



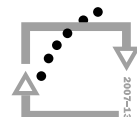
evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tvorba a realizace kurzů zaměřených na práci s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami pro pedagogické pracovníky středních škol a druhého stupně základních škol
reg. č.: CZ.1.07/1.3.13/03.0016

ZÁKLADY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Libuše Ludíková
Zdeňka Kozáková
a kolektiv

Olomouc 2012

Oponenti:

Mgr. Monika Weilová
Mgr. Monika Kunhartová

Složení autorského týmu:

prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc. (vedoucí autorského týmu)
Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
Mgr. Jiří Langer, Ph.D.
Mgr. Dita Finková, Ph.D.
Mgr. Jiří Kantor
Mgr. Pavel Kučera
Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.
Mgr. et Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.
doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

Publikace vznikla v rámci projektu *Tvorba a realizace kurzů zaměřených na práci s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami pro pedagogické pracovníky středních škol a druhého stupně základních škol.*

Projekt je realizován v rámci globálního hrantu CZ.1.07/1.3.13 – „*Další vzdělávání pracovníků škol a školských zařízení v Olomouckém kraji*“ Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost spolufinancovaného ze státního rozpočtu ČR a Evropského sociálního fondu.

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní popř. trestněprávní odpovědnost.

Tato publikace neprošla redakční jazykovou úpravou.

1. vydání

© Libuše Ludíková, Zdeňka Kozáková a kol., 2012

ISBN 978-80-244-3092-8

Obsah

Úvod.....	5
<i>Libuše Ludíková, Zdeňka Kozáková</i>	
1 Základy psychopedie	7
<i>Lucia Pastieriková</i>	
2 Základy surdopedie	25
<i>Jiří Langer, Pavel Kučera</i>	
3 Základy tyflopédie	41
<i>Dita Finková</i>	
4 Základy somatopedie.....	49
<i>Jiří Kantor</i>	
5 Základy etopedie	59
<i>Miluše Hutýrová</i>	
6 Základy logopedie (logopedie jako vědní obor)	75
<i>Kateřina Vitásková</i>	
7 Základy logopedie (komunikační schopnost a její narušení)	80
<i>Renata Mlčáková</i>	
8 Narušení grafické složky řeči aneb specifické poruchy školních dovedností.....	86
<i>Gabriela Smečková</i>	
9 Terminologické vymezení a klasifikace specifických poruch školních dovedností	89
<i>Gabriela Smečková</i>	
10 Etiologie specifických poruch školních dovedností	97
<i>Gabriela Smečková</i>	
11 Specifické a nespecifické symptomy specifických poruch školních dovedností	101
<i>Gabriela Smečková</i>	
Závěr	106
<i>Libuše Ludíková, Zdeňka Kozáková</i>	

Úvod

Vážení čtenáři,

text, který vám předkládáme, vznikl v rámci projektu **Tvorba a realizace kurzů zaměřených na práci s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami pro pedagogické pracovníky středních škol a druhého stupně základních škol** (registrační číslo CZ.1.07/1.3.13/03.0016), spolufinancovaného ze státního rozpočtu ČR a Evropského sociálního fondu.

V rámci projektu pořádá Ústav speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci tři několikátýdenní kurzy, které jsou specificky zaměřeny na základy speciální pedagogiky, poradenství pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami a na specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami. Každý kurz je samostatný a jinak obsahově zaměřený, proto je pro každý z nich vytvořen samostatný podpůrný studijní text.

V tomto, v pořadí prvním, textu s názvem ***Základy speciální pedagogiky*** se zaměříme na stěžejní poznatky ze sféry práce s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, které jsou vnímány, v době integračních snah, jako nezbytná součást profesní kvalifikace dnešního pedagoga. V jednotlivých kapitolách představíme vybrané typy speciálních vzdělávacích potřeb z oblasti logopedie, surdopedie, tyflopédie, somatopedie, etopedie, psychopedie a specifických vývojových poruch učení.

Absolventi tak získají přehled o jednotlivých typech speciálních vzdělávacích potřeb a o specifickém přístupu k těmto žákům a studentům. Text kapitol je pojatý jako vstupní pohled do okruhu jednotlivých typů speciálních vzdělávacích potřeb, ne jako jejich podrobná charakteristika či specifikace speciální intervence. Detailnější informace naleznete až v dalších textech, které doplní kurzy zaměřené na poradenské služby a na specifika komunikace s jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami, včetně metod alternativní (náhradní) a augmentativní (doplňující) komunikace.

Jednotlivé pojmy a problémy, které se v textu vyskytují, se vám snažíme přiblížit v kontextu, který je vám, jak věříme, vzhledem k vaší profesi blízký a srozumitelný. Doufáme, že kurzy i publikace přispějí k vaší hlubší orientaci v dané problematice, o které se v současné společnosti neustále diskutuje, ale bohužel ne vždy je odpovídajícím způsobem řešena. Platné legislativní předpisy a nařízení nemohou pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami vytvořit odpovídající podmínky, pokud je náležitým způsobem neuchopí všechny zúčastněné a zodpovědné osoby, tedy i vy, pedagogičtí pracovníci středních škol a druhého stupně základních škol v Olomouckém kraji.

Současně věříme, že nás v průběhu kurzů obohatíte svými osobními zkušenostmi, návrhy a náměty k inovaci a zlepšení některých postupů a že se budete s chutí a aktivně účastnit jednotlivých výukových lekcí.

prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.
Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

Základy psychopedie

Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.

Cíle

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

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

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

Průvodce studiem

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

1 Základní psychopedická terminologie

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

Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie

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

Pro zájemce

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

Mentální retardace **Mentální retardace**

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

Vrozená mentální retardace **Vrozená mentální retardace**

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

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

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

Pro zájemce

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

Mentální postižení **Mentální postižení**

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

Hraniční pásmo MR **Hraniční pásmo mentální retardace**

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

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

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

2 Etiologie, symptomatologie a klasifikace mentálního postižení

2.1 Etiologie mentálního postižení

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

Etiologie
mentálního
postižení

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

2.2 Klasifikace mentálního postižení

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

Klasifikace
mentálního
postižení

Současné klasifikační systémy:

Klasifikační
systémy

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

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

Pro zájemce

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

2.3 Symptomatologie mentálního postižení

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

My vám nabízíme přehled projevů dle jednotlivých stupňů mentálního postižení.

Tabulka: Klasifikace dle stupňů mentálního postižení

Klasifikace
dle stupňů
mentálního
postižení

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

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

3 Specifika poznávacích procesů u osob s mentálním postižením

Vnímání

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

Pozornost

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

Myšlení

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

Řeč

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

Paměť

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

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

Emocionální sféra

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

Emocionální sféra

Pro zájemce

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

Emoční deprivace

Vůle

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

Vůle

Sebehodnocení

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

Sebehodnocení

Pro zájemce

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

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

Sexualita

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

Charakter

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

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

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

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

4 Edukační systém a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

4.1 Základní východiska vzdělávání osob s mentálním postižením

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

Legislativní opatření

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

Integrace, nebo speciální škola?

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

4.2 Raná péče o osoby s mentálním postižením

Střediska rané péče

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

Střediska rané péče

4.3 Předškolní vzdělávání osob s mentálním postižením

Předškolní vzdělávání je realizováno v:

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

Předškolní výchova

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

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

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

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

Přípravná třída základní školy

4.4 Základní vzdělávání osob s mentálním postižením

Základní vzdělávání Osoby s mentálním postižením absolvují základní vzdělávání v:

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

Integrace v základní škole **Základní škola**

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

Základní škola praktická **Základní škola praktická**

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

Pro zájemce

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

Základní škola speciální **Základní škola speciální**

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

Pro zájemce

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

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

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

Rehabilitační třídy

Rehabilitační třídy

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

4.5 Střední a celoživotní vzdělávání osob s mentálním postižením

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

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

Odborná učiliště

Odborná učiliště

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

Praktická škola

Praktická škola

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

Speciální kurzy, večerní školy a rekvalifikační kurzy

Speciální kurzy, večerní školy a rekvalifikační kurzy

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

4.6 Systém poradenské podpory

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

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

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

4.7 Zaměstnávání osob s mentálním postižením

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

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

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

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

5 Poruchy autistického spektra

5.1 Základní terminologie a vývoj názorů na autismus

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

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

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

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

5.2 Etiologie autismu

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

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

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

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

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

5.3 Symptomatologie postižení

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

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

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

Problémy v sociálních interakcích a v sociálním chování

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

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

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

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

Problémy v komunikaci

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

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

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

Omezení imaginace, stereotypní a repetitivní chování

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

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

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

Nespecifické symptomy

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

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

5.4 Specifika péče o osoby s autismem

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

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

TEACCH program stojí na třech pilířích:

a) Individualizace

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

b) Strukturalizace

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

c) Vizualizace

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

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

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

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

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

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

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

Shrnutí

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

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

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

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

Kontrolní otázky a úkoly

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

Pojmy k zapamatování

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

Literatura

Seznam použité literatury:

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

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

Základy surdopedie

Mgr. Jiří Langer, Ph.D.

Mgr. Pavel Kučera

Cíle

Cílem kapitoly je přiblížit základní poznatky o problematice sluchového postižení a surdopedii jako samostatné speciálněpedagogické disciplíně, diagnostických a vzdělávacích metodách a přístupech, stejně jako technických a kompenzačních pomůckách, které osoby se sluchovým postižením využívají.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat surdopedii a její cíle;
- orientovat se v pojmech, které jsou užívány pro označení osob se sluchovým postižením;
- vyjmenovat jednotlivé typy sluchového postižení;
- popsat systém výchovně-vzdělávací péče o děti se sluchovým postižením, včetně jednotlivých vzdělávacích přístupů;
- vyjmenovat jednotlivé diagnostické a vyšetřovací metody sluchu;
- orientovat se v nejčastějších technických a kompenzačních pomůckách pro osoby se sluchovým postižením.

Průvodce studiem

Sluch je spolu se zrakem jedním z nejdůležitějších lidských smyslů, kterými získáváme informace o svém okolí, a učíme se tak novým dovednostem. Jeho postižení, způsobené určitou vadou nebo poruchou, pak v závislosti na různých faktorech zapříčiňuje značné potíže při rozvoji komunikačních i rozumových schopností a následně ohrožuje úspěšnou socializaci dítěte do většinové společnosti. Prostřednictvím speciálních surdopedických metod a přístupů je však možné jednotlivé negativní dopady minimalizovat, a co nejvíce je tak eliminovat. V následující kapitole se proto seznámíte se základními informacemi z problematiky sluchového postižení a s ním souvisejícími oblastmi.

1 Surdopedie jako vědní disciplína

Surdopedie (z latinského *surdus* = hluchý a řeckého *paideia* = výchova) je označována jako vědní disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob (dětí, mládeže a dospělých) se sluchovým postižením. (Langer, Souralová, 2006) V minulosti byla problematika edukace osob se sluchovým postižením součástí speciálněpedagogické disciplíny logopedie (výchova a vzdělávání osob s narušenou komunikační schopností, dříve označované jako vady řeči) z důvodu totožného cíle speciálněpedagogického působení obou oblastí, kterým bylo naučit žáky komunikovat mluvenou řečí. Praxe však ukázala, že specifika edukace osob (zejména dětí) se sluchovým postižením a osob s narušenou komunikační schopností se od sebe tak zásadně odlišují, že je nutné problematiku osob se sluchovým postižením z logopedie vyčlenit. **Od roku 1983 je proto surdopedie v rámci studia speciální pedagogiky studována samostatně** a sluchové postižení je rovněž vnímáno jako jedinečné postižení se svými specifiky.

Vymezení
surdopedie

Cílem surdopedického edukačního působení je poskytnout osobám se sluchovým postižením komplexní vzdělání, a umožnit tak rozvoj osobnosti po stránce kognitivní, psychosociální i emocionální. Jedním z hlavních cílů je vytvoření náležitých komunikačních kompetencí osob se sluchovým postižením, které jim usnadní maximální začlenění do většinové slyšící společnosti při respektování jejich jazykových a kulturních specifik. Při surdopedické intervenci je stejně jako v ostatních

Cíle edukační
intervence

speciálněpedagogických disciplínách nutné bezpodmínečně respektovat individuální možnosti a potřeby vzdělávaných osob se sluchovým postižením. (Langer, Souralová, 2006)

Vztah surdopedie k ostatním vědám

Vzhledem ke komplexnosti a širokému záběru problematiky výchovy a vzdělávání osob se sluchovým postižením spolupracuje surdopedie velmi úzce s několika společenskovědními, medicínskými i technickými obory. Je proto nutné, aby se každý surdoped – profesionál orientoval v těchto vědních oborech (Pulda, 1992; Potměšil, 2003; Tarcsiová, 2008):

- společenskovědní obory (speciální pedagogika, pedagogika, psychologie, jazykověda, filozofie, sociologie, kulturní a sociální antropologie, kybernetika);
- medicínské a biologické obory (anatomie, fyziologie, otorinolaryngologie (ORL), audiologie, foniatrie, lékařská genetika, pediatrie, neonatologie, léčebná rehabilitace, neurologie);
- technické a fyzikální obory (akustika, elektrotechnika, výpočetní technika).

2 Sluchové postižení

Sluchové postižení jako sociální důsledek sluchové poruchy nebo vady

Za **sluchové postižení považujeme sociální důsledek takové ztráty sluchu, kterou již není možné plně kompenzovat technickými pomůckami**, a která již tedy negativně ovlivňuje kvalitu života člověka. Je tak třeba rozlišovat mezi termíny „sluchová ztráta, sluchová porucha, vada sluchu“ apod., které označují určitou objektivní sluchovou nedostatečnost, a termínem „sluchové postižení“, které je jejím sociálním důsledkem. Leonhardt (2001) uvádí čtyři základní faktory, které se podílí na potencionálním vzniku sluchového postižení:

- typ a stupeň sluchové poruchy nebo vady;
- věk, ve kterém došlo k poruše nebo vadě sluchu;
- případná kombinace s další zdravotní poruchou nebo vadou;
- vliv okolního prostředí (zejm. sociálního).

Za další faktory ovlivňující důsledky sluchového postižení považujeme:

- dobu stanovení diagnózy a odhalení sluchové poruchy nebo vady;
- osobnostní vlastnosti;
- úroveň sociální péče;
- úroveň lékařské péče;
- kvalitu speciálněpedagogického působení apod.

Ne každá objektivně naměřená sluchová ztráta tedy vyústí ve sluchové postižení, podobně jako např. zjištěná zraková vada vyžadující korekci dioptrickými brýlemi automaticky neřadí daného jedince do kategorie osob se zrakovým postižením. Jak je zdůrazněno již v úvodu této podkapitoly, sluchové postižení je sociálním důsledkem určité objektivní poruchy nebo vady. Hranice, kdy o něm začínáme hovořit, je tedy relativní a odvíjí se od úrovně sluchu průměrné lidské populace. **Oproti této většinové populaci je člověk s určitým stupněm omezení sluchových funkcí znevýhodněn, sociálně handicapován, a je tak tedy snížena kvalita jeho života.**

3 Terminologie v oblasti sluchového postižení

Pojmenování a označení osob, které trpí různými stupni ztráty sluchu, je v současné surdopedické teorii i praxi poměrně problematické. (Hrubý, 1996, 1999) Ustáleným, obecným a nejčastěji užívaným je termín „sluchově postižený“, který je analogický s cizojazyčnými pojmy „hearing impaired“, „Hörgeschädigte“, „déficient auditif“, „sluchovo postihnutý“. V posledních letech se postupně přechází k označení „osoba (člověk, jedinec, dítě atd.) se sluchovým postižením“, které v první řadě zdůrazňuje lidskou individualitu a až poté přidává přídomek o stavu (postižení). Osobami se sluchovým postižením jsou tedy souhrnně nazývány všechny osoby se sluchovou ztrátou bez

ohledu na její stupeň, druh nebo dobu vzniku. Vedle termínu „osoba se sluchovým postižením“ se objevují dále pojmy jako „osoba s vadou sluchu“, „neslyšící“, „hluchý“, či dokonce zastaralý a nežádoucí termín „hluchoněmý“ (jak upozorňují např. Hrubý, 1999; Poul, 1996; Krahulcová, 2001).

Úskalím generalizovaného používání pojmů „neslyšící“ a „hluchý“ je fakt, že z lékařského hlediska se jedná pouze o osoby, které ani s největším zesílením neslyší žádný zvuk (dle definice Světové zdravotnické organizace – WHO), na rozdíl od osob se zbytky sluchu nebo osob nedoslýchavých. Hrubý (1999) srovnává nesprávné používání stupňů sluchového postižení a jejich zahrnutí pod pojem „neslyšící“ se stupni zrakového postižení, přičemž poukazuje na nesmyslnost označování osob používajících silné dioptrické brýle jako osob slepých nebo nevidomých. Podle Hrubého (1996, 1999) dokonce obecné používání termínu „neslyšící“ pro označení všech sluchově postižených bez ohledu na druh a stupeň postižení skutečně neslyšící (osoby s úplnou ztrátou sluchu) výrazně poškozuje, protože znemožňuje přesnou diferenciaci jednotlivých typů a stupňů postižení sluchu. Tento fakt může ve svém důsledku způsobovat zlehčování závažnosti těžkých sluchových poruch především ve vztahu k laické veřejnosti. Mezi rodiči, laickou, ale i odbornou surdopedickou veřejností jsou ovšem i v současnosti oba pojmy pro pojmenování všech sluchově postižených hojně užívány. Dokonce i sami sluchově postižení užívají tento termín např. v názvech svých organizací (Česká unie neslyšících, Českomoravská jednota neslyšících, Český svaz neslyšících sportovců apod.), přičemž jejich členy zdaleka nejsou výhradně lidé neslyšící v lékařském slova smyslu. Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 Sb. definuje v § 2 pro své účely neslyšící jako osoby, **„které neslyší od narození, nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči, a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem“**.

Termín „neslyšící“

V 90. letech 20. stol. se začala po vzoru komunity uživatelů amerického znakového jazyka část českých sluchově postižených označovat termínem „Neslyšící“ (s velkým „N“). Sluchově postižení, kteří se řadí mezi Neslyšící, se tedy považují za kulturní a jazykovou menšinu a požadují, aby nebyli považováni za postižené. (srov. Hrubý, 1999; Mrzílková, 1996; Lane a kol., 1996)

Neslyšící, nebo neslyšící?

4 Surdopedické zásady

Při pedagogické práci s osobami se sluchovým postižením (zejména s dětmi a mládeží) jsou uplatňovány všechny obecné didaktické a pedagogické zásady, které se osvědčují ve vzdělávání intaktní populace (systematičnost, individuální přístup, názornost aj.). Pulda (1992) a Potměšil (2003) vymezují několik dalších zásad, jejichž dodržování je pro úspěch pedagogického působení na osoby se sluchovým postižením nezbytné:

Zásady v edukaci osob se sluchovým postižením

- včasnost odborného surdopedického působení;
- komunikativnost;
- rozdíl v přístupu dle charakteru sluchového postižení;
- respektování vývojových zvláštností osob se sluchovým postižením;
- přiměřená náročnost a důslednost;
- specifická názornost a aplikace do praxe;
- systematičnost;
- začlenění znalostí do aktivní pojmové zásoby;
- rozvíjení návyku čtení a psaní.

5 Klasifikace a etiologie sluchových poruch a vad

Sluchové postižení je způsobeno rozličnými typy poruch nebo vad sluchu, které můžeme se speciálněpedagogickým zřetelem dělit dle tří hledisek:

- velikost sluchové ztráty,
- místo vzniku sluchové poruchy,
- doba vzniku sluchové poruchy.

Klasifikace dle velikosti sluchové ztráty Velikost sluchové ztráty má zásadní vliv na schopnost jedince vnímat zvuky z okolního prostředí. „Kvantita jednotlivých stupňů sluchové vady je vyjadřována v decibelech (dB), hlasitost zvuků, které se vyskytují v prostředí člověka, je vyjádřena stupnicí od 0 do 140 dB (např. šepot – 30 dB, tichý rozhovor – 40 dB, běžný hovor – 50–60 dB, diskotéka – 110 dB).“ Velikost sluchové ztráty pak znamená, že jedinec neslyší zvuky, jejichž intenzita je nižší než hodnota sluchového prahu (sluchové ztráty). Zvuky, jejichž intenzita je vyšší, než je hodnota sluchové ztráty, jedinec sice slyší, ale pouze hlasitostí, která se rovná rozdílu mezi intenzitou zvuku a velikostí sluchové ztráty. (Souralová, Langer, 2005, s. 11)

Klasifikace WHO Při členění sluchových poruch dle velikosti sluchové ztráty (kvantity) je aktuálně používáno několik škál stupňů poruch sluchu. Jednou z nejznámějších je klasifikace dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1980:

1. normální sluch (ztráta do 25 dB u dospělých, do 15 dB u dětí);
2. lehká sluchová porucha (ztráta 26–40 dB u dospělých, 16–40 dB u dětí);
3. střední sluchová porucha (ztráta 41–55 dB);
4. středně těžká sluchová porucha (ztráta 56–70 dB);
5. těžká sluchová porucha (ztráta 71–90 dB);
6. úplná ztráta sluchu – hluchota (ztráta nad 90 dB).

Znalost stupně poruchy sluchu je důležitá zejména proto, že je jedním ze zásadních faktorů ovlivňujících způsob komunikace, a tedy i důležitým aspektem určujícím sociální závažnost vyvolaného sluchového postižení.

Klasifikace dle lokalizace Dalším typem členění sluchových poruch je klasifikace dle místa poškození sluchového orgánu, která je nezbytná pro stanovení optimálního způsobu případné léčby a rehabilitačního působení. Dle místa patologického nálezu a místa vzniku sluchové poruchy rozlišujeme (Hložek, 1995):

Periferní poruchy:

- **Převodní poruchy** – jsou způsobeny narušením přenosu (převodu) mechanické energie ve vnějším nebo středním uchu (po oválné okénko včetně). Vzhledem k tomu, že funkce kochley je neporušena a je zachováno kostní vedení zvuku, nemůže samotná převodní sluchová porucha nikdy způsobit úplnou hluchotu (maximální ztráta se pohybuje v rozmezí 40–60 dB). Pomocí chirurgického zásahu lze také převodní poruchu obvykle zmírnit nebo zcela odstranit.
- **Percepční vady** – jsou způsobeny poruchou funkce Cortiho orgánu v hlemýždi (kochleární vady sluchu) nebo narušením sluchové dráhy ve sluchovém nervu (suprakochleární vady sluchu). Na rozdíl od převodních vad sluchu jsou percepční vady obvykle ireverzibilní (nevratné) a mohou způsobit úplnou ztrátu sluchu i přesto, že převodní aparát funguje bezchybně.
- **Smíšené poruchy** – jsou kombinací obou předchozích typů. Celková sluchová ztráta je pak součtem ztráty způsobené patologií převodního a percepčního ústrojí.

Centrální vady:

Představují obvykle komplikované patologické vady v podkorovém a korovém systému sluchové dráhy (sluchové centrum) a projevují se velmi rozmanitými příznaky (např. tak, že daná osoba je schopna diferencovat a zaznamenat některé zvuky, nerozumí však mluvené řeči stejné intenzity).

Z hlediska doby vzniku sluchové poruchy je rozlišujeme obecně na vady vzniklé v prenatálním, perinatálním a postnatálním období života člověka. Ze speciálněpedagogického hlediska se zřetelem na vhodný způsob komunikace je ovšem podstatnější členění poruch sluchu na:

Klasifikace dle doby vzniku

- **Prelingvální sluchové poruchy (vady)** – které vznikly před ukončením základního vývoje jazyka a řeči (k ukončení základního vývoje jazyka a řeči dochází obvykle v rozmezí 4–7 let věku, v průměru je to 6. rok věku) a které neumožňují nebo omezují spontánní osvojení mluveného jazyka a následně lidské řeči. Dosud nabyté jazykové a řečové dovednosti se v případě náhlé ztráty sluchu v prelingválním období začínou postupně vytrácet, a není-li včas zahájena příslušná odborná surdopedická a logopedická péče, mohou zcela zaniknout. Přirozeným komunikačním prostředkem osob s prelingvální poruchou nebo vadou sluchu těžšího stupně je tak příslušný národní znakový jazyk, protože jeho spontánní osvojení není vázáno na sluchové funkce.
- **Postlingvální sluchové poruchy (vady)** – které vznikly až po ukončení základního vývoje jazyka a řeči. Dítě (resp. dospělý člověk) s postlingválně získanou vadou sluchu již má jazykové i řečové dovednosti dostatečně fixovány, a nikdy tedy nedojde k jejich úplnému vymizení (dá se s nimi pracovat a dále je rozvíjet). V důsledku absence zpětné sluchové kontroly ovšem dochází k artikulačním a prozodickým změnám v mluveném projevu, které je možné minimalizovat včasným poskytnutím náležité a efektivní surdopedické a logopedické péče.

6 Vyšetřování a diagnostika sluchu

Diagnostikou sluchu se zabývá medicínský obor audiologie (specializovaný obor otorinolaryngologie), který má k dispozici celou řadu vyšetřovacích metod umožňujících velmi přesně odhalit případnou poruchu sluchu i její typ a navrhnout optimální léčebný postup a technickou kompenzaci.

Audiologie

Kromě klasického otoskopického (zrakem) vyšetření viditelných částí sluchového analyzátoru lze podle způsobu a charakteru vyšetření rozdělit jednotlivé zkoušky na:

Vyšetřovací metody

- orientační a screeningové zkoušky sluchu (vyšetření reflexů, zvuková zkouška řeči, metoda manželů Ewingových, pozorování chování dítěte);
- klasické zkoušky sluchu (vyšetření hlasitou řečí, vyšetření šepotem, vyšetření ladičkami);
- tónovou audiometrii;
- slovní audiometrii a
- objektivní zkoušky sluchu (vyšetření otoakustických emisí, impedanční audiometrie, vyšetření evokovaných sluchových potenciálů).

Jednotlivé audiometrické metody (orientační zkoušky, zkoušky ladičkami, tónová a slovní audiometrie, objektivní zkoušky sluchu) se v klinické praxi při diagnostice i diferenciální diagnostice navzájem kombinují a jejich výsledky se doplňují. Pro stanovení správné lékařské diagnózy (která slouží jako jedno z východisek pro stanovení optimálních edukačních, rehabilitačních i léčebných postupů) tedy nepostačuje provedení pouze jednoho izolovaného vyšetření, ale jejich celý komplex.

Výpočet celkové ztráty sluchu v procentech se v současnosti provádí podle tabulky Fowlera – Sabina, která vychází z hodnot sluchové ztráty v decibelech na jednotlivých frekvencích důležitých pro porozumění řeči.

7 Výchova a vzdělávání žáků a studentů se sluchovým postižením

Získání optimální výchovy a kvalitního vzdělání je zcela nezastupitelnou podmínkou úspěšné socializace člověka a dosažení plnohodnotného místa v lidské společnosti. Počátky vzdělávacího systému můžeme pozorovat již ve starověku spolu se vznikem prvních písemných památek. Osoby

se zdravotním postižením však měly získání odpovídajícího vzdělání vždy výrazně ztíženo, přičemž právě pro ně má mnohem zásadnější význam.

- Raná péče a preprimární vzdělávání Cílem komplexní výchovně-vzdělávací péče o sluchově postižené je maximální rozvoj všech stránek osobnosti jedinců se sluchovým postižením a jejich úspěšná socializace. V České republice je tato péče zajišťována soustavou specializovaných škol a školských zařízení pro sluchově postižené. Preprimární stupeň vzdělávání zabezpečují **střediska rané péče** (v současné době působí v České republice pouze jediné středisko rané péče pro sluchově postižené s názvem Tamtam, které má dvě pobočky), **speciálněpedagogická centra** a **mateřské školy**, které mají za úkol poskytnout včasnou edukační intervenci a odbornou pomoc zainteresovaným osobám.
- Primární vzdělávání Primární stupeň vzdělávání je zabezpečen sítí **základních škol** pro sluchově postižené, aplikujících různé metody a přístupy ke vzdělávání sluchově postižených žáků (viz dále). Povinná školní docházka je na základních školách pro sluchově postižené stejně jako na školách běžného typu devítiletá, je však obvykle prodloužena o jeden přípravný (nultý) ročník. Žáci jsou vzděláváni podle školních vzdělávacích programů, které vycházejí z rámcového vzdělávacího programu pro sluchově postižené. Počet žáků v jedné třídě je vyhláškou omezen minimálním počtem 4 a maximálním počtem 12 žáků. V současnosti funguje 7 základních škol pro sluchově postižené v Čechách (3 v Praze, Liberec, Hradec Králové, České Budějovice a Plzeň) a 6 na Moravě (Ostrava-Poruba, Valašské Meziříčí, Olomouc, Brno, Ivančice a Kyjov).
- Sekundární vzdělávání Po ukončení povinné školní docházky mohou sluchově postižení studenti pokračovat ve studiu sekundárního stupně na některé ze **středních škol** (praktické školy, učiliště, odborná učiliště, střední odborná učiliště, střední odborné školy a gymnázium). Nejčastějšími a nejvyhledávanějšími učňovskými obory jsou zejména: strojní mechanik, dámská krejčovská, truhlář, kuchař, cukrář, elektrikář, zahradník, šička a čalouník. Střední vzdělání ukončené maturitou je možno získat na střední zdravotnické škole v Praze-Radlicích (obor zubní technik), střední průmyslové škole oděvní (Brno), střední průmyslové škole elektrotechnické (Valašské Meziříčí), střední pedagogické škole (Hradec Králové) a na gymnáziu (Praha – Ječná ulice).
- Terciární vzdělávání Speciální terciární **vysokoškolské vzdělání** pro sluchově postižené se v České republice teprve rozvíjí a v současné době jsou na českých vysokých školách k dispozici pouze dva studijní programy, které jsou určeny primárně studentům se sluchovým postižením (bakalářský a navazující magisterský obor čeština v komunikaci neslyšících na Filozofické fakultě UK v Praze a bakalářský obor výchovná dramatika neslyšících na JAMU v Brně). Stále více vysokých škol se ovšem snaží zpřístupnit vysokoškolské studium sluchově postiženým studentům formou integrace a zřizují na jeho podporu poradenská a servisní centra, zajišťující vyrovnání studijních podmínek (poskytování tlumočnických a asistenčních služeb, přepisy přednášek, zapůjčování technických pomůcek atd.).
- Integrované vzdělávání Kromě navštěvování speciálních škol a školských zařízení mohou sluchově postižení využít možnosti integrace ve školách běžného typu. **Integrované vzdělávání** může probíhat individuální formou nebo zřizováním speciálních tříd v rámci běžných škol. O případné integraci rozhodují výhradně rodiče sluchově postiženého dítěte ve spolupráci se speciálněpedagogickým centrem a vedením příslušné školy. Úspěšná a pro dítě přínosná integrace je ovšem podmíněna ochotou a schopností všech zainteresovaných stran zajistit individuální potřeby sluchově postiženého dítěte. Na úspěšnosti integrace se podílí zejména stupeň poruchy sluchu dítěte, studijní předpoklady a inteligence dítěte, jeho osobnostní vlastnosti, schopnost využívat případné zbytky sluchového vnímání, vlastní motivace dítěte a motivace pedagogů a rodinných příslušníků.
- Doporučení pro pedagogy **Doporučení pro učitele integrovaného žáka se sluchovým postižením:**
- Žák se sluchovým postižením by měl sedět ve 2.-4. lavici, nejlépe v prostřední řadě, případně v řadě u okna.

