sb. považuje český znakový jazyk, který v odborné literatuře bývá označován přívlastkem ryzí, za základní dorozumívací prostředek neslyšících a definuje ho jako: „*přirozený jazyk a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálněpohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu*“.

Přo vizuálněmotorické formo dorozumívání, která je závislá na jazykovém se v České republice užívá označení znakovaná čeština. Ve výše zmiňovaném Zákoně č. 155/1998 Sb. je definována jako: „*uměle vytvořený jazykový systém využívající gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány odpovídající znaky českého znakového jazyka.*“

Oba termíny – český znakový jazyk i znakovaná čeština – jsou v zákoně zahrnuty pod společným názvem znaková řeč. Jejím prostřednictvím mají právo být sluchově postižení vzděláváni.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Definujte surdopedii jako subdisciplínu speciální andragogiky.
2. Vymezte klasifikaci sluchových vad podle různých kritérií.
3. Vymezte vrozené sluchové vady.
4. Vymezte získané sluchové vady.

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Vytvořte kazuistiku dospělého jedince se sluchovým postižením se zaměřením na profesní, sociální a rodinnou dimenzi života klienta. Kazuistiku opírejte o skutečný příklad klienta se sluchovým postižením a vypracujte návrhy na optimalizaci života jedince se sluchovým postižením.

DALŠÍ ZDROJE



viz literatura uvedená v podkapitole DALŠÍ ZDROJE v 1. kapitole této studijní opory

SHRNUTÍ KAPITOLY



Kapitola prezentuje základní vstup do surdopedické problematiky. Jedná se o velmi specifickou sociální skupiny v rámci speciální andragogiky.

9 TĚŽKÉ POSTIŽENÍ A KOMBINOVANÉ VADY



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Za těžké postižení se považuje zvlášť těžká forma nějakého druhu postižení (německy schwerstbehindert – nejvíce postižený, Fröhlich 1994, s. 44). **Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho požitkových sférách a výrazových možnostech.** Podstatě omezení a změny jsou schoposti močivočárny, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační.

U jedince s těžkým postižením se jedná o **postižení celistvosti člověka** v jeho životních výkonech, které je tak těžké, že ve většině oblastech se stěží dosahuje hranice toho, co v našem mezilidském styku v širokém slova smyslu lze považovat ještě za normu. Těžké postižení představuje pro všechny zúčastněné interakční partnery omezení, ztěžuje základní kontakt mezi dvěma lidmi.

Š. Vašek (1996) uvádí v této souvislosti pojem „**viacnásobné postižení**“, který je charakterizovaný z hlediska poruchy informačního toku jako základního předpokladu děkání jdi s vřadami sdy „v dšldku působní něktýh limitujících faktorů mohou vyskytovat těžkosti v recepci informací, při jejich centrálním zpracování nebo v xpšsi, ōvněž v jji h kombinačích. Vínásobné postižení s vykytují v ůzně počtnýh vaiantách, v am ktýh jtrba vzhl d m k intindividuálním ōzdílům postupovat přísně individuálně“ (Vašek 1996, 163–164).

V odborné literatuře se používají ještě další termíny, kterými je v podstatě míněn stejný okruh osob: **těžké mentální postižení** (geistig schwerstbehindert, intensiv geistig behindert), **kombinované vady** (mhfah schwstbehindert, schwst mhfah behindert), děti s xtémě psychomotoiky ōta d ovaým vývojem, děti s těžkým ašším vímáí apod. Každý výběř t m í sigalizj ōčítý aktt, ktý zdůazňj ōtžiště postižení. V mílosti s p řávě v spšálí pedagogi ukázalo, že t m íy s v lmi ýhl přžívají, a p ōto s měí. Z tohoto důvodu se v textu používá neutrální termín **těžké postižení** (schwerst behindert), ačkoliv je zřejmé, že termínem se popisuje jen velmi obecně to, co je skutečně míněno (srov. Vítková 2001a, 2003a, 2004).



CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je poskytnout vstupní informaci o základní problematice těžkého postižení a o problematice kombinovaného postižení.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Těžké postižení, kombinované postižení, metoda bazální stimulace.

Při současém stavu i t d i p l i á í spol p á j obtíž é poskyto t úpl ý př h l d o podmí k á h vznik těžkého postiží í. Js azší o í tovat s podle obecných příčin postižení, což zahrnuje celou šíři genetických, chromozomálních, metabolických, olo- gi kých a t a m a t i kých příči. To platí o období pre-, peri- i post atál ím, p o t o ž š k o d - l i v é j v y m o h o z p ů s o b i t t ě ž k é p o s t i ž í v k aždém věku.

Při rozhovoru s lékaři se však ukazuje, že existují jisté záchytné body, které mohou mít úzkou souvislost s těžkým postižením. Především je třeba vyjít z toho, že **těžké postižení je často výsledkem seskupení škodlivých vlivů, a že ve většině případů se nejedná o monokauzální příčinu. Příkladem může být dítě s příslušnými genetickými dispozicemi, které se naodí předčasně v důsledku metabolické poruchy matky v období těhotství. Nezralé dítě má podstatně ztíženo adapta i na extrauterinní život. Nutné zásahy lékařů k zachování základních životních funkcí (např. dýchání) m m o h o z p ů s o b i t d a l š í p o b l ě m y. T a k v d ů s l e d k k m l a e f a k t o ů m ů ž e d o j í t k t ě ž k é m u p o š k o z e n í, a n i ž b y s e s j i s t o t o u d a l o m l u v í t o h l a v n í m f a k t o r u p o š k o z e n í.**

V současosti lz j d o z a č é k o s t a t o v a t, ž v k á část dětí s těžkým postiží m á v a m é z p ř e d č a s é a o z í. J d á s o d ě t í s n í z k o p o d n í h m o t n o s t í, k t e r é b y j e š t ě p ř e d n ě k o l i k a l e t y p r a v d ě p o d o b n ě z e m ř e l y. A l e t a k é d ě t i s o m á l í m p ů b ě h ě m t ě h o t s t v í a p o d s o b c a s o b j v í v s k p i é t ě ž é p o s t i ž e n ý c h. J s o u t o d ě t i p o t ě ž k ý c h ú r a z e c h, k t e r é p o f á z i r e a n i m a c e u ž n e n a v á ž o u n a p ř e d e š l ý v ý v o j. N a p v í t h m í s t h j s o t o t á m a t a l b k y a m o z k , s t j é j a k o s t a v y p o t o í. P o p s a n é n á s l e d k y m o h o u z p ů s o b i t i n e d o s t a t ě n ě k o n t r o l o v a n é i n f e k č n í c h o r o b y.

Analogicky k těmto ů z ý m p ř í č í m, a s t í m s p o j ý m t v á ř í m p o š k o z ě n í, b y c h o m m o h l i j m e n o v a t c e l o u ř a d u j e d n o t l i v ý c h f o r e m t ě ž k é h o p o š k o z e n í. N e n í v š a k v z á j m u p e d a g o g i c k o - t e r a p e u t i c k ý c h p o s t u p ů d o s p ě t k t y p i z a c í m p o š k o z e n í, z a k t e r ý m i b y z m i z e l a i n d i v i d u a l i t a d ě t ě e. S n a h o u j e s p í š e n a z á k l a d ě **biografického přístupu zohledňující celou osobnost člověka** se takovým typizacím vyhnout (Vačková 2005). Sp í á l í p d a g o g / t á p í t m á z a ú k o l p ř í s t ů p o v a t k s v ě m p o t ě ž š k j a k o k j e d i n e č n ě b y t o s t i a v y v i n o u t a d e k v á t n í f o r m y k p o d p o r ě j e h o v ý v o j e (Fröhlich 1990, s. 14 an.).

Z praxe známe děti, které žijí téměř bez možností se samostatně pohybovat. U této skupiny můžeme ale najít i takové děti, které proti veškerému našemu očekávání, vykazují určité duševní schopnosti alespoň v rovině komunikační a sociální. Takto vybaveny jsou potom schopny s námi navázat kontakt, i když to nemusí být vysloveně řečový kontakt. Setkáme se ale také s dětmi, které se plazí po zemi, aby mohly propátrat prostor kolem sebe, některé tak činí i lezením nebo chůzí, většinou nejistou. Některé z těchto dětí projevují

zvědavost a radost z objevů, jak to známe od malých dětí. Některé děti jsou však do sebe uzavřené a svět kolem nich je málo zajímavá (Vítková 2003a, 2004).

To, co je společné pro okruh těchto jedinců, spočívá v **poškození centrálních funkcí**, tzn., že se jedná z nejrůznějších příčin o **podstatné narušení nebo ztrátu koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování** (Vítková 2001a, 2003, 2004). Všichni postižení vykazují stejný problém – orientovat (vyznat) se ve svém prostředí a zmocnit se ho vlastními prostředky, změnit ho a tím si vybudovat vlastní „**kognitivní struktury**“. Rozdíly mohou spočívat ve vlastních pohybových schopnostech, ve zpracování přijímaného, v interpretačních schopnostech vnímaného a v komunikačních možnostech.

9.1 Těžké postižení jako trvalé ohrožení vývoje a života

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

- *onemocnění dýchacích cest* – ačkoliv zde existuje možnost změny postižení prostřednictvím aktivní činnosti člověka – a jiných infekcí,
- *progresivní tělesná změna* (svalový tonus, deformace páteře) vede k tomu, že vnitřní orgány se přemísťují a jsou omezeny ve svém vnitřním rozpínání (plíce: dýchací kapacita, ledviny, játra, trávicí ústrojí). Tyto následné jevy se přidávají později jako chronická onemocnění k primárnímu poškození,
- také *záchvatová onemocnění* při těžkém poškození mozku přispívají k tomu, že se mnoho těchto lidí ocitá v trvalém nebezpečí života,
- život na „*okraji života*“ je stále spojen s nejistotou a vzrušením, s bolestí a medicínskými intervencemi.

Okolí těžce postiženého člověka je také postiženo. Strach a nejistotu střídá naděje a očekávání. Je nutná velká angažovanost a senzibilní rezervovanost. Je třeba žít pod „*diktátem*“ aktuálního zdravotního stavu, společné plánování života orientované na budoucnost je téměř nemožné.

Pro osoby s těžkým postižením je obtížné dosáhnout **uspokojení základních potřeb**, přesto jsou to podmínky životně důležité pro jedince každého věku, kterých se nemohou zříct (Vítková 2001a, 2003, 2004). Patří k nim:

- potřeba zamezení hladu, žízní a bolesti,
- potřeba podnětů, změny a pohybu,
- potřeba jistoty, stability – spolehlivost vztahů,
- potřeba vazby, být někým přijat, potřeba něhy,

- potřeba uznání a sebeúcty,
- potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení.

Na jedné straně postižení umocňuje stav potřeb, na druhé straně zabraňuje často jejich přiměřenému uspokojení.

Všem těžce postiženým – bez ohledu na věk – je společné, že na základě svého utrpeného poškození a z toho plynoucího postižení mají **specifické potřeby** pro vlastní vývoj a interakci s jinými lidmi:

- potřebují tělesnou blízkost, aby mohli získat přímou zkušenost;
- potřebují pedagoga/terapeuta, který jim přiblíží jejich prostředí co nejjednodušším způsobem;
- potřebují pedagoga/terapeuta, který jim umožní pohyb a změnu polohy;
- potřebují každého, který jim rozumí i bez řeči a spolehlivě se o ně stará a pečuje o ně.

Z uvedeného vyplývá, že těžce postižení by měli mít zajištěný nárok na **celistvost v podpoře vývoje**. Tato celistvost je potřebná pro veškerý **režim dne**, pro **interakci s postiženým**. Integruje rovněž uspokojování základních lidských potřeb, otázky základní péče jako podpůrnou a speciální péči, otázky tréninku vnímání, pohybovou podporu a podporu komunikace (Vítková 2001a, 2003a, 2004).

9.2 Zásady podpory těžce postižených dětí a mladistvých

Při realizaci vyučování pro žáky s těžkým mentálním postižením je třeba dbát důležitých pedagogických zásad (Dank 1993; Fischer, Mertes 1990; Klöpfer 1999; Vítková 2001a, 2001b; Švarcová, Vítková 2001c; Vítková 2003a; Vítková 2004).

Požadavky na uspořádání vyučování:

- realizace vyučování, ve kterém je středem pozornosti žák a jeho životní situace,
- užití jednání vztaženého k činnosti, která směřuje k individuálním výukovým cílům,
- uspořádání vyučování jako otevřený, variabilní proces,
- zajištění atmosféry jistoty a bezpečí jako základ pro vytváření vztahů,
- zajištění zážitkové sféry, abychom dosáhli orientovanosti a náklonnosti těžce postiženého dítěte k osobám a věcem.

Použití přiměřených forem výuky:

- vyučování obsahuje všechny pedagogické situace mj. také ošetřovatelskou péči a speciální individuální podpůrná opatření,
- vyučování se nerealizuje jenom ve třídě, ale jeho součástí je také učení v blízkém i vzdálenějším okolí,
- vyučování probíhá zpravidla ve skupině, a to v situacích jako je pozdrav, rozloučení, snídane nebo při hře, volné či záměrně řízené,
- vyučování může probíhat také jako individuální výuka,
- při individuální práci se žák učí (v rámci vyučování ve třídě) nad časově omezený rámec věnovat se plnění nějakého úkolu nebo příkazu, např. aby si uchoval nějaký dojem nebo se dočkal nějakého výsledku,
- denní fázová cvičení, která se zachovávají po delší dobu stejná, ať co do obsahu či formy, přispívají k podpoře žáka, zde se např. nacvičují reakce a dovednosti nebo se odstraňují nefunkční vzory chování.

Zásady plánování vyučování:

- pro plánování vyučování se musí zjistit situace žáka doma i ve škole,
- je třeba zjistit výchozí stav žáka popř. skupiny ve výuce, přičemž se pozoruje a analyzuje způsob chování, schopnosti učení a jednání v různých situacích,
- standardizované postupy ve formě vývojových testů a škál se dají použít jen s výhradou, že nebudou jediným podkladem pro stanovení výukových cílů,
- výchozí stav učení musí být brán jako flexibilní (měnitelný),
- krátkodobé plánování vyžaduje členění cílů do malých dílčích kroků a obsahuje pořízení vhodného média,
- chování – pokroky ve výuce, neměnný stav, zvraty se pravidelně písemně zachycují a budou sloužit jako základna pro další plánování vyučování.

Poskytnutí adekvátních organizačních podmínek:

- těžce postižení žáci jsou přijímáni příslušnou speciální školou,
- pro žáky, kteří nejsou schopni navštěvovat školu, je třeba zajistit podporu jinak (např. doma),
- režim dne musí vykazovat pravidelné střídání výuky a odpočinku, hry a rekreace, které odpovídá možnostem zátěže žáka,

- odpovídající personální obsazení, přiměřené vybavení a speciální architektonické předpoklady jsou nutné,
- při přijetí těžce postiženého žáka do již existující skupiny je třeba zohlednit: pedagogickou situaci ve škole, nároky dané věkem, individuální způsob učení, tělesný vývoj a sociální chování,
- pokud je třeba žáka přechodně podporovat v organizačním rámci speciální skupiny, pak se musí tato opatření pravidelně kontrolovat. Usiluje se o formu částečného začlenění, která se postupně rozšiřuje.

Spolupráce školy při medicínsko-terapeutických opatření:

- škola má podporovat medicínsko-terapeutická opatření organizační úpravou a pomocí,
- vzájemná výměna informací mezi odbornými pracovníky je nezbytná.

Výukové a výchovné cíle

Cíle jsou rozčleněny pro žáky s těžkým mentálním postižením a více vadami **do pěti oblastí:**

- schopnost poznat svoji osobu prostřednictvím svého těla,
- schopnost nechat se zaopatřit a přispět k zajištění existenčních potřeb,
- schopnost přijímat vztahy k okolí a orientovat se v nich,
- schopnost žít v kolektivu,
- schopnost spoluvytvářet svět věcí.

Katalog výukových cílů má výběrový charakter. Určující pro výběr obsahu vyučování je výchozí výuková pozice jednotlivého žáka. Všechna podpůrná opatření směřují k vývoji celé osobnosti a neslouží k tréninku jednotlivých funkcí. Detailní závěry k výukovým a výchovným cílům jsou velice prakticky orientované. V poznámkách k jednotlivým cílovým oblastem je uveden výklad, jak příslušnou oblast chápat. Současně se odkazuje také na metodiku, podle které se má při realizaci postupovat. Celý komplex cílů jednotlivých cílových oblastí je vějířovitě rozložen do různých dimenzí a tyto jsou dále diferencovány v jednotlivých bodech. Současně dostane učitel praktické podněty prostřednictvím podrobných odkazů k vyučování, např. popsaný názorný příklad, video apod. (srov. Dank 1993; Fischer, Mertens 1990; Fornefeld 1989; Mühl 1980; Pfeffer 1988 in Vítková 2003, 2004).

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

1. skupina, v níž je společným znakem **mentální retardace**, která je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Proto je při rozhodování o způsobu vzdělávání pokládána za vadu **dominantní**;
2. druhou skupinu tvoří **kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči**. Specifickou skupinu tvoří děti/žáci hluchoslepí;
3. samostatnou skupinu tvoří **děti/žáci s dg. autismus a s autistickými rysy**.

Žáci s více vadami, **pokud jednou vadou je mentální postižení, se vzdělávají v základní škole praktické nebo v základní škole speciální** (Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.). **Žáci s více vadami, kteří nejsou mentálně postižení, se vzdělávají v základních školách a ve speciálních školách**, které svým zaměřením odpovídají potřebám vyplývajícím z jejich nejzávažnějšího postižení (Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb., Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání, 2005). Pedagogická práce s žáky s těžkým postižením a s více vadami je mimořádně náročná a vyžaduje vysokou míru odbornosti a vytvoření optimálních podmínek (srov. Vančová 2001, 2005, Vašek 1996, 1999, Vítková 2001a, 2003a, 2005).