- Pro lepší orientaci žáka se sluchovým postižením je vhodné umožnit mu prohlídku celé školní budovy a seznámení se zaměstnanci školy.
- Mluvicí osoba nikdy nesmí mít světlo v zádech, nesmí si zakrývat obličej, sklánět se při výkladu, chodit při výkladu po třídě a otáčet se k dítěti zády. Světlo má vždy dopadat na ústa a obličej mluvící osoby. Konverzační vzdálenost by měla vyhovovat všem komunikujícím.
- Během výukového procesu by se měl pedagog pohybovat pouze v zorném poli sluchově postiženého a neměl by k němu hovořit v době, kdy zapisuje na tabuli a kdy je ke třídě otočen zády.
- Chování pedagoga musí být klidné a jednoznačné, řeč jasná a zřetelná, bez zvyšování hlasu. Měl by vytvořit zásobu standardně používaných výrazů pro určité předměty.
- Vše důležité musí psát na tabuli.
- Otázkami se přesvědčovat, zda žák se sluchovým postižením rozumí probírané látce.
- Učivo zapisovat do kontaktního notýsku pro rodiče.
- Při vyučování by měl umožnit dítěti otáčení v lavici, aby vidělo ostatní vyvolané žáky.
- Vyvolané žáky by měl jmenovat.
- Dovolit spolusedícímu příležitostnou pomoc v hodině.
- Správnému odezírání může zabránit i lehká zdravotní indispozice dítěte.

Praktické zásady pro lepší integraci dítěte se sluchovým postižením:

Praktické zásady při integraci

- Pokud možno menší počet dětí ve třídě (není zcela nezbytné, záleží na dítěti a učiteli).
- Dítě sedí při klasickém uspořádání lavic v prostřední řadě, ve druhé až čtvrté lavici blíže ke katedře, podle lepšího ucha.
- Optimální je třída s kobercem (nebo umístít koberec alespoň pod lavicemi dětí) kvůli pohlcování rušivých zvuků.
- Navázat kontakt s konkrétními pedagogy před začátkem školního roku, sejít se v kombinaci učitel – dítě – rodiče – pracovník střediska rané péče či SPC.
- Umožnit dítěti seznámit se předem s prostředím třídy.
- Probrat s pedagogy technické problémy týkající se sluchadel, zajistit baterie ve škole.
- Využívat všech možných technických pomůcek, jsou-li dítěti ku pomoci.
- Na začátku školního roku je dobré usnadnit dítěti se sluchovým postižením seznámení se spolužáky (cedulky se jmény na lavicích, seznamovací hry se jmény apod.).
- Učitel by měl výrazně, ale ne přehnaně artikulovat, výhodou jsou nalíčené rty, velkou nevýhodou vousy (pro děti, které jsou odkázány na odezírání).
- Častá komunikace pedagogů s rodiči, osvědčuje se zavedení notýsku na úkoly a vzkazy, který používá jak učitel, tak rodič.
- Ve třídě je potřeba udržovat klid a řád, pro děti se sluchovým postižením se osvědčuje hodně strukturovaný program, potřebují vědět, kdy a co se bude dít, chaos jim nesvědčí a ve velkém hluku nemají možnost rozumět mluvené řeči.
- Problémem je práce ve skupině, učitel by měl buď reprodukovat, co ostatní děti řekly, nebo zvolit jinou formu, samozřejmě pokud na tom dítě není tak, že spolužákům rozumí. Je ale v každém případě nutné, aby dítě na všechny mluvící vidělo, aby mělo možnost otáčet se dozadu při čtení po lavicích apod. Učitel by měl volat děti jménem, aby integrované dítě vědělo, na koho se soustředil.
- Před sdělením důležité informace či instrukce je nutno dítě upozornit, že učitel bude mluvit, jinak by mohlo dojít ke ztrátě informací.
- Upozornit dítě na náhlou změnu tématu.
- Jako vhodné se jeví, aby žák sedící vedle žáka se sluchovým postižením byl vůči němu přátelský a ochotný pomoci.
- Hodně psát na tabuli, používat názorné pomůcky (čím víc, tím lépe).
- Při psaní na tabuli nesmí učitel mluvit – žák se sluchovým postižením nemůže v takové situaci odezírat.
- Při čtení ze sešitu či učebnice si učitel nesmí zakrývat textem ústa.
- Lépe se odezírá, když světlo dopadá na mluvčího, než když stojí u okna ve vlastním stínu.
- Ujistit učitele, že i když dítěti zprvu špatně rozumí, zlepší se to.

- Na jakékoli změny ve výuce upozornit i rodiče, ujistit se, že dítě rozumělo, nespoléhat se na jeho přikývnutí.
- Nedoporučuje se psát diktáty, ale jsou děti, které s nimi nemají problémy; hlavně s nimi děti nestresovat, pokud se jim nedaří.
- Důsledně se vyhýbat nicneříkající „slovní vatě“.
- Nikdy se neptat: „Rozumíš?“, raději se ptát: „Co jsi mi rozuměl?“ (Žák by mohl rozumět, ale něco jiného, a sám o svém omylu nevědět.).
- Potřebné informace opakovat bez nervozity, případně změnit stavbu věty nebo použít jiná slova.
- Nechat žáka se sluchovým postižením často odpovídat na to, co jsme řekli.
- Nezapomínat ani v zápalu vzájemné diskuze na to, že rozhovor vyžaduje od sluchově postiženého plné soustředění, které vyvolává brzy únavu.
- Pozor na zmírněné známkování. Jsou učitelé, kteří automaticky dávají dítěti s postižením lepší známky. Zákon to umožňuje, je ale nutné, aby to věděli i rodiče a nebyli pak překvapeni, že jejich dítě má proti spolužákům horší znalosti se stejnými výsledky. Samozřejmě je možné požadovat slovní hodnocení, individuální vzdělávací plán, ale vše musí být společně dohodnuto a prodiskutováno.

Přístupy ke vzdělávání osob se sluchovým postižením

V počátcích institucionalizované výchovně-vzdělávací péče o sluchově postižené začaly vznikat první komunikační a vzdělávací systémy, které se v průběhu staletí vyvíjely a zdokonalovaly až do své dnešní podoby. Nikdy se ovšem zainteresovaní odborníci neshodli na tom, který z existujících komunikačních systémů je pro výchovu a vzdělávání sluchově postižených nejvhodnější. V různých regionech tehdejšího vzdělaného světa docházelo k preferování různých metod a systémů. I v rámci Evropy existovala značná diferenciací názorů a vznikaly tehdy celé soustavy, které byly mnohdy založeny na zcela odlišných principech a filozofických východiscích.

7.1 Orální a auditivní přístup

Princip orálního přístupu Jednou z nejrozšířenějších vzdělávacích metod sluchově postižených v minulosti byl **orální přístup**, který byl dlouhá léta **dominantní i v českých zemích**. Termínem systém orální komunikace (resp. orální přístup ke vzdělávání) je v současnosti souhrnně označována poměrně široká škála více či méně podobných metod. Tzv. orální metoda (někdy též označována jako „oralismus“) je historicky vůbec nejstarším vzdělávacím přístupem a již od dob svých tvůrců a prvních průkopníků využívá podobně jako ostatní systémy vzdělávání jiných zachovalých smyslů sluchově postiženého dítěte – zraku a hmatu. Na rozdíl od vzdělávacích systémů využívajících vizuálně-motorické komunikační systémy ovšem nepoužívá jako výrazové prostředky znaky znakových jazyků, ale zaměřuje se na aktivní zvládnutí příslušného mluveného jazyka.

Cíle orálního přístupu Zastánci orálního přístupu zdůrazňují **rozvoj mluveného jazyka** proto, že jej považují za **jeden z nejdůležitějších způsobů rozšíření možností socializace sluchově postižených**. Motivací k vypracování a preferování orální metody (a naopak k potlačení znakových jazyků) vedly její tvůrce hlasové projevy i zcela hluchých žáků, které se rozhodli v maximální možné míře zdokonalovat. Většina sluchově postižených dětí se rodí slyšícím rodičům a cílem orální metody je rozvinout mluvenou řeč na takovou úroveň, aby byl sluchově postižený člověk schopen se svou rodinou i zbytkem slyšící komunity komunikovat co nejlépe, a nemohlo tak dojít k jeho komunikační segregaci. „*Primárním cílem orálního přístupu je tedy podporovat srozumitelný mluvený jazyk a schopnost mluvenému jazyku porozumět. Současně se předpokládá, že děti budou schopny mluvený jazyk využívat jednak jako jazyk myšlení, jednak jako oporu pro rozvíjení gramotnosti a přístup k dalším oblastem vzdělání.*“ (Gregory a kol., 2001, s. 72)

Výstavba jazykových struktur mluveného jazyka je dle principů všech druhů orálních metod založena především na vizuální percepci mluvené řeči – **odezírání**, co nejdokonalejší **kompenzaci** zachovaných zbytků sluchových funkcí, **sluchovém tréninku** a soustavné a dlouhodobé **individuální logopedické péči**. Některé orální přístupy používají navíc jako doplňující komunikační prostředek **různé druhy prstových abeced**. Uvedené prostředky ovšem nejsou nedílnou součástí všech orálních metod. Ve všech pojetích orálního přístupu by měl mít sluch (spíše jeho zbytky) přednost před zrakem, tedy odezíráním.

Složky orálního přístupu

Pedagogická praxe ovšem ukázala, že **plošné a všeobecné uplatňování orálního přístupu** ve vzdělávání sluchově postižených, nerespektující individuální potřeby a schopnosti konkrétního dítěte, **není v mnoha případech dítěti prospěšné**, a dokonce může mít negativní důsledky. Metoda orální komunikace je svou podstatou monolingvním vzdělávacím systémem a jejím cílem je naučit sluchově postižené dítě komunikovat jazykem majoritní společnosti (v našem případě českým jazykem). Na rozdíl od slyšícího dítěte, pro které je mluvený národní jazyk jazykem mateřským, je sluchově postižené dítě vzděláváno jazykem, který pro něj ve většině případů není přirozený a pro který nemá dostatečné dispozice. Proto se **orální přístup** ke vzdělávání jeví jako **velmi přínosný pro nedoslýchavé žáky**, u kterých je možné efektivně využívat zachované zbytky sluchu. Pro děti těžce sluchově postižené má ovšem vypuštění vizuálně-motorických prostředků z procesu komunikace výrazně negativní důsledky – objektivně jim znemožní plnohodnotně komunikovat. Za další nedostatek orálního přístupu ke vzdělávání je možné považovat objektivně vysoké požadavky na logopedickou způsobilost pedagogů, čímž jsou „vyřazeni“ sluchově postižení pedagogové. Při volbě vzdělávacího přístupu je tedy třeba pečlivě a zodpovědně zvážit všechny aspekty jednotlivých systémů a jejich objektivní přínos pro konkrétní sluchově postižené dítě. V současné době se k vzdělávacímu přístupu dle principů orální komunikace hlásí 33,3 % českých škol pro sluchově postižené. (Langer, 2008)

Nevýhody a omezení orálního přístupu

Negativní zkušenosti s výsledky plošného a univerzálního uplatňování orálního přístupu ke vzdělávání sluchově postižených vedly k vytvoření dalších vzdělávacích systémů, které byly postaveny na aktivním využití vizuálně--motorických komunikačních systémů (zejména znakového jazyka) v samotném edukačním procesu. Dlouholetý vývoj péče o sluchově postižené vedl až k postupnému vzniku současných vzdělávacích přístupů.

Vznik dalších vzdělávacích přístupů

7.2 Totální komunikace

Podnět ke vzniku systému totální komunikace vzešel v 60. letech 20. století od amerických neslyšících, kteří byli nespokojeni s dosavadními výsledky vzdělávání sluchově postižených podle orálního přístupu. Za zakladatele systému totální komunikace jsou považováni učitelka gymnázia neslyšících Dorota Schifflettová a neslyšící ředitel speciální školy pro sluchově postižené Roy Holcomb. Oba si uvědomili, že klíčem k úspěchu pedagogického procesu je vhodná a plnohodnotná komunikace učitele s neslyšícím dítětem. Holcomb ve své škole preferoval totální přístup ke vzdělávání neslyšících žáků s využitím optimálních komunikačních prostředků pro každé jednotlivé dítě.

Vznik totální komunikace

Pro systém totální komunikace existuje několik vysvětlujících definic, které se snaží totální komunikaci stručně charakterizovat. Patrně nejznámější definice pochází od Dentona z r. 1976, který pod pojem totální komunikace zahrnuje „*kompletní spektrum jazykových modů, gesta vynalezená samotnými dětmi, znakový jazyk, odezírání, prstovou abecedu, čtení a psaní a rozvíjení zbytků sluchu za účelem zlepšení řečových a odezíracích dovedností*“ (Gregory a kol., 2001, s. 88) Pojem byl však stále chápán nejednoznačně a učitelé si rovněž uvědomili, že spíše než vzdělávací metoda je totální komunikace názorovým přístupem, který podporuje klima komunikační flexibility. Výbor výkonných představitelů amerických škol pro neslyšící r. 1976 na svém 48. zasedání definoval totální komunikaci jako „*filozofii spojující vhodné aurální, manuální a orální módy komunikace tak, aby se zajistila efektivní komunikace s a mezi sluchově postiženými navzájem*“ (Evans, 2001, s. 13)

Charakteristika totální komunikace

V našich podmínkách vymezuje totální komunikaci obdobně Krauhlová (2001), poukazuje však na fakt, že obecně používaný termín totální komunikace vznikl nejspíše doslovným překladem z anglického „**total communication**“, zatímco významově správnější by byl např. termín globální komunikace, resp. celostní komunikace.

Filozofie totální komunikace Akceptování systému totální komunikace učiteli sluchově postižených je podmíněno především pochopením faktu, že **cílem vzdělávání sluchově postižených není „přetvoření“ neslyšících dětí na slyšící, ale především jejich příprava na plnohodnotný život s podmínkami, které jsou k dispozici.**

Složky totální komunikace Systém totální komunikace nepředstavuje pouze sumu komunikačních forem, ale jejich pružné kombinování, součinnost, a tím i vyšší účinnost. Mezi jednotlivé složky totální komunikace patří především:

- přirozená gesta, gestikulace, mimika a pantomima,
- znakový jazyk,
- prstová abeceda a další systémy, které vizualizují mluvenou řeč,
- sluchová výchova a reedukace sluchu,
- odezírání,
- psaná forma majoritního jazyka (čtení a psaní),
- mluvená (hlasitá, orální) řeč.

Cíle totální komunikace Cílem totální komunikace je mimo jiné **nejvyšší možná míra zvládnutí mluveného majoritního jazyka** jak v jeho produkci, tak i recepci. Pokud dítě není pro zvládnutí mluvené řeči z nějakého důvodu ani při maximální péči dostatečně disponováno, musí být vzdělávací proces zaměřen na jiné formy komunikace tak, aby byl zajištěn pokud možno další **harmonický vývoj osobnosti**. Žádná ze složek a jednotlivých fází vzdělávacího procesu dle přístupu totální komunikace nemá exaktně vymezen obsah nebo dobu trvání, vždy jsou aplikovány se zřetelem na individuální osobnostní předpoklady dítěte.

Totální komunikace v ČR Kritikové systému totální komunikace dále poukazují na skutečnost, že komunikační kompetence slyšících učitelů ve znakovém jazyce nedosahuje požadované úrovně a učitelé spíše než znakový jazyk používají znakovaný národní jazyk (znakovanou češtinu, znakovanou angličtinu atd.). Z výzkumu, prováděného v roce 2006 na zakázku MŠMT ČR, vyplynulo, že z 18 českých vzdělávacích institucí pro sluchově postižené celkem 16 škol (tj. 88,9 %) aplikuje systém totální komunikace (Langer, 2008). Je ovšem otázkou, do jaké míry zmíněné školy a konkrétní učitelé skutečně uplatňují zásady a respektují východiska totální komunikace.

7.3 Bilingvální přístup

Bilingvismus (dvojazyčnost) Bilingvismus (česky dvojjazyčnost) je z lingvistického hlediska **schopnost užívat dva jazyky**. V názorech na přesné vymezení pojmu bilingvismus panuje značná nejednotnost, takže není možné tento pojem exaktně definovat. Některé definice pokládají za bilingvní jen tu osobu, která ovládá všechny složky obou jazyků (čtení, psaní a mluvení). V případě, že jedním z jazyků je vlastní znakový jazyk neslyšících, nemůže být tato definice ani při jeho dokonalém zvládnutí v žádném případě naplněna, protože znakový jazyk nemá svou psanou podobu. Dále pak prelingválně těžce sluchově postižený člověk obvykle nemůže dokonale zvládnout mluvenou stránku národního jazyka.

Cíle bilingválního přístupu V případě bilingválního přístupu ke vzdělávání sluchově postižených je **cílem funkční schopnost používat znakový jazyk a mluvený jazyk majoritní společnosti**, ve které žijí, ke komunikaci alespoň v některé jeho formě (orální nebo grafické). (srov. např. Jabůrek, 1998) Vedle znalosti daných jazyků by se jedinec měl orientovat i v kulturách obou jazykových společenství – kromě toho, že je bilingvní, je tedy i biculturní.

Ideálním případem je bilingvální výchova dítěte v přirozeném dvojjazyčném prostředí, kdy např. každý z rodičů je uživatelem jiného jazyka. Dítě se tak nejen setkává s oběma jazyky, ale je rovněž motivováno oba jazyky přirozeně používat, a osvojuje si je tedy simultánně. V případě neslyšících dětí raného a předškolního věku (tedy v období, které je pro učení se jazykům nejvhodnější) ovšem nemůžeme o přirozeném prostředí zpravidla hovořit, protože rodin se sluchově postiženým dítětem, v nichž jeden z rodičů je slyšící a druhý neslyšící uživatel znakového jazyka, je velmi málo. Český jazyk je pro těžce sluchově postižené dítě navíc nedostupný, neboť jeho zvukovou podobu vnímat nemůže a grafickou prozatím také ne, protože neumí číst a psát. V případě vzdělávání neslyšících dětí tedy dochází spíše k sekvenčnímu bilingvistu, přičemž nejdříve si děti osvojí znakový jazyk a poté přichází na řadu jazyk mluvený. Černý (1998) ovšem upozorňuje, že v případě sekvenčního bilingvistu je zvládnutí druhého jazyka poměrně komplikované. Je to způsobeno zejména faktem, že jedinec má při učení se druhému jazyku přirozenou tendenci vnášet do něj svou znalost jazyka prvního (tzv. interference jazyků). Celý proces učení se druhému jazyku může být ovšem zefektivněn vhodnou motivací.

Bilingvální výchova osob se sluchovým postižením

Princip bilingválního vzdělávání sluchově postižených spočívá v **přenosu informací ve dvou jazykových kódech**. Oba používané kódy (psaná forma mluveného národního jazyka a národní znakový jazyk) nejsou používány simultánně (v tom případě by se jednalo o simultánní komunikaci se všemi jejími nedostatky) a nezbytnou složkou bilingválního systému vzdělávání je dodržování nedirektivních metod výuky národního mluveného i znakového jazyka. **Větší význam** je během vzdělávacího procesu kladen na přirozený jazyk neslyšících – **znakový jazyk**. Východiska a složky systému bilingválního vzdělávání tvoří:

Princip bilingválního přístupu

- jazyk a komunikace,
- vzdělávací kurikulum a hodnocení,
- personál,
- vazby na komunitu Neslyšících. (Gregory a kol., 2001)

Samotná realizace bilingválního přístupu ke vzdělávání je velmi různorodá a značně se liší v podání jednotlivých zemí, a dokonce i škol v rámci jednoho státu. Vždy je však kladen důraz na plnohodnotnou komunikaci mezi učitelem a jeho žáky. Obecným pravidlem je, že v počátku vzdělávacího procesu (zejm. v předškolním vzdělávání a na 1. stupni základního vzdělávání) hraje dominantní roli národní znakový jazyk, vyučovaný erudovaným neslyšícím pedagogem. Znakový jazyk přítomný není jen předmětem vyučovaným, ale i vyučujícím, protože jako přirozený způsob komunikace neslyšících je nejvhodnějším nástrojem pro předávání nového učiva, poznatků a informací. Při vyučování se využívají moderní metody výuky (např. projektové vyučování) i její organizace. Teprve po zvládnutí národního znakového jazyka na určité úrovni dochází k postupnému zvyšování podílu jazyka většinové společnosti. (srov. např. Komorná, 2008; Jabůrek, 1998; Günther a kol., 2000)

Praktická realizace

Závěrem lze konstatovat, že bilingvální systém vzdělávání je v současné době nejprogresivnějším vzdělávacím systémem těžce sluchově postižených dětí s ohledem na specifika jejich postižení. Velkým přínosem zavedení bilingvistu do vzdělávání neslyšících bylo jistě výrazné zvýšení prestiže znakového jazyka u samotných neslyšících a jako významný motivační faktor působí na neslyšící děti přítomnost vzdělaného sluchově postiženého učitele ve vyučování. Nevýhodou bilingválního systému je jeho ekonomická náročnost a značné požadavky na propracovanost systému surdopedického speciálního školství i zakotvení potřebných opatření v legislativě. Tyto požadavky bohužel prozatím nejsou v České republice zcela naplněny. Jedním z největších problémů je nedostatek kvalifikovaných neslyšících pedagogů, kteří jsou dostatečně kompetentní i v češtině, stejně jako nedostatek slyšících pedagogů s dostatečnou kompetencí v českém znakovém jazyce. Další komplikací je dosud nedokončený lingvistický výzkum českého znakového jazyka a chybějící metodika pro jeho výuku. Jako problematická se rovněž jeví aktivní spolupráce slyšících a neslyšících pedagogů a nepřipravenost většinové společnosti na skutečné přijetí těžce sluchově postižených osob jako jazykové minority. V České republice se k realizaci bilingválního přístupu (nebo jeho prvků) v současné době hlásí čtvrtina škol pro sluchově postižené a dle získaných zkušeností se nejvíce blíží dánskému pojetí. (Langer, 2008)

Bilingvální přístup v ČR

8 Technické kompenzační pomůcky

Význam technických kompenzačních pomůcek Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením zahrnují poměrně široké spektrum speciálních elektroakustických přístrojů, které umožňují kompenzovat sluchovou poruchu diagnostikovanou ve středním nebo vnějším uchu. Lze je dělit podle několika hledisek.

Individuální zesilovače sluchu – sluchadla

Typy sluchadel Nejrozšířenější a také nejznámější kompenzační pomůckou jsou tzv. individuální zesilovače zvuku neboli **sluchadla**. Účelem sluchadel je účinnější přenos zvuku do vnitřního ucha tak, že zvuk v závislosti na svém nastavení patřičně zesílí. Jsou však určena pouze lidem se zachovanými zbytky sluchu.

Podle tvaru (konstrukčního provedení) se sluchadla dělí na:

- krabičková (kapesní),
- brýlová,
- závěsná,
- boltcová,
- zvukovodová
- kanálová.

Obrázek: Závěsné a zvukovodové sluchadlo



(Převzato z www.widex.com.)

Každý z uvedených typů sluchadel má své výhody i nevýhody. Čím větší je sluchadlo, tím vyšší může být jeho výkon. Čím je naopak sluchadlo menší, tím hlouběji je lze umístit do zvukovodu. Menší sluchadla také poskytují přirozenější sluchový vjem (např. přesnější akustickou prostorovou orientaci). Se zmenšující se velikostí sluchadla ovšem nepřímě úměrně vzrůstá jeho výrobní a pořízovací cena. Každé sluchadlo je tvořeno čtyřmi funkčními jednotkami (mikrofon, zesilovač, potenciometr a reproduktor). Základní funkcí sluchadla je zesílení zvuku prostřednictvím zesilovače, jehož výběr je dán zejména stupněm sluchové vady. Součástí krabičkových, brýlových a závěsných sluchadel je rovněž ušní tvarovka, která dokonale vyplní prostor boltce tak, aby nedocházelo k únikům zesíleného akustického signálu. Individuální tvarovky jsou vytvořeny podle odlitku ucha konkrétní osoby, univerzální tvarovky je možno volně zakoupit ve specializovaných prodejnách.

Analogová sluchadla Podle způsobu zpracování signálu rozlišujeme sluchadla na **analogová** a **digitální**. Analogová sluchadla (někdy také tzv. klasická sluchadla) převádí pomocí mikrofonu zachycený zvuk podle předem daného nastavení na analogický elektrický signál, který je následně zesílen a opět převeden reproduktorem na změny akustického tlaku (zvuk). Jejich výhodou je obvykle nízká cena, nevýhodou pak nižší výkon a kvalita poslechu. (Hrubý, 1998)

Digitální sluchadla Digitální sluchadla analogový elektrický signál navíc prostřednictvím mikroprocesoru a aktuálního nastavení softwaru sluchadla zpracují (vyfiltrování rušivých a nadbytečných zvuků, zesílení atd.). Upravená data jsou následně předána do reproduktoru, který je přemění zpět na zvuk. Svými možnostmi a funkcemi digitální sluchadla poskytují v současné době nejvyšší poslechový komfort. Dokáží se automaticky přizpůsobovat různým poslechovým podmínkám, jsou méně citlivá k rušení

mobilními telefony, lze v nich jednoduše potlačit akustickou zpětnou vazbu a dokáží redukovat nežádoucí šumy. Oproti klasickým (analogovým) sluchadlům tedy mají mnoho výhod. Pro řadu osob se sluchovým postižením jsou však výkonná digitální sluchadla prozatím obtížně dostupná kvůli vysoké ceně, která se pohybuje v řádech desetitisíců korun (současný systém hrazení kompenzačních pomůcek neposkytuje dostatečnou finanční podporu).

Účinnost sluchadel se neustále zvyšuje a je dána především jejich kvalitou a rovněž nastavením, které provádí odborný lékař (foniatr nebo ušní specialista audiolog) podle výsledků vyšetření sluchu klienta (nejčastěji tónové audiometrie). **Kvalitní diagnostika** je tedy nezbytná pro optimální nastavení sluchadla. Pro vyhovující nastavení sluchadla je navíc nutné absolvovat několik sezení u odborného audiologického pracovníka, kde jsou zkoušeny různé modifikace nastavení. Nastavování sluchadel

Technické pomůcky používané v edukaci dětí se sluchovým postižením

Ve výchovně-vzdělávacím procesu jsou vedle individuálních sluchadel používány i tzv. **kolektivní zesilovací aparatury**, které mají na rozdíl od sluchadel větší frekvenční rozsah, jejich používání ovšem předpokládá určitou úroveň pozornosti, soustředěnosti a schopnosti spolupracovat. Mezi kolektivní zesilovače patří i **indukční smyčky**, které spolupracují s individuálními sluchadly žáků. Kolektivní zesilovací aparatury

Indukční smyčka mění analogový elektrický signál na elektromagnetické pole, které je sluchadlem zachycováno kdekoli uvnitř celé plochy, která je smyčkou ovinuta. (Hrubý, 1998) Výhodou použití indukční smyčky je fakt, že takto zachycený signál není zkreslován okolním prostředím. Proto našly indukční smyčky využití nejen ve školách pro sluchově postižené, ale i v divadlech, kinech, koncertních sálech i některých domácnostech (např. při poslechu televize). Indukční smyčka

Další technickou pomůckou, která usnadňuje komunikaci se sluchově postiženými, jsou tzv. **pojítka**. Tvoří je dvě základní jednotky – vysílačka a přijímač. Vysílačka bývá obvykle umístěna za opaskem nebo v kapse mluvčího a je doplněna mikrofonem, připnutým např. ke klopě, vázance nebo svetru tak, aby byl co nejbližší ústům. Přijímač má sluchově postižený obvykle připevněn na hrudi a je doplněn sluchátky, příp. malou indukční smyčkou. Ke spojení mezi vysílačkou a přijímačem je možné použít infračerveného záření (INFRA-ROT pojítka) nebo rádiového vysílání (FM pojítka). Pojítka na principu infračerveného záření jsou schopna přenášet signál v rámci jedné místnosti, zatímco pojítka využívající rádiové vysílání mají dosah např. v celé budově. V tom případě je nutné naladit všechna pojítka na takové frekvence, aby nedocházelo k jejich vzájemnému rušení. Jednou z výhod pojítek je použití více přijímačů několika uživateli současně k jednomu vysílači (např. v rámci jedné třídy). Mikrofon ani pojítka nijak nepřekáží mluvčímu v jeho pohybech, gestikulaci a nevyžadují žádnou obtížnou obsluhu. Oba druhy pojítek jsou využitelné především při vyučování, na konferencích atd. Nevýhodou pojítek s mikrofonem umístěným na oblečení je fakt, že nezachycují zvuky a hlasy, které se ozývají v prostorách celé místnosti (např. při hromadných diskusích). Pojítka

Obrázek: Rádiové FM pojítka



Kompenzační pomůcky pro běžné užívání

V běžném životě využívají osoby se sluchovým postižením řadu kompenzačních pomůcek, které jim usnadňují život ve slyšící společnosti. Jedná se především o různé pomůcky informující o přítomném zvuku prostřednictvím vibrací, světelných signálů a proudu vzduchu (např. světelné a vibrační budíky, signalizátory domovního zvonku, signalizace zvonění telefonu, ventilátory). Mezi technické a kompenzační pomůcky dále řadíme různé zesilovače zvuku televizních a rozhlasových pořadů, teletext, otevřené i skryté titulky v televizi (str. 888 teletextu).

Zesílené, psací a mobilní telefony Při komunikaci sluchově postižených na dálku jsou používány různé telekomunikační přístroje, mezi které patří především **zesílené telefony** (celé speciální aparáty nebo běžný telefon s přídatným adaptérem pro hlasitější poslech telefonu), **psací telefony** (komunikovat spolu mohou dva psací telefony, případně prostřednictvím operátora i běžný telefon s psacím), **faxy** a poslední dobou především **mobilní telefony** a **počítače**. Rozvoj mobilních telefonních sítí zasáhl i do společnosti lidí se sluchovým postižením. Schopnost mobilních telefonů odesílat a přijímat krátké textové zprávy (SMS) umožňuje sluchově postiženým navzájem mezi sebou bezprostředně komunikovat a mobilní telefony tak nahrazují běžné telefonování.