Pro přípravu na vzdělávání dětí s těžkým mentálním postižením, více vadami nebo autismem lze zřídit přípravný stupeň základní školy speciální (Vyhláška č. 73/2005, Sb., §10).

Rehabilitační vzdělávací program základní školy speciální, který je určen žákům s těžkým postižením a s více vadami, se experimentálně ověřoval v letech 1998/ 1999, 1999/2000 a postupně se zaváděl jako alternativní program základní školy speciální.

I. Švarcová (1999) charakterizuje okruh žáků, pro které je rehabilitační vzdělávací program adekvátní a přínosný, jako **žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením, s těžkým zdravotním postižením nebo s více vadami, u kterých je však vždy zastoupeno mentální postižení**. Pro jmenovaný okruh žáků je charakteristická nízká úroveň rozvoje jejich psychických funkcí, zejména pozornosti, paměti a volných vlastností potřebných k systematickému osvojování učiva.

Těžiště práce spočívá v komplexním speciálně pedagogickém působení na tělesný a duševní vývoj žáků s respektováním jejich individuálních potřeb. U většiny žáků se nepočítá ani s osvojením trivია. V popředí stojí rozvoj **komunikačních dovedností**, které jim umožní navazovat kontakty s okolím a dále snaha o jejich **pohybový rozvoj**, aby byly pokud možno autonomní ve svém prostředí, zejména co se týče **sebeobsluhy** a na pomoc druhé osoby byly odkázány jen do té míry, kolik je to nutné. Nemałym úkolem je působení na jejich **chování**, aby soužití s nimi bylo pro okolí únosné, důraz se klade na rozvíjení jejich zájmů v oblasti **hudebních, výtvarných a jednoduchých pracovních aktivit**.

Docházka do tříd s rehabilitačním vzdělávacím programem základní školy speciální je desetiletá, členěná na dva pětileté stupně. Ve třídách určených žákům s těžkým zdravotním postižením mohou zabezpečovat výchovně-vzdělávací činnost souběžně tři pedagogičtí pracovníci, z nichž jeden je asistent pedagoga (Vyhláška č. 73/2005 Sb., §6). Počet žáků je stanoven na čtyři–šest ve třídě. K organizačnímu zabezpečení patří i vhodné prostorové a materiální vybavení rehabilitační třídy pomocné školy. Doporučují se dvě místnosti – třída a místnost pro relaxaci a individuální práci se žákem. K materiálnímu vybavení třídy patří kromě vhodného nábytku i zabezpečení kompenzačních pomůcek potřebných k rozvíjení hybnosti žáků.

9.3 Metoda bazální stimulace

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

Systém bazální stimulace

Za **základní princip bazální stimulace** se považuje zjištění, že **pomocí těla můžeme jedince uvést do reality, zprostředkováním zkušenosti (empirie) a vjemů**. Tyto zkušenosti a vjemy je třeba pečlivě sledovat, stejně jako je třeba promyšleně plánovat programy, které vedou k přiměřenému vývoji dítěte. Bereme v úvahu individuální vývoj dítěte, nikoli vývoj, který odpovídá kalendářnímu věku. Vycházíme z toho, že každý člověk má naprogramovaný určitý jemu vlastní vývoj, který je ale možné při jeho diferencování vhodným způsobem podpořit.

Zprostředkování „*přes tělo*“ je vzájemné celkové zprostředkování, tzn. že matka, terapeut, učitel, vychovatel, kdokoli pracuje s těžce postiženým dítětem, je svým vlastním tělem vtažen do tohoto zprostředkování. Tělesnost zde poskytuje jistou paralelu, popř. rovnocennost (ekvivalenci) obou partnerů.

Pomocí modelu vývoje osobnosti (obr. 19), se pokouší Ursula Haupt (in Fröhlich 1990) o znázornění **celistvosti**. Dala do souvislosti sedm nejdůležitějších oblastí vývoje osobnosti člověka. Na obrázku naznačené spojovací čáry mají ukázat, že žádná oblast ve vývoji osobnosti není možná bez druhé. Každá oblast působí na další, ale teprve všechny oblasti vytvářejí jednotu. Vychází z toho, že každý žijící člověk sbírá zkušenosti ze všech těchto oblastí a také je v nich prožívá.

Je důležité poznamenat, že na raném vývojovém stupni, tzn. v raném dětství, při těžkém postižení nebo také ve fázi těžké nemoci, nejsou jednotlivé oblasti uspořádány hierarchicky. Takže zatímco zdravý dospělý člověk dokáže po určitou dobu upřednostnit určitou oblast a vědomě ji vnímat, malé dítě, postižený nebo nemocný člověk nikoli. Platí, že

všechny složky jsou stejně důležité, to znamená, že tělesné a emocionální složky mají stejný stupeň reality. Každé nadřazování některé složky představuje svévolné zasahování do určitého hodnotového systému, což má obrazy reality. Všechny tyto složky působí společně.

Prostřednictvím **pohybu a vnímání** se vytvářejí tělesné zkušenosti, které jsou neoddelitelné od naší osoby a jsou neoddelitelně spojené s lidskou identitou. **Realistvost** může tedy zamat základní obět (změny) v „*terapii ko-výhovnýh*“ vztazích.

Další základní změny v závažnosti týkající se silkové podpory jedince s těžkým mentálním postižením nebo s více vadami přinesl princip „*zde a teď*“. Zřetelně redukovaná životní očekávání postižených a nejistota vzhledem k dalším možnostem rozvoje nás staví před nutnost pochybovat o podpoře dovedností a schopností vztahujících se k daleké budoucnosti. Budoucnost sice nemůžeme zcela vynechat, ale **přítomnost nabývá zcela zvláštní význam**. Má totiž zmatala výhova přípravu další generace na převzetí odpovědnosti v budoucnosti. Tuto představu nelze přenést na jedince s těžkým mentálním postižením nebo s více vadami. To je asi jeden z důvodů, proč se tak dlouho mluvilo o jejich nevzdělavatelnosti. Klasický koncept pro ně není vhodný. Je třeba si zvyknout na to, že **podpora** nemůže být zaměřena jen na budoucí cíle, ale spočívá v **sočasnosti – společném zaměstnávání, podněcování (aktiva) a komunikaci**. Opřevěrost podpory spočívá primárně v její funkčnosti, tzn. v tom, že určitých cílů bude někdy dosaženo, ale spíše v tom, že lidé jsou schopni zde a teď navázat kontakty s druhými lidmi, že jsou schopni aktivně žít, pohybovat se, vnímat a mnoho dalšího.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Vymezte kategorii těžkého postižení.
2. Vymezte problematiku kombinovaného postižení.
3. Jaké varianty postižení lze akceptovat v konceptu kombinovaného postižení?
4. Popište metodu bazální stimulace.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte kazuistiku jedince dospělého věku s kombinovaným postižením a navrhněte možnosti sociální a profesní integrace včetně možnosti zapojení rodiny do kontextu speciálně andragogické intervence. V případě těžkého postižení se pokuste najít možnosti sociální politiky (stupně invalidity či příspěvku na péči) v rámci aktivního řešení kazuistiky.

DALŠÍ ZDROJE



viz literatura uvedená v podkapitole DALŠÍ ZDROJE v 1. kapitole této studijní opory

SHRNUTÍ KAPITOLY



V kapitole se student seznámí se základními principy problematiky kombinovaného postižení a těžkého postižení v kontextech dospělého věku.

10 OFTALMOPEDIE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Zrak je základní smyslový orgán, kterým získáváme až 80% informací z okolního prostředí. Jedná se o dálkový analyzátor, který nám umožňuje získávat velké množství informací ve velice krátkém čase. Jeho poškození či úplná ztráta potom vede k nedostatečnému přísunu zrakových informací, což má vliv na rozvoj celé osobnosti zrakově postiženého jedince (Ludíková, 2003).

Za osobu se zrakovým postižením potom považujeme jedince, u kterého došlo k poškození zraku a ani běžná optická korekce nepostačuje ke zlepšení jeho stavu. Nepatří sem tedy ti, jejichž zraková vada se dá upravit dioptrickými brýlemi. Pro zdůraznění tohoto rozdílu se někdy používá pojem osoba těžce zrakově postižená (www.sons.cz). Podobně definuje osobu se zrakovým postižením Ludíková (in Valenta 2003), která za ni považuje jedince, který má i po optimální brýlové korekci problémy se získáváním a zpracováním zrakových informací.

Hamadová, Květoňová, Nováková (2007) definují osoby se zrakovým postižením pomocí tří hledisek - medicínského, psychologického a edukačního. Medicínské hledisko považuje za osobu se zrakovým postižením tu, u které toto postižení přetrvává buď po ukončení medicínské léčby, nebo po zajištění optimální brýlové korekce. Psychologické hledisko potom za osobu se zrakovým postižením považuje tu, u které dochází, z důvodu nedostatečného přísunu vizuálních informací, k negativnímu ovlivnění jejího fyzického i psychologického vývoje. Edukační hledisko se potom zaměřuje na výkonnost jedince ve školním prostředí a za zrakově postižené dítě považuje to, které i po optimální korekci zrakové vady, ve škole podává špatné výkony.



CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitole je uvedení studentů do problematiky zrakového postižení. V rámci tohoto tématu je zmiňována etiologie zrakového postižení a klasifikace zrakových vad.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Oftalmopedie, zraková vada, klasifikace zrakových vad, osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké, kompenzační pomůcky.

Každý člověk se zrakovým postižením by měl svůj handicap vhodně kompenzovat, přizpůsobit se mu, naučit se s ním žít. V této snaze jej mohou podpořit odborníci specializující se na obor speciální pedagogiky, pro který v současnosti existují dva termíny. Prvním z nich je **tyflopédie** (odvozeno z řeckého tyflos – slepý a paidea – výchova), který však byl mnoha odborníky nahrazen druhým pojmem **oftalmopedie** (odvozeno z řeckých slov oftalmos - oko a paidea – výchova). Důvodem této změny byla skutečnost, že se ve skupině zrakově postižených nenacházejí pouze osoby nevidomé, ale většinu jich tvoří osoby slabozraké. V současné době jsou pro tento obor užívány oba názvy (srov. Květoňová-Švecová 2000, Ludíková 2006, Hamadová, Květoňová Nováková 2007). Cílem tyflopédie, případně oftalmopedie je podle Ludíkové (2006, s. 8) „maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením, což znamená nejen dosažení nevyššího stupně socializace, včetně zajištění adekvátních podmínek pro edukaci, ale i přípravu na povolání, následné pracovní zařazení a plnohodnotné společenské uplatnění“.

V poslední době dochází v odborných kruzích k diskusím, zda by nebylo lepší změnit název tohoto oboru na speciální pedagogiku osob se zrakovým postižením, jak se s tím setkáváme v zahraničí. Tato změna by sice vedla k narušení zavedeného členění speciální pedagogiky na „pedie“, avšak na druhou stranu by došlo ke změně samotného pohledu na člověka a jeho postižení. Předmětem zájmu odborníků by pak nebylo pouhé postižení a jeho nedostatky, ale právě člověk s postižením, jeho potenciál, potřeba pomoci a podpory. Nově zavedený pojem by navíc zahrnoval všechny kategorie osob se zrakovým postižením (srov. Květoňová-Švecová 2000, Ludíková 2006, Procházková 2009).

10.1 Etiologie zrakového postižení

„Zrakově postižení lidé tvoří heterogenní skupinu, porucha jejich zrakových funkcí může být různě závažná, kvalitativně odlišná, může vzniknout v různém období a je spojená s rozdílným rizikem vzniku kombinovaného postižení“ (Vágnerová 2004, s. 195). Výskyt zrakového postižení nezávisí pouze na jeho existenci a zvolených kritériích zrakového postižení, ale i na přístupu a péči, která je těmto lidem věnována. Je tedy důležité vědět v jakých životních podmínkách se zrakově postižený jedinec pohybuje nebo jaká zdravotní péče mu byla a je poskytována (Květoňová 1993).

Etiologie zrakového postižení je velice pestrá a pro její lepší pochopení je potřeba zavedení určitého způsobu diferenciaci. Nečastěji používané a nejlépe pochopitelné dělení příčin vzniku zrakového postižení je na vady vrozené, které vznikají pod vlivem prenatálních, perinatálních a postnatálních faktorů a zrakové vady získané v průběhu života (srov. Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, Nováková in Vítková, 2004).

Vrozené vady tvoří vysoké procento příčin vzniku zrakového postižení. Jsou zjišťovány u asi 2% všech novorozenců a v průběhu dalšího života bývá odhaleno dalších 0,5% případů zrakového postižení, které se bezprostředně po narození neprojeví. Vrozené vady mohou být způsobeny vlivy exogenními (vnější vlivy) nebo endogenními (vliv dědičnosti). Velkou roli zde hraje právě dědičnost, která ovlivňuje asi 20% vrozených vad a v jejímž důsledku dochází ke vzniku mnoha různých onemocnění, jako je atrofie zrakového nervu,

degenerativní onemocnění sítnice, těžká krátkozrakost, vrozený šedý či zelený zákal, vrozený glaukom nebo albinismus. Ke zrakovému postižení může dojít také během těhotenství, v průběhu nebo těsně po porodu působením teratogenů neboli exogenních činitelů. Jedná se o mechanické, fyzikální nebo chemické vlivy, poruchy výživy nebo metabolismu matky. Ty mohou způsobovat celou řadu onemocnění, ať už se jedná o vrozený šedý zákal vzniklý v důsledku onemocnění matky zarděnkami v průběhu těhotenství nebo o retinopatii nedonošenců, která vzniká u předčasně narozených dětí působením zvýšené koncentrace kyslíku v inkubátoru. Také účinky drog, alkoholu, kouření nebo léků užívaných v průběhu těhotenství může mít na zrak dítěte špatný vliv. Zrakové vady vzniklé v průběhu života tvoří bezpochyby velkou skupinu, která zahrnuje celou řadu nemocí. Zrakové vady mohou vznikat například v důsledku revmatického onemocnění, angíny, roztroušené sklerózy nebo tuberkulózy. K poškození zraku dochází také po prodělání infekčního nebo nádorového onemocnění oka, diabetu (diabetická retinopatie) nebo jako následek úrazu hlavy. Zrak se také zhoršuje v důsledku stárnutí (srov. Nováková in Pipeková 2006, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007).

10.2 Klasifikace osob se zrakovým postižením

Osoby se zrakovým postižením tvoří různorodou skupinu, kterou i přes společný deficit v oblasti zrakového analyzátoru nebo zrakového vnímání, tvoří lidé různého věku s různým stupněm a typem zrakového postižení. Klasifikaci osob se zrakovým postižením lze rozdělit podle několika společných znaků (Ludíková 2006).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) ve své 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 uvádí rozdělení zrakového postižení podle nejlepší možné zrakové ostrosti na lépe vidoucím oku a podle omezení zrakového pole. Pokud srovnáváme zrakové vnímání osoby zrakově postižené a osoby bez zrakové vady, pak osoba bez těžké zrakové vady by měla mít zrakovou ostrost lepší než 6/18 (Ludíková 2006). Světová zdravotnická organizace rozděluje zrakové postižení do pěti skupin:

- **Střední slabozrakost** (zraková ostrost 6/18 – 6/60),
- **Silná slabozrakost** (zraková ostrost 6/60 – 3/60),
- **Těžce slabý zrak** (zraková ostrost 3/60 – 1/60, omezení zorného pole obou očí pod 20 stupňů nebo jednoho oka pod 45 stupňů),
- **Praktická nevidomost** (zraková ostrost 1/60 – zachovaný světlocit, omezení zorného pole pod 5 stupňů, zraková ostrost nemusí být poškozena),
- **Úplná nevidomost** (zachovaný světlocit s chybnou světelnou projekcí až po úplnou ztrátu schopnosti vnímat světlo) (www.sons.cz).

V oblasti zrakového vnímání můžeme rozlišit několik funkcí:

- **zraková ostrost** - rozlišovací schopnost oka,
- **zorné pole** - prostor, který vnímáme při pohledu přímo před sebe,
- **barvocit** – schopnost oka rozeznávat barvy,
- **akomodace** - schopnost oka vidět ostře i na velkou vzdálenost,
- **adaptace** - schopnost oka přizpůsobit se různé intenzitě světla,
- **jednoduché binokulární vidění** - schopnost oka vidět oběma očima předmět jednoduše a
- **citlivost na kontrast** - schopnost oka rozlišovat jas dvou ploch pozorovaných v zorném poli nebo schopnost rozlišovat dva odlišné podněty, které na zrak působí postupně (srov. Vágnerová 2004, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, Nováková in Pipeková 2006).

Květoňová-Švecová (2000) rozlišuje pět skupin zrakových poruch:

- **porucha zrakové ostrosti,**
- **postižení šíře zorného pole,**
- **okulomotorické problémy,** kdy dochází k nesprávné koordinaci pohybu očí například při amblyopii, strabismu nebo nystagmu, dále pak
- **obtíže se zpracováním zrakových informací,** kdy je poškozeno zrakové centrum v mozkové kůře, ne však sítnice a zrakový nerv a
- **poruchy barvocitu** projevující se neschopností oka rozeznávat jednu nebo více barev.

Jiné dělení zrakových vad uvádí Vágnerová (2004), která rozděluje postižení zrakových funkcí na čtyři skupiny. První skupinou je **postižení zrakového aparátu oka**, které je charakteristické neschopností akomodace čočky podle potřeby vidění. Sem řadíme vady jako je krátkozrakost nebo dalekozrakost. Druhou skupinu tvoří **postižení dalších částí oka** kromě poškození sítnice a zrakového nervu. Zde zahrnujeme zrakové vady typu glaukom nebo zánět živnatky. Třetí skupinu tvoří **postižení sítnice a zrakového nervu**. Jedná se o postižení, která bývají kombinována s organickým poškozením mozku. Příkladem může být retinopatie nedonošených kombinována s dětskou mozkovou obrnou, epilepsií nebo mentální retardací. **Kortikální postižení zrakových funkcí** je poslední skupinou, pro kterou je charakteristické poškození korové oblasti mozku nebo zrakových drah. Ty se podílí na zrakovém vnímání a interpretaci vizuálních informací. Navíc zde existuje zvýšené riziko vzniku kombinovaného postižení.

Mnoho autorů jako například Ludíková (2006), Nováková (in Vítková 2004) nebo Květoňová-Švecová (2000) vymezují klasifikaci zrakového postižení podle těchto kritérií. Podle příčin vzniku zrakového postižení rozlišujeme zrakové postižení **orgánové** a **funkční**. Při orgánovém postižení bývá poškozen přímo zrakový orgán, při postižení funkčním je jeho výkon pouze oslaben. Zrakové vady můžeme dělit také podle doby vzniku na **vrozené** a **získané**. Ludíková (2006) navíc rozlišuje dělení zrakových vad podle délky trvání zrakového postižení na **akutní** (krátkodobé), **chronické** (dlouhodobé) a na **recidivující** (opakující se) nebo podle prognózy na **stacionární** (ustálený stav) a **progresivní** (postupně zhoršující se stav).

Nejčastěji se v odborné literatuře dočteme o klasifikaci zrakových vad podle stupně zrakového postižení. Někteří autoři například Květoňová-Švecová (2000) uvádí v rámci tohoto dělení dva stupně zrakového postižení - slabozrakost a nevidomost. Vágnerová (2004) rozlišuje tři stupně zrakového postižení a to slabozrakost, praktickou nevidomost a nevidomost. Nejčastěji se však osoby se zrakovým postižením rozdělují podle stupně postižení na:

- osoby nevidomé,
- osoby se zbytky zraku,
- osoby slabozraké,
- osoby s poruchami binokulárního vidění (srov. Ludíková 2006, Nováková in Vítková 2004, Renotiérová 2003).

10.2.1 OSOBY NEVIDOMÉ

Osoby nevidomé se řadí do skupiny osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Kraus (in Ludíková 2006, s. 12) definuje nevidomost jako „*ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 - světlocit*“. Rozlišuje **nevidomost praktickou**, kdy je pokles centrální zrakové ostrosti v rozmezí od 3/60 do 1/60 nebo je poškozeno zorné pole v rozmezí 5-10 stupňů. **Skutečná nevidomost** je potom charakteristická poklesem centrální zrakové ostrosti v rozmezí 1/60 až po zachovaný světlocit nebo poruchou zrakového pole pod 5 stupňů. Poslední je **plná slepota**, jejíž vymezení se pohybuje od zachovaného světlocitu s chybou světelnou projekcí až po ztrátu světlocitu neboli úplnou ztrátu zrakového vnímání. Toto dělení nevidomosti je totožné s rozdělením zrakového postižení podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která pod termínem slepota označuje kategorie 3,4 a 5 - tedy těžce slabý zrak, praktickou a úplnou nevidomost (srov. sec. cit. Kraus in Ludíková 2006, Ludíková in Valenta 2003).

Jiní autoři jako například Květoňová (1993), Nováková (in Pipeková 2006) rozdělují nevidomost pouze na **praktickou** (pokles zrakové ostrosti od 3/60 do 1/60 nebo poškození zorného pole v intervalu 5-10 stupňů) a **totální** (pokles zrakové ostrosti od 1/60 až po zachovaný světlocit nebo po stav úplné ztráty zrakového vnímání). Tato kategorie tedy zahrnuje dvě předešlé Krausovy kategorie - skutečnou a plnou nevidomost.

Důsledkem zrakového postižení na stupni nevidomosti je úplná neschopnost vnímat okolní svět zrakem, tedy určitý informační deficit, který je nutný kompenzovat nižšími a vyššími kompenzačními činiteli. V případě nižších kompenzačních činitelů se jedná zejména o sluch a hmat, v případě vyšších kompenzačních činitelů o paměť, představivost, koncentraci, myšlení nebo řeč. Nevidomí však mají potíže i v jiných oblastech života jako je prostorová orientace a samostatný pohyb, společenské a pracovní uplatnění nebo při čtení a psaní, kdy využívají znalosti Braillova bodového písma. Dále využívají mnoho kompenzačních pomůcek, ať už se jedná o speciálně upravené počítače s hlasovým nebo hmatovým výstupem nebo pomůcky každodenní potřeby (srov. Nováková in Pipeková 2006, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, Ludíková 2006).

10.2.2 OSOBY SE ZBYTKY ZRAKU

Osoby se zbytky zraku patří do skupiny osob s druhým nejtěžším stupněm zrakového postižení. Dříve se tato skupina označovala jako osoby částečně vidící, osoby těžce slabozraké nebo osoby s praktickou slepotou. V zásadě se jedná o skupinu osob s praktickou nevidomostí, jelikož se u nich projevuje pokles zrakové ostrosti v rozmezí od 3/60 do 1/60 nebo je zorné pole omezeno v rozmezí 5-10 stupňů. U těchto lidí se stav zrakového vnímání může zlepšit, stagnovat nebo dochází k progresi, v nejhorším případě může postižený jedinec úplně oslepnout. Důvodem vydělení se této skupiny bylo psychologické a speciálně pedagogické hledisko, jelikož tyto lidé vyžadují odlišný přístup než lidé pouze slabozrací nebo nevidomí (srov. Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, Ludíková 2006, Ludíková in Valenta 2003).

U osob se zbytky zraku se objevují jak projevy osob nevidomých, tak i osob vidomých. Proto je možné je podle Hamadové, Květoňové, Novákové (2007) rozdělit do dvou skupin na osoby, které dávají přednost poznávání nevidomých a na ty, jež dávají přednost poznávání vidomých. Při jejich výuce nebo reedukaci se potom snažíme využívat jejich zbylé zrakové vnímání, a to za přísných pravidel zrakové hygieny. Navíc se je snažíme naučit vhodně své postižení kompenzovat hmatem, sluchem nebo různými kompenzačními pomůckami. Příkladem může být nácvik čtení a psaní, kde se věnuje pozornost jak nácviku čtení a psaní Braillovým bodovým písmem, tak i zvětšeným černotiskem.

10.2.3 OSOBY SLABOZRACÉ

Slabozrakost je „*ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně*“ (Kraus in Ludíková 2006, s. 13). Jedná se o orgánovou vadu, kdy může být poškozeno jak zevní, tak i vnitřní oko, zrakové dráhy nebo zrakové centrum v mozku. Příčinou může být vrozené nebo získané postižení způsobené vlivem mnoha onemocnění jako je krátkozrakost, dalekozrakost, nystagmus, nebo atrofie zrakového nervu (Květoňová 1993). Podle stupně postižení zrakové ostrosti někteří autoři rozlišují dva, jiní tři stupně slabozrakosti. Kraus (in Ludíková 2006) uvádí dělení na slabozrakost **lehkou** (zraková ostrost od 6/18 do 6/60 nebo je zorné pole zúženo pod 20 stupňů) a **těžkou** slabozrakost (zraková ostrost od 6/60 do 3/60). Jiní autoři (srov. Ludíková 2006,

Hamadová, Květoňová, Nováková 2007) toto dělení doplňují o stupeň střední slabozrakosti. Podle nich se slabozrakost rozděluje na slabozrakost **lehkou** a **střední** (zraková ostrost od 6/18 do 6/60) a slabozrakost **těžkou** (zraková ostrost od 6/60 do 3/60).

Slabozrací lidé mívají omezené, neúplné nebo zkreslené zrakové představy o světě, snížený grafický výkon a i v oblasti společenského nebo pracovního uplatnění mívají bez potřebných úprav potíže. Jejich práce musí být založena na přísné zrakové hygieně, která zahrnuje zajištění vhodné světelné intenzity, zamezení oslnění, zajištění kontrastnosti sledovaných jevů a odpovídajícího typu nebo velikosti písma nebo časové omezení práce postiženého do blízka (Ludíková 2006).

10.2.4 OSOBY S PORUCHOU BINOKULÁRNÍHO VIDĚNÍ

Binokulární vidění je schopnost obou očí vytvořit obraz pozorovaného předmětu. Není vrozené, ale vyvíjí se od narození přibližně do šesti až sedmi let věku dítěte. V případě narušení tohoto vývoje, dochází k jeho přerušení nebo tento vývoj pokračuje s výraznými patologickými změnami. Dochází tedy k poruchám binokulárního vidění, které tvoří nejpočetnější skupinu dětských zrakových vad (srov. Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, Nováková in Pipeková 2006). V rámci této kategorie rozlišujeme dvě zrakové vady - tupozrakost (amblyopie) a šilhavost (strabismus). Jedná se o funkční vady, které způsobují výrazné potíže v prostorovém vnímání, ve zrakové analýze a syntéze nebo špatnou koordinaci zraku a motorických činností rukou. Vždy je důležitá včasná diagnostika postiženého a následná medicínská a speciálně pedagogická péče, jelikož zde věk dítěte hraje velkou roli. Čím dříve se s nápravou poruch binokulárního vidění začne, tím lépe je možné dosáhnout jejich omezení nebo úplného odstranění (Ludíková 2006).