Počítače Univerzální kompenzační pomůckou pro sluchově postižené jsou počítače a moderní výpočetní technika. Počítače jsou svou schopností nahradit zvukové signály vizuálními informacemi jednou z vymožeností současné techniky, před kterou nejsou sluchově postižení oproti slyšícím vůbec znevýhodněni. Pomocí různých výukových programů, multimediálních encyklopedií a elektronických slovníků mohou neslyšící získávat řadu nových informací ve vizuální formě a v kombinaci s internetem a elektronickou poštou (e-mailem) se počítač v současné době pro sluchově postižené stává nenahraditelnou pomůckou.

Internet Stejně tak ani svět internetu nečiní žádné rozdíly mezi slyšícími a sluchově postiženými uživateli. Počítače mohou s použitím speciálního softwaru, popř. faxmodemových karet, sloužit rovněž jako psací telefon nebo fax. Značnou popularitu získaly také různé internetové aplikace umožňující dálkový přenos obrazu (např. Skype), které jsou tak schopny zprostředkovat dálkovou komunikaci neslyšících ve znakovém jazyce. Ve vzájemném dálkovém kontaktu neslyšících tím došlo k průlomové změně, protože až do té doby byli odkázáni na komunikaci přes český jazyk (resp. jeho psanou podobu), která byla vzhledem k obtížím neslyšících při čtení a psaní s porozuměním velmi problematická.

Na většinu z uvedených technických pomůcek poskytuje stát finanční dotaci, jejíž výše je legislativně zakotvena v systému poskytování sociálních příspěvků a dávek (výhod) a o niž může osoba s postižením sluchu (případně zákonný zástupce) požádat na příslušném obecním úřadě.

Kochleární implantát

Mezi technické pomůcky pro sluchově postižené patří i **kochleární implantát** (CI), jehož nositelem je stále více dětí a dospělých. Kochleární implantáty jsou určeny pro zcela hluché jedince nebo jedince s prakticky nevyužitelnými zbytky sluchu. Jejich princip je založen na elektrické stimulaci zachovaných vláken sluchového nervu, imitují tedy funkci poškozené kochley. Zvukový signál, zachycený mikrofonem, je podobně jako v analogovém sluchadle transformován na sled elektrických impulsů, které jsou přeneseny do implantovaného obvodu umístěného pod kůží za ušním boltcem, kde jsou dále patřičně zpracovány. Z tohoto obvodu vycházejí elektrody, které jsou zavedeny do vnitřního ucha, dráždí vlákna sluchového nervu a vyvolávají sluchové vjemy.

Implantace Do programu kochleární implantace jsou kandidáti vybíráni dle přísných kritérií (věk, typ a stupeň sluchového postižení, sociální a rodinné zázemí dítěte atd.), protože úspěšná implantace předpokládá vysoké nasazení všech zúčastněných osob v předoperační přípravě, a zejména v období

pooperační rekonvalescence a reedukace. V ideálním případě může kochleární implantát sluchově postiženým pomoci lépe identifikovat zvuky z okolí, snáze se tak orientovat v prostředí slyšících, a dokonce i telefonovat běžným telefonem.

Shrnutí

Negativní dopady sluchového postižení na osobnost jedince je možné více či méně eliminovat pomocí speciálního surdopedického působení, které v sobě zahrnuje různé specifické zásady, terminologii a diagnostické vyšetřovací metody. Nedílnou součástí surdopedie je i speciálně vybudovaný vzdělávací systém pro děti se sluchovým postižením, vzdělávací metody a přístupy a technické kompenzační pomůcky, které pomáhají eliminovat danou sluchovou ztrátu.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Charakterizujte pojem „sluchové postižení“.
2. Vysvětlete rozdíl mezi pojmy „neslyšící“ a „Neslyšící“.
3. Charakterizujte pojem „prelingvální sluchové postižení“ a zdůvodněte jeho vysokou závažnost.
4. Vyjmenujte jednotlivé stupně sluchových poruch dle velikosti sluchové ztráty stanovené Světovou zdravotnickou organizací.
5. Na jakých principech je založeno vzdělávání s aplikací orálního přístupu?
6. Jaká jsou východiska systému totální komunikace a jaké jsou její složky?
7. Jak probíhá výuka dle principů bilingválního vzdělávání sluchově postižených?
8. Popište rozdíly mezi analogovým a digitálním sluchadlem.
9. Které technické pomůcky se používají při vzdělávání dětí se sluchovým postižením?

Pojmy k zapamatování

surdopedie
osoba se sluchovým postižením
sluchové postižení
převodní porucha
percepční vada
smíšená porucha
prelingvální sluchové postižení
postlingvální sluchové postižení
audiologie
integrace
orální přístup ke vzdělávání
totální komunikace
bilingvální přístup
analogové sluchadlo
digitální sluchadlo
kochleární implantát

Literatura

Seznam použité literatury:

1. LANGER, J. 2008. Znakový jazyk jako prostředek komunikace mezi učitelem a žákem. In: *VIII. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a III. Dramaterapeutická konference [CD-ROM]*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-1911-4.
2. LANGER, J.; SOURALOVÁ, E. 2006. *Surdopedie – andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého. 53 s. ISBN 80-244-1206-3.
3. SOURALOVÁ, E.; LANGER, J. 2005. *Surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 46 s. ISBN 80-244-1084-2.
4. ČERNÝ, J. 1998. *Úvod do studia jazyka*. Olomouc: Rubico. 248 s. ISBN 80-85839-24-5.

5. EVANS, L. 2001. *Totální komunikace, struktura a strategie*. Hradec Králové: Pedagogické centrum. 89 s. ISBN 80-238-7915-4.
6. GREGORY, S.; KNIGHT, P.; McCracken, W. aj. 2001. *Problémy vzdělávání sluchově postižených*. Praha: FF UK. 278 s. ISBN 80-7308-003-6.
7. GÜNTHER, K. B. 2000. *Bilingvální vyučování neslyšících žáků základní školy – etapová zpráva o hamburském bilingválním školním experimentu (vybrané části publikace)*. Praha: MŠMT. 57 s.
8. HLOŽEK, Z. 1995. *Základy audiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 49 s.
9. HRUBÝ, J. 1996. Terminologie ve sluchovém postižení – jedna z příčin problémů neslyšících dětí v orálních zemích. *Speciální pedagogika*, roč. 6, č. 4, s. 10–15. ISSN 0862-1632.
10. HRUBÝ, J. 1998. *Průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu – 2. díl*. Praha: FRPSP. 328 s. ISBN 80-7216-075-3.
11. HRUBÝ, J. 1999. *Průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu – 1. díl*. 2., aktual. vyd. Praha: FRPSP. 396 s. ISBN 80-7216-096-6.
12. JABŮREK, J. 1998. *Bilingvální vzdělávání neslyšících*. Praha: SEPTIMA. 43 s. ISBN 80-7216-052-4.
13. KOMORNÁ, M. 2008. *Systém vzdělávání osob se sluchovým postižením v ČR a specifika vzdělávacích metod při výuce*. 2. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. 79 s. ISBN 978-80-87218-18-1.
14. KRAHULCOVÁ, B. 2001. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.
15. LANE, H.; HOFFMEISTER, R.; BAHAN, B. 1996. *A Journey into the Deaf-World*. San Diego: Dawn Sign Press. 513 s. ISBN 0-915035-63-4.
16. LEONHARDT, A. 2001. *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia. 248 s. ISBN 80-967180-8-8.
17. MRZÍLKOVÁ, M. 1996. Neslyšící – členové kultury a společenství NESLYŠÍCÍCH. *Speciální pedagogika*, roč. 6, č. 1, s. 21–24. ISSN 0862-1632.
18. POTMĚŠIL, M. 2003. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
19. POUL, J. 1996. *Nástin vývoje vyučování neslyšících*. Brno: Masarykova univerzita. 67 s. ISBN 80-210-1479-2.
20. PULDA, M. 1992. *Surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 76 s. ISBN 80-7067-190-4.
21. TARCSIOVÁ, D. 2008. *Pedagogika sluchovo postihnutých*. Bratislava: MABAG. 102 s. ISBN 978-80-89113-52-1.
22. Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. *Sbírka zákonů*, č. 155/1998, ve znění novely č. 384/2008 Sb.

Základy tyflogedie

Mgr. Dita Finková, Ph.D.

Cíle

Cílem této kapitoly je podat základní přehled problematiky života osob se zrakovým postižením.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vymezit obor tyflogedie;
- uvést východiska pro klasifikaci osob se zrakovým postižením;
- charakterizovat jednotlivé skupiny osob se zrakovým postižením;
- uvést důsledky zrakového postižení, ale i možnosti realizace těchto osob v běžném životě;
- specifikovat problematiku prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením.

Průvodce studiem

Tato kapitola je zaměřena na specifickou skupinu osob, a to osoby se zrakovým postižením. Jedná se o heterogenní skupinu, která má své potřeby, ale i možnosti. V následujícím textu se zaměříme z obecného hlediska na obor tyflogedie, budeme specifikovat jednotlivé kategorie osob se zrakovým postižením, včetně jejich omezení, ale také možnosti realizace v běžném životě. Za nedílnou součást problematiky života osob se zrakovým postižením považujeme i prostorovou orientaci a samostatný pohyb, který velmi ovlivňuje samostatnost a nezávislost těchto osob.

Osoby se zrakovým postižením

1 Tyflogedie jako obor

Tyflogedie je speciálněpedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením. Tyflogedie

V současné době jsou pro pojmenování tohoto oboru používány ještě další dva názvy, a to oftalmopedie a speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Tyflogedie jako termín totiž pojímá pouze osoby nevidomé, ale je potřeba zaměřit se na všechny skupiny osob se zrakovým postižením. Termín oftalmopedie je chápán jako synonymum k termínu tyflogedie, vychází ovšem částečně z terminologie medicínské, ale již nezahrnuje obecně zrakové vady. Z hlediska praktického se jeví jako nejvíce vyhovující poslední termín – speciální pedagogika osob se zrakovým postižením.

Cíl tyflogedie: Cílem tyflogedie je maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením. Tím je myšleno dosažení co nejvyššího stupně socializace v souvislosti se zajištěním vhodných podmínek pro vzdělávání a přípravu na povolání, pracovní zařazení a plnohodnotné společenské uplatnění.

Předmět tyflogedie: Předmětem tyflogedie je jedinec se zrakovým postižením v procesu edukace.

Struktura tyflogedie: Každý obor je nějakým způsobem rozčleněn. V tomto případě by bylo vyhovující členění dle věku na následující skupiny: tyflogedie raného věku, tyflogedie předškolního věku, tyflogedie školního věku, tyfloandragogika a tyflogerantagogika.

Postavení tyflogedie v soustavě věd: Jedná se o disciplínu, která samozřejmě nemůže existovat izolovaně. V oblasti medicíny tyflogedie spolupracuje nejvíce s obory oftalmologie a neurologie, dále potom například s obory, jako je pediatrie, psychiatrie, ORL atd. V oblasti technických a přírodních

věd jsou to obory, jako je například optika, elektronika, akustika, kybernetika atd. V oblasti věd společenských jsou to obory zaměřující se na filozofii, psychologii, pedagogiku.

2 Osoba se zrakovým postižením

Za osobu se zrakovým postižením je považován jedinec, který má i po korekci vady (chirurgické, optické, medikamentózní) stále narušeno zrakové vnímání tak, že mu činí potíže v běžném životě.

Klasifikace osob se zrakovým postižením

Klasifikace osob se zrakovým postižením Za podstatné považujeme přibližit členění osob se zrakovým postižením do konkrétních kategorií nebo členění zrakových vad dle určitých kritérií, a to pro lepší přehled v dané problematice vzhledem k náplni následujících kapitol. V oblasti klasifikace osob se zrakovým postižením se setkáváme s řadou kritérií a měřítek, dle kterých lze tyto osoby nějakým způsobem rozčlenit, klasifikovat či zahrnout do určitých podskupin. Nejčastěji se setkáváme pro naše účely s klasifikací medicínskou a speciálněpedagogickou, přičemž speciálněpedagogická klasifikace vychází z lékařské. Akceptujeme tuto klasifikaci a vycházíme z ní i při samotném výchovně-vzdělávacím procesu či obecně při rozvoji osob se zrakovým postižením.

Termín **zrakové vady** označuje nedostatky zrakové percepce různého rozsahu a etiologie.

Z hlediska praxe speciální pedagogiky je asi nejvhodnější klasifikace, která rozlišuje čtyři kategorie osob se zrakovým postižením, a to **podle stupně narušení zrakového vnímání**:

- osoby nevidomé,
- osoby slabozraké,
- osoby se zbytky zraku,
- osoby s poruchami binokulárního vidění.

Osoby nevidomé *Osoby nevidomé* jsou chápány jako kategorie osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení a patří sem děti, mládež, dospělí a senioři, kteří mají zrakové vnímání narušeno na stupni nevidomosti (slepoty). Nevidomost můžeme ještě rozdělit na několik stupňů, a to na nevidomost praktickou, skutečnou a plnou.

Osoby slabozraké *Osoby slabozraké* potom vymezujeme jako kategorii osob, a to děti, mládež, dospělé a seniory, které mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti. Rozlišujeme slabozrakost lehkou a těžkou.

Osoby se zbytky zraku *Osoby se zbytky zraku* charakterizujeme jako skupinu osob, která je hraniční skupinou mezi slabozrakými a nevidomými. Je to skupina na pomezí praktické slepoty a těžké slabozrakosti.

Osoby s poruchami binokulárního vidění *Osoby s poruchami binokulárního vidění.* Tyto osoby mají částečně omezené zrakové funkce, obvykle jednoho oka. Mezi poruchy binokulárního vidění řadíme především amblyopii a strabismus.

Další možností je klasifikace zrakových postižení podle toho, **co je v podstatě narušeno či kde je problém**:

- ztráta zrakové ostrosti,
- postižení šíře zorného pole,
- okulomotorické problémy,
- obtíže se zpracováním zrakových informací,
- poruchy barvocitu.

Zraková ostrost *Potíže při ztrátě zrakové ostrosti:* Míra snížení zrakové ostrosti může být různá, na tom se shodují jak Květoňová-Švecová (2000), tak Ludíková (Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001). Jedinec

může mít potíže při rozlišování detailů a drobných předmětů, u rozlišování velkých předmětů se vada může projevit, ale také nemusí, záleží právě na míře postižení.

Postižení zorného pole: Postižení zorného pole může jedince omezit v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu, ale například i v oblasti orientace na ploše, při zvládání školních i pracovních povinností, při čtení textu atd. Zorné pole

Okulomotorické problémy: Okulomotorické potíže mohou nastat při porušení koordinace pohybu očí. Projeví se například při cílených pohybech vedoucích k uchopení nějakého objektu, při sledování dráhy předmětu, který se pohybuje. Dalším příkladem může být problém při sledování blízkého předmětu. Okulomotorické potíže

Zpracování informací získaných zrakem: Obecně lze říci, že tyto potíže nastávají v oblasti zrakových center v mozkové kůře. U poruchy, která je nazývána korová slepota, má jedinec potíže se zpracováním zrakové informace, i když není poškozen zrakový nerv, ani sítnice. Zpracování informací

Poruchy barvocitu: Oko je běžně schopno rozlišovat různé délky elektromagnetického vlnění a dekodovat je v podobě barev. Vlnové délky, které je oko schopno zachytit a dekodovat, se nacházejí v rozmezí 380–780 nm. Čípky, které zajišťují barevné vidění, nejsou v určitých situacích schopny rozlišit konkrétní vlnovou délku, chybí například čípkové pigmenty určitého typu, nebo jedinec žádné čípkové pigmenty vůbec nemá. To znamená, že není schopen identifikovat pouze některou z barev, a ostatní vnímá, nebo vnímá svět v podstatě v šedé škále. Poruchy barvocitu

Z výše uvedených klasifikací vyplývá, že zraková postižení můžeme rozlišovat na základě různých stanovených kritérií. V této kapitole využijeme především terminologie, která vychází z klasifikace uvedené jako první, tzn. speciálněpedagogické.

3 Charakteristika osob se zrakovým postižením

Charakteristika osob nevidomých

Skupinu osob se zrakovým postižením na úrovni nevidomosti můžeme charakterizovat jako osoby s nejtěžším zrakovým postižením. V této kategorii vymezujeme tři typy nevidomosti, a to nevidomost praktickou, skutečnou a plnou. Tyto typy nevidomosti se od sebe liší především možností využití zorného pole a zrakovou ostrostí, dále například i možností rozlišení světla a tmy. Od toho se potom odvíjí i praktická možnost využít zrak, alespoň u některých, k hrubé orientaci v prostoru. Nevidomé osoby

Největším problémem u nevidomých osob je nemožnost získávat informace klasickým způsobem – zrakovou cestou. Odborná literatura uvádí, že až 80 % informací získáváme prostřednictvím zraku. Nevidomé osoby jsou odkázány na získávání informací především cestou sluchovou a hmatovou (dále i prostřednictvím čichu a chuti), která ale nemůže plně nahradit některé zkušenosti získané prostřednictvím zraku. Pokud bereme v úvahu analyticko-syntetické vnímání, u nevidomých osob pozorujeme právě opačný postup získávání informací než u intaktní populace. Vidící jedinec si nejdříve prohlédne zrakem předmět jako celek a teprve potom si všímá detailů, ovšem nevidomý jedinec vnímá nejdříve detaily (jednotlivé části předmětu, objektu), teprve potom si je skládá do celku a vytváří si celkovou představu o předmětu. Tato představa ale nemusí vždy odpovídat tomu, jak předmět reálně vypadá, problém bývá především u předmětů (objektů), které jsou rozměrnější, mají množství detailů, jsou technicky náročné atd. Co se týká sluchové cesty, jejím prostřednictvím je možno získat jen velmi omezené množství informací. Pro nevidomé osoby má však sluchové vnímání velký význam, jsou tak schopny identifikovat blízké osoby podle hlasu, také například podle typu chůze. V rámci dopravy se na ulici taktéž orientují v určitých situacích pomocí sluchu,

například při přecházení vozovky (ozvučení křižovatek), dále při identifikaci, zda přijíždí například auto, tramvaj, autobus, mohou v určitých městech využít inteligentních zastávek (kde získají sluchovou cestou informace o přijíždějícím dopravním prostředku atd.). Nevidomé osoby jsou tak schopny i odhadnout, jak veliký je prostor, ve kterém se momentálně nacházejí. Chuťová cesta přináší informace spíše z oblasti gastronomické, ale čich může nevidomého například informovat o místě, kde se nachází (pekařství, drogerie, rušná křižovatka s výfukovými plyny ve vysoké koncentraci), může jej informovat o případném nebezpečí (zkažené potraviny) atd.

Významnou roli v životě nevidomých osob hrají kompenzační pomůcky, které jsou speciálně vyrobené pro potřeby těchto osob, například pomůcky pro prostorovou orientaci, pro výuku, a tudíž získávání informací, a komunikaci, pro domácnost a volný čas, sportovní aktivity atd.

Nezbytnou součástí života je rovněž neustálý rozvoj a cvičení jak nižších kompenzačních činitelů (hmat, sluch, čich chuť), tak kompenzačních činitelů vyšších (paměť, představivost, myšlení atd.) pro vytváření adekvátních představ o světě a propojení představ a reality. Tuto formu rozvoje je nutno uplatňovat co nejdříve po narození nevidomého dítěte, případně u osob později osleplých.

Charakteristika osob slabozrakých

Slabozraké osoby Ludíková (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007) vymezuje osoby slabozraké jako skupinu osob, a to děti, mládež a dospělé, které mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti.

Osoby slabozraké lze také rozdělit do několika skupin. Základním kritériem je samozřejmě úroveň zrakové ostroty a stav zorného pole. Kraus (1997) dělí tyto osoby do dvou kategorií: na osoby s lehkou a těžkou slabozrakostí. Těžká slabozrakost bývá někdy vymezována i jako zbytky zraku, jako mezní skupina mezi slabozrakými a nevidomými; o této možnosti klasifikace jsme již hovořili výše v textu.

Možnosti rozvoje jedince na úrovni slabozrakosti jsou opět do určité míry omezené. Samozřejmě záleží na stupni postižení, na přístupu okolí k jedinci, ale i na okolnostech, které by souvisely s případnou další přítomností jiného postižení, nejčastěji s mentální retardací. Cesta k rozvoji a potažmo vzdělávací cesta takto kombinovaných postižených jedinců je komplikovanější. Musíme například zvolit alternativní způsoby komunikace, není možno použít některých pomůcek atd.

Osoby slabozraké bývají v důsledku svého postižení jistým způsobem handicapovány i v jiných oblastech, často se u nich projevuje větší unavitelnost v důsledku zvýšené potřeby neustálé koncentrace pozornosti na dění kolem sebe, což se může odrazit například v pomalejším tempu práce či studia. Mohou se tedy objevit potíže s nepřesným vnímáním detailů a souvislostí. Navíc je potřeba dbát na celoživotní dodržování zásad zrakové hygieny, které je velmi náročné. Jisté potíže mohou nastat i při volbě správné školy, a to především školy základní a střední, později případně i vysoké školy.

Charakteristika osob s poruchami binokulárního vidění

Osoby s poruchami binokulárního vidění Poruchy binokulárního vidění jsou vymezeny jako vady funkční. Do této kategorie řadíme poruchy, jako jsou amblyopie (tupozrakost) a strabismus (šilhání). Většinu těchto postižení není nutno řešit chirurgickou cestou, ale nápravy můžeme cíleným cvičením (pleoptická a ortoptická cvičení) postupně dosáhnout. Tato oblast se týká především dětí, u kterých je náprava pomocí cvičení možná. Jako hranici, kdy je možno postižení vhodným vedením (výše uvedená cvičení) napravit, je hranice sedmi let. V pozdějším věku možnost nápravy těchto poruch velmi klesá, v dospělém věku náprava možná již není.

Důsledky poruch binokulárního vidění spatřujeme u těchto jedinců v různých oblastech. Projevují se například sníženou zrakovou ostrostí, dvojitým viděním, při psaní může jedinec psát nad řádky (pod řádky), často se objevuje unavitelnost, slzení očí atd.

Osoby se zrakovým postižením však mohou žít plnohodnotný život. Záleží na postižení a na jeho charakteru, na tom, jak je společnost schopna vyjít vstříc těmto lidem, a naopak, jak jsou lidé se zrakovým postižením schopni se začlenit do intaktní společnosti.

4 Prostorová orientace

Prostorová orientace a samostatný pohyb

(POSP) Intaktní jedinci se v prostoru orientují pomocí zrakového analyzátoru. U zrakově postižených osob, potažmo u osob nevidomých, je nutno zapojit především jiné systémy, pomocí kterých se bude moci takový jedinec bezpečně pohybovat v prostoru, tedy stane se mobilním. Růžičková (in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007) potom uvádí, že nevidomý jedinec je mobilní tehdy, když je schopen s využitím naučených technik pohybu a získávání informací bezpečně a jistě se přemisťovat v prostoru.

Osoby s poruchami binokulárního vidění

Při výcviku prostorové orientace je nutno dodržovat zásady, které mohou výcvik jistým způsobem ovlivňovat. Tyto zásady zmiňuje Růžičková (in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007), která cituje právě Wienera (2006). Zásady jsou následující:

Zásady zrakové hygieny

- zásada cílevědomého, účelného a nenápadného prolínání výchovy všemi činnostmi zrakově postiženého;
- zásada bdělé pozornosti;
- zásada kompenzační funkce ostatních smyslů;
- zásada postupného zvyšování náročnosti;
- zásada samostatnosti a zvyšování mobility;
- zásada bezpečného pohybu;
- zásada individuálního přístupu.

Základní oblasti rozvoje prostorové orientace

Wiener (2006) rozeznává dle obsahu tři základní oblasti rozvoje prostorové orientace, kterými jsou: prvky prostorové orientace, technika dlouhé hole a orientační analyticko-syntetická činnost. Tyto tři oblasti si popíšeme níže.

Prvky prostorové orientace:

V prvopočátcích nácviku je nutné zvládnout jisté základní návyky, které jsou pro výcvik důležité. Nejdříve nacvičujeme chůzi bez bílé hole, a to chůzi s průvodcem. V této fázi nacvičujeme například držení v zákrytu, udržování tempa chůze, sedání na židli nebo sedadlo v dopravním prostředku, chůzi po schodech, vyhýbání se překážkám, procházení zúženým prostorem, bezpečnostní postoje, prstovou kluznou techniku atd.

Prvky POSP

Dále je potřeba rozvíjet přirozené pohybově-orientační schopnosti jedince, kdy nacvičujeme například odhad vzdáleností, rozvíjíme sluchovou orientaci, učíme vnímání sklonu a zakřivení dráhy.

<http://vecivazne.blogspot.com>

Výcvik techniky dlouhé hole

Výcvik dlouhé hole S jedincem, který se orientuje pomocí bílé hole, jsme se každý jistě již setkali. Jaké existují bílé hole, to si podrobněji vysvětlíme v další části kapitoly. Nyní se budeme jen velmi stručně věnovat právě „technice bílé hole“, což je jakýsi postup, jak zrakově postiženého jedince naučit chodit a orientovat se za pomoci této hole. Jedná se o několik kroků, které mají určitou posloupnost a zároveň postupně zvyšující se náročnost.

Základní trénink je z počátku charakterizován tím, že se jedinec učí bílou hůl ovládat, a to z počátku levou i pravou rukou. Učíme se základní postoj, základní a tužkové držení, kluznou, kyvadlovou a diagonální techniku chůze s bílou hůlí.

- Kluzná technika: hůl klouže po podložce, nepouštíme ji, hůl přesně kopíruje terén. Tato technika je používána převážně u začátečníků. Pomocí ní je možno nalézt překážky, objekty, předměty. Při nácviu je třeba dbát na správnou šířku oblouku, který hůl opisuje, a to dle šířky ramen.
- Kyvadlová technika: je to technika, při níž hůl opisuje oblouk nad zemí v šíři ramen, ale země se dotýká jen na levé a pravé straně (klepnutí). Jedná se o vyšší stadium používání bílé hole.
- Diagonální technika: technika se používá při nutnosti vykrýt plochu těla (nebo i tělo ochránit). Používá se například při chůzi s průvodcem, při chůzi do a ze schodů.

Orientační analyticko-syntetická činnost

Analýza – syntéza Dle Wienera (2006) je „orientační analyticko-syntetická činnost“ nejvyšším stadiem výchovy prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených. Jedná se v podstatě o možnost využívání veškerých informací, které získáme všemi dostupnými prostředky při aplikaci základních technik pohybu v procesu prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených.

Pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb osob se zrakovým postižením

Pomůcky pro POSP Pomůcek pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb osob se zrakovým postižením není mnoho, avšak s postupem doby a rychlým vývojem technologií roste jak jejich počet, tak jejich kvalita. V této části kapitoly si popíšeme pomůcky, se kterými se můžeme setkat nejčastěji. Je však potřeba říci, že bílá hůl je stále nepostradatelným pomocníkem, tudíž ji popíšeme jako první pomůcku.

Bílá (slepecké) hole

Bílá hůl Bílá hůl byla roku 1930 oficiálně uznána jako pomůcka pro označení nevidomých osob. Sami zrakově postižení raději používají termín „bílá hůl“, protože tato pomůcka může sloužit i slabozrakému, ne jen nevidomému (slepému) jedinci. Z hlediska obecného rozlišujeme základní dva typy bílých hůlí, jsou to hole *standardizované* a *nestandardizované*:

- Standardizovaná hůl (krátká hůl): jedná se hůl, která má délku 90 cm a nevidomý jedinec ji používá především při chůzi s průvodcem ve známém prostředí. Je možno ji použít i při chůzi s vodícím psem. Tato hůl má funkci především informativní.
- Nestandardizovaná hůl (dlouhá hůl): nevidomého jedince převážně potkáte s tímto typem hole. Hůl je vyrobena na míru, měla by dosahovat po spodní okraj hrudní kosti. Její délka se tedy odvíjí od výšky postavy každého jednotlivce.

Funkce hůlí

Funkce bílé hole Bílé hole mohou plnit v podstatě čtyři základní funkce, avšak nemůžeme očekávat, že jedna hůl splní všechny. Je zřejmé, že jedna hůl může splnit dvě, nanejvýš tři funkce. Například hůl pro orientaci v prostoru nemůže sloužit jako prostředek opory a naopak. (<http://www.sons.cz/docs/bilehole/01.php>)

Funkce hole:

- funkce signální (samotná barva hole, tedy bílá barva, upozorňuje kolemjdoucí a například i řidiče, že se jedná o těžce zrakově postiženou osobu);
- funkce ochranná (hůl upozorní s dostatečným předstihem na překážku, a tak je možno zabránit střetu);
- funkce orientační (hůl vyhledává body a znaky hmatového charakteru, a tím napomáhá samostatnému pohybu);
- funkce opěrná (hůl může sloužit i jako prostředek opory pro starší těžce zrakově postižené osoby).

Hole lze ještě rozdělit *dle konstrukčního řešení*. Pro každý typ hole může existovat několik konstrukčních variant. Jsou to následující varianty:

Konstrukce
bílé hole

- Hůl neskládací jednodílná: je nejstabilnější a nejvhodnější pro prostorovou orientaci, nelze ji však složit, ani délkově upravit.
- Hůl skládací dvou- a vícedílná: nelze nastavit délku, ale je možno ji složit, většinou na 5–7 dílků. Je tedy skladná, jedinec si ji může uložit do pouzdra, do kabelky, do batohu atd.
- Hůl teleskopická dvou- a vícedílná: hůl je oproti výše zmíněným holím délkově nastavitelná. Většina z těchto holí se skládá ze dvou dílků, proto nejsou tak skladné jako předchozí varianta.
- Hůl v kombinaci skládací a teleskopické: jedná se o hůl, na níž se kombinuje několik dílů ke skládání a zpravidla jeden teleskopický díl. Hůl je tak skladnější a zároveň dovoluje i nastavitelnost délky.

Obrázek: Hůl bílá orientační pětídílná



Obrázek: Hůl bílá orientační teleskopická dvoudílná



(Převzato z http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php?name=&spe%5B%5D=3.)

Shrnutí

Život osob se zrakovým postižením nebyl nikdy jednoduchý. Pověštinou byli tito lidé odkázáni na pomoc jiných osob, na někoho z rodiny, pokud nestrávili svůj život v ústavním zařízení. Dnešní doba vyžaduje daleko větší samostatnost, a to i u těchto těžce zrakově postižených, včetně nároků

na samostatný pohyb a orientaci. Díky pomůckám, které jsou v současné době nabízeny, včetně terénních úprav komunikací, se možnosti vedoucí k samostatnosti zvyšují.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Charakterizujte obor tyflogedie, vymezte cíle, strukturu a vztah k jiným vědám.
2. Klasifikujte skupiny osob se zrakovým postižením ze dvou různých hledisek.
3. Charakterizujte jednotlivé skupiny osob se zrakovým postižením, včetně jejich omezení i možností.
4. Specifikujte termín prostorová orientace a vysvětlete její význam u osob se zrakovým postižením.
5. Popište „bílou hůl“ a její funkce.

Pojmy k zapamatování

klasifikace osob se zrakovým postižením

osoby nevidomé

osoby se zbytky zraku

osoby slabozraké

osoby s poruchami binokulárního vidění

prostorová orientace a samostatný pohyb

Literatura

Seznam použité literatury:

1. FINKOVÁ, D.; LUDÍKOVÁ, L.; RŮŽIČKOVÁ, V. 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: UP. ISBN 978-80-244-1857-5.
2. FLENEROVÁ, H. 1985. *Kapitoly z tyflogedie*. Praha: SPN.
3. HYCL, J.; VALEŠOVÁ, L. 2003. *Atlas oftalmologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-382-2.
4. KEBLOVÁ, A. 2001. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-191-1.
5. KRAUS, H. a kol. 1997. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-1.
6. KUCHYNKA, P. a kol. 2007. *Oční lékařství*. Praha: Grada Publishing.
7. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. 2000. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-84-2.
8. LUDÍKOVÁ, L. 1988. *Tyflogedie I., II*. Olomouc: UP.
9. ROZSÍVAL, P. 2006. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Karolinum. ISBN 80-7262-404-0.

Základy somatopedie

Mgr. Jiří Kantor

Cíle

Cílem kapitoly je představit základní aspekty problematiky osob s omezením hybnosti. Text se seznamuje s terminologií, fenoménem rehabilitace, složením a kompetencemi rehabilitačního týmu a důležitými terapeutickými přístupy, které se využívají u osob s tělesným postižením a nemocí.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat terminologii užívanou pro osoby s omezením hybnosti;
- uvést některá dělení tělesných postižení a nemocí;
- uvést některé současné trendy speciálněpedagogické podpory u osob s tělesným postižením a nemocí;
- uvést členy rehabilitačního týmu, včetně vymezení jejich základních kompetencí;
- uvést a charakterizovat některé terapeutické přístupy, včetně příkladů jejich praktické aplikace.

Průvodce studiem

Kapitola vymezuje základní východiska nezbytná pro analýzu edukačního procesu u osob s omezením hybnosti. První dvě podkapitoly stručně pojednávají o somatopedii – oboru, který je na vzdělávání těchto osob úzce zaměřen. Zmíněné podkapitoly představují základní terminologii a trendy v celkové speciálněpedagogické podpoře osob s tělesným postižením a nemocí. Dále se text zabývá interdisciplinárním kontextem práce s těmito osobami, který rozšiřuje o oblast některých frekventovaně využívaných terapeutických přístupů.

1 Terminologie v somatopedii

Somatopedie se původně nazývala **defektologie ortopedická**, současný pojem zavedl roku 1956 František Kábele (z řeckého *soma* = tělo, *paideia* = výchova, vedení). Ačkoliv je somatopedie i dnes nejfrekventovaněji používaný termín, setkáváme se také s názvy pedagogika tělesně postižených, výchova a vzdělávání jedinců s tělesným postižením, rehabilitační pedagogika tělesně postižených, somatopedagogika, speciální pedagogika somatopedická aj. (Vítková, 1999; Vítková, 2006; Hruška, 1995; Kollárová, 1993).

Terminologie užívaná pro označení oboru

Se značnou rozmanitostí termínů se můžeme setkat také ve vztahu k **somatopedické klientele**. Pro její označení se jeví jako nejvhodnější terminologické spojení **člověk s omezením hybnosti**, ale setkáváme se také s termíny porucha hybnosti, porucha mobility, postižení hybnosti apod. Omezení hybnosti je dle odborné literatury členěno na částečné nebo celkové, primární nebo sekundární (Vítková, 2006). Při primárním omezení se jedná o „*přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí, např. amputací, deformací, vývojovými vadami apod.*“ (Vítková, 1999, s. 9) Ve druhém případě zůstává „*centrální i periferní nervová soustava a vlastní pohybové ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních apod., které omezují pohyb nemocného.*“ (tamtéž)

Člověk s omezením hybnosti

Dle české somatopedické tradice se omezení hybnosti dělí na tři základní kategorie – tělesné postižení, nemoc a zdravotní oslabení (Kábele et al., 1992). **Tělesným postižením** se rozumí „*převažující nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech, které mají značný vliv na kognitivní, emocionální a sociální výkony*“ (Gruber, Lendl in Vítková, 1999, s. 28). V současném pojetí se za postižení považují pouze takové stavy, kdy se tělesné poškození projevuje negativními důsledky na sociální rovině

Tělesné postižení

lidského života. Tělesné postižení může být vrozené, nebo získané. **Vrozená postižení** se dále dělí na genetická (např. syndaktylie – srůsty prstů) a na postižení vzniklá v průběhu prenatálního vývoje a během porodu (DMO, zaškrvení končetiny v prenatálním vývoji a různé vývojové malformace). **Tělesné postižení získané** může vzniknout následkem úrazu nebo po nemoci. Tělesné postižení vzniklé po úraze představují např. traumatické mozkomíšní obrny, zatímco příklady nemocí, které mohou zapříčinit vznik tělesného postižení, reprezentují např. progresivní svalové dystrofie, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza a další.

Definice a klasifikace onemocnění **Nemocí** se rozumí porucha rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají anatomické a funkční změny v organismu (Kábele et al., 1992; Jonášková in Müller, 2001). Nemoc není považována jen za biologickou odchylku, ale za typ sociálního znevýhodnění (Renotierová, 2002). Pro lékaře je závazné členění nemocí dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Zde si uvedeme některé další možné způsoby dělení.

Podle doby trvání rozlišujeme onemocnění:

- krátkodobé (akutní), např. infekční onemocnění;
- dlouhodobé, např. epilepsie.

Nemoc dlouhodobá může být:

- *chronická*, vznikají závažné organické a funkční změny orgánů a systémů s dlouhodobě předpokládaným průběhem, tj. minimálně 3 roky (diabetes, srdeční vady);
- *recidivující*, pokud se opakuje nejméně 3x ročně, ale v mezidobích v organismu nenalzáme anatomické ani funkční změny (alergie, astma);

nebo z hlediska očekávaného vývoje:

- *progresivní (progredující)*, přičemž některé mohou mít i letální charakter (např. progresivní svalová dystrofie, maligní nádorová onemocnění);
- *stacionární*, u kterých neočekáváme postupné a dlouhodobé zhoršování (např. benigní nádory).

Charakteristika zdravotního oslabení **Zdravotně oslabený člověk** má sníženou odolnost vůči chorobám a sklon k jejich opakování (např. u akutních zánětů dýchacích cest). Jeho zdravotní stav je ohrožen působením nevhodného životního prostředí, špatným režimem nebo nesprávnou výživou (Kábele et al., 1992). Za zdravotně oslabené jsou považovány také osoby ve stavu rekonvalescence. Důležitou součástí léčebné rehabilitace zdravotního oslabení je *klimatoterapie*, která se obvykle uskutečňuje v dětských ozdravovnách.

Zdravotní postižení v užším významu Jiným blízkým pojmem ve vztahu k somatopedii je **zdravotní postižení v užším významu** – označení skupiny osob nemocných a zdravotně oslabených (Opatřilová, Zámečnicková, 2007). Termín zdravotní postižení se užívá také v širším významu, kdy zahrnuje všechny typy postižení. Další odkazy k oblasti somatopedické terminologie můžeme nalézt v odborné literatuře (Vítková, 1998; Kábele et al., 1992; Jonášková in Müller et al., 2001 aj.).

2 Reflexe současných vývojových tendencí v somatopedii

Dále se budeme zabývat současnými trendy vývoje somatopedie v ČR. Mnohé z těchto trendů odrážejí aktuální dění v některých zahraničních zemích. Přesto je poměrně obtížné srovnávat stav oboru u nás a v zahraničí, neboť somatopedie v mnoha zemích jako samostatný obor vůbec neexistuje, často se výrazně liší používaná terminologie apod.

Přehled vývojových tendencí v somatopedii Současné vývojové tendence můžeme shrnout následovně:

- Od postižení ke zdraví – charakterizuje posun od medicínského k sociálnímu paradigmatu. Dříve byla somatopedie zaměřena na fenomény nemoci, patologie, omezení a postižení (Opatřilová, 2007).

řilová, Zámečnicková, 2007). Pro současnou práci speciálního pedagoga je však důležitější, jaké jsou možnosti a schopnosti člověka s omezením hybnosti a ve kterých směrech a oblastech má potenciál pro seberozvíjení, seberealizaci a nacházení životní spokojenosti.

- Zaměření na celé věkové spektrum klientů – speciálněpedagogický přístup může člověk s omezením hybnosti potřebovat v různých etapách svého života, proto patří k současným trendům speciální pedagogiky zaměření na oblast rané péče, dospělého věku a seniorů.
- Rozšíření specifických potřeb klientely – prakticky se somatopedi stále častěji setkávají s lidmi s kombinovaným postižením, kdy je pohybové postižení doprovázeno dalšími handicapy (často mentálním nebo sensorickým). Dále není možné se orientovat izolovaně pouze na samotného člověka s omezením hybnosti – musíme zohlednit také jeho blízké okolí a interakce s ním (rodiny, partneři, vrstevníci apod.).
- Rozšíření kompetencí somatopedů – ačkoliv většina autorů definuje somatopedii jako disciplínu zabývající se výchovou a vzděláváním (Kábele et al., 1992; Vítková, 2006), profesionální kompetence somatopedů značně přesahují rámec edukace a zahrnují také terapie, prevenci, poradenství, zaměstnávání a socializaci osob s omezením hybnosti.
- Provázanost jednotlivých oblastí ucelené rehabilitace – současný trend směřuje k užší spolupráci mezi speciálními pedagogy, zdravotnickým personálem a ostatními specialisty v rámci interdisciplinárního týmu.
- Integrace různých identit oboru – somatopedii nelze považovat výlučně za **vědu** nebo vědecký obor, protože práce somatopeda je zároveň i **uměním** (které vyžaduje schopnost praktického použití pedagogických dovedností, speciálních metod a přístupů) a **interpersonálním procesem** (který vyžaduje schopnost navázat lidský vztah, rozvíjet ho žádoucím směrem, umět rozpoznat rizika vztahového rámce a pracovat s nimi) (srov. Kantor in Kantor, Lipský, Weber et al., 2009; Bruscia, 1998).

Výše uvedené informace můžeme shrnout v následující **pracovní definici** somatopedie:

Somatopedie je obor speciální pedagogiky, jehož předmětem jsou lidé s omezením hybnosti a interakce těchto lidí s jejich okolím. Za omezení hybnosti považujeme tělesné postižení, nemoc nebo zdravotní oslabení. Kromě výchovy a vzdělávání nachází speciální pedagog somatoped uplatnění také v oblasti terapie, poradenství, prevence, zaměstnávání a socializace osob s omezením hybnosti. Obor somatopedie ve své komplexnosti integruje minimálně tři různé identity – somatopedii jako vědu, umění či interpersonální proces.

Definice somatopedie

3 Somatoped jako člen rehabilitačního týmu

Dříve, než se začneme zabývat vlastní somatopedickou problematikou, musíme pro práci somatopeda vytvořit nezbytný kontext, a tím je provázanost jeho práce s ostatními prostředky odborné podpory člověka se zdravotním postižením. V praxi se mluví o interdisciplinární spolupráci nebo také o rehabilitaci (Votava et al., 2001; Pfeiffer, 2006; Jankovský, 2001). Toto pojetí rehabilitace (také ucelené nebo komplexní rehabilitace) zahrnuje nejen složku léčebnou, ale také pedagogickou, sociální a pracovní. Týká se tedy celého komplexu specifických potřeb a aktivit, které může osoba s omezením hybnosti vykonávat.

Moderní pojetí rehabilitace

Pojem rehabilitace se nepoužívá pouze v souvislosti s osobami po úraze, jak by vyplývalo z etymologie pojmu, jehož význam je „uschopnění“ nebo „znovunavrácení do předchozího stavu“. Používá se také v souvislosti s osobami s vrozeným postižením či terminálním onemocněním, které nikdy stav bez postižení nepoznaly, nebo jejichž zdravotní potíže progredují bez perspektivy možného zlepšení.

Moderní pojetí rehabilitace u nás i v zahraničí klade důraz na interdisciplinární tým, včasné zahájení a koordinované propojení jednotlivých služeb s cílem dosáhnout optimální kvality života v co nejkratším čase a s co nejefektivnějšími náklady. Považuje se za propojený řetězec intervencí

všech odborníků, kteří se podílejí na komplexní podpoře rehabilitované osoby. Týmový přístup zahrnuje také rodiny a životní partnery jedince s omezením hybnosti. (Novosad, 2003) Budeme-li však reflektovat současný stav, musíme podotknout, že právě v komplexnosti a koordinaci jednotlivých služeb a intervencí spočívá největší úskalí praktického naplňování zásad, které toto pojetí rehabilitace zdůrazňuje.

Kde se rehabilitace provádí? Rehabilitace se provádí především v soustavě zdravotnických a školských zařízení a v zařízeních rezortu práce a sociálních služeb.

Léčebná rehabilitace je realizována primárně v nemocnicích (např. na rehabilitačních odděleních), odborných léčebných ústavech (rehabilitační ústav, lázně, ozdravovny, rehabilitační kliniky) nebo v rámci ambulantní péče.

Pedagogická rehabilitace je realizována primárně v mateřských, základních a středních školách. Do sítě školských zařízení patří také školská poradenská zařízení (např. pedagogicko-psychologické poradny a speciálněpedagogická centra), školská zařízení pro zájmové a další vzdělávání apod. Mateřské a základní školy mohou být zřízeny také při zdravotnických zařízeních (nemocnice, ozdravovny, léčebny). Zařízení, která dříve spadala do sítě speciálních škol (školy pro tělesně postižené), samozřejmě stále existují, nyní se však již terminologicky neodlišují od běžných základních, mateřských nebo středních škol.

Sociální rehabilitace je realizována prostřednictvím sociálních služeb, které zahrnují sociální poradenství (např. poradny pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro seniory) a služby sociální péče, které jsou nabízeny např. v domovech s pečovatelskou službou, formou odlehčovacích služeb, v centrech denních služeb, v denních a týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory nebo prostřednictvím chráněných bydlení.

Pracovní rehabilitace je realizována prostřednictvím úřadů práce, poraden pro osoby se zdravotním postižením, poraden pro seniory, pracovněrehabilitačních středisek, chráněných pracovišť, chráněných dílen atd.

Legislativně je rehabilitace ukotvena v těchto zákonech a vyhláškách (zde je uveden pouze výběr nejdůležitějších dokumentů):

- Vyhláška MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.
- Zákon MŠMT č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. školský zákon).
- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Zákon MPSV č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
- Zákon MPSV č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Interdisciplinární tým Kdo je členem **rehabilitačního (interdisciplinárního) týmu**? Výčet odborníků se může lišit podle konkrétního zařízení, ve kterém se rehabilitace uskutečňuje, a podle možností daného zařízení. S nejširším složením týmu z hlediska profesí se můžeme setkat obvykle ve zdravotnických zařízeních nebo v rehabilitačních centrech. Do tohoto týmu patří rehabilitační lékař (popř. další specialista, např. ortoped či neurolog), fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, sociální pracovníce a klinický logoped. Vedoucím týmu je **rehabilitační lékař** a jeho hlavním úkolem je provádět vstupní diagnostiku, vytvořit rehabilitační plán pacienta, koordinovat složení a činnost celého týmu. **Fyzioterapeut** s klientem „cvičí“ – provádí léčebnou tělesnou výchovu a často také některé přístupy fyzikální terapie (např. magnetoterapii, masáže, elektroterapii). **Ergoterapeut** se zaměřuje na léčbu prostřednictvím vhodně zvolených aktivit (často pracovních) a rozvoj co největší samostatnosti

při činnostech běžného života (např. oblékání, hygienické činnosti, lokomoce). Specifickou oblastí ergoterapie je *ergodiagnostika*, která prostřednictvím ohodnocení pracovní schopnosti člověka s omezením hybnosti pomáhá jeho opětovnému začlenění do pracovního procesu (např. formou rekvalifikace, adaptace prostředí na původním pracovišti, výběrem vhodné předprofesní přípravy apod.).

Dle typu zařízení a druhu pacientů jsou součástí týmu také **ošetřovatelky** a **protetici**. Specifická oblast protetiky, která je určena osobám s omezením hybnosti, se jmenuje *ortopedická protetika*. Protetický technik vyrábí individuální pomůcky, např. dlahy, korzety, ortézy, protézy, ortopedickou obuv apod. Většinou jsou zaměstnání u soukromých firem nebo výjimečně také přímo v rehabilitačních ústavech, kde jsou samostatná ortopedicko-protetická oddělení.

Pacientům s narušenou komunikační schopností se věnuje **logoped**. Služby, které poskytuje **psycholog**, mohou zahrnovat psychodiagnostiku, psychoterapii, krizovou intervenci nebo psychologické poradenství. **Sociální pracovník** zabezpečuje kontakt s rodinou klienta a s úřady. Podobně jako speciální pedagog legislativně nespadá do systému zdravotnictví. Pedagogickou rehabilitaci vykonává především **speciální pedagog**, ale mohou se na ní podílet také běžní učitelé, vychovatelé či asistenti pedagoga. Role speciálního pedagoga nemusí spočívat pouze v edukaci klientů, ale také v nácviku využívání kompenzačních pomůcek, nácviku alternativní komunikace, sebeobslužných činností, rozvoji motorických schopností atd.

Rehabilitační tým může dále zahrnovat specialisty z různých dalších oblastí, např. canisterapeuty, hipoterapeuty, expresivní terapeuty (arteterapeuty, muzikoterapeuty), herní specialisty apod. V praxi provádějí některé z těchto terapií dle svého dalšího odborného zaměření zástupci již zmíněných profesí – fyzioterapeuti, speciální pedagogové či psychologové.

4 Nejčastější terapeutické přístupy využívané u klientů s omezením hybnosti

Fyzioterapie, ergoterapie a fyzikální terapie se dříve označovaly jako rehabilitace v užším významu (Kollárová in Kábele et al., 1992). Tyto terapie patří patrně k nejméně využívaným terapeutickým přístupům u osob s omezením hybnosti.

Fyzikální terapie (nebo také fyziatrie) využívá pro terapii fyzikální prostředky (např. teplotu, peloidy, klima, elektrický proud). Dle Komačkové (Komačková et al., 2006) se dělí:

Oblasti fyzikální terapie

- **Mechanoterapie** – léčba prostřednictvím mechanických prostředků. Patří sem klasická masáž, reflexní masáž (podobně jako akupunktura nebo akupresura využívá reflexní body), manuální lymfodrenáž (působí na lymfatický systém) a léčba ultrazvukem (využívá přeměny vysokofrekvenčního proudu na mechanickou a tepelnou energii, aplikuje se kontaktní elektrodou).
- **Hydroterapie** – neboli vodoléčba, při které se aplikuje na povrch těla voda různé teploty a v různém skupenství, případně i se speciálními chemickými látkami. Hydroterapie je spojená s termoterapií, neboť při vodních procedurách působí na organismus kromě mechanických podnětů (hydrostatický tlak a vztlak vody, perličková koupel, vířivka) i tepelné podněty, případně také chemické podněty (pokud jsou ve vodě rozpuštěny různé přísady).
- **Termoterapie** – léčba tepelnými (termickými) podněty. Využívá se termoterapie pozitivní (teplé podněty), negativní (chladné podněty) a termoterapie s indiferentní teplotou (podnět není pociťován ani jako chladný, ani jako studený). Nosičem tepelného podnětu může být voda, vzduch, plyn, parafín a peloidy (přírodní kašovitá látka, která vznikla při geologických procesech).
- **Elektroterapie** – léčba elektrickým proudem nebo elektrickými impulsy. Může být kontaktní (prostřednictvím elektrod) nebo bezkontaktní (vystavení pacienta v elektromagnetickém poli bez vodivého kontaktu s pokožkou). Podle frekvence elektrického proudu rozlišujeme galva-

nický proud (bez frekvence), nízkofrekvenční proud (0–1000 Hz), středněfrekvenční proud (1001–10 000 Hz), vysokofrekvenční proud (nad 10 000 Hz) a ultrazvuk. Jako magnetoterapie se označuje terapie prostřednictvím magnetické složky elektromagnetického pole (aplikuje se bezkontaktní metodou).

- Fototerapie – neboli léčba světlem, k léčbě využívá elektromagnetické záření v rozsahu viditelné i neviditelné části spektra (ultrafialové a infračervené světlo).
- Balneoterapie – k léčbě využívá přírodní léčebné prostředky, které jsou vázány na určité místo, především léčivé vody a léčivé peloidy (bahno, rašelina apod.).
- Klimatoterapie – k léčbě využívá účinné faktory klimatu, a to čerstvého vzduchu (aeroterapie), slunečního záření (helioterapie), mořského klimatu (talasoterapie) nebo jeskyně (speleoterapie).

Fyzioterapie Pro **fyzioterapii** se používá také francouzský ekvivalent kinezioterapie nebo spojení léčebná tělesná výchova (LTV) (Dvořák, 1998). K terapii se využívá pohyb. Ačkoliv většina fyzioterapeutů pracuje eklekticky a využívá různé postupy, přesto se v rámci fyzioterapie můžeme setkat s různými specializovanými metodami. Např. u osob s centrálními obrnami (např. poúrazové stavy, DMO) se často využívá Vojtova lokomoce nebo Bobathova metoda.

Vojtova metoda reflexní lokomoce vychází z koncepce tzv. reflexních bodů, které v důsledku tlaku v určité poloze dokážou vyvolat sérii reflexních pohybů. Tyto reflexní body se v rámci Vojtovy metody využívají k vyvolání dvou důležitých pohybových stereotypů, a to reflexního plazení a reflexního otáčení, které představují základ pro vytvoření lidské lokomoce (chůze). Specifickou součástí diagnostiky jsou tzv. polohové reakce (Vojta, 1993).

Důležitými prvky **Bobathovy metody** je inhibice – utlumení zvýšeného svalového tonu a patologických hybných a posturálních vzorců (např. vhodným polohováním klienta), facilitace normálních polohových a pohybových vzorců – provokování požadovaných pohybů (např. určitým tlakem na tzv. klíčové body), a handling – způsob uchopování a fyzické manipulace s klientem (např. zvedání, otáčení, nošení). Klíčové body kontroly jsou části těla (např. hlava, paže, pánev), ze kterých lze neúčinněji redukovat spasticitu a současně facilitovat správný pohyb. Terapie je koncipována jako 24hodinový koncept, který lze provádět v rámci nejrůznějších aktivit v přirozeném prostředí dítěte.

K dalším fyzioterapeutickým metodám patří např. PNF (Kabatova metoda), metoda Mojžíšové, metoda Čápkové, SRT (synergicko-reflexní terapie) a další.

Zásady pro Součástí handlingu z Bobathova konceptu jsou **zásady pro fyzickou manipulaci s klienty**. U každého klienta s tělesným postižením si musíme najít a nacvičit nejlepší způsob přesunu pro danou situaci, např. vysazování na toaletu, přesuny z vozíku na zem a zpět atd. Zde jsou alespoň některá obecná doporučení (podle Bigge, Best, Heller, 2009):

- stočit klienta do klubíčka – pokrčit nohy a kolena k hrudníku. Tuto pozici využíváme zvláště tehdy, pokud samostatně zvedáme těžší klienty;
- nemanipulovat s klientem, když se naše páteř nachází v rotaci;
- zvedat klienty z nohou (kolenou), ne ze zad (kleknout si, záda jsou vzpřímená);
- nést klienta co nejbližší svému tělu;
- využít co nejvíce vlastní opory klienta, zvláště pokud je schopen stát s oporou (dle jeho možností);
- nikdy s klientem nemanipulovat, když je v spasmu;
- nebát se říct si o pomoc!

U těžších klientů se v praxi využívají dva způsoby přesunu za asistence dvou osob:

- Oba asistenti stojí po boku klienta, přičemž jej drží zrcadlově jednou rukou pod kolenem, zatímco druhá ruka je pod lopatkou. Tento způsob zatěžuje rovnoměrně oba asistenty.
- Jeden asistent uchopí klienta pod koleno, zatímco druhý asistent jej drží pod pažemi nebo za trup. Fyzicky méně zdatný asistent uchopuje klienta vždy pod koleno.

Další ukázky handlingu lze najít v příslušných odborných publikacích (Kiedroňová, 2004; Opatřilová, 2005; Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava, 2005).

Ergoterapie je zdravotnický obor, který „prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností...“ (Česká asociace ergoterapeutů in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13) Ergoterapie

Na rozdíl od pracovní rehabilitace je hlavním cílem ergoterapie **léčba**. Také v ergoterapii je samozřejmě důležité umožnit člověku vykonávat smysluplnou a užitečnou činnost, neboť zaměstnávání výrazně přispívá ke zlepšení celkového zdravotního stavu, kvality života i zapojení do společnosti. Zaměstnávání zde však vystupuje nejen jako cíl, ale především jako prostředek. U dětí mají tyto aktivity podobu hry.

Za oblasti ergoterapie se považuje:

- kondiční ergoterapie (usiluje především o psychickou rovnováhu postiženého);
- ergoterapie cílená na postiženou oblast;
- ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění (důležitou součástí je ergodiagnostika a pracovní zácvik);
- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti, tzv. běžné denní činnosti (*activities of daily living*). Tento souhrnný termín se užívá pro činnosti, které lidé provádějí za účelem zajištění každodenní péče o sebe samého. (Jankovský 2001)

Ergoterapeutický proces obsahuje, podobně jako jiné terapie, fázi hodnocení, plánování terapie (vytvoření plánu s krátkodobými i dlouhodobými cíli), realizaci terapeutických programů a evaluaci ergoterapeutického procesu.

Intervenční strategie při nácviu běžných denních činností se dělí na adaptaci/kompenzaci, obnovu/navrácení původních schopností a edukaci/nácvik. *Kompenzace* představuje:

- Adaptaci aktivity nebo úkolu, např. oblékání jednou rukou, psaní alternativním úchopem ústy.
- Adaptaci nástrojů, předmětů nebo využití kompenzačních pomůcek, např. výměna knoflíků za suché zipy, používání přizpůsobené lžice, ortopedického vozíku.
- Adaptace prostředí, např. vlastní architektonická modifikace prostředí (instalace madel, odstranění prvků, které brání volnému pohybu v prostoru, kompenzace bariérového vstupu do domu plošinou apod.). Jelínková uvádí nejčastější prováděné úpravy domácího prostředí (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 174).

Obnova/navrácení původních schopností se zaměřuje na jednotlivé poruchy tělesných funkcí a struktur s cílem obnovit nebo vytvořit schopnosti, které jsou potřebné pro jednotlivé funkční úkoly (zvýšení svalové síly, zlepšení koordinace pohybů, přesnosti pohybů apod.). Využívá stupňování náročnosti terapeutických aktivit podle aktuální úrovně schopností klienta.

Edukace klienta nebo pečovatele představuje poskytování základních informací a instruování, např. při přesunech, polohování na lůžku apod.

Ergoterapeuti bývají zaměstnáni nejčastěji v rezortech zdravotnictví a sociálních služeb. Malé procento ergoterapeutů pracuje také v některých školských zařízeních.

Mezi další terapeutické přístupy, které jsou frekventovaně využívány u osob s omezením hybnosti, patří zooterapie, expresivní terapie a psychomotorické terapie. **Zooterapie** zahrnuje více terapeutických konceptů, které využívají k terapii účast zvířete. U nás je nejvíce rozšířena *hiporehabilitace* (terapeutickým prostředkem je kůň) a *canisterapie* (terapeutickým prostředkem je pes). Podle zahraničního modelu využívá hiporehabilitace několik konceptů práce s klientem. Fyzioterapeuticky Zooterapie

je zaměřena především *hipoterapie* (využívá koně jako přirozený stimulant chůze), zatímco pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní a rekreační ježdění bychom zařadili spíše do pedagogické nebo sociální rehabilitace.

Expresivní terapie Mezi základní směry **expresivních terapií** patří arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a tanečně-pohybová terapie (v některých zahraničních zemích se zde řadí také biblioterapie). Tyto terapie využívají expresivní (výrazové) prostředky, tedy výtvarné prostředky, hudbu, dramatické prostředky, pohyb a tanec. Konkrétní pojetí práce s klientem však může nabývat velmi různorodých podob – tyto terapie jsou orientované nejčastěji psychoterapeuticky nebo edukačně.

Níže uvádíme některé konkrétní příklady aplikace expresivních postupů u osob s omezením hybnosti, se kterými se lze setkat v rámci speciálněpedagogické praxe:

- Podpora učení – vytvořením pohádky nebo příběhu na určité téma můžeme u dětí podpořit učení prostřednictvím děje příběhu, textu zpívaných písní, dialogů, použitých rekvizit apod.
- Komunikace – ve všech expresivních terapiích využíváme neverbální komunikaci, tj. komunikaci pohybem, gesty, mimikou apod. Můžeme podpořit také porozumění a rozvoj mluvené řeči a to prostřednictvím osvojování textů písní, nácvikem dialogů příslušných rolí, prostřednictvím komunikace nad vytvořenými výtvarnými objekty apod.
- Motorika – hra na nástroj podporuje pohyblivost horních končetin, tanec při hudbě lokomoci, práce s hlínou je přínosem pro rozvoj pohyblivosti ruky a prstů apod.
- Percepce – zrakovou percepci rozvíjíme např. prostřednictvím kontaktu s objekty se specifickou barvou, povrchem, tvarem a materiálem (výtvarné prostředky, hudební nástroje). Sluchovou percepci podporuje diskriminace zvuků různé barvy, intenzity, délky, rytmu apod.
- Sociální dovednosti – jakákoliv expresivní terapie může probíhat skupinovou i individuální formou. Ve skupinové terapii musíme respektovat požadavky, které na nás klade skupina. Také individuální terapie nabízí možnost rozvoje sociálních dovedností, a to na základě dyadického vztahu mezi terapeutem a klientem. Během sociální interakce si klient v neverbálním kontextu osvojuje vzorce vedení i následování.

Psychomotorická terapie Termín **psychomotorické terapie** je používán poněkud volně pro souhrnné označení mnoha různých terapeutických a edukačních konceptů. Samotný termín psychomotorika se používá pro označení spojitosti mezi tělesnými a psychickými procesy a jejich vzájemné ovlivňování. Cílem psychomotoriky je podpořit kompetence k jednání, které se skládají ze tří zkušenostních oblastí:

- „já“ kompetence: zkušenosti s tělem, jeho vnímáním, tělesnými funkcemi; Jsou základem pro orientaci na vlastním těle a v prostoru;
- věcné kompetence: zkušenosti s různými materiály a okolním světem;
- sociální kompetence: komunikace a vztahy s ostatními lidmi.

Dnes se pojmem *psychomotorika v užším významu* označují koncepty, které vznikly na základě *Psychomotorických cvičení* od Ernsta Kipharda. Kiphard vystupoval jako klaun na hrazdě, později vystudoval učitelství tělesné výchovy. Svou koncepci psychomotoriky vytvořil na Vestfálské psychiatrické klinice pro děti a mládež v Gütersloh a svá *Psychomotorická cvičení* představil roku 1955. Roku 1974 byla založena Společnost pro speciální pohybovou pedagogiku a psychomotorickou terapii.

V širším významu se pojmem psychomotorika označují různé pedagogicko-psychologické koncepty, které jsou zaměřené na tělo a psychické funkce, např. bazální stimulace (Vítková in Müller et al., 2005; Friedlová, 2007), snoezelen (Valenta, Müller et al., 2007), senzorická integrace od Ayresové, koncept Frostigové, Doman-Delocato aj. (viz Pavlů, 2005).

Herní specialista **Herní specialista** je příklad profese, která se k nám dostala ze zahraničí a během 90. let začala povolna měnit podobu dětských oddělení některých nemocnic. Herní specialista pracuje primárně s dětmi během jejich hospitalizace v nemocnicích a pokouší se snížit negativní dopady, kterými

období hospitalizace může postihnout psychiku dětí. Mezi konkrétní úkoly herního specialisty patří připravit rodinu i dítě na pobyt v nemocnici, informovat ho o jednotlivých zákrocích a vysvětlit mu význam a průběh chystaných lékařských zákroků, komunikovat s dítětem a připravovat pro něj vhodný volnočasový program, pomoci dítěti zvládat bolest, podporovat co nejpřirozenější vývoj dítěte a optimalizovat podmínky nemocničního prostředí.

Shrnutí

Kapitola představila některé teoretické aspekty oboru somatopedie a rehabilitace osob s omezením hybnosti, doplněné o praktické příklady z řady některých důležitých terapeutických přístupů využívaných u osob s omezením hybnosti.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Jakou znáte terminologii ve vztahu k osobám s tělesným postižením nebo nemocí?
2. Pokuste se charakterizovat obor somatopedie a jeho současné vývojové tendence.
3. Jaké je složení rehabilitačního týmu? Jaké jsou hlavní kompetence jeho členů?
4. Popište, včetně praktických příkladů, některé terapeutické přístupy, které byly uvedeny v této kapitole.

Pojmy k zapamatování

somatopedie
omezení hybnosti
rehabilitace
ortopedická protetika
fyzikální terapie
fyzioterapie
handling
ergoterapie
canisterapie
expresivní terapie
herní specialista
psychomotorika

Literatura

Seznam použité literatury:

1. KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. et al. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
2. BIGGE, J.; BEST, J. S.; HELLER, K. W. 2009. *Teaching Individuals with Physical or Multiple Disabilities*. 3. vyd. New York: Macmillan Publishing Company. 515 s. ISBN 0-675-21017-8.
3. BRUSCIA, K. 1998. *Defining Music Therapy*. 1. vyd. Barcelona: Pathway Book Service. 300 s. ISBN 978-1891278075.
4. DVOŘÁK, R. 1998. *Základy kinezioterapie*. 2. vyd. Olomouc: UP. 104 s. ISBN 80-244-0609-8.
5. FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
6. HRUŠKA, J. 1997. *Komplexní systém výchovně vzdělávací péče o děti a mladistvé s tělesným postižením*. 1. vyd. Praha: Septima. 118 s. ISBN 80-85801-47-7.
7. JANKOVSKÝ, J. 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. 1. vyd. Praha: TRITON. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
8. JELÍNKOVÁ, J.; KRIVOŠÍKOVÁ, M.; ŠAJTAROVÁ, L. 2009. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
9. KÁBELE, F. et al. 1993. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 238 s. ISBN 80-7066-533-5.
10. KOLLÁROVÁ, E. 1993. *Základy somatopedie*. 1. vyd. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského. 242 s. ISBN 80-223-0715-7.

11. MÜLLER, O. et al. 2005. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: VUP. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
12. OPATŘILOVÁ, D.; ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2007. *Somatopedie – texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.
13. PAVLŮ, D. 2003. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm. 239 s. ISBN 80-7204-312-9.
14. PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
15. RENOTIÉROVÁ, M. 2002. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: VUP. 85 s. ISBN 80-244-0532-6.
16. VALENTA, M.; MÜLLER, O. et al. 2007. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
17. VÍTKOVÁ, M. 1999. *Somatopedické aspekty*. 1. vyd. Brno: Paido. 144 s. ISBN 80-85931-69-9.
18. VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido. 304 s. ISBN 80-7315-134-0.
19. VOJTA, V. 1993. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. 1. vyd. Praha. 367 s. ISBN 80-85424-98-3.
20. VOTAVA, J. et al. 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Základy etopedie

(kážeň a kážeňské prostředky, poruchy chování a specifické poruchy chování, projevy rizikového a problémového chování ve školní praxi)

Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.

Cíle

Cílem této kapitoly je vymezit pojetí kázně a kážeňských prostředků, charakterizovat poruchy chování a specifické poruchy chování, zaměřit se na nejčastější projevy rizikového a problémového chování u žáků a specifikovat možnosti intervence pedagoga v prostředí základní a střední školy.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vymezit fenomén kázně ve škole;
- diferencovat projevy nekázně a problémového chování u žáků;
- charakterizovat poruchy chování a specifické poruchy chování;
- specifikovat projevy rizikového a problémového chování a možnosti intervence pedagoga.

Průvodce studiem

Udržení kázně je základní podmínkou možnosti naučit děti novým poznatkům. Problematika kázně se váže k základním filosofickým otázkám výchovy, tedy v jaké míře máme vůbec právo formovat dítě či žáka dle svých představ, kde je hranice manipulovatelnosti, jaká je odpovědnost učitelů a jaká je odpovědnost rodičů. Je přitom důležité rozlišovat projevy nekázně od projevů problémového chování, poruch chování a specifických poruch chování u žáků.

1 Kážeň

V tomto termínu se skrývají poměrně negativně vnímané konotace. Pro to, co termín kážeň vyjadřuje, se můžeme pokusit najít jiný výraz (disciplína, poslušnost, pořádek, dril aj.), ale nakonec bychom měli tento termín „vzít na milost“, protože nejlépe vystihuje obsahovou podstatu problému.

Kážeň úzce souvisí s výchovou k hodnotám i postojům a plní dva cíle:

- zajišťuje žákům a učitelům bezpečí;
- vytváří prostředí podporující učení.

Kážeň můžeme chápat jako jednu z položek třídního klimatu, jako všeobecné pojmenování jedné z kvalit vzdělávacího procesu. Ať už je kážeň čímkoliv, ovlivňuje ji jednání jednotlivých žáků, které je v některých případech nezpochybnitelně nevhodné. Je tedy v učitelově zájmu a jeho úkolem takové chování žáka regulovat. (Čapek, 2010)

Kážeň ve třídě a třídní klima

Třídní klima je souhrn subjektivních hodnocení a sebehodnocení vnímání, prožitků, emocí a vzájemného působení všech účastníků, které v nich jako ve spolutvůrcích a konzumentech vyvolávají edukační i jiné činnosti v daném prostředí. (Čapek, 2010)

Aspekty utvářející klima třídy (Čapek, 2010):

- vyučovací metody a edukační aktivity,
- komunikace ve třídě,
- kážeňské vedení třídy,
- vztahy mezi žáky ve třídě,
- participace žáků,
- prostředí třídy.

Mezi spolutvůrce třídního klimatu patří vedle žáků a učitelů také rodiče. Jak je lze získat ke spolupráci?

- **profesionalitou učitele,**
- **vhodnou komunikací s rodičem,**
- **optimismem a pozitivním postojem,**
- **vstřícností.**

Autorita učitele

Autorita se vyžaduje od učitele jako nezbytný, základní předpoklad úspěchu jeho práce. Učitel, který nemá autoritu, není schopen žáky učit. Je to v podstatě forma uskutečňování moci, která je založena na více nebo méně obecném uznání oprávněnosti vlivu určité osobnosti, instituce nebo skupiny. Učitel má v tradiční škole nad žáky značnou moc, respektive převahu. Je to právě on, kdo organizuje učební aktivity, řídí hodinu, sděluje pokyny, předkládá úkoly. Na něm záleží, jaký bude průběh hodiny, jaké zvolí téma, kdo bude vyzkoušený, jakým způsobem, jak dlouho bude zkoušení trvat. Žáci jsou v podstatě nedobrovolnými „klienty“ – do školy chodit musí. Učitelé si mnohdy ani neuvědomují, jakou širokou škálu prostředků, metod a forem práce se žáky mají k dispozici. (Bendl, 2004)

Pro zájemce

Kolektiv dětí ve třídě prochází vývojem. Nejdéle jsou spolu žáci na základní škole a také na víceletých gymnáziích. Na základní škole se vývoj třídního kolektivu a jeho diferenciací odehrává ve třech cyklech:

- **prekohezní stadium** (1.–3. třída),
- **stadium prvotní koheze** (4. –6. třída),
- **kohezní stadium** (7. –9. třída).

2 Kázeňské prostředky

Mezi tradiční kázeňské prostředky řadíme **příklad, slovo, zaměstnání, dozor, trest a odměnu** (Bendl, 2004). Tyto prostředky se vyskytují v tradičních pedagogických pojednáních, např. Lindnera z roku 1902 nebo Švadlenky z roku 1929. Uvedených šest prostředků tvoří pomyslné jádro prostředků kázně a stále na ně lze redukovat většinu stávajících metod ukázněvání žáků.

Příklad Tradičně je **příklad** považován za jednu z neúčinnějších, ne-li vůbec neúčinnější výchovnou metodu. Je založen především na napodobování.

Slovo Používá se v různých formách a odstínech – rozkaz, zákaz, napomenutí, výstraha, vysvětlení, přesvědčování, rada, poučení, prosba aj. Běžná školní praxe se bez **slova** neobejde. Jeho využití je však nutno pečlivě zvážit, neboť slovem můžeme nejen povzbudit, ocenit, ale také ublížit, ponížit či nemotivovat.

Zaměstnání Využívání **zaměstnání**, tedy např. hry s pravidly, pojetí vyučování jako dětského zaměstnání, ale i zajímavá výuka, se zaměřuje na pěstování sociálních dovedností za účelem zlepšení vztahů mezi žáky navzájem a mezi učiteli a žáky.

Dozor V současném běžném slovníku je toto slovo nahrazeno pojmem **kontrola**. Můžeme ji vymezit v pedagogickém kontextu jako pozorování a sledování někoho nebo něčeho, co je svěřeno do naší péče, ochrany a odpovědnosti. V souvislosti se školním životem se jedná především o přestávky, dobu před zahájením vyučování, doprovod žáků do jídelny a doprovod spojený s dohledem na různých školních akcích.

Účelem **trestu** ve škole je jednat v zájmu spravedlnosti a sjednat nápravu spolu se zdůrazněním Trest toho, že třídní a školní komunita neschvaluje a odmítá daný čin. Stejně sem patří prevence nekázně spojená se změnou v projevech chování u daného jedince.

Účinky trestů na žáky lze obtížně předvídat, stejný trest vede u jednoho žáka k pozitivní změně v chování, u druhého k vnější, formální kázní, u třetího k odporu a vzdoru, u dalšího sníží jeho sebehodnocení atd. Účinky trestu závisí na osobnosti žáka, jeho předchozích zkušenostech, stylu výchovy v rodině, vztahu mezi ním a učitelem, na klimatu třídy a školy, autoritě učitele a kontextu, ve kterém se odehrává.

Druhy trestů:

- administrativní opatření k posílení kázně,
- tresty založené na zesměšňování a ironii,
- omezení volného času žáků,
- pracovní trest,
- vtipný trest,
- hromadný trest,
- odebrání věci,
- peněžitý trest,
- vyloučení z kolektivu,
- přirozený trest (náhrada škody, náprava škody, vystavení opačné situaci apod.),
- alternativní tresty.

Fyzické tresty

Neexistuje snad další kázeňský prostředek, na který by panovaly tak diametrálně odlišné názory. Přitom by veškeré debaty na toto téma měly být dávnou minulostí, protože tělesné tresty na našich obecných školách byly zrušeny v roce 1870, na středních již v roce 1781 (Bendl, 2004).

Fyzické, ale i psychické ubližování dítěti je trestným činem. Maximálně lze použít fyzické omezení dítěte ze strany pedagoga v případě rvačky dětí, bezprostředně hrozící fyzické újmy dítěte nebo pedagogovy sebeobrany v případě jeho fyzického napadení. Fyzickým trestům lze předcházet a především k nim vždy existují alternativy.

Odměna je takové působení spojené s chováním a jednáním jedince, které vyjadřuje pozitivní Odměna hodnocení a přináší vychovávanému radost a možnost uspokojení jeho potřeb. (Čapek, 2010)

Z historického hlediska je nepochybně zajímavé, že odměna spolu s trestem patří mezi nejpoužívanější a nejznámější kázeňské prostředky. Přesto je jí ve starší literatuře věnována o mnoho menší pozornost (např. Uher, 1924), a dokonce se uvádí, že odměna nemá zdaleka takovou výchovnou cenu jako tresty.

Odměnu můžeme chápat jako způsob ocenění, respektive hodnocení chování nebo činnosti žáka, je to tedy pozitivní reakce. Běžně se uvádí, že udělení odměny má následovat hned po splnění úkolu.

Bendl rozlišuje odměny **přirozené** a **umělé**. Přirozené odměny přicházejí bez přičinění druhých lidí – např. přirozenou odměnou přičinlivosti je zisk, pravdomluvnosti důvěra atd. Umělými odměnami jsou například pochvala nebo vyznamenání. Někteří učitelé odměňují své žáky tak, že je pozvou k sobě domů na návštěvu. Můžeme mluvit i o sporných odměnách, a to tehdy, pokud učitel žáky za odměnu pustí dříve domů z poslední vyučovací hodiny, jindy zase nemusí odměňovaný žák dostat domácí úkol nebo je mu odpuštěna písemná práce apod.

3 Poruchy chování a specifické poruchy chování

Pokud navážeme na předchozí text věnovaný kázni a kázeňským prostředkům, pak je třeba zmínit, že projevy dítěte s poruchou chování či specifickou poruchou chování nesporně ovlivňují klima ve třídě a mají významný vliv na udržení kázně žáků ve vyučování. Zatímco využívání kázeňských prostředků je plně v kompetenci pedagoga, u projevů poruch chování a specifických poruch chování žáků, které běžnými pedagogickými prostředky již nelze zvládnout, by měl pedagog mít možnost obrátit se na jiné odborníky.

V souvislosti s projevy problémového chování si pedagogové často kladou otázky:

Co jsou to problémy v chování?

Kdy a kde problémy v chování u dítěte vznikají a jak se projevují?

Jsou problémy v projevech chování u dítěte přechodného, nebo trvalého rázu?

Co víme jako pedagogové o sociálním prostředí a rodině dítěte?

Kdy se už jedná o poruchu chování a jaký je rozdíl mezi poruchou chování a specifickou poruchou chování?

Terminologické vymezení poruchy chování

Pro termín **porucha chování** musí být jednoznačně stanovena kritéria vymezení, jinak by vznikl **sběrný koš**, který by mohl zahrnovat nejrůznější jevy, někdy ještě jako vývojovou normu, jindy jako projevy přechodné sociální nepřizpůsobivosti, a nakonec také jako jasné antisociální chování. (Hort a kol. 2000, Stárková a kol., 2001) Rozlišovacím kritériem je tedy vlastní obsah problematického chování.

Definice poruch chování

V klasifikačním systému dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN), jsou **poruchy chování** definovány jako:

Opakující se a trvalý (v délce trvání nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte.

Tato porucha je vymežována popisně, bez přihlédnutí k etiologii obtíží. Posouzení naplnění diagnostických kritérií je mnohdy velmi obtížné a komplikované.

Definice z MKN není samozřejmě jediná. Jiná definice vymezuje poruchy chování jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, popřípadě na úrovni jeho rozumových schopností (Vágnerová, 2000).

Jak jsme uvedli výše, poruchy chování představují opakující se a stabilní vzorec chování, ve kterém jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých.

Během uplynulého roku musí být přítomny tři nebo více symptomů s jedním symptomem trvale přítomným v posledním půlroce.

Diagnostická kritéria dle MKN

Mezi příznaky se zahrnuje následující chování dítěte:

AGRESE K LIDEM A ZVÍŘATŮM

- často šikanuje nebo zastrašuje druhé a vyhrožuje jim;
- často začíná pranice, bitky;
- jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé (cihly, nože, lahve, sklo apod.);
- projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem;
- projevuje fyzickou agresi a hrubost ke zvířatům;
- krade způsobem, při kterém dochází ke střetu s obětí (loupežné přepadení, vydírání aj.);
- vynucuje si na druhém sexuální aktivitu;

DESTRUKCE MAJETKU A VLASTNICTVÍ

- zakládá ohně se záměrem vážného poškození;
- ničí majetek druhých;

NEPOCTIVOST NEBO KRÁDEŽE

- vloupání do domů, budov a aut;
- časté lhaní – získání prospěchu, výhody, vyhnutí se povinností, závazkům;
- krádeže bez konfrontace s obětí (obchody, padělání listin, peněz apod.);

NÁSILNÉ PORUŠOVÁNÍ PRAVIDEL

- před 13. rokem věku opakovaně zůstává přes zákazy rodičů celé noci venku;
- utíká z domova, ačkoliv bydlí v domě rodičů nebo svých zákonných zástupců (nejméně dvakrát) nebo se nevrací po dlouhou dobu;
- časté záškoláctví před 13. rokem věku.

Tato poměrně podrobná diagnostika nám dává obraz o poruchách chování, ovšem její problém můžeme spatřit v čistě popisném charakteru projevů chování.

Dělení poruch chování podle školské legislativy

Poruchy chování v širším slova smyslu lze dělit na **specifické** a **nespecifické**.

Specifické
a nespecifické
poruchy
chování

Pod pojmem specifické poruchy chování jsou chápány poruchy chování vzniklé vlivem působení různých vnějších a vnitřních faktorů na podkladě existujícího prokázaného oslabení nebo změn v centrální nervové soustavě. Pojmem nespecifické rozumíme veškeré poruchy chování vzniklé z jiných příčin než poruchy chování charakteru specifického.

V tomto dělení se odráží i subjektivní hodnocení odborníka, který jedince diagnostikuje. Co je v určité situaci určitého věku jedince tzv. normální chování, to se u jiného jedince v jiném nastavení vnějších a vnitřních podmínek mění v poruchu chování. Pokud budeme o dítěti tvrdit, že má poruchu chování, měli bychom vždy předpokládat takový stupeň jeho intelektu, kdy je schopno si uvědomit, jaké chování se očekává – zdůrazňujeme poruchu chování sociálního.

Ve **školských legislativních normách** vztahujících se k problematice poruch chování není specifikován žák s poruchou chování ani emocí, ale žák s vývojovou (specifickou) poruchou chování. Tento termín odpovídá v klasifikačním systému dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí termínu **hyperkinetická porucha** a v klasifikačním systému Americké psychiatrické asociace DSM-IV termínu „attention deficit hyperactivity disorder“ neboli **ADHD**, tj. hyperaktivita s poruchou pozornosti.

Žák se specifickou poruchou chování je zařazen dle intenzity poruchy buď do kategorie žáků se zdravotním postižením, nebo žáků se zdravotním znevýhodněním.

Podle druhého odstavce paragrafu 16 zákona č. 561/2004 Sb. jsou do kategorie žáků se **zdravotním postižením** řazeni také žáci s (vývojovými) specifickými poruchami učení a chování. Podle závažnosti obtíží je jim ve shodě s legislativou poskytována potřebná péče. U žáka musí být toto postižení potvrzeno na základě odborného psychologického a speciálněpedagogického vyšetření, popřípadě na základě neurologického vyšetření. Poté mu může být doporučeno vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu a dalších nezbytných podmínek pro vzdělávání.

Zdravotní
postižení

Podle prvního odstavce paragrafu 16 zákona č. 561/2004 Sb. je žákem se speciálními vzdělávacími potřebami také osoba se **zdravotním znevýhodněním**. Dle tohoto zákona je zdravotním znevýhod-

Zdravotní zne-
výhodnění

něním zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění ve vzdělávání.

Formy speciálního vzdělávání je možno realizovat prostřednictvím:

- **individuální integrace;**
- **skupinové integrace;**
- **ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením.**

Možnosti intervence u dítěte s poruchou chování

Dítě s poruchou chování, která je dlouhodobá a závažná, představuje pro pedagoga již neřešitelný problém. Běžnými pedagogickými prostředky tohoto žáka lze zvládnout velmi obtížně a možnosti práce s ním přesahují kompetence základní školy. Zde se už škola musí obrátit na odborná pracoviště (zdravotnická, orgán sociálně-právní ochrany, školská poradenská pracoviště apod.). Ale i možnosti intervence, ať už psychoterapeutických, socioterapeutických přístupů nebo farmakoterapie, jsou svým způsobem poměrně omezené. Nedokážeme totiž zasáhnout do genetických vzorců, předejít drobným neurobiologickým poškozením, stále to budou děti, které jsou společensky problematické. (Stárková, 2001)

Poruchy chování už představují natolik závažný problém, že je obvykle nezbytné řešit je spolu s dalšími institucemi – zdravotnickými a s orgány sociálně-právní ochrany. Tam, kde rodina v žádném případě nemůže zajistit kvalitní výchovu dítěte, přebírá roli vychovatele stát. Je to sice naprosto nepřirozený zásah do života samotného dítěte, často všemi zainteresovanými odborníky oddalované řešení, ale v některých případech je ho nutné přijmout jako poslední naději na změnu chování ke společensky akceptovatelnému.

Programy prevence

Nadějnější možnosti intervence spočívají v programech prevence poruch chování, které se zaměřují na **včasně podchycení** a především **včasnou intervenci** v raném stadiu vzniku problému. Zde je klíčová úloha pedagogů v podmínkách základních škol. (Stárková a kol., 2001)

4 Specifické poruchy chování – ADHD – hyperkinetické poruchy

Tyto děti lze jednoduše charakterizovat slovy „**jako by seděly na ježkovi**“. Děti s projevy neklidu, nepozornosti, tzv. děti zlobivé. Často narušují vyučování vykřikováním, neustálým vrtěním, tím, že nevědí, jak a kde mají pracovat, nedávají pozor, nestíhají to, co ostatní, nenosí úkoly a školní výkony mají výrazně kolísavé. (Pešová, Šamalík, 2006)

Je důležité si uvědomit, že termíny porucha chování a specifická porucha chování jsou dvě rozdílné kategorie, odlišují se příčinami, projevy, diagnostickými kritérii, možnostmi intervence i prevence.

Vymezení a diagnostická kritéria ADHD

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou používají čeští psychiatři a neurologové, se hyperkinetické poruchy dělí na dva typy:

- **porucha aktivity a pozornosti,**
- **hyperkinetická porucha chování.**

K základním příznakům hyperkinetických poruch patří hyperaktivita, porucha pozornosti a impulzivita.

Klasifikace ADHD podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV)

Některé z příznaků hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti se vyskytují už před 7. rokem věku. Některé z příznaků se objevují na dvou a více místech (doma, ve škole apod.). Dochází ke zhoršení v oblasti společenské, edukační, popř. v zaměstnání. Příznaky není možné vysvětlit jinou psychickou poruchou. Diagnostická kritéria dle DSM

Kritéria A I (šest nebo více příznaků přetrvávajících minimálně 6 měsíců v míře, která zhoršuje přízpusobivost a výkon dítěte):

Porucha pozornosti

- nepozornost při školních úkolech, pomíjení detailů, chyby z nepozornosti;
- neudrží pozornost při hře;
- jeví se, že neposlouchá během rozhovoru;
- neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly;
- má organizační problémy;
- nemá rádo úkoly vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim;
- ztrácí věci (hračky, školní potřeby apod.);
- vnější stimuly snadno přerušují jeho soustředění;
- zapomnětlivé v denních aktivitách.

Kritéria A II (šest nebo více příznaků hyperaktivity či impulzivity trvajících minimálně 6 měsíců a nepřiměřených vývojovému stupni dítěte):

Hyperaktivita

- často neúčelně pohybuje rukama nebo se vrtí na židli;
- často opouští lavici ve třídě;
- často pobíhá nebo přelézá v nepřiměřených situacích;
- při hrách obtížně zachovává klid a ticho;
- stále v pohybu („jako by měl v sobě motor“);
- nadměrně mnohomluvný.

Impulzivita

- často vyhrkne odpověď před dokončením otázky;
- dělá mu potíže čekat v pořadí;
- často přerušuje ostatní (při hrách, v hovoru apod.).

Možnosti intervence

U některých dětí dochází pomocí výchovných a psychologických prostředků k pozitivní změně v projevech chování, vždy je však nutná vhodná úprava režimu a prostředí. Tento přístup je chápán jako první možnost terapie a má naději na úspěch v těch případech, kdy projevy poruchy jsou mírnější a dítě má podporu v domácím i školním prostředí.

Aby pomoc dítěti byla účinná, potřebuje přijetí od svých nejbližších, posilování sebedůvěry a vhodných vzorců chování, někdy je vhodné sjednotit výchovné postoje rodičů. (Drlíková, 2007)

Pedagogické a terapeutické intervence mají větší naději na úspěch v ovlivňování některých projevů chování, jako jsou lhaní, krádeže, záškoláctví, toulání (podrobněji se o nich dočtete v následující kapitole). Pedagogická intervence

kapitole). Méně nadějně jsou tyto přístupy v léčbě hyperaktivity, impulzivity a poruch pozornosti. Zde se nabízí otázka vhodnosti farmakoterapeutické léčby. Každé dítě by mělo být posuzováno individuálně a je třeba hledat u něj nejvhodnější postup. Psychiatrii uvádějí, že byla prokázána účinnost psychostimulancií a některých dalších látek ovlivňujících dopaminový a noradrenalinový systém. (Drlíková, 2007)

Mezi zásady pedagogické intervence řadíme:

- pravidelný režim;
- stanovení hranic;
- klidné, ale důsledné výchovné vedení;
- stejné nároky všech lidí zúčastněných na výchově dítěte;
- dítě by se mělo naučit hospodařit s časem, pravidelné povinnosti je vhodné mu znázorňovat pomocí obrázků (obrázkové hodiny – odebrat, co je hotovo);
- při učení ve škole i doma je vhodné, aby dítě mělo kolem sebe co nejméně podnětů;
- velikost a uspořádání třídy – ve velké třídě se ještě zhoršuje možnost porozumění tomu, co říká učitel; dítěti vybereme souseda, který nereaguje negativně; měli bychom přesadit minimálně 3 děti, aby se pozornost třídy nesoustředila jen na ono dítě; není vůbec od věci, pokud máme ve třídě místo, kde se dítě může uklidnit, schovat (domek z krabic, stan apod.);
- v rámci vyučovací hodiny je vhodné dítěti umožnit pohybové uvolnění běžnými prostředky – rozdávání sešitů, mazání tabule, cílené zařazení pohybu do vyučování;
- při poruše exekutivních funkcí učíme dítě jednoduchému plánování a řešení situací pomocí představivosti, vysvětlováním výhod a nevýhod různých způsobů řešení (vhodné jsou i společenské hry – Dáma či Člověče, nezlob se apod.);
- u emočních problémů je podle charakteru obtíží (úzkostnost, depresivita, impulzivita, labilita) vhodné s dítětem přehodnotit situaci, aby se zkusilo zastavit, rozmyslet a říci, jak by reagovalo (vyprávění pohádek, příběhů, filmů, loutky apod.);
- vytrvalost procvičujeme např. postupným pověřováním dítěte drobnými úkoly, které bude mít pravidelně na starost a bude za ně nést odpovědnost;
- při obtížích ve vztazích zkusíme pro dítě najít vhodnou zájmovou skupinu, vhodnější než terapie se jeví přirozená, ale nikoliv terapeutická skupina;
- při obtížích s motorikou je vhodné najít takové pohybové aktivity, které by nebyly zaměřeny na výkon; u jemné motoriky jsou vhodná klasická uvolňovací cvičení, práce s hlinou i některé další arteterapeutické techniky (Pešová, Šamalík, 2006);
- zvýraznění všech metod vedoucích ke zpevnění žádoucích prvků chování u žáka;
- zvýšená míra tolerance vůči vnějším projevům chování zapříčiněným poruchou;
- rozvíjení sociálních a komunikačních dovedností ve vztahu k dospělým i dětem;
- volnočasové aktivity jako prevence rizikového chování (Michalová, 2007).

Nejčastější projevy rizikového a problémového chování

V následujícím textu se budeme zabývat vymezením rizikového a problémového chování a především jejich konkrétními projevy, pokusíme se též nastínit možnosti intervence ze strany pedagoga.

Terminologické vymezení problémového a rizikového chování

Problémové a rizikové chování Předpokládáme, že termín **rizikové chování** je širším pojmem, jenž byl zaveden v resortu školství v roce 2010, a Širůčková (in Miovský, 2010) uvádí, že je vlastně sociálním konstruktem stejně jako problémové chování. Poukazuje na takové vzorce chování u jedince, které nemusejí být jednoznačně vymezeny a jejichž důsledkem může docházet k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, psychických, edukačních a dalších **ohrožení** pro jedince a společnost.

Problémové chování neboli syndrom problémového chování – jedinec, který se chová rizikově, má tendence chovat se rizikově i v dalších oblastech, jedná se o propojenost jednotlivých projevů rizikového chování, což tvoří problémové chování. (Širůčková in Miovský, 2010)

Vymezení termínů **porucha chování** a **specifická porucha chování** jsme se podrobně věnovali v předchozí kapitole, ale z uvedeného vyplývá, že pro pedagoga je **podstatné** analyzovat jednotlivé projevy konkrétního chování u žáka, aby rozlišil projevy nekázně, které je schopen zvládnout běžnými pedagogickými prostředky, a projevy rizikového, problémového chování, které vedou ke vzniku poruchy chování.

Konkrétní projevy problémového a rizikového chování

Primárně si vymezíme projevy rizikového chování, jak jej specifikují školské legislativní normy vztahující se k oblasti primární prevence. Jsou zaměřeny na nejpočetnější cílové skupiny z pohledu primární prevence. Tento výčet doplníme také typy problémového chování, jejichž okruh je širší a na které nahlížíme z pohledu speciální pedagogiky osob s psychosociálním ohrožením, popřípadě psychosociálním narušením. Rizikové chování

Typy rizikového chování:

- záškoláctví,
- šikana a projevy agrese,
- rizikové sporty a rizikové chování v dopravě,
- rasismus a xenofobie,
- negativní působení sekt,
- sexuální rizikové chování,
- prevence v adiktologii.

Dále se sem řadí ještě další dva okruhy, které však nelze vymezit jako rizikové chování; pevně definovaný rámec mají ve zdravotnictví:

- poruchy příjmu potravy,
- okruh problémů spojených se syndromem týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte.

V následujícím textu se budeme věnovat podrobněji záškoláctví a šikaně.

Záškoláctví je často spojeno s dalšími typy rizikového chování. Dítě tímto chováním často řeší konfliktní situace v rodině, ve škole či výchovných institucích. K záškoláctví mají primárně sklon především děti, které se subjektivně cítí neúspěšné, nezařazené ve skupině anebo prožívají úzkost a strach v prostředí, ve kterém se pohybují. Záškoláctví

Prvním krokem v nápravě je problém u dítěte včas rozpoznat a porozumět individualitě dítěte. Nezbytnou podmínkou pro hledání řešení vzniklých obtíží je spolupráce rodičů, pedagogů i poradenských pracovníků.

Kategorie záškoláctví (Kyriacou, 2004):

- **pravé záškoláctví** – žák se ve škole nevyskytuje, ale rodiče jsou přesvědčeni, že do školy chodí;
- **záškoláctví s vědomím rodičů** – rodiče s odmítavým postojem ke škole a společensky uznávaným hodnotám dítě podporují v zanedbávání školních povinností, v tomto případě se pedagog **musí** vždy **obrátit** na orgán sociálně-právní ochrany dětí, nebo se může projevovat přílišná slabost rodiče ve vztahu k dítěti či závislost na pomoci a podpoře dítěte v domácnosti, v tomto případě pedagog může rodiče upozornit na to, že „něco neklape“;
- **záškoláctví s klamáním rodičů** – děti přesvědčí rodiče o svých obtížích, např. zdravotních, rodiče jim absenci omluví, tento typ je obtížně rozlišitelný od záškoláctví s vědomím rodičů;

- **útěky ze školy** – žák do školy přijde, během vyučování na několik hodin školu nebo vyučování opustí;
- **odmítání školy** – některým dětem činí představa školní docházky psychické a jiné obtíže.

V zájmu zjišťování příčiny záškoláctví žáka a jejího odstranění může ředitel školy požádat o spolupráci odborníky z oblasti pedagogicko-psychologického poradenství, popř. orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Možnosti intervence:

- **okamžitá opatření** – pozitivní motivace, průvodce, který dítě do školy doprovází, „co se stalo, stalo se“ – **začínáme znovu**;
- **perspektivní opatření** – svou roli hraje motivace k záškoláctví, soustavné posilování dítěte vůči frustraci metodou postupných zátěží, posilování kladného vztahu ke škole, vzdělání, spolužákům i k pedagogům, pozitivní vzorce chování, zdravé klima školy a zajímavá mimoškolní činnost, preventivní programy pro rizikové žáky (Matějček, 1991).

Metodický pokyn MŠMT Ve školním řádu jsou uvedena konkrétní pravidla týkající se postupu školy v případě záškoláctví. Vycházejí z metodického pokynu MŠMT, č. j. 10 194/2002-14, k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáka z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví ze dne 2. března 2002.

O neomluvené i zvýšeně omluvené nepřítomnosti žáků informuje třídní učitel výchovného poradce, který údaje eviduje. Neomluvenou absenci do 10 hodin řeší formou pohovoru třídní učitel se zákonným zástupcem žáka, který je pozván doporučeným dopisem.

Pokud má žák více než 10 neomluvených hodin, svolává ředitel školy školní výchovnou komisi, které se zúčastní ředitel, zákonný zástupce, třídní učitel, výchovný poradce, zástupce orgánu sociálně-právní ochrany dětí, školní metodik prevence, popř. další odborníci. V případě, že neomluvená nepřítomnost žáka přesáhne 25 hodin, zasílá škola oznámení o zanedbání školní docházky s náležitou dokumentací pověřenému obecnímu úřadu k projednání přestupku. V případě opakovaného záškoláctví v průběhu školního roku, a pokud neomluvená absence je vysoká, následuje hlášení o zanedbání školní docházky Policii České republiky.

Škola může v odůvodněných případech požadovat doložení nepřítomnosti žáka z důvodu nemoci ošetřujícím lékařem jako součást omluvenky vystavené zákonným zástupcem žáka i v případě kratších absencí. Lékař nemá zákonnou povinnost vystavovat taková potvrzení, ovšem požádá-li jej orgán sociálně-právní ochrany dětí (který musí být požádán školou), je lékař povinen sdělit tomuto orgánu potřebné údaje.

Šikana Termín šikana lze vymezit jako násilné a ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit. (Vágnerová, 2001)

Šikanování se v jakékoli podobě, zejména v počátečním stadiu, může vyskytovat na každé škole. (Kolář, 2005)

Český právní řád pojem šikana nezná a nepoužívá. Bývá chápán jako synonymum pro úmyslné jednání, které je namířeno proti jinému subjektu a které útočí na jeho důstojnost. Z hlediska výkladu pojmu šikanování není důležité, zda k němu dochází verbálními útoky, nebo hrozbou násilí či fyzickými útoky. Rozhodující je, že se tak děje úmyslně. Z hlediska trestního zákoníku může šikana naplňovat skutkovou podstatu trestných činů vydírání, omezování osobní svobody, ublížení na zdraví apod. (Kolář, 2005)

Formy šikanování:

- **poškození psychické** – slovní urážky, hanlivé přezdívky, výsměch, ústřky, nápisy na tabuli, nemístné žerty, ponižování apod.;
- **nepřímá šikana** – vyloučení ze společných her, nezájem, pomlouvání, intriky apod.;
- **poškození předmětů ve vlastnictví oběti** – zničení výsledků školní práce, poškození oblečení, knih a jiných předmětů, nástrojů apod.;
- **poškození fyzické** – „šfouchání“, bití, kopání, postrkování, údery pěstí apod.

Šikanování má různé varianty:

- zjevné,
- skryté.

Za šikanu považujeme chování, které má opakovaný, dlouhodobý charakter, ne jednorázovou rvačku, konflikt či hádku anebo vyloučení dítěte ze třídního kolektivu, pokud není motivováno snahou ublížit mu či pobavit se na jeho úkor.

Není důležité, jak se závažnost situace jeví dospělému; děti mají svůj svět, **rozhodující pro posouzení, zda se jedná o šikanu, je vždy subjektivní vnímání agresora a oběti.**

Stadia vývoje šikany:

- **Zrod ostrakismu** – projevy mírných, převážně psychických forem násilí, okrajový člen je neoblíbený, ostatní se s ním nebaví, odmítají jej, pomlouvají.
- **Fyzická agrese a přitvrzování manipulace** – ostrakizování jedinci začínají při napětí v kolektivu sloužit „jako ventil“, anebo v situacích, kdy jsou žáci po delší období spolu, mohou v rámci zvládnání vlastních nejistot či zahnání nudy přitvrzovat zábavu na úkor nejzranitelnějšího žáka ve třídě. Pro uspokojování svých potřeb používají násilí, další vývoj situace závisí na kolektivu – pokud je pozitivně zaměřený a má vybudovaný odmítavý postoj k takovým projevům chování, existuje-li soudržnost, nemusejí pokusy o šikanování uspět.
- **Vytvoření jádra** – klíčový moment, utvoří se skupina agresorů, systematicky začnou spolupracovat, a pokud se nevytvoří pozitivní, silná a jim rovnocenná protiskupina, šikanování může pokračovat.
- **Většina přijímá normy agresorů** – stávají se nepsaným zákonem, i nezainteresovaní spolužáci přebírají normy chování agresorů, při ubližování zažívají uspokojení.
- **Totalita neboli dokonalá šikana** – normy chování agresorů přebírají všichni, nastupuje tzv. stadium vykořisťování oběti, která není schopna se bránit a je v neúnosné situaci. (Kolář, 2005)

Účastníci šikany:

- agresoři,
- oběti,
- spolužáci ze třídy,
- učitelé,
- rodina oběti a agresora.

Kolář (2005) uvádí dva typy strategie vyšetřování šikany:

- **strategie první pomoci** – je časově méně náročná a použitelná v rámci pedagogické práce, je to strategie lokální a vnější;
- **vnitřní a globální strategie** – je používána pro vyšetřování pokročilých stadií vývoje šikany a vyžaduje odborné přístupy, které přesahují kompetence pedagoga – ten by se měl obrátit na odborníka v pedagogicko-psychologické poradně nebo středisku výchovné péče.

Vlastní **strategie první pomoci** zahrnuje pět kroků:

- rozhovor s informátory a oběťmi – nejdříve informátor, potom oběť;
- nalezení vhodných svědků, tedy těch členů třídy či skupiny, kteří jsou ochotni vypovídat;

- individuální nebo konfrontační rozhovory se svědky, nikdy ne konfrontace obětí a agresorů;
- zajištění ochrany obětem, bezpečný odchod domů, oběť se nikdy nesmí „ponechat jejímu osudu“;
- rozhovor s agresory, je možná i konfrontace mezi nimi, je to vždy poslední krok vyšetřování. (Kolář, 2005)

Metodický pokyn MŠMT Každá škola by měla mít strategii prevence a řešení šikanování, která vychází z metodického pokynu MŠMT, č. j. 24 246/2008-6, k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení.

Prevence šikany:

- vytvořit v každé škole a školském zařízení plán, jak v případě výskytu šikany postupovat, a konkretizovat spolupracující instituce;
- prioritou by mělo být zdravé a přátelské klima školy;
- je potřeba věnovat pozornost nově zařazeným žákům do třídy, protože „přízpůsobovací“ konflikty jsou poměrně časté;
- zdůraznění vzájemné úcty, důvěry a respektu mezi žáky a mezi žáky a učiteli;
- omezit „nudu“ ve škole, tvořivé využití přestávek;
- pedagog by měl mít přehled o vzájemných vztazích mezi dětmi ve třídě.

V posledních letech je výrazný nárůst výskytu **kyberšikany**, jejímž cílem je ublížit někomu nebo jej zesměšnit za použití elektronických prostředků. Je to úmyslné, nepřátelské chování, které se obvykle opakuje, a oběť se nemůže účinně bránit.

Podrobně zpracované příčiny šikanování, projevy a typologii obětí i agresorů najdete v publikacích významného českého etopeda a psychoterapeuta Michala Koláře, který se touto problematikou dlouhodobě a systematicky zabývá.

Typy problémového chování:

- lhaní,
- krádeže,
- útoky,
- toulání,
- projevy fyzické a verbální agrese.

Lhaní Lhaní představuje způsob úniku z osobně nepříjemné situace, kterou dítě nedokáže vyřešit jinak. Většina dětských lží má charakter **zapírání** a **omlouvání** např. špatných školních výsledků. Lži hodnotíme ve vztahu k vývojové úrovni dítěte. Při posuzování lhaní je proto nutné mít na zřeteli vývojové hledisko – např. předškolním dětem splývá svět reálný a fantazijní.

O lhaní jako poruše chování můžeme mluvit v případě, pokud je patrný záměr získat vlastní výhody anebo poškodit druhého člověka. (Matějček, 1991) Pravá lež má hlavní motiv, a tím je úmyslné oklamání a vědomí nepravdy.

Možnosti intervence:

- U zapírání vycházíme z hodnocení intelektové vyspělosti dítěte ve vztahu k nárokům školy a rodiny, z hodnocení jeho povahových rysů a celkové odolnosti ve vztahu k ambicím a očekávání dospělých; základní otázkou se stává, „proč dítě potřebuje lhát“, otázku „jak trestat“ necháváme stranou, jde o to, jak učinit lhaní pro dítě zbytečným – ne jak jej odsunout do pozadí.
- U lží, jejichž obětí je někdo druhý, k základní otázce „proč“ přistupuje otázka, „jaké je to dítě“; je nutné posuzovat účel, který dítě vedl ke lhaní, jaké má toto dítě zázemí, systém hodnot; doporučení mohou být dvojí linie – první směřují k utlumení tohoto jednání a druhá mají povzbudit a posílit nové, sociálně žádoucí postoje. (Matějček, 1991)

jsou charakteristické záměrností jednání. O krádeži můžeme mluvit pouze tehdy, pokud dítě pochopilo pojem vlastnictví a je schopno akceptovat normu chování, která vymezuje odlišný vztah k vlastním a cizím věcem. Může se také projevat vliv odlišného hodnotového systému určitých sociálních skupin a menšin. Krádež může být spojena i s projevy násilí – např. loupež, přepadení. Krádeže, podobně jako lhaní, se posuzují z hlediska obecné společenské morálky. (Matějček, 1991)

Cíle krádeže a motivace u dětí:

- dítě krade pro sebe, za účelem uspokojování nižších potřeb plynoucích z nedostatků v citových vztazích v rodinném prostředí;
- dítě krade pro druhé, za účelem získání určitého sociálního statusu mezi vrstevníky;
- dítě krade pro partu, za účelem získání uznání party;
- krádeže jako zážitek, kdy nedostatek podnětů a pocit nudy vedou k touze po nebezpečí a dobrodružství;
- krádeže za účelem pomsty člověku, který se dítěti zdá nespravedlivý, motivací není zisk, ale poškození druhého, projevem mohou být urážky a provokace. (Vágnerová, 2001)

Možnosti intervence:

- Nevystavovat dítě lákadlům a nenabízet k přestupkům příležitost, nenechávat peníze a cenné věci bez kontroly, vědět, kolik mám v peněžence.
- Vysvětlovat dětem přiměřeně jejich věku hodnotu peněz, vést je k hospodaření s penězi a k plánování, co si lze koupit.
- Pokud dítě jiné děti uplácí nebo si je kupuje, je vhodné je seznamovat s formami a strategiemi sociální komunikace, pracovat s dítětem na znalostech a dovednostech, jimiž ostatním dětem může imponovat. (Matějček, 1991)
- Ve školním řádu by měla být uvedena opatření, která mají pedagogové možnost využít v případě, pokud se některý žák dopustí na půdě školy krádeže.
- U každého podezření na výskyt krádeže musí být informován ředitel školy a každou nahlášenou krádeží je třeba se zabývat a prošetřit ji.
- O krádeži a jejím šetření by se měl vyhotovit zápis, ve kterém budou uvedeny všechny podstatné skutečnosti.
- U náhrady škody by měla být preferována náprava vztahu mezi poškozeným a tím, který se krádeže dopustil (např. omluva, náhrada škody, vrácení předmětu apod.), krádež je nutné oznámit rodičům poškozeného ihned, rodičům zloděje po předchozím zjištění příčin a okolností činu.
- Pokud se žák ve škole dopouští krádeží opakovaně a škola již vyčerpala všechna kázeňská opatření, měla by se obrátit na orgán sociálně-právní ochrany dětí a ten se bude případem dále zabývat a hledat další výchovná opatření, která jsou v jeho kompetenci.
- Pokud se jedná o krádež z uzamčeného prostoru, je nutné informovat Policii ČR, stejně tak pokud krádež vykazuje znaky násilí a vydírání. U těchto skutků nehraje roli hodnota odcizené věci a jsou vždy trestným jednáním, i když je dítě mladší 15 let. U běžné krádeže je do 5 000 Kč věc řešena jako přestupek.

V rámci **prevence** krádeží ve školním prostředí je důležité vést děti k tomu, že normální je nekrást, a ne si všechno hlídat a zamykat.

Možnosti intervence:

- komplikované, vhodné jsou jak praktiky k zastavení tohoto chování (tresty, omezení příležitosti, zvýšená kontrola), tak pozitivní ovlivňování emocionální a sociální oblasti. (Matějček, 1991)

Útěk lze interpretovat jako určitou variantu únikového jednání. Dítě řeší svůj problém útekem z prostředí, které se mu zdá ohrožující nebo jinak nepřijatelné. Pokud dítě utíká z domova, může to být signál, že rodina nefunguje, nenaplnuje základní psychické potřeby a ve své funkci nějakým způsobem selhává. Je podstatné si uvědomit, že za útěk coby poruchu chování můžeme považovat až útěk opakovaný. (Matějček, 1991)

Formy útěků (s odlišnými projevy a motivací):

- reaktivní, impulzivní útky – nepromyšlené, jednorázové, je to okamžitá reakce na určitý podnět (např. nespravedlivý trest, ponížení aj.), dítě se převážně chce vrátit;
- plánované – důvodem jsou dlouhodobější problémy, např. z nedostatku citového zázemí, nepochopení okolím apod.;
- chronické útky – dítě se většinou nechce vrátit;
- útky z ústavních zařízení.

Možnosti intervence:

Vycházejí z motivace k tomuto jednání, příčin bývá zpravidla více, ze strany dítěte i dospělých, ať již rodičů, nebo vychovatelů v ústavním zařízení; neexistují specifické rady a pokyny pro prevenci útěků dítěte z domova. (Vágnerová, 2001)

Toulání Toulání je charakterizováno dlouhodobým opuštěním domova, většinou navazuje na útky. Může být výrazem nedostatečné citové vazby k lidem a k zázemí, které je dysfunkční, dítěti na něm nezáleží nebo je odmítá. Může se toulat samo nebo v partě, toulání bývá často propojeno s dalšími odchylkami v chování, sloužícími jako prostředek k zajištění obživy – krádeže, loupeže, prostituce apod.

U starších dětí jsou útky a toulání ve spojení s disharmonickým vývojem osobnosti mnohdy poruchami chování s nepříliš nadějnými prognózami. Toulání spolu s citovou nepřipoutaností či nezakotveností zapadá také do symptomatologie psychické deprivace. (Matějček, 1991)

Projevy agrese Agrese patří do přirozeného repertoáru chování, agresivní chování se může objevit i u dětí, u kterých se nejedná o projevy poruchy chování. Termín **agresivita** vyjadřuje vnitřní dispozici nebo osobní vlastnost, je zpravidla chápán jako relativně trvalá a hůře měnitelná charakteristika osobnosti. **Agrese** označuje vlastní pozorovatelné jednání, neexistuje jedna její teorie, ani univerzální postupy vedoucí k překonávání tohoto způsobu chování. Vždy musíme sledovat situaci, která předcházela projevům agrese a mohla být spouštěcím mechanismem. (Martínek, 2009)

Dělení projevů agrese:

- agresivita pramenící z nevyjasněných hranic, mantinelů, dítě nemá jasně stanovená pravidla z rodiny;
- agresivita jako reakce dítěte na přísnou a tvrdou výchovu;
- vrozená agresivita jako hnací síla a energie;
- agresivita jako projev frustrace;
- agresivita jako forma naučeného chování, může být i nezáměrnou nápodobou. (Vágnerová, 2001)

Jiné možnosti dělení agresivity a agrese:

- verbální a fyzická,
- přímá a nepřímá,
- přiměřená a nepřiměřená.

Možnosti intervence:

Projevy verbální agrese:

- zklidnění situace a snaha pedagoga je převést do neutrální roviny a nestupňovat napětí;
- po opakovaném útoku vhodně komentovat situaci i pro ostatní žáky ve třídě.

Projevy fyzické agrese:

- ochránit sebe, tedy pedagoga;
- ochránit ostatní žáky ve třídě před útokem agresora.

Další možnosti:

- nabídnout dítěti různé formy uvolnění neboli „vybití“ energie, vhodné jsou individuální i kolektivní sporty, např. aikido;
- pokusit se odstranit podněty, které frustraci způsobují;
- nácvik vhodných a společensky přijatelných vzorců chování, rozvoj komunikačních a sociálních dovedností ve vztahu k dospělým i dětem. (Martínek, 2009)

Shrnutí

Zabývali jsme se problematikou kázně a kázeňských prostředků ve školním prostředí, vymezením termínu porucha chování a specifická porucha chování i konkrétními projevy rizikového a problémového chování dětí v podmínkách školy. Problematika je hodně široká a sahá od lhaní, krádeží, útěků, toulání, záškoláctví přes rizikové chování v dopravě, rizikové sporty, sexuální rizikové chování, projevy rasismu a xenofobie až po šikánování, projevy agrese a prevenci v adiktologii. Charakterizovali jsme jejich příčiny, projevy a pokusili jsme se specifikovat možnosti intervence pedagoga v podmínkách školy.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Jaký je vztah mezi kázní a klimatem třídy?
2. Vymenujte kázeňské prostředky a hledejte argumenty pro a proti v možnostech jejich využití.
3. Charakterizujte termíny porucha chování a specifická porucha chování.
4. Zdůvodněte zásady pedagogické práce se žáky či studenty se specifickou poruchou chování v podmínkách 2. stupně základní školy a na střední škole.
5. Vymenujte kategorie záškoláctví a možnosti jeho řešení v podmínkách základní a střední školy.
6. Popište strategii první pomoci při řešení šikany v podmínkách třídy.

Literatura

Seznam použité literatury:

1. BENDL, S. 2004. *Jak předcházet nekázni aneb kázeňské prostředky*. 1. vyd. Praha: ISV. 208 s. ISBN 80-86642-14-3.
2. ČAPEK, R. 2010. *Třídní klima a školní klima*. 1. vyd. Praha: Grada. 325 s. ISBN 978-80-247-2742-4.
3. KOLÁŘ, M. 2005. *Bolest šikánování*. 2. vyd. Praha: Portál. 256 s. ISBN 80-7367-014-3.
4. KYRIACOU, CH. 2008. *Klíčové dovednosti učitele*. 2. vyd. Praha: Portál. 155 s. ISBN 978-80-7367-434-2.
5. MATĚJČEK, Z. 1991. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN. 335 s. ISBN 80-04-24526-9.
6. MARTÍNEK, Z. 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 1. vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-2310-5.
7. MICHALOVÁ, Z. 2007. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod. 207 s. ISBN 7311-075-X.
8. MIOVSKÝ, M. (ed.) 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN; Centrum adiktologie – Psychiatrická klinika; 1. LF v Praze; VFN v Praze. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
9. PACLT, I. a kol. 2007. *Hyperkinetická porucha a porucha chování*. 1. vyd. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
10. ŠPECIÁNOVÁ, Š. 2007. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Linde, s. r. o. 156 s. ISBN 80-86131-44-0.
11. VÁGNEROVÁ, K. a kol. 2009. *Minimalizace šikany – praktické rady pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Portál. 147 s. ISBN 978-80-7367912-5.
12. VÁGNEROVÁ, M. 2001. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.

13. Metodický pokyn MŠMT, č. j. 24 246/2008-6, k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních.
14. Metodický pokyn MŠMT, č. j. 10 194/2002-14, k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáka z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví.

Základy logopedie

(logopedie jako vědní obor)

doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Cíle

Cílem této kapitoly je prezentovat logopedii jako vědní obor, obor vysokoškolského studia a profese. Dílčími cíli je prezentovat předmět logopedie, tedy cílové skupiny, kterými se zabývá, vysvětlit základy terminologie a naznačit základní rozdíly mezi českým a zahraničním pojetím logopedie, specifikovat souvislost logopedie s jinými vědními obory a odkázat na základní legislativní předpisy, kterými se logopedická péče řídí.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat pojem logopedie a její cíle;
- popsat hlavní předmět logopedie;
- stručně definovat rozdíly v realizaci logopedické péče v resortech školství, zdravotnictví a sociálních věcí;
- orientovat se v oborech, se kterými má logopedie vztah;
- mít povědomí o hlavních předpisech, které se týkají logopedické péče.

Průvodce studiem

Logopedie je speciálněpedagogický vědní obor, který se zabývá komunikační schopností, jejím narušením a prevencí tohoto narušení (Lechta, 1990). Představuje jednu z nejspecifičtějších, a přitom nejrozsáhlejších disciplín, jelikož různé odchylky v komunikaci jsou charakteristické nejenom pro většinu forem zdravotního postižení, znevýhodnění či jiných speciálních vzdělávacích potřeb, se kterými se můžeme setkat. Ve školním prostředí sehrává komunikační schopnost stěžejní roli, jelikož spolurozhoduje mimo jiné o posouzení výkonu žáka či studenta, ovlivňuje (ať pozitivně, či negativně) procesy učení a spolupůsobí na míru či kvalitu sociálního začlenění jedince. Logopedie

Komunikační schopnost člověka je narušená tehdy, jestliže některá rovina (případně i několik rovin simultánně nebo sukcesivně) jeho jazykových projevů působí interferenčně na jeho komunikační záměr (Lechta, 1990).

Cíle logopedie bychom mohli rozdělit ze tří základních pohledů:

- *Logopedie jako vědní disciplína* – logopedie je interdisciplinárním vědním oborem, který je v České republice vázán na speciální pedagogiku. Cíle logopedie
- *Logopedie jako profese* – logopedie je samostatnou profesí, která se ale dělí dle resortního zaměření na logopedii prováděnou především v resortu školství, zdravotnictví, práce a sociálních věcí.
- *Logopedie jako studijní obor na vysokých školách* – logopedii můžeme také definovat jako studijní obor, který je v současné době v České republice studován v rámci studijních programů speciální pedagogiky na pedagogických fakultách vysokých škol.

Pro zájemce

V zahraničí se můžeme setkat s výraznější nebo výhradní vazbou logopedie na lékařské či zdravotnické obory, na obory lingvistické (především fonetiku) nebo na obory filozofické či psychologické (kde je zdůrazňován obecnější význam komunikace).

Profesní orientace logopeda je ovlivněna nejenom absolvovaným studiem, ale případně také absolvovaným specializačním či postgraduálním vzděláním, absolvovanými akreditovanými či certifikovanými kurzy a dalšími faktory.

Vývoj logopedie **Vývoj logopedie** byl z historického hlediska v České republice vázán na demografický, sociální a politický vývoj a jeho pojetí lze rozdělit především ze dvou pohledů na **dva hlavní směry**:

- medicínský – zaměřuje se na patologii, narušení, výraznější deficity a využívá náhledu na důsledky narušení komunikace jakožto na nemoc, patologii;
- globálně-holistický – zaměřuje se na celou komunikační schopnost i z pohledu fyziologického, ontogenetického.

Oblasti zájmu logopedie **Logopedie** se zabývá různými formami a složkami komunikace, především však komunikací:

- verbální (slovní) – jedná se o komunikaci prostřednictvím slov;
- neverbální (neslovní) – patří sem komunikace prostřednictvím gest, mimiky apod., která doplňuje slovní komunikaci nebo se vyskytuje samostatně;
- orální (mluvenou) – jedná se o komunikaci prostřednictvím mluvené, artikulované řeči; vyslovaná mluva je doplňována prozodickými, melodickými faktory řeči (tempo, přízvuk, modulace hlasu apod.);
- grafickou (psanou) – patří sem komunikace prostřednictvím písma;
- znakovou – tato kategorie zahrnuje komunikaci prostřednictvím kodifikovaného systému znaků (např. znakového jazyka neslyšících);
- expresivní (vyjadřování) – zahrnuje vše, co jedinec slovní či neslovní komunikací produkuje, vytváří (ať již vědomě, či podvědomě);
- receptivní (rozumění, vnímání, chápání) – jedná se o přijímání, pochopení a rozumění jiného účastníka komunikace.

V rámci jednotlivých okruhů se zájem **logopedie** soustřeďuje na (Lechta, 1990):

- terminologii,
- etiologii a patogenezi,
- symptomatologii a klasifikaci,
- prevalenci, incidenci,
- diagnostiku, diferenciální diagnostiku,
- intervenci,
- prognózu,
- prevenci.

Předmět logopedie **Předmětem logopedie** jsou jednotlivé skupiny osob, které bychom mohli rozdělit do následujících kategorií:

- **Intaktní osoby** – jedná se o skupinu osob nejenom bez diagnostikovaného zdravotního postižení, onemocnění, ale také bez diagnostikované narušené komunikační schopnosti. Ve školním prostředí se může jednat o žáky či studenty s různými specifiky a odchylkami, které vyplývají např. z problematiky bilingvismu, multilingvismu (polylingvismu), jsou ovlivňovány migrací či jinými faktory. Může se ale jednat také o osoby z tzv. rizikových skupin – například s rizikem různých vad či onemocnění vznikajících v době prenatální (před porodem), perinatálně (v průběhu porodu) či postnatálně (po porodu). Dále může svou roli sehrávat dědičná predispozice, komplikovaná poporodní adaptace, nízká porodní hmotnost a další faktory.
- **Intaktní osoby s narušenou komunikační schopností** – v této skupině se nacházejí osoby bez diagnostikovaného konkrétního zdravotního postižení a bez přítomného onemocnění, ale u kterých je diagnostikována narušená komunikační schopnost; porucha komunikace může být natolik závažná, že žáka či studenta omezuje z hlediska sociálního, edukačního, profesního či subjektivně osobního hlediska.
- **Osoby se zdravotním postižením, onemocněním, handicapem a s narušenou komunikační schopností** – v této skupině se jedná především o osoby s tzv. symptomatickými a/či kombino-

vanými poruchami řeči, u kterých se kombinují různé typy zdravotního postižení, onemocnění či jiného znevýhodnění, na jehož bázi se vytváří narušená komunikační schopnost. Často navíc dochází ke kombinaci různých znevýhodňujících faktorů a ke kombinovanému postižení doprovázenému narušenou komunikační schopností.

Terminologie užívaná v logopedii je značně ovlivněna:

- interdisciplinarností oboru a určitým rozdělením na klinický a edukační směr logopedie;
- vývojem celého pojetí speciální pedagogiky – z původní lékařsky pojímané defektologie do aktuálního inkluzivního a komplexnějšího pojetí;
- vývojem zahraniční logopedické terminologie – česká logopedie se v posledních letech mnohem více uchyluje k termínům a klasifikacím poruch a symptomů užívaným v zahraničí, výrazná je terminologie převzatá z angličtiny.

Logopedická terminologie

Pro zájemce

Odborná terminologie v logopedii užívá různé předpony a přípony z latinské a řecké terminologie, proto se velmi blíží terminologii klinické či lékařské. Bližší seznámení najdeme např. v *Logopedickém slovníku* (Dvořák, 2007). Bohužel se jedná o poměrně rozsáhlou problematiku, protože terminologie se neustále vyvíjí pod vlivem mnoha faktorů, například zahraničních pojmů či rozdílných profesí, které se narušenou komunikací přímo či nepřímo zabývají. Mohou proto existovat rozdíly mezi odbornými termíny používanými jednotlivými odborníky v praxi.

Logopedie souvisí s mnoha disciplínami různých oborů, především pak s **obory**:

- *speciálněpedagogickými* – nejužší vztah má se surdopedií, jelikož většina osob se sluchovým postižením má narušenu orální rovinu komunikace přinejmenším v oblasti artikulace;
- *lékařskými a zdravotnickými* – nejbližší vztah má logopedie k foniatrii a otorinolaryngologii, dále např. k neurologii či k pediatrii nebo k fyzioterapii a rehabilitaci;
- *pedagogickými* – logopedie vychází v některých principech z didaktických a pedagogických zásad, dále mají společný vztah k procesům učení a k metodologii;
- *psychologickými* – logopedie souvisí s mnoha psychologickými disciplínami, např. s psychologií vývojovou, klinickou, pedagogickou, s patopsychologií a psychotherapeutickými disciplínami;
- *lingvistickými* – logopedie vychází z pravidel fonetiky, gramatiky, lexikologie, sémantiky, pragmatiky komunikace a dalších lingvistických směrů;
- *přírodovědnými* – logopedie využívá některé zobrazovací diagnostické či terapeutické pomůcky, počítačové technologie apod.

Logopedie jako interdisciplinární obor

Logoped v resortu školství poskytuje logopedickou péči na základě metodického doporučení č. j. 14 712/2009-61, k zabezpečení logopedické péče ve školství, ze dne 24. srpna 2009. Pokyn vymezuje podmínky organizačního zabezpečení logopedické péče v resortu školství, včetně „... její koordinace, kvalifikačních předpokladů a rozsahu kompetencí pracovníků s pracovním označením „logoped“ a „logopedický asistent“...“ (Metodické doporučení pro zajištění logopedické péče ve školství, 2011, s. 1). Logoped ve školství poskytuje péči dle tohoto pokynu a v souladu se základními platnými vyhláškami:

Poskytování logopedické péče ve školství

- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Vyhláška č. 62/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění zákona č. 383/2005 Sb.
- Po získání odborné kvalifikace vymezené § 18 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů v platném znění.

- Logopedické organizace V České republice v současné době působí **tři hlavní logopedické organizace**:
- Asociace logopedů ve školství (ALŠ),
 - Asociace klinických logopedů (AKL),
 - Logopedická společnost Miloše Sováka (LSMS; dříve Česká logopedická společnost).

V zahraničí existuje mnoho různých logopedických organizací profesních či sdružujících samotné osoby s narušenou komunikační schopností a jiné zájemce, např.:

- Slovenská asociácia logopedov (SAL'),
- American Speech and Language Association (ASHA),
- Standing Liaison Committee of E. U. Speech and Language Therapists and Logopedists (CPLOL, Stálá styčná komise logopedů při EU),
- IALP (The International Association of Logopedics and Phoniatics).

Shrnutí

Logopedie je interdisciplinární obor, který se zabývá osobami s narušenou komunikační schopností z intaktní populace nebo z populace osob s jiným zdravotním postižením, onemocněním či znevýhodněním. Logopedie souvisí s mnoha jinými disciplínami, proto má bohatou terminologii. Provádění logopedické péče se řídí platnými legislativními předpisy. Ve školství se jedná o příslušné vyhlášky (vztahující se k hlavním školským zákonům) a metodická doporučení MŠMT.

Pro zájemce

Internetové odkazy:

- <http://lsms.ora.cz>
- <http://www.alos.cz>
- <http://www.logoped.cz>
- <http://www.klinikalogopedie.cz>
- <http://www.sal.sk>
- <http://www.cplol.org>
- <http://www.asha.org>
- <http://www.speechpathology.com>
- <http://www.logopaed.cz/>
- <http://www.moje-klinika.cz/>

Kontrolní otázky a úkoly

1. Kterými třemi hlavními skupinami osob se logopedie zabývá?
2. Které logopedické organizace v ČR znáte?
3. Se kterými obory logopedie úzce souvisí?
4. Kterými složkami a formami komunikace se logopedie zabývá?
5. Popište komplexní zájem logopedie – jaké součásti zájmu zahrnuje?

Pojmy k zapamatování

logopedie
narušená komunikační schopnost
intaktní populace

Literatura

Seznam použité literatury:

1. DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.
2. LECHTA, V. 1990. *Logopedické repetitórioium*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-0047-9.

3. Metodické doporučení pro zajištění logopedické péče ve školství. MŠMT, 2011. Dostupné na World Wide Web: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-za-bezpeceni-logopedicke-pece-ve?highlightWords=logopedick%C3%A9>.
4. Metodický pokyn MZČR, kterým se stanoví pravidla průběhu specializačního vzdělávání podle zákona č. 96/2004 Sb. IPVZ. Dostupné na World Wide Web: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-kterym-se-stanovi-pravidla-prubehu-specializacniho-vzdela-vani-podle-zakona-c-sb_4767_949_3.html.
5. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlascky-c-sb_4763_3.html#.

Základy logopedie (komunikační schopnost a její narušení)

Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

Cíle

Cílem této kapitoly je vymezit pojem komunikační schopnost a jazykové roviny, upozornit na skutečnost, že školní výuka je většinou založena na kontinuální práci s jazykem, přiblížit oblasti jazyka, ve kterých mohou mít žáci s narušením komunikační schopnosti ve škole problémy, a představit některá narušení komunikační schopnosti, s nimiž se mohou žáci základní, resp. střední školy potýkat.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- popsat jazykové roviny;
- objasnit formy uplatnění jazyka ve školní výuce;
- vymezit, ve kterých oblastech jazyka může mít žák s narušením komunikační schopnosti ve škole problémy;
- charakterizovat některá narušení komunikační schopnosti, s nimiž se mohou žáci základní, resp. střední školy potýkat.

Průvodce studiem

Na základních a středních školách se vzdělávají nejenom žáci a studenti, kteří nemají obtíže v oblasti komunikační schopnosti, ale i žáci a studenti, kteří více či méně denně překonávají specifika související s některým typem komunikačních obtíží. Informace předkládané v této kapitole stručně objasňují, jak potíže v oblasti komunikace mohou zasahovat a ovlivňovat školní výuku žáků, resp. studentů s narušenou komunikační schopností.

Komunikační schopnost a jazykové roviny

- Komunikační schopnost** Pojem komunikační schopnost můžeme chápat jako schopnost uplatnit jazyk v jeho podobě mluvené, čtené i psané. Komunikační schopnost žáků se ve škole projevuje ve všech čtyřech jazykových rovinách: pragmatické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické a foneticko-fonologické.
- Pragmatická jazyková rovina** **Pragmatická jazyková rovina** představuje dovednost vyjádřit komunikační záměr (např. požádat o něco, projevit názor, iniciovat mezilidskou komunikaci) a schopnost konverzovat (udržovat téma konverzace, střídat se v roli mluvčího a posluchače – tzv. „turn-taking“) (Jamesová in Lechta, 2003; Bernsteinová, Tiegermanová in Mikulajová, 2003). Podle Lechty (in Lechta, 2003) do pragmatické roviny můžeme zařadit např. i neběžné pohyby hlavou, vyhýbání se zrakovému kontaktu, manipulaci s oblečením a předměty, neadekvátní formu komunikace – skákání do řeči, dotýkání se partnera aj.
- Lexikálně-sémantická jazyková rovina** **V lexikálně-sémantické jazykové rovině** sledujeme slovní zásobu, zda je žák schopen pojmenovat předměty, činnosti, pojmy, pocity nebo uvedené nedokáže pojmenovat, ale vyjádří se opisem – parafrázuje, případně má obtíže s vybavováním pojmu nebo pojem nevyjádří vůbec. Pozorujeme, zda žák rozumí sémantickému významu slova, nebo se u něj vyskytuje verbalismus – klient umí slovo pojmenovat, ale užije ho neadekvátně významu, situaci, nerozumí sémantickému významu slova. Jamesová (in Lechta, 2003) doporučuje sledovat nejen chápání významu slov, vět a souvětí, ale i přenesené významy slov (metafory, přísloví) a jejich používání při komunikaci.

V rovině morfologicko-syntaktické posuzujeme z hlediska morfologie (tvarosloví) např. použité slovní druhy, které převládají, schopnost skloňovat, časovat, používat rody, stupňovat přídavná jména, příslovce, odvozovat slova. V oblasti syntaxe (skladby) nás zajímá, zda se žák vyjadřuje verbálně či nikoli, zda mluví jednoslovně, spontánně tvoří věty holé, rozvité, souvětí, dodržuje slovosled ve větě, je schopen zopakovat věty, vymyslet věty, formulovat odpověď, případně zda se vyskytují dysgramatismy – nedostatky v tvarosloví a syntaxi.

Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Během promluvy klienta můžeme registrovat zvukovou stránku jeho mluvy. Z hlediska fonetiky je patrná oblast respirace (dýchání), fonace (tvoření hlasu), artikulace (výslovnost), rezonance (zvuk řeči), prozodických faktorů (tempo a pauzy, melodie, přízvuk, rytmus řeči aj.). Mluvní projev klienta může být nápadný např. výskytem specifických pauz, neplynulostí, zrychleným tempem řeči, chraptivostí, nedostatky ve výslovnosti hlásek. Z hlediska fonologie sledujeme např., zda se v mluvě, čtení či psaní objevují redukce souhláskových shluků nebo slabik ve víceslabičných slovech, zda je klient schopen sluchové analýzy a syntézy slova aj.

Foneticko-fonologická jazyková rovina

Uplatnění jazyka ve školní výuce

Obtíže v mluvení, čtení či psaní mohou ovlivnit výsledky žáků ve škole, volbu studijního oboru, úspěchy při studiu i uplatnění na trhu práce. Výuka většiny vyučovacích předmětů na druhém stupni základní školy a na střední škole je založena na práci s jazykem ve všech jeho formách (český jazyk, matematika, zeměpis, dějepis, biologie, základy společenských věd, chemie, fyzika, cizí jazyk; odborné předměty na středních školách – technologie, mechanika, gastronomie, teoretická příprava na praktickou výuku, bezpečnost práce aj.).

Úspěch žáka ve školní výuce předpokládá schopnost kvalitně uplatnit jazyk, a to např. v těchto formách:

Formy uplatnění jazyka ve školní výuce

- **naslouchání** učiteli;
- **porozumění a zpracování** výkladu učitele;
- **čtení a zpracování** textu z učebnice, **porozumění** čtenému textu;
- **vyjadřování odpovědí** ústně nebo písemně;
- **zápis** do sešitu, **čtení** zápisu a **využívání zápisu k učení**;
- řešení numerických či slovních příkladů;
- slohové práce, prověrky, písemné a ústní zkoušení;
- porozumění informacím týkajícím se provozu, praktické výuky v učebních oborech.

Ve školní práci žáků s narušením komunikační schopnosti můžeme zaznamenat rozmanité individuální nedostatky, které mohou souviset např. s problematickým vnímáním a porozuměním řeči, problematickým zpracováním informace nebo s problémy v produkci řeči. Konkrétně se může jednat např. o potíže v oblasti:

Ve kterých oblastech jazyka může mít žák s narušenou schopností ve škole problémy?

- **Vnímání a porozumění řeči** – žák nerozumí některým slovům, novým odborným termínům a jejich spojením ve výkladu učitele, nerozumí textu v učebnici, nechápe souvislosti mezi osvojenými pojmy a jevy, učivo se učí zpaměti bez porozumění.
- **Zpracování informace** – žák potřebuje delší čas na zpracování slov, vět, nového učiva, případně na opakování, procvičení, upevnění a pochopení nových pojmů a souvislostí, nebo si nepřechte svůj zápis, nevyužije zápis k učení.
- **Produkce řeči** – žák může mít problém ústně plynule vyjádřit odpověď, chybí v zápisu učební látky, ve formulaci odpovědi, vyžádání informace, sdělení informace apod.

Funkční gramotnost chápeme jako vybavenost člověka pro aktivity vyžadované současnou civilizací, např. dovednost chápat složitější texty, vyplnit formulář, zformulovat písemnou žádost, rozumět článku v novinách, rozumět návodu k použití pračky, reprodukovat obsah přečteného textu (Průcha, 1998). S některými dovednostmi funkční gramotnosti mohou mít problémy žáci, kteří mají

Funkční gramotnost a žáci s narušenou komunikační schopností?

potíže ve vnímání, porozumění a zpracování řeči mluvené, čtené, psané, zejm. **žáci s vývojovou dysfázií, se specifickými vývojovými poruchami učení**, ale i s jinými logopedickými diagnózami.

Nejčastější typy narušení komunikační schopnosti u žáků základních a středních škol

Jednotlivá narušení komunikační schopnosti se mohou u žáků a studentů projevovat ve formě lehké, středně těžké i těžké. Stupeň komunikačních obtíží však nelze podceňovat, neboť i zdánlivě lehké nedostatky v mluvním projevu, ve čtení nebo psaní mohou být konkrétním žákem či studentem vnímány velmi citlivě a jako handicap.

Konkrétně si uvedeme některé projevy koktavosti, breptavosti, vývojové dysfázie, výběrové nemluvnosti, poruch artikulace, dysartrie, poruch hlasu. Učitel se na základní nebo střední škole může také setkat s žákem s kombinovanou poruchou řeči; tento pojem představuje kombinaci několika typů narušení komunikační schopnosti, např. kombinaci koktavosti s breptavostí, poruchy hlasu a dysartrie. Učitel na základní nebo střední škole může učit i žáka se symptomatickou poruchou řeči, která je symptomem jiného, dominujícího postižení, narušení nebo onemocnění. Symptomatická porucha řeči může být symptomem např. mentální retardace, těžkého sensorického postižení (sluchového, zrakového, příp. duálního sensorického), poruch autistického spektra, dětské mozkové obrny aj.

Koktavost **Koktavost (balbuties)** patří k nejtěžším narušením komunikační schopnosti. Příznakem koktavosti jsou nedobrovolné a nekontrolovatelné neplynulosti – dysfluence – během mluvy. Kompletní obraz syndromu koktavosti však charakterizují **tři oblasti symptomů – dysfluence** při mluvení, které jsou doprovázeny **nadměrnou námahou** při artikulaci a **psychickou tenzí** během promluvy:

- Psychická tenze je nepříjemný pocit, vyvedení z míry, vybavení si svého selhání při řečové komunikaci v minulosti, to, co sám balbutik cítí a prožívá při svých potížích s plynulostí řeči.
- Nadměrná námaha se během promluvy může projevovat např. zjevným fyzickým úsilím při překonávání bloků, akcelerováním tempa řeči, spasmy na krku, vegetativními příznaky (zčervenání, pocení).
- Řečový projev osob s koktavostí mohou charakterizovat různé typy dysfluencí, např. repetice (opakování) částí slov nebo celých slov, prolongace (prodlužování) hlásek nebo slabik, přerušovaná slova. Příznaky dysfluence jsou nekonstantní, v některých situacích se projevují více, jindy méně a někdy vůbec ne.

Nepříznivě může působit např. komunikace s autoritou, časový tlak, ústní zkoušení před celou třídou – žák se nepřihlásí, i když zná odpověď (srov. Lechta, 2010a, 2010b).

Breptavost V širším pojetí se **breptavost (tumultus sermonis)** často definuje jako narušení plynulosti řeči s extrémně **rychlým tempem řeči, nezřetelnou artikulací a zhoršenou úrovní jazykových formulací** (Hedge in Lechta, 2009).

- Nejtypičtějším slyšitelným projevem breptavosti jsou **intraverbální akcelerace (uvnitř slov) a interverbální akcelerace (mezi slovy)** (Seeman in Lechta, 2009). Čím delší je mluvený úsek, tím výraznější mohou být akcelerace. Určitý úsek promluvy člověk s breptavostí řekne relativně přiměřeným tempem a srozumitelnou řečí.
- **Problémy s artikulací** – člověk „nestihne“ precizně artikulovat všechny hlásky (Lechta, 2009).
- Můžeme zaznamenat např. repetice – opakování prvních slabik, slov. Objeví-li se i prolongace (prodlužování, tlačení) hlásek, nejde zpravidla pouze o breptavost, ale o **kombinaci breptavosti s koktavostí** (Preus in Lechta, 2009).

Plynulost a srozumitelnost řeči se u osob s breptavostí **zhoršuje** při celkové relaxaci, při čtení známého textu. Fluence a srozumitelnost se **zlepšuje** při koncentraci na řečový projev, při mluvě v cizím jazyce (Hedge in Lechta, 2009). V jazykových schopnostech osob s breptavostí můžeme pozorovat např. specifické problémy ve čtení a psaní ve smyslu dyslektických a dysortografických obtíží.

Vývojová dysfázie se v naší odborné literatuře zpravidla označuje jako specificky narušený vývoj řeči. Mikulajová a Rafajdusová (1993) uvádějí, že porucha v různé míře zasahuje porozumění i produkci řeči ve všech jazykových rovinách. Dítě má obtíže v sémantickém zpracování informace. K symptomům vývojové dysfázie, které přetrvávají do školního věku, řadíme mimo jiné **obtíže ve sluchové percepci a obtíže v jazykových schopnostech**.

Vývojová dysfázie

- Ve sluchové percepci se objevují obtíže s rozlišováním distinktivních rysů hlásek, obtíže ve sluchové analýze a syntéze, při zachování sledu hlásek (Sedláček in Mikulajová, Rafajdusová, 1993), což se projevuje chybami v psaní diktátů a ve výslovnosti.
- K výrazným symptomům vývojové dysfázie, které obvykle v menší či větší míře přetrvávají, řadíme **dysgramatismy a problémy v porozumění mluvené a čtené řeči**. Žák s dysfázií má potíže v předmětech, které předpokládají zpracování textu. Obtížně zvládá např. dějepis, zeměpis, řešení matematických slovních příkladů, protože nedokáže jazykově zpracovat věty a souvětí v textu a porozumět jim. Mnohdy se učí učivo z paměti, bez porozumění.

Výběrová nemluvnost (elektivní mutismus) představuje jednu z forem mutismu. Mutismus je v psychiatrické terminologii chápán jako symptom – znamená nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která je podmíněna psychogenně (psychicky), jde o reakci na jistou zátěžovou situaci. V souvislosti se vznikem elektivního mutismu jsou zvažovány též osobnostní dispozice. Elektivní mutismus se nejčastěji objevuje u dětí předškolního věku a mladšího školního věku. Obtíže mohou být diagnostikovány i u adolescenta nebo dospělého člověka (Pečeňák, 2003).

Výběrová nemluvnost

- **Hlavním příznakem** elektivního mutismu je **ztráta řečových projevů** – oněmění, které je vázáno na určitou situaci, prostředí, osobu. Dítě v určitých situacích nemluví, např. nemluví ve škole nebo v prostředí mimo domov, nemluví s některou paní učitelkou, s některým dítětem nebo dětmi, ale v jiných situacích je slovní produkce dítěte pro komunikaci přiměřená, např. s rodiči a sourozenci komunikuje bez obtíží.
- Při elektivním mutismu nejsou potíže v porozumění řeči. Neverbální komunikace je u některých dětí zachována, může být přítomen šepot nebo jednoslovné odpovědi. Sekundárními důsledky nemluvnosti může být izolace dítěte, výsměch ze strany spolužáků, tresty ze strany rodičů, nátlak, aby dítě promluvílo. Při stanovení diagnózy sledujeme, zda projevy mají stabilní charakter a trvají nejméně čtyři týdny, přičemž tento časový údaj se neváže na první měsíc školní docházky. (Pečeňák, 2003)

V zahraniční literatuře se v oblasti **poruch artikulace** objevují termíny **fonetické a fonologické poruchy** (Gúthová, 2009). Hlavní problém v případě **poruchy fonetické** je odchylka ve výslovnosti hlásek; u nás jsou tyto obtíže označovány pojmem dyslálie – patlavost hlásková. V rámci fonetických poruch se uplatňují termíny: nahrazování hlásky jinou hláskou, pro klienta artikulačně snazší (**substitute**, paralálie), vynechávání hlásky, kterou klient neumí vyslovit (**eliminate**, mogilálie) nebo vadná výslovnost hlásky (**distorze**, -ismus, např. sigmatismus – vadná výslovnost sykavek, rotacismus – vadná výslovnost hlásky R aj.)

Poruchy artikulace

Hlavní problém v případě **poruchy fonologické** je s použitím hlásek ve slabikách a slovech. V naší odborné literatuře jsou tyto obtíže označovány jako dyslálie kontextová. Klient jednotlivé hlásky v jednoduchých slovech vyslovit umí, ale nedostatky se objevují v realizaci delších víceslabičných slov, slov se shluky souhlásek. Gúthová (2009) uvádí, že se fonologické obtíže vážou na jazyk a nesouvisí s inteligencí.

Příklad 1

Jedná-li se o poruchu fonologickou, žák má např. problémy se zachováním správného sledu hlásek ve slově, což zaregistrujeme zejm. v psaní, kdy některé hlásky, souhláskové shluky nebo celé slabiky ve slově redukuje. Např. slovo podplukovník napíše „poklukovník“ nebo „popukovník“, slovo „gastromie“ napíše „gastromie“.

Dysartrie Termínem **dysartrie** označujeme **vývojové i získané obtíže**, které zasahují koordinaci a činnost všech orgánů, jež se podílejí na tvoření hlasu a řeči, tj. na **respiraci, fonaci, artikulaci, rezonanci**. Podkladem dysartrie je organické poškození centrálního nervového systému.

- **Vývojová dysartrie** se často vyskytuje ve spojení se **syndromem dětské mozkové obrny**, ale může se vyskytnout i **samostatně**.
- **Získaná dysartrie u dospělých** osob vzniká na podkladě cévních mozkových příhod, úrazů hlavy, onkologických nebo infekčních onemocnění mozku a intoxikace mozku. Degenerativní onemocnění, např. Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, jsou často doprovázena vzniklou dysartrií (srov. Neubauer, 2003, 2007).
- Při dysartrii se mohou vyskytovat v různých kombinacích např. tyto **příznaky**: slyšitelné dýchání, slabý výdechový proud; hlas přechází ke konci věty do šepotu, v hlase slyšíme třes, náhlé změny v intenzitě hlasu během promluvy; změny nosovosti u orálních hlásek; obtíže při článkování řeči, řeč může působit monotónně, adynamicky, nedaří se zrychlit ani zpomalit tempo řeči apod.

Poruchy hlasu **Poruchu hlasu** chápeme jako určitou odchylku ve výšce, síle a kvalitě hlasu zejm. vzhledem k věku, pohlaví a společensko-kulturnímu prostředí (Moore in Kerekrétiová, 2003). Obecně se poruchy hlasu nazývají **dysfonie**; **afonie** je označení pro bezhlasí.

- Poruchy hlasu se vyskytují samostatně nebo např. s dysartrií, koktavostí aj. Mohou být součástí somatických onemocnění (choroby plic, průduškové astma aj.).
- Základním příznakem poruchy hlasu je chraptivost, hlas může být lehce zastřený, silně chraptivý, případně se vyskytuje afonie (srov. Kerekrétiová, 2003; Jedlička, 2003).
- Dysfonie může vzniknout v důsledku přetěžování hlasivek při mluvení nebo zpěvu, většinou při nevhodné hlasové technice, při onemocnění hrtanu, při celkových hormonálních poruchách, po operacích hrtanu aj.

Shrnutí

Komunikační schopnost žáka, příp. studenta, často podstatným způsobem ovlivňuje jeho úspěšnost ve škole, volbu učebního nebo studijního oboru i výběr profese. Narušení komunikační schopnosti může činit školní vzdělávání žákovi těžším. Obtíže mohou nastat v porozumění a zpracování informace, v produkci řeči, v mluvení, čtení, psaní, a to ve formě lehké, středně těžké i těžké. V kapitole jsme stručně přiblížili některé projevy při koktavosti, breptavosti, vývojové dysfázii, výběrové nemluvnosti, poruše artikulace, dysartrii a poruchách hlasu.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Uvedte šest příkladů forem uplatnění jazyka ve školní výuce.
2. Vysvětlete pojem funkční gramotnost.
3. Stručně seznámte s řečovými problémy, s nimiž se může potýkat žák s koktavostí.
4. Objasněte čtyři typické symptomy v oblasti řeči a jazyka při breptavosti.
5. Vyjmenujte tři specifické projevy jazykových obtíží dítěte s vývojovou dysfázií.
6. Charakterizujte fonologickou poruchu.
7. Jaké mohou být příznaky v řeči při dysartrii? Uvedte alespoň čtyři.

Pojmy k zapamatování

komunikační schopnost
jazykové roviny
formy uplatnění jazyka ve školní výuce
funkční gramotnost
koktavost
breptavost
vývojová dysfázie
výběrová nemluvnost
porucha artikulace

dysartrie
porucha hlasu

Literatura

Seznam použité literatury:

1. GÚTHOVÁ, M.; KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. 2009. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského. S. 136–155. ISBN 978-80-223-2574-5.
2. JEDLIČKA, I. 2003. Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu. In: ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. S. 427–436. ISBN 80-7178-546-6.
3. KEREKRÉTIOVÁ, A. 2003. Diagnostika poruch hlasu. In: LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. S. 141–168. ISBN 80-7178-801-5.
4. LECHTA, V. 2009. Brblavost. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského. S. 209–226. ISBN 978-80-223-2574-5.
5. LECHTA, V. et al. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
6. LECHTA, V. 2010a. *Koktavost*. 2., rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál. 336 s. ISBN 978-80-7367-643-8.
7. LECHTA, V. 2010b. Zvláštnosti inkluzivní edukace žáků s NKS. In: LECHTA, V. et al. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál. s. 282–284. ISBN 978-80-7367-679-7.
8. MIKULAJOVÁ, M. 2003. Diagnostika narušeného vývoje řeči. In: LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. S. 60–98. ISBN 80-7178-801-5.
9. MIKULAJOVÁ, M.; RAFAJDUSOVÁ, I. 1993. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin řeči*. Bratislava: vlastním nákladem. 288 s. ISBN 80-900445-0-6.
10. NEUBAUER, K. 2003. Dysartrie. In: ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. S. 303–327. ISBN 80-7178-546-6.
11. NEUBAUER, K. 2007. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
12. PEČEŇÁK, J. 2003. Diagnostika mutismu. In: LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. S. 251–261. ISBN 80-7178-801-5.
13. PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. 1998. *Pedagogický slovník*. 2., rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál. 336 s. ISBN 80-7178-252-1.

Podrobnější informace k tématu kapitoly naleznete v těchto publikacích:

1. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
2. KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
3. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
4. LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.
5. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
6. MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*. Praha: SPN, 1988.
7. ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

Internetové odkazy:

1. www.apspc.cz – Asociace pracovníků SPC
2. www.klinicalogopedie.cz – Asociace klinických logopedů ČR
3. www.alos.cz/attachments/059_koordinatori_logo.xls – Asociace logopedů ve školství, krajští koordinátoři logopedické péče

Narušení grafické složky řeči aneb specifické poruchy školních dovedností

Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

Cíle

Cílem této kapitoly je seznámit se zařazením specifických poruch školních dovedností do oblasti logopedie. Dále pak nastínit možný současný výskyt specifických poruch školních dovedností a jiných druhů narušené komunikační schopnosti.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- definovat komunikační schopnost a narušenou komunikační schopnost, v rámci narušené komunikační schopnosti uvést i její klasifikace dle různých kritérií;
- vymežit deset okruhů narušené komunikační schopnosti;
- uvést současný výskyt narušení grafické stránky řeči a jiných druhů narušené komunikační schopnosti.

Průvodce studiem

Vítejte při studiu kapitoly, která si klade za cíl seznámit vás se zařazením narušení grafické stránky řeči do oblasti logopedie. Budete seznámeni s vymezením komunikační schopnosti a narušené komunikační schopnosti. Také bude uveden přehled deseti okruhů narušené komunikační schopnosti. Na závěr vzpomeneme možný současný výskyt narušení grafické stránky řeči a jiných druhů narušené komunikační schopnosti. V závěru textu naleznete shrnutí, kontrolní otázky a úkoly, prostřednictvím kterých si můžete ověřit, do jaké míry jste si učivo osvojili.

Specifické poruchy školních dovedností – narušení grafické stránky řeči	Cílem této kapitoly je vzhled do problematiky specifických poruch školních dovedností, které jsou součástí zájmu vědního oboru logopedie. V rámci logopedie je vymezeno 10 okruhů narušené komunikační schopnosti.
Komunikační schopnost	Komunikační schopnost chápe Lechta (in Kerekrétiiová a kol., 2009, s. 21) jako „ <i>schopnost člověka vědomě a podle patřičných norem používat jazyk jako systém znaků a symbolů v celé jeho komplexnosti a ve všech jeho formách, a to s cílem realizace určitého komunikačního záměru. Komplexnost znamená, že komunikační schopnost zahrnuje všechny jazykové roviny (foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou, pragmatickou); pokud jde o formy, tato schopnost zahrnuje všechny způsoby komunikace (např. mluvený, grafický, neverbální způsob komunikace.</i> “ Lechta (ibid) dále uvádí, že komunikační schopnost je průsečíkem tří vzájemně se prolínajících množin komponentů (biologických, psychologických, sociálních), a tvoří pak bio-psycho-sociální jednotu.
Narušená komunikační schopnost	O narušené komunikační schopnosti hovoříme tehdy, pokud jedna nebo více jazykových norem působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru jedince. Narušenou komunikační schopnost můžeme klasifikovat dle různých kritérií, např. se může projevat v rámci symbolických i nesymbolických procesů, v rámci zvukové i nezvukové roviny; může se ovšem promítnout i v rámci více dimenzí (ibid). Z hlediska průběhu komunikačního procesu může být narušena složka expresivní (produkce řeči) či receptivní (porozumění řeči). Narušená komunikační schopnost může být trvalá či přechodná, jedinec si narušení může, ale nemusí uvědomovat. Narušená komunikační schopnost může v klinickém obrazu dominovat, nebo být symptomem jiného, dominantního postižení, onemocnění nebo narušení (symptomatické poruchy řeči). Narušená komunikační schopnost může být z hlediska doby vzniku vrozená (např. dyslálie), nebo získaná (např. afázie). Narušení

komunikační schopnosti může být úplně (např. afonie), nebo částečné (parciální) (Lechta in Lechta a kol., 2003). Termín narušená komunikační schopnost najdeme i v 10. revizi MKN Světové zdravotnické organizace, a to pod pojmem disaptibility, který je ekvivalentem narušené schopnosti (Lechta in Kerekrétiová a kol., 2009).

Právě jste byli seznámeni s tím, jak vymezujeme komunikační schopnost a jak definujeme narušenou komunikační schopnost. Nyní bude následovat přehled deseti okruhů narušené komunikační schopnosti, které vymezil Lechta (in Lechta a kol., 1999):

Deset okruhů narušené komunikační schopnosti

- vývojová nemluvnost,
- získaná orgánová nemluvnost (afázie),
- získaná neurotická nemluvnost (mutismus, selektivní mutismus, surdomutismus),
- narušení článkování řeči (dyslálie, dysartrie),
- narušení plynulosti řeči (balbuties, tumultus sermonis),
- narušení zvuku řeči (rinolálie, palatolálie),
- narušení grafické stránky řeči (např. dyslexie, dysgrafie, alexie, agrafie),
- poruchy hlasu,
- symptomatické poruchy řeči,
- kombinované vady a poruchy řeči (výskyt více druhů narušené komunikační schopnosti, např. dysartrie a dysfonie). (srov. např. Lechta in Kerekrétiová a kol., 2009)

Jak je patrné, specifické poruchy školních dovedností se objevují v rámci vymezení deseti okruhů narušené komunikační schopnosti, a to pod názvem narušení grafické stránky řeči. Specifické poruchy školních dovedností jsou tedy součástí logopedie, a mimo jiné i proto spadá tato problematika do kompetence speciálního pedagoga logopeda. Velmi často dochází k současnému výskytu specifických poruch školních dovedností (narušení grafické stránky řeči) a jiných typů narušené komunikační schopnosti (např. dyslálie, vývojová dysfázie). Současný výskyt narušení grafické stránky řeči a jiných druhů narušené komunikační schopnosti komplikuje výchovně-vzdělávací proces, proto je logické, že těmto jedincům musí být poskytnuta komplexní intervence. Speciální pedagog logoped je tedy odborník, který se podílí jak na diagnostice, tak na terapii narušení grafické stránky řeči i jiných druhů narušené komunikační schopnosti. Nemůžeme opomenout ani jiné odborníky, kteří jsou součástí týmu v rámci komplexní intervence (zahrnující jak diagnostiku, tak terapii), máme na mysli např. psychologa, sociálního pracovníka, speciálního pedagoga jiného zaměření než logopedického, popř. lékaře určitého zaměření.

Narušení grafické stránky řeči – součást problematiky logopedie

Shrnutí

Kapitola vás seznámila s termínem narušení grafické stránky řeči (patří sem např. dyslexie, alexie, dysgrafie, agrafie), který je jedním z deseti okruhů narušení komunikační schopnosti. Také zde byly definovány pojmy komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost, která byla ještě klasifikována dle různých kritérií.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Definujte komunikační schopnost.
2. Jaké rozlišujeme jazykové roviny a co si pod nimi představíte?
3. Jak byste definovali narušenou komunikační schopnost?
4. Do kterého okruhu byste zařadili balbuties, palatolálii a afázii?
5. Jak se nazývá okruh narušené komunikační schopnosti, který obsahuje dyslexii a dysgrafii?

Pojmy k zapamatování

komunikační schopnost
narušená komunikační schopnost
narušení grafické stránky řeči

Literatura

Seznam použité literatury:

1. KLENKOVÁ, J. 1996. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido. ISBN 80-8593-14-19.
2. KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.
3. LECHTA, V. 2003. Narušená komunikační schopnost. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. S. 17–20. ISBN 80-7178-801-5.
4. LECHTA, V. 2009. Základní poznatky o logopedii. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava. S. 15–32. ISBN 978-80-223-2574-5.
5. LECHTA, V. a kol. 1990. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN.
6. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2001. *Logopedické minimum*. Olomouc: UP. ISBN 80-244-0258-0.
7. VITÁSKOVÁ, K. 2005. Narušení grafické formy řeči. In: PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: UP. S. 53–58. ISBN 80-244-1088-5.
8. ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

Terminologické vymezení a klasifikace specifických poruch školních dovedností

Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

Cíle

Cílem této kapitoly je prezentovat terminologická vymezení a klasifikace specifických poruch školních dovedností.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- uvést terminologické vymezení a jednotlivé termíny;
- odlišit pojmy specifické poruchy učení, specifické vývojové poruchy učení, poruchy učení a specifické vývojové poruchy školních dovedností;
- diferencovat mezi pravými a nepravými specifickými poruchami učení;
- odlišit vývojové a získané formy specifických poruch školních dovedností;
- definovat specifické poruchy školních dovedností;
- klasifikovat specifické poruchy školních dovedností;
- vymezipit jednotlivé typy specifických poruch učení a jejich charakteristiku.

Průvodce studiem

Vítejte při studiu kapitoly *Terminologické vymezení a klasifikace specifických poruch školních dovedností*. Tato kapitola se vám pokusí představit jednotlivá terminologická vymezení, se kterými se můžete setkat v české odborné literatuře. Jednotlivá terminologická vymezení budou nejprve prezentována a následně bude provedena jejich komparace, naleznete také definici specifických poruch školních dovedností. Budete rovněž seznámeni s klasifikacemi specifických poruch školních dovedností. V závěru textu naleznete shrnutí, kontrolní otázky a úkoly, prostřednictvím kterých si můžete ověřit, do jaké míry jste si učivo osvojili.

V oblasti terminologického vymezení specifických poruch školních dovedností panuje značná terminologická nejednotnost, což znamená, že se v odborné literatuře můžeme setkat např. s následujícími termíny: specifické poruchy učení (Vitásková, 2006), specifické vývojové poruchy učení (Zelinková, 2003), poruchy učení (Zelinková, 2003), specifické vývojové poruchy školních dovedností (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2008), vývojové poruchy učení (Pokorná, 2001). V oblasti logopedie je vymezeno 10 okruhů narušené komunikační schopnosti a jedním z těchto okruhů je narušení grafické stránky řeči (sem spadají dyslexie, alexie, dysgrafie, agrafie, dyskalkulie a akalkulie) (Lechta in Kerekrétiová a kol., 2009).

Terminologie,
terminologická
nejednotnost

Všechny výše uvedené termíny jsou nadřazeny jednotlivým typům specifických poruch školních dovedností (dyslexie, dysgrafie atd.), znamená to tedy, že v sobě jednotlivé typy specifických poruch školních dovedností zahrnují. Tyto termíny jsou v pedagogicko-psychologické praxi běžně chápány jako ekvivalentní, i když mezi nimi jisté rozdíly jsou – ty si popíšeme níže.

Pro zájemce

V německy psané odborné literatuře nacházíme pojmy jako „spezifische Entwicklungsstörungen“, v případě pojmu dyslexie se setkáváme spíše s termínem „Legasthenie“. V anglicky psané literatuře je to např. termín „learning disabilities“, popř. „specific learning difficulties“.

Specifické poruchy učení v sobě zahrnují jak vývojové (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie atd.), tak získané formy specifických poruch školních dovedností (získaná dyslexie či alexie, získaná dysgrafie či agrafie, získaná dyskalkulie či akalkulie atd.) (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová,

Specifické po-
ruchy učení –
vývojové a zís-
kané formy

2005). Vývojové formy si budeme detailněji charakterizovat v dalších částech učebního textu, nyní si přiblížíme získané formy specifických poruch školních dovedností. Získané formy specifických poruch školních dovedností (v zahraniční literatuře označované „acquired learning disabilities“) jsou často způsobovány cévními mozkovými příhodami, úrazy mozku, nádorovým onemocněním či infekčním onemocněním mozku. Jedná se např. o získanou dyslexii (alexii; R 48.0), získanou dysgrafií (agrafií, F 48.8), získanou dyskalkulií (akalkulií, R 48.8). Samostatně je vyčleňována získaná dyspraxie (apraxie, R 48.2). Získanou poruchu psaní pomocí klávesnice označujeme jako dystypii (Vitásková in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005). Jsou to dovednosti, které jedinec již měl osvojené, ale vlivem výše uvedených příčin je ztratil.

Získaná porucha čtení Porucha lexie a grafie patří mezi získané poruchy jazykových procesů na symbolické úrovni; jsou součástí většiny afatických syndromů, ale mohou se vyskytovat i samostatně. Je nutné je odlišit od poruch myšlení v rámci psychiatrických diagnóz, kvalitativních poruch vědomí charakteru deliria a u demence.

Podle klasického dělení rozlišujeme následující **alexie**:

- **Alexie bez agrafie** (čistá alexie), popsal ji v roce 1892 Déjerine. Jde o stav, kdy postižený může psát, ale není schopen přečíst, co napsal. Spontánní řeč, opakování a porozumění mluvené řeči je normální. Jde vlastně o formu vizuální agnózie – slovní slepoty.
- **Alexie s agrafií** je podobná jako čistá alexie, navíc je přítomna agrafie a další poruchy, které jsou obvykle označovány jako Gerstmanův syndrom.
- **Alexie při afázii** je součástí různých syndromů afázie. (Košťálová, Bednařík, Mechl a kol., 2006)

Získaná dyslexie (alexie; R 48.0; acquired dyslexia) a získaná dysgrafie (agrafie; R 48.8; agraphia).

Získanou formu dyslexie (alexii) lze rozdělit do dvou kategorií: periferní a centrální, a to podle typu paralexii, které se projevují deformací slov při hlasitém čtení.

Periferní typy:

- **Alexie s neglect syndromem** – projevuje se opomíjením jedné strany stimulu, ve většině případů levé (šiška – myška); může být vázána na generalizovaný neglect sy, ale v mnoha případech se vztahuje pouze ke čtení; častější je chybovost v předložkách než v koncovech. Dle Kulišťáka (2003) lze přirovnat k alexii s agrafií.
- **Alexie hemianoptická** (paralexie, unilaterální paralexie) – vyznačuje se pomalým, ale přesným čtením s případnou eliminací předložek či koncovek. Zdánlivě podobné poruchy se liší nejčastěji lokalizací léze.
- **Alexie s poruchou pozornosti** – vznikají kontaminace či transpozice písmen či slov ve slovním spojení (např. kouzelná školka – kouzelka školná), izolovaná slova čte jedinec lépe.
- **Alexie s hláskováním** (také tzv. čistá alexie) – schopnost identifikace slov při čtení jen prostřednictvím postupného hláskování jejich struktury, celkově je čtení zdlouhavé, psaní na diktát bývá v pořádku.
- **Alexie vizuální** – představuje hraniční formu mezi periferní a centrální alexií; projevuje se záměnami vizuálně podobných slov (pluk – kluk, lék – lák), konkrétní slova jsou čtena lépe než abstraktní.
- **Alexie globální** – velmi pomalé a nepřesné pojmenování písmen, které ale zná; narušené může být i pojmenování číslic.

Centrální dyslexie jsou často členěny:

- **Sémantické čtení** – čtení slov s omezeným porozuměním významu a v jejich kategorizaci.
- **Povrchová alexie** – při čtení se užívá pouze FG převod, jedinci odhadují význam slov prostřednictvím hlasité artikulace jednotlivých slov.

- **Fonologická alexie** – protipól povrchové alexie; upřednostňování globálního čtení a neschopnost číst pseudoslova a slova neznámá v důsledku narušené sublexikální cesty čtení; konkrétní slova čte lépe než abstraktní, potíže jsou při čtení předložek, koncovek, syntax zůstává neporušena.
- **Hloubková alexie** – bývá spojena s motorickou afázií v důsledku; projevuje se narušením hlásitého sémantického čtení ve formě substituce slovy nadřazenými, podřazenými, asociovanými apod. (les – stromy, jablko – ovoce apod.). Hloubková znamená neschopnost převodu ortografie na fonologii, poškození sémantické cesty psaní. (Vitásková in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005)

Agrafie se může vzácně vyskytnout izolovaně (čistá získaná agrafie či dysgrafie) při lézích frontoparietálních oblastí dominantní hemisféry. Dále se vyskytuje v kombinaci s alexií a dalšími poruchami v rámci Gerstmanova syndromu. Porucha psaní může nastat u motorických poruch postihujících dominantní horní končetinu, včetně apraxie. Agrafie je součástí většiny afatických syndromů. Získaná porucha psaní

V praxi se setkáváme s odlišením agrafie od narušení grafomotorických dovedností. Jedná se o motorické postižení preferované horní končetiny používané k psaní, a to parézou, apraxií, ataxií, dyskinézami apod. K odlišení postižení obsahové a formální stránky psaní může pomoci psaní pomocí velkých písmen, lze použít skládací abecedu, psaná slova, chybný text, doplňování apod. Dalším problémem jsou zachované automatizované formy, a to i u velmi těžkých typů postižení fatických funkcí. Často u nich zůstávají jako jediný písemný projev (podpis, adresa, případně jiná velmi frekventovaná slova). Pozor na možnost úniku poruchy psaní! Změny rukopisu, tvaru a velikosti písmen jsou způsobeny poruchou grafomotorických dovedností, nikoliv jazykovou poruchou. Chyby vzniklé vynecháním, záměnou nebo přidáním písmen, slabik, záměny slov, nesmyslná slova, gramatické chyby či skladebné chyby svědčí pro postižení fatických funkcí (Košťálová, Bednařík, Mechl a kol., 2006).

Agrafii člení Kulišťák (2003):

- **agrafie parietální** – porucha opisu, souvislost s konstrukční apraxií, paragrafií, paragramatismy, obtíže při vyhledávání adekvátních pojmů;
- **agrafie senzorická** – příznakem je zpomalené psaní;
- **agrafie čistá** (výrazná disociace grafické a orální produkce řeči), jiné jazykové potíže nejsou;
- **agrafie s expresivní afázií** – opis není narušen, písmo deformované paragramatismy a paragrafiemi; psaní izolovaných slov a krátkých automatismů nemusí být narušeno;
- **agrafie při kondukční afázií** – psaní na diktát je lepší než spontánní psaní.

Apraxie je ztráta schopnosti vykonávat naučené účelné pohyby, pohybové sledy a dovednosti, která není způsobena elementární poruchou hybnosti charakteru parézy, akinézy, poruchy tonu, poruchou pozornosti, citlivosti, paměti, motivace, porozumění nebo jinými poruchami chování a spolupráce. Pacienti ztrácejí informaci o tom, jak provést naučený pohyb – jde o určitou formu motorické agnozie. Může se však kombinovat s parézami, fatickými poruchami a dalšími projevy mozkové léze. Apraxie může ovlivňovat nezpůsobilost pacientů po CMP či s demencí. Bývá často nedagnostikována nebo je její význam podceněn. Apraxie

Klasické členění dle Liepmanna na ideační, ideomotorickou a kinetickou končetinovou apraxii je dnes modifikováno. Ideační – je narušena jak představa daného pohybu, tak schopnost jej spontánně či na příkaz provést. Ideomotorická (motorická) – pacient je schopen si představit příslušný výkon, případně jej i slovně popsat, ale nemůže jej provést na povel.

Novější členění rozlišuje následující typy:

- **Ideomotorická apraxie** – časoprostorové chyby v motorických výkonech. Potíže vykonávat izolovaná gesta nebo úkony v rámci daných časových, prostorových a sekvenčních charakteristik. Podstatou je narušení převodu sluchové a zrakové informace do motorických oblastí. Narušen je plán pohybu.

- **Konceptuální (ideační) apraxie** – chyby v obsahu, ve výběru správného objektu či nástroje, postiženým chybí motorická zkušenost.
- **Disociační apraxie** – pacient není schopen reagovat motoricky pouze na podnět jedné určité modalitě (verbální, vizuální, taktilní), zatímco podněty jiné modalitě mohou aktivovat uložené pohybové vzorce a vést ke správnému pohybu. Např. není schopen provést pohyb na slovní pokyn, ale je schopen jej provést na základě imitace a je schopen provádět správně pohyby s nástrojem.
- **Kondukční apraxie** – připomíná kondukční afázii – potíže se vyskytují spíše při imitaci pohybu než při pohybech na povel, pacient je schopen rozumět gestům vyšetřujícího.
- **Orální (orofaciální) apraxie** – potíže s prováděním neřečových pohybů jazyka, hltanu, hrtanu, rtů, tváří. Obdobná porucha u dětí = vývojová apraxie (dyspraxie).
- **Verbální apraxie** – klinicky připomíná dysartrii. Porucha schopnosti vybrat, programovat a vykonat účelné koordinované pohyby artikulačních svalů produkujících volní řeč. (Košťálová, Bednařík, Mechl a kol., 2006). Srov. např. Vitásková (in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005).

Jiné typy získaných dyslexií (alexii) a získaných dysgrafií (agrafií) uvádí Košťálová, Bednařík, Mechl a kol. (2006). Jedná se o kognitivně-neuropsychologický přístup, jehož pochopení předpokládá znalost procesů lexie a grafie tak, jak je vymezuje tento model. Jelikož by seznámení s fungováním těchto procesů bylo již nad rámec tohoto učebního textu a přesahuje značně do oblasti logopedie, odkazujeme na patřičné zdroje. Např. Košťálová, Bednařík, Mechl a kol., 2006; popř. Cséfalvay a kol., 2007.

Akalkulie **Akalkulie** můžeme členit podle Koščovy klasifikace dyskalkulie. Diferencujeme potom následující typy:

- praktogonostickou akalkulii – potíže s manipulací s konkrétními předměty, symboly;
- lexickou akalkulii – kdy je narušena lexie matematických pojmů, např. záměny zrakově podobných číslic;
- verbální akalkulii – např. potíže se slovním označením počtu předmětů;
- grafickou akalkulii – narušení schopnosti psát matematické symboly;
- operační akalkulii – potíže s realizací matematických operací;
- ideogonostickou akalkulii – potíže s chápáním matematických pojmů a vztahů mezi nimi. (Vitásková in Peutelschmiedová, Vitásková, 2006)

Specifické vývojové poruchy učení Spojení *specifické vývojové poruchy učení* zahrnuje pouze vývojové formy specifických poruch učení (dyslexie, dysgrafie atd.). Adjektivum „vývojové“ znamená, že tyto poruchy se projeví vždy až na určitém stupni vývoje jedince a mají kontinuální charakter, během vývoje se tedy jejich obraz mění (Matějček, Vágnerová, 2006). „Specifické“ vysvětluje, že je nutné odlišit specifické poruchy učení od nespecifických (tzv. pseudo nebo nepravých poruch učení), které mohou být způsobeny např. nedostatečně podnětným prostředím (Vitásková, 2006).

Poruchy učení *Poruchy učení* je termín nejširší, zahrnující nejrůznější potíže v učení, které nemají specifický ráz (Vitásková in Peutelschmiedová, Vitásková, 2006).

Specifické vývojové poruchy školních dovedností Konečně *specifické vývojové poruchy školních dovedností* – termín je zakotven v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí WHO. Je součástí kategorie poruch psychického vývoje (F80–F89). (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 2008) Jak uvádí Vitásková (in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005), tato skutečnost je důležitá především z pohledu logopedie, jelikož dochází k provázanosti etiologické a symptomatologické v rámci jednotlivých specifických vývojových poruch řeči a jazyka.

V rámci tohoto učebního textu jsme se rozhodli užívat termín *specifické poruchy školních dovedností*.

Definice Ani v oblasti definic specifických poruch školních dovedností nenacházíme jednotnost. Historickou záležitostí jsou definice na úrovni behaviorální, v nichž byly vypočítávány vnější znaky poruch. Dnes

převládají definice na úrovni psychologické (pracují s pojmy inteligence, schopnost, neschopnost) a především definice na úrovni anatomie a fyziologie mozku (Matějček, 1995). Za všechny uvedme následující.

„Poruchy učení je termín označující heterogenní skupinu potíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto potíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy. Ačkoliv se poruchy učení mohou vyskytovat souběžně s jinými handicapujícími podmínkami (např. sensorická postižení, mentální retardace, poruchy chování) nebo vnějšími vlivy (např. kulturní odlišnosti, nedostatečné, popř. neúměrné vedení), nejsou poruchy učení přímým důsledkem těchto podmínek nebo vlivů.“ (in Zelinková, 2003, s. 10)

Z této definice tedy vyplývá, že specifické poruchy školních dovedností znamenají souhrn různých symptomů, kdy jedinec má potíže při osvojování a užívání výše uvedených dovedností, jeho potíže jsou vždy zcela individuální. Další skutečností je, že tyto potíže vznikají na podkladě dysfunkce CNS. Tato definice rovněž připouští výskyt specifických poruch školních dovedností společně např. se sluchovým postižením nebo poruchami chování, popř. u dětí z odlišného kulturního prostředí, ale specifické poruchy školních dovedností nevznikají na jejich podkladě. Pochopení definice je velmi důležité, protože zde nacházíme jednak vymezení, jak specifické poruchy školních dovedností vznikají, jak se projevují, ale také to, jaká jsou vylučující kritéria pro stanovení diagnózy.

Skutečnost, že v definicích specifických poruch školních dovedností nacházíme nejednotnost, způsobuje jejich odlišné chápání, ale také se odráží v diagnostice a následně ve skutečném výskytu.

Specifické poruchy školních dovedností se vyskytují v různé míře závažnosti (od lehkých poruch až po těžké, např. velmi těžké typy dyslexie, kdy jedinec vůbec nechápe obsah čteného). Další charakteristikou je, že se jednotlivé typy velmi často kombinují, výskyt tzv. čistých typů specifických poruch školních dovedností je spíše vzácný (časté jsou např. kombinace dysgrafie, dysortografie). Velmi často se také kombinují se specifickými poruchami chování (ADD/ADHD), což výchovně-vzdělávací proces velmi komplikuje.

V rámci klasifikace specifických poruch školních dovedností používáme dva základní klasifikační systémy. První systém, běžně užívaný na našem území, rozlišuje následující typy specifických poruch školních dovedností: Klasifikace

- *dyslexie* (specifická porucha čtení);
- *dysgrafie* (specifická porucha psaní);
- *dysortografie* (specifická porucha pravopisu);
- *dyskalkulie* (specifická porucha počítání).

„Specifická vývojová dyslexie je porucha projevující se neschopností naučit se číst, přestože se dítěti dostává běžného výukového vedení, má přiměřenou inteligenci a sociokulturní příležitost.“ (in Matějček, 1995, s. 19) Jedná se o nejčastější typ specifických poruch školních dovedností. Dyslexie

„Dysgrafie je porucha psaní, která postihuje grafickou stránku písemného projevu, tj. čitelnost a úpravu.“ (Zelinková, 2003, s. 42) (srov. např. Vitásková, 2006) Matějček (1995) ještě dodává, že dítě netrpí žádnou závažnou pohybovou či smyslovou poruchou. Dysgrafie

„Dysortografie, specifická porucha pravopisu, představuje narušenou schopnost zvládat gramatické jevy mateřského jazyka.“ (Vitásková, 2006, s. 21) Dysortografie

„Dyskalkulie je specifická porucha matematických schopností.“ (Bartoňová, 2004, s. 11) (srov. např. Vitásková, 2006) Dyskalkulie

Dále rozlišujeme méně časté a méně závažné typy specifických poruch školních dovedností, a to *dyspinxii* (specifická porucha kresebných schopností) a *dysmuzii* (specifická porucha hudebních schopností). Tyto poruchy zasahují především tzv. výchovné předměty.

Zvlášť je vyčleňována specifická porucha motorické funkce, tedy *dyspraxie*.

Jak uvádí Vitásková (2006), kromě častých typů specifických poruch školních dovedností byly v České republice zavedeny další termíny pro poruchy, které nejsou svými projevy tak závažné pro vzdělávání jedince, projevují se totiž v oblasti výchovných předmětů. Jedná se o zmíněnou dyspinxii a dysmuzii. Jsou to typy poměrně vzácné, kterým není věnována v rámci diagnostiky taková pozornost, a to z důvodu nevelké závažnosti. I zde bychom ovšem měli mít na mysli, že svými projevy závažné sice nejsou, ale jistou váhu bychom jim měli dát. Pokud má dítě diagnostikovanou dyspinxii, a učitel tuto skutečnost ve výtvarné výchově nerespektuje, zesměšňuje žáka a jeho výkony, může to mít dopad na celkový přístup žáka k výchovnému předmětu či škole samotné. Problém také bývá při jejich odlišení od nedostatečného nadání pro umělecké činnosti.

Dyspinxie Dyspinxie je specifická porucha kreslení, která se projevuje primitivností kresby po stránce obsahové i formální. Dalším příznakem je nezájem dítěte o kresebnou činnost, který pramení z jeho negativních zkušeností s touto činností (Michálek in Kucharská, ed., 2000).

Dysmuzie „*Dysmuzie je vývojový nedostatek v oblasti hudební.*“ (Dvořák, 2001, s. 57–58)

Dyspraxie Dyspraxie – specifická vývojová porucha motorických funkcí – se projevuje obtížemi v oblasti hrubé (chůze) i jemné motoriky (stříhání, navlékání korálků) a při koordinaci složitějších pohybů (Vitásková, 2006).

Jak jsme již uvedli výše, jednotlivé typy specifických poruch školních dovedností se velmi často navzájem kombinují, tzn. že čisté formy se vyskytují zřídka.

Klasifikace v rámci 10. revize MKN – 10 WHO Problematika specifických poruch školních dovedností je zakotvena i v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace, a to pod termínem specifické vývojové poruchy školních dovedností (kód F 81). Tato kategorie se dále člení:

- F 81.0 Specifická porucha čtení;
- F 81.1 Specifická porucha psaní;
- F 81.2 Specifická porucha počítání;
- F 81.3 Smíšená porucha školních dovedností ;
- F 81.8 Jiné poruchy školních dovedností;
- F 81.9 Vývojové poruchy školních dovedností nespecifikované;

(Mezinárodní klasifikace nemocí WHO, 10. revize, 2008)

Neubauer (1997) chápe specifické poruchy učení jako součást poruch na bázi postižení fatických a kognitivních funkcí. Šturma (in Říčan, Krejčířová a kol., 2006) tuto klasifikaci kritizuje, především z toho důvodu, že se zde neobjevuje samostatná kategorie dysortografie. Jeho kritika se také týká zařazení vývojové akalkulie do vývojových poruch. „*Poruchy učení, které nespádají do výše uvedených kategorií, či popřípadě nesplňují některé z objektivních diagnostických kritérií, jsou označovány jako tzv. nepravé poruchy učení (pseudo-).*“ (Vitásková in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005, s. 55)

Neverbální poruchy učení Neverbální poruchy učení jsou poruchy vznikající na základě poškození pravé mozkové hemisféry (srov. např. Vitásková, 2005). Jsou charakterizovány potížemi v oblasti porozumění slovním hříčkám, metaforám, vtipům; z tohoto důvodu je i porozumění čtenému textu narušeno. Další problémy činí takovým jedincům orientace v prostoru (např. potíže v míčových hrách) a orientace v sociálním prostoru (potíže s interpretací výrazů obličeje, gest, přízvuku hlasu osob). Pravděpodobně z důvodu narušení sociální orientace mívají málo přátel. Mají výbornou paměť na fakta a data, mají potíže s rytmem, což se projevuje např. v tělesné a hudební výchově. Vitásková (in Peutelschmiedová,

Vitásková, 2005) potíže shrnuje do tří oblastí: obtíže v oblasti motorické, vizuospeciálně-organizační a sociální. U těchto jedinců se vyskytuje nižší perforační IQ (Matějček, 1995), Vitásková (in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005) uvádí u některých jedinců s neverbálními poruchami učení potíže v imitaci orálně-motorických izolovaných pohybů a jejich sekvencí v oblasti jazyka, rtů, mandibuly v raném věku (tyto potíže jsou ale v pozdějším věku kompenzovány výbornými receptivními verbálními schopnostmi).

Shrnutí

V oblasti terminologického vymezení specifických poruch školních dovedností nacházíme nejednotnost. V tuzemské odborné literatuře se vyskytují např. termíny specifické poruchy učení, specifické vývojové poruchy učení, poruchy učení, vývojové poruchy učení a specifické vývojové poruchy školních dovedností. Tyto jednotlivé termíny se od sebe odlišují, ovšem v pedagogicko-psychologické praxi jsou užívány jako ekvivalentní. Specifické poruchy učení jsou charakterizovány širokou škálou obtíží. Tyto potíže mají individuální charakter a různý stupeň závažnosti. Je nutné odlišit specifické poruchy školních dovedností od tzv. nepravých (pseudo-) poruch učení. Nepravé poruchy učení mají podobné projevy jako specifické poruchy školních dovedností, ale mají odlišnou etiologii – nevznikají na podkladě dysfunkce CNS. V případě klasifikace specifických poruch školních dovedností nacházíme dva klasifikační systémy, první uváděný je systém běžně užívaný na našem území, druhý je vytvořený Světovou zdravotnickou organizací a je součástí 10. revize MKN.

Kontrolní otázky a úkoly

1. S kterými termíny (zastřešujícími) v oblasti specifických poruch školních dovedností se setkááme?
2. Definujte specifické poruchy školních dovedností.
3. Jak byste odlišili vývojové a získané formy specifických poruch školních dovedností?
4. Co znamenají nepravé (pseudo-) poruchy učení a jak byste je charakterizovali?
5. Jaké znáte klasifikační systémy specifických poruch školních dovedností?
6. Jaké typy specifických poruch školních dovedností rozlišujeme? Krátce je definujte.
7. Jak byste definovali získanou dyslexii? Uvedte alespoň čtyři typy.
8. Jaké znáte typy apraxií?
9. Uvedte alespoň pět typů získané dysgrafie.

Pojmy k zapamatování

specifické poruchy učení

specifické vývojové poruchy učení

poruchy učení

specifické vývojové poruchy školních dovedností

získané a vývojové formy specifických poruch školních dovedností

nepravé specifické poruchy školních dovedností

klasifikace specifických poruch školních dovedností

Literatura

Seznam použité literatury:

1. CSÉFALVAY, Z. a kol. 2007. *Terapie afázie. Teorie a případové studie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-316-1.
2. DVOŘÁK, J. 2001. *Logopedický slovník*. 2., upr. a zcela rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-2-8.
3. MATĚJČEK, Z. 1995. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. 3., upravené a rozšířené vydání. Jinočany: Nakladatelství H&H. ISBN 80-85787-27-X.
4. KIRBYOVÁ, A. 2009. *Nešikovné dítě. Dyspraxie a další poruchy motoriky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-424-9.

5. KOŠTÁLOVÁ, M.; BEDNAŘÍK, J.; MECHL, M. a kol. 2006. *Multimediální výukový atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí*. DVD-ROM. Brno: MU.
6. MICHÁLEK, J. 2000. Vývojová dyspnie – možnost vyhledávání a diagnostiky. In: KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*. Praha: Portál. S. 83–90. ISBN 80-7178-389-7.
7. NEUBAUER, K. 2001. *Logopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-098-1.
8. POKORNÁ, V. 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3., rozšířené a opravené vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-570-9.
9. PROCHÁZKA, M.; DAN, J. 2000. Hudební schopnosti u dětí s dyslexií. In: KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování (sborník 2000)*. Praha: Portál. S. 79–83. ISBN 90-7178-389-7.
10. ŠTURMA, J. 2006. Specifické poruchy učení a chování. In: ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada. S. 155–180. ISBN 80-247-1049-8.
11. VITÁSKOVÁ, K. 2005. Narušení grafické formy řeči. In: PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: UP. S. 53–58. ISBN 80-244-1088-5.
12. VITÁSKOVÁ, K. 2006. *Specifické poruchy učení pro výchovné pracovníky*. Olomouc: UP. ISBN 80-244-1216-0.
13. ZELINKOVÁ, O. 2000. ADHD – terminologie, projevy, intervence. In: KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*. Praha: Portál. S. 23–26. ISBN 80-247-1049-8.
14. ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení*. 10., zcela přepr. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

Etiologie specifických poruch školních dovedností

Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

Cíle

Cílem této kapitoly je prezentovat vybrané etiologické faktory vzniku specifických poruch učení. Jelikož je tato problematika značně široká, poukážeme jen na dané, vybrané etiologické koncepty vzniku tohoto fenoménu.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- definovat současný pohled na etiologii specifických poruch školních dovedností;
- vyjmenovat dvě hlavní skupiny příčin vzniku specifických poruch školních dovedností a vymezit jejich jednotlivé faktory;
- vymezit význam endogenních a exogenních příčin vzniku specifických poruch školních dovedností.

Průvodce studiem

Vítejte při studiu další kapitoly, která se věnuje etiologii vzniku specifických poruch školních dovedností. Bude zde podán přehled vybraných