Amblyopie (amblyos – tupý a opopé – zrakové vidění) neboli **tupo-zrakost** je podle Keblové (2000) funkční porucha, kdy dochází k výraznému snížení zrakové ostrosti jednoho oka, aniž by byl vzhled oka narušen. Při zrakovém vnímání je tedy potlačen obraz z hůře vidícího oka a ten se pak promítá v oku lépe vidícím. Následkem neléčené tupozrakosti může dojít až k praktické nevidomosti postiženého. Náprava tupozrakosti je tedy prováděna intenzivním zatížením horšího oka tak, že zakryjeme lépe vidící oko okluzí. Součástí léčby tupozrakosti jsou také pleoptická cvičení, která se snaží zlepšit vidění hůře vidícího oka pomocí speciálních cviků do blízka za pomoci hmatu, sluchu a paměti. Jedná se například o třídění různých předmětů podle tvaru, velikosti či barvy, překreslování nebo obtahování obrázků, vystřihování nebo slepování různých tvarů, vyšívání nebo míčové hry (srov. Keblová 2000, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007).

Strabismus (strabos – šilhavý) neboli **šilhavost** je podle Vítkové (1999, s. 31) „stav, kdy při fixaci určitého předmětu nablízko nebo do dálky se osy očí neprotínají v téže bodě“. Vizually je šilhavost velice nápadná, jelikož se jedno nebo obě oči odchylují buď směrem k vnitřnímu (konvergentní šilhavost) nebo vnějšímu koutku (divergentní šilhavost). Pro nápravu šilhavosti bývá používána optická korekce, léčba medikamenty nebo operativní zákrok. V každém případě je potřeba u dítěte od počátku provádět ortoptická cvičení,

mezi která například patří pohybové činnosti pro zvládnutí vnímání trojrozměru, počítání předmětů, kutálení s míčem, zlepšení koordinace ruky a oka nebo využití stavebnice pro pochopení perspektivy (srov. Keblová 2000, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, Květoňová 1993).

10.2.5 KOMBINOVANÉ VADY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Skupina osob se zrakovým a přidruženým vrozeným či získaným postižením postupně doplňuje klasifikaci osob se zrakovým postižením a jejich neuvedením bychom opomenuli velkou skupinu osob, jejichž dominantním znakem je právě poškození zraku.

„Kombinovaná vada (zraková vada a přidružená vada nebo více vad) je ve smyslu speciální pedagogiky zraková vada, která se projevuje oslabením, částečným, závažným nebo úplným nevyvinutím zrakového analyzátoru a tím poruchou nebo nemožností zrakového vnímání a současně je přidružena ještě vada nebo více vad různého charakteru a stupně“ (Štrébllová 2002, s. 25).

Mezi nejčastější přidružená postižení patří mentální retardace, tělesné postižení, postižení řeči nebo sluchu (Hamadová, Květoňová, Nováková 2007). **Mentální postižení** jako přidružené postižení v této skupině převažuje. Vývoj takto postižených jedinců, jejich schopnost komunikace a možnost uplatnit se ve společnosti závisí na stupni postižení mozku. Ve většině případů bývají tito lidé nestálí, často unavení a pozornost udržují jen náhodně. Mívají problémy se zapamatováním a vybavováním, převládá u nich mechanická paměť a spíše konkrétní než abstraktní myšlení. **Kombinované tělesné a zrakové postižení** vzniká většinou až v průběhu života důsledkem úrazu, nádorového onemocnění nebo cukrovky. Vrozenou příčinou často bývá poškození zraku společně s dětskou mozkovou obrnou nebo epilepsií. Takto postižení lidé mají navíc společně se zrakovými potížemi omezenou pohyblivost a ztíženou manipulaci a dosahování předmětů. Myšlení a paměť bývá na stejné úrovni jako u jednostranně zrakově postižených osob. Komunikace u nich nebývá narušena, pokud nejsou postiženy lícni svaly a taktéž písemný projev bývá zachován, s výjimkou případů ochrnutí nebo omezení hybnosti horních končetin. **Zrakové postižení společně s postižením řeči** ovlivňuje rozvoj komunikačních schopností a navazování kontaktů s okolním prostředím. Optimální rozvoj řeči bývá založen na správném zrakovém a sluchovém vnímání. V případě, že je však člověk od raného věku postižen vadou zraku, je zcela pravděpodobné, že bude jeho řečový vývoj opožděn. Zdravé děti se totiž učí mluvit napodobováním mluvidel svých rodičů a blízkých příbuzných, k čemuž u dětí s kombinovaným postižením zraku a řeči nedochází. Vada řeči se u zrakově postiženého jedince tedy projevuje například při špatném rozeznávání akusticky podobných hlásek, velkou četností gramatických chyb u psaného projevu, výskytem verbalismu, případně špatným komunikačním chováním, kdy postižený nestojí během rozhovoru čelem ke komunikačnímu partnerovi, nedokáže jej oslovit, neudrží oční kontakt nebo během hovoru provádí jinou činnost. Skupina osob s **postižením zraku a sluchu** neboli **osoby hluchoslepé** sice netvoří nejpočetnější skupinu osob s kombinovaným postižením, avšak je jí věnováno nejvíce pozornosti, jelikož je edukativně

velice náročná. V České republice touto poruchou trpí asi 1500 lidí. Tito lidé mívají od malička problém navázat a udržet kontakt s lidmi. Už od malička je tedy pro dítě a zejména jeho matku traumatizující neschopnost mezi sebou navázat pevné citové pouto. Dítě navíc nemá, kvůli chybějícím zrakovým i sluchovým podnětům, zájem o kontakt s jinými předměty a informace z okolí získává pouze pomocí hmatu, čichu, chuti a vlastních či cizích pohybů. To u něj omezuje zpracování reálného obrazu (srov. Ludíková 2005, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007).

10.3 Vliv zrakového postižení na osobnost jedince

Zrakové postižení ovlivňuje celou osobnost jedince, jeho psychický i fyzický vývoj. Stejně jako osobnost zdravého člověka je osobnost postiženého jedince podmíněna nejen biologicky a sociálně, ale i vlastní aktivitou člověka. Záleží tedy i na postiženém samotném, jaký postoj vůči zrakové vadě zvolí, zda se s danou situací vyrovná nebo jí podlehne (Vágenerová 2000).

Čálek (1991) ve své publikaci uvádí, že postoj k postižení je způsob, jakým postižená osoba svou vadu zná, jak jí hodnotí, citově prožívá a jak vůči ní jedná. **Akceptace** zrakového postižení je potom, podle stejného autora, trvalá pohotovost průběžně věcně i citově překonávat důsledky zrakového postižení a být motivován pro další činnosti. Je to tedy aktivní překonávání a vyrovnávání se s postižením, což je předpokladem pro zdravé přizpůsobení se postižené osoby zrakové vadě. Z hlediska akceptace vady je důležité, kdy k postižení došlo nebo to, jak zrakovou vadu akceptuje postižený sám a jak ji akceptuje jeho okolí. Opakem akceptace zrakového postižení je jeho **nonakceptace**. Jedná se o nepřijímání a neuznávání možností a omezení, které zraková vada zanechává. Zrakově postižený jedinec není schopen překonat důsledky svého postižení, brání se jejich pravdivému poznání. Z hlediska nonakceptace zrakové vady lze rozlišit dva způsoby jednání postiženého. Pokud zrakově postižený jedinec své postižení zveličuje, cítí se bezmocný a své postižení vidí jako velkou zátěž, je nesamostatný, závislý na pomoci druhých, nezodpovědný a neschopný obstát ve společnosti. Druhým extrémem je stav, kdy zrakově postižený jedinec popírá důsledky svého postižení, jedná jako by jeho zraková vada vůbec neexistovala, a tudíž nedbá na omezení, která sebou zraková vada nese.

Zraková vada ovlivňuje postiženého jedince nejen v závislosti na diagnóze nebo závažnosti postižení, ale i na době, kdy k postižení došlo. Vrozené i získané postižení způsobuje postiženému jedinci velkou psychickou zátěž, ke které však dochází za různých okolností. **Vrozené postižení** má na jedince vliv již od jeho narození a tudíž jeho vývoj probíhá odlišně než u vidomých lidí. Nejvíce je ovlivněna oblast poznávacích procesů, které musí být vhodně kompenzovány. Na druhou stranu však postižený žije se zrakovou vadou od narození a i přes počáteční pomalý rozvoj všech funkcí, se na tento handicap dokáže lépe adaptovat než lidé, kteří o zrak přišli v pozdějším věku. **Získané postižení** působí na jedince odlišně. Pozitivní sice je, že nezasahuje do vývoje různých funkcí osobnosti, jelikož jedinec měl před vznikem postižení možnost poznat okolní svět, avšak na druhou stranu, jej musí jeho ztráta velice zasáhnout. Ztráta zraku, ať už náhlá nebo pozvolná, působí jako trauma

a postižený tuto situaci hluboce prožívá. Jsou na něj navíc kladeny zvýšené nároky na přizpůsobení se zrakové vadě a na kompenzaci její ztráty. Musí se naučit spoléhat se na ostatní smysly a vnímat svět stejně jako vrozeně zrakově postižení (srov. Vágnerová 2000, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, Nováková in Vítková 2004).

Důsledky negativního působení na psychický vývoj jedince mohou podle Novákové (in Vítková 2004) být **kvantitativního** nebo **kvalitativního charakteru**. Za důsledek kvantitativního charakteru považujeme změny převážně smyslového poznání, kdy má zrakově postižený jedinec omezené nebo zcela utlumené zrakové vnímání. To u něj způsobuje vznik sníženého množství představ nebo horší formování obrazů v jeho fantazii. Důsledkem kvalitativního charakteru jsou potom zvláštnosti psychiky zrakově postižených osob jako například odlišný způsob vnímání, specifické zvláštnosti při formování pojmů, změny v emocionálně volní oblasti nebo změny ve vlastnostech osobnosti.

Výše uvedené důsledky, zejména potom nedostatečný přísun zrakových informací a deformace představ zrakově postiženého o světě, bývá příčinou tzv. **senzorické deprivace**. Té lze předcházet včasným diagnostikováním zrakové vady a správným začleněním zrakově postiženého do odpovídající péče (srov. Vágnerová 2000, Ludíková in Valenta 2003).

Dopad zrakového postižení na vývoj jedince můžeme pozorovat v poznávacích procesech, motorickém a sociálním vývoji. Rozvoj **poznávacích procesů** je působením zrakové vady zcela ovlivněn, zejména jedná-li se o jedince s vrozeným postižením. Kvůli částečné nebo úplné absenci zrakového vnímání, je nutné nahradit nedostatek vizuálních informací buď aktivním využíváním zbylého vidění, nebo rozvojem a zdokonalováním zbylých smyslů. U osob se zrakovým postižením má kompenzační funkci především sluchové a hmatové vnímání (Vágnerová 2004).

Myšlení zrakově postižených se výrazně neliší od myšlení vidomých lidí, přesto má kvůli deficitu smyslových zkušeností určitá specifika. To se nejčastěji projevuje u osob vrozeně nevidomých. Ti mívají obtíže při srovnávání a přirovnávání předmětů, při identifikaci předmětů, které mají shodné znaky a vlastnosti nebo s generalizací. To vše lze překonat zařazením jedince do vhodného výchovně-vzdělávacího procesu. S rozvojem myšlení úzce souvisí i rozvoj řeči, která má pro zrakově postiženého jedince mnohem větší význam. Kromě funkce komunikační totiž plní také funkci kompenzační. Pomáhá rozvíjet poznávací schopnosti a zčásti nahrazuje chybějící smyslovou zkušenost. Na druhou stranu však můžeme u zrakově postižených osob pozorovat tzv. verbalismus, kdy sice zrakově postižení používají mnoho slov a pojmů, ale jejich významu zcela nebo úplně nerozumí. Pro zrakově postižené má dále velký význam paměť, jak sluchová, tak i hmatová (srov. Vágnerová 2004, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007).

Další oblastí, která je u zrakově postižených osob negativně ovlivněna, je **pohybový vývoj**. Jedním z hlavních důvodů je ztráta motivace k pohybu, protože zrakově postižené

dítě nevidí pro ně atraktivní předměty, které by jej upoutaly a navnadily k pohybu. Jedinou možností, jak se pohybovat a poznávat tak prostor kolem sebe, je potom pohybovat se za zvukovými podněty. Proto je potřeba věnovat této oblasti velikou pozornost. V opačném případě mohou mít zrakově postižení problémy například s koordinací vlastních pohybů a jejich chůze může být velice nejistá. Navíc se často setkáváme s tím, že zrakově postižené děti mívají potíže s vytvářením představ o jejich prostředí, jsou nejisté při prostorové orientaci a svůj pohyb musí mít pod neustálou vědomou kontrolou, které je potřeba věnovat maximální pozornost (Hamadová, Květoňová, Nováková 2007).

V oblasti **sociálního vývoje** neboli socializace je zrakově postižený jedinec omezován v získávání sociálních zkušeností, které jsou potřebné, aby se naučil vhodnému způsobu reagování. Osoba se zrakovým postižením se může na rozdíl od očekávání většinové společnosti chovat odlišně, což může v některých případech u ostatních lidí vyvolávat negativní reakce a zpětně tak posilovat odlišné chování zrakově postiženého jedince. U těchto lidí se často setkáváme s obtížemi v neverbální komunikaci, jelikož nedokáží věnovat pozornost vlastním mimickým a pantomimickým projevům, které pro ně nemají takový význam jako pro lidi vidomé. Při komunikaci navíc nedokáží tyto projevy vnímat ani u svého komunikačního partnera, a proto se špatně orientují v aktuální sociální situaci. Zrakově postižení, zejména vrozeně nevidomí mívají také horší úroveň sociálního porozumění a pochopení určitých sociálních situací, nejsou schopni učit se nápodobou od druhých lidí nebo se v důsledku špatné orientace v neznámém prostředí stávají více či méně nesamostatnými a závislými na pomoci druhých lidí (Vágnerová 2004, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007).

10.4 Kompenzační pomůcky

V souvislosti se vzděláváním zrakově postižených a integračními trendy současnosti je nutné zmínit kompenzační pomůcky, které zrakově postiženým žákům výrazně pomáhají v edukačním procesu. Výběr pomůcky bude záviset jak na účelu jejího použití, tak na stupni a druhu zrakové vady, je nutné brát v úvahu také osobnostní předpoklady pro práci s danou pomůckou.

Keblová (1999) rozděluje **kompenzační pomůcky dle použití** následovně:

- pomůcky pro informatiku a komunikaci (např. psací a čtecí stroje),
- pomůcky pro orientaci (např. bílé hole),
- pomůcky pro každodenní život (např. ozvučené hodinky, ozvučený mobilní telefon),
- nářadí, nástroje, přístroje a přípravky pro řemeslné práce a výrobní činnosti,
- hračky a hry, sportovní potřeby a pomůcky (např. tandem),
- pomůcky pro vzdělávání,

- trenažéry na výcvik kompenzačních zručností,
- pomůcky pro diagnostiku.

Pomůcky pro výukovou přípravu lze rozdělit do skupin – Křiblová (1999) uvádí dvě skupiny, **optické** (lupy, dalekohledové systémy, filtry apod.) a **neoptické** (Pichtův psací stroj, didaktické pomůcky, jako různé modely, reliéfní nákresy a mapy apod.) u jiných autorů lze nalézt zvláštní skupinu elektronických pomůcek (např. Braillovský řádek vívo kompenzačních pomůček a www.spktavox.cz).

Braillovský řádek – neoptická pomůcka

Jedná se o speciální hardware pro nevidomé, známý u nás také jako hmatový zobrazovač. Připojuje se k počítači a převádí textové informace z obrazovky do Braillova písma. Nevidomý žák/student se pohybuje v textu pomocí klávesnice, informace v textu si může přečíst hmatem. Možnost četby písma umožňuje kontrolu pravopisu, v případě výuky je výhodou zobrazení písemné formy a přečtení hlasovým

Dle Vyhlášky č. 72/2005 Sb. poskytne poradenství žákům se zrakovým postižením speciálněpedagogické centrum. Některé pomůcky může zapůjčit speciální škola či speciálněpedagogické centrum. Pro žáky středních a vysokých škol jsou získávány pomůcky přes Tyfloservis, o. p. s. a Tyflocentrum, o. p. s. (počítačové vybavení), dále pomáhají střediska pomoci handicapovaným studentům při vysokých školách.

KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Definujte pojem oftalmopedie.
 2. Jaká je etiologie zrakového postižení?
 3. Jaká je klasifikace osob se zrakovým postižením?
 4. Specifika jednotlivých typů zrakového postižení.
 5. Jaké znáte rehabilitační a kompenzační pomůcky?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte kazuistiku dospělého klienta se zrakovým postižením se zaměřením na jeho sociální, profesní a rodinnou stránku osobního života ve vztahu k sociální inkluzi tohoto jedince.



DALŠÍ ZDROJE

viz. podkapitola DALŠÍ ZDROJE v 1. kapitole učebního textu



SHRnutí KAPITOLY

Uvedená kapitole uvádí studenta do základní problematiky zrakového postižení. Orientuje se na etiologii a klasifikaci zrakových postižení včetně rehabilitačních a kompenzačních pomůcek.

LITERATURA

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

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

BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD, 2005b. ISBN 80-86633-37-3.

BARTOŇOVÁ, M. (ed.). *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení*. Brno: MSD, 2005c. ISBN 80-86633-33-1

FRANIOK, P. *Kapitoly z teorie speciální pedagogiky*. Ostrava: OU, 2003. ISBN 80-7042-280-7.

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

GULOVÁ, L., ČECH, T. a kol. *Teoreticko-metodická propedeutika pro edukační činnosti s dětmi a mládeží. Na pomoc romským pedagogickým asistentům*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-06-3.

GULOVÁ, L., ČECH, T. (ed.). *Texty pro pedagogicko-psychologickou přípravu romských asistentů*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-011-2.

HŘÍBKOVÁ, L. *Nadaní a nadání*. Praha: UK PdF, 2005. ISBN 80-7290-213-X.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-41-9.

KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-85931-91-5.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., MADLENER, I., VÍTKOVÁ, M., ŘEHŮŘEK, J. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-75-3.

LAZNIBATOVÁ, J. *Nadané dieťa*. Bratislava: Iris, 2001.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Edice Efeta. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.

LECHTA, V. et al. *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Edice Efeta. Martin:

- Osveta, 2002. ISBN 80-8063-092-5.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitóriium*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, J. *Komunikace ve škole*. Brno: MU, 1995. ISBN 80-210-1070-3.
- LUDÍKOVÁ, L. *Vzdělávání hluchoslepých I*. Praha: Scientia, 2000. ISBN 80-7183-225-1.
- MAREŠ, J. Klima školní třídy. In ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001, s. 565–579.
- MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*. Jinočany: HaH, 1993, 1995.
- MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991.
- MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia*. Bratislava: 1993.
- NAVRÁTIL, P. *Romové v české společnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-741-8.
- NOVÁKOVÁ, Z. Integrativní forma povinného vzdělávání zrakově postižených žáků z pohledu jejich pedagogů. *Speciální pedagogika*, 2003, č. 1, s. 9–21.
- ONDERKOVÁ, V. *Pomocný program pre slaboprosievajúcich rómskych žiakov*. Prešov: MPC, 2004. ISBN 80-89045-308-X.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3242-1.
- PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na oftalmopedii*. Liberec: TU, 1999. ISBN 80-7083-350-5.
- PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na tyflopedii*. Liberec: TU, 1999. ISBN 80-7083-351-3.
- PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly z etopedie. 1. díl. Klasifikace a diagnostika poruch chování*. Liberec: TU, 2003. ISBN 80-7083-750-0.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. Olomouc: PdF UP, 2001. ISBN 80-244-0258-0.
- PEETERS, T. *Autismus. Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 2000.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením*. Brno: IPPP

ÈR, 2004. ISBN 80-86856-01-1.

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

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

POKORNÁ, V. *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. Praha: Portál, 1997, 2001. ISBN 80-7178-135-5.

PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova: Teorie – praxe – výzkum*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-72-2.

PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-399-4.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: ÚIV, 2005.

RENOTIÉOVÁ, M.; LÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0873-2.

SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. Praha: SPN, 1984.

SCHOPLER, E., MESIBOV, G. B. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7180-545-8.

ŠIŠKOVÁ T. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠOTOLOVÁ, E. *Vzdělávání Romů*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-528-9.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7113-175-X.

ŠVARCOVÁ, I. *Alternativní vzdělávací program zvláštní školy pro žáky romského etnika*. MŠMT. Č.j. 35 252/97–24 Praha, 1998.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti (Jak jednat s velmi neklidnými dětmi)*. Praha: Portál, 1997.

TYMICHOVÁ, H. *Nauč mě číst a psát*. Praha: Avicenum, 1985.

VÁGNEROVÁ, M. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha: Karolinum, 1993.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-803-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-214-9.

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP, 2003, s. 260–288. ISBN 80-244-0698-5.

VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2001. ISBN 80-967180-7-X.

VANČOVÁ, A. *Základy pedagogiky mentálně postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2005. ISBN 80-968797-6.6.

VAŠEK, Š. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 1999.

VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A. Integrácia žiakov so špeciálnymi potrebami na Slovensku. In VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP, 2003, s. 260–288. ISBN 80-244-0698-5.

VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.

VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, 2003a. ISBN 80-86633-07-1.

VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD 2003b. ISBN 80-86633-08-X.

VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. 2., přepracované a rozšířené vydání*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.

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

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

Seznam zahraniční literatury:

BALCERZAK-PARADOWSKA, B. *Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2000.

BARRON, K. *Disability end Gender – Autonomy as an Indication of Adulthood*. Uppsala University, 1997.

BECK, U. *Spoleczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar, 2000.

DYKCIK, W. *Pedagogika Specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*. Poznań: WPNTP, 2005.

GASIK, W. Rozwój praktyki i teorii pedagogiki w wieku XIX i w początkach XX wieku. In Mauersberg, S.: *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*. Warszawa, 1990.

GIDDENS, A. *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa, 2002.

HULEK, A. Podstawy rehabilitacji. In: Hulek, A. (red.): *Pedagogika rewalidacyjna* Warszawa: PWN, 1978.

KIRENKO, J. *Oblicza niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo Akademickie WSSP, 2006.

KOTOWSKA, I.E., GRABOWSKA I. Niepełnosprawność. In Czapiński, J., Panek, T.: *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: WIZJA PRESS, 2006.

KRAUSE, A. *Integracyjne złudzenia ponowoczesności. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS, 2000.

LORENZ, K. *Regres człowieczeństwa*. Warszawa: PIW, 1986.

MAJEWSKI, T. *Zatrudnienie wspomagane osób niepełnosprawnych*. Warszawa: KIG-R, 2006.

OSSOWSKI, R. *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: WSP, 1999.

OSTROWSKA, A., SIKORSKA, J. *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa: IFiS PAN, 1996.

SZCZEPAŃSKI, J. *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa: PWN, 1972.

SZTOMPKA, P. Trauma zmian społecznych. In Sztompka, P.: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak, 2004.

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora přináší obrovské množství informací z oblasti speciální pedagogiky dospělých, resp. speciální andragogiky, resp. andragogiky osob s disabilitou. Kopíruje tradiční klasifikaci oboru na jednotlivé pédie a směřuje se právě na specifika dospělého věku. Absolvováním tohoto kurzu si studenti odnesou vědomosti, schopnosti a koneckonců i dovednosti v oblasti specializované práce s handicapovanými dospělými jedinci.























Předmět je zároveň předmětem státních závěrečných zkoušek ve specializaci studia speciální pedagogiky a na samém konci textu uvádím základní státnicové otázky, na které zcela jistě najde student odpovědi v předloženém rozsáhlém studijním textu.

Okruhy k SZZ specializace Speciální andragogika

1. Andragogika, sociální andragogika, speciální andragogika, vymezení, rozdíly, specifika.
2. Dějiny andragogiky, sociální andragogiky a speciální andragogiky.
3. Vývoj péče o osoby se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním.
4. Andragogika v kontextu sociálních a pedagogických věd.
5. Sociální, psychologické a biologické specifikace dospělého věku.
6. Mezinárodní klasifikační dokumenty WHO a APA.
7. Přejít škola – povolání jako biodromální krize.
8. Přejít dospělost – senium jako biodromální krize.
9. Možnosti institucionální a domácí péče o dospělé jedince s postižením a znevýhodněním.
10. Speciální andragogika osob s mentální disabilitou.
11. Speciální andragogika osob s chronickým a nevléčitelným onemocněním.
12. Speciální andragogika osob se somatickým postižením.
13. Speciální andragogika osob se zrakovým postižením.
14. Speciální andragogika osob se sluchovým postižením.
15. Speciální andragogika osob s kombinovaným postižením.

16. Speciální andragogika osob se sociopatologickými projevy chování.
17. Resocializační pedagogika, vývoj, metody, zásady, specifika.
18. Penologie a kriminologie se zaměřením na problematiku dospělého věku.
19. Sociální práce a sociální politika ve vztahu k dospělé populaci.
20. Legislativní ukotvení zdravotní, sociální a poradenské péče o jedince dospělého věku.
21. Specifika seniorská populace, pauperizace, multimorbidita.
22. Demence, typologie, klasifikace, diagnostika.
23. Socioedukativní dimenze gerontologie.
24. Tabuizovaná témata seniorského věku, smrt, umírání, euthanasie.
25. Spirituální a náboženská problematika dospělého a seniorského věku.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Pozn. Tuto část dokumentu nedoporučujeme upravovat, aby byla zachována správná funkčnost vložených maker. Tento poslední oddíl může být zamknut v MS Word 2010 prostřednictvím menu Revize/Omezit úpravy.

Takto je rovněž omezena možnost měnit například styly v dokumentu. Pro jejich úpravu nebo přidávání či odebírání je opět nutné omezení úprav zrušit. Zámek není chráněn heslem.

Název: **Andragogika osob s disabilitou**

Autor: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Výzkumné centrum pro sociální začleňování
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava

Vydání: první

Místo a rok vydání: Opava, 2019

Náklad: elektronicky

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 185

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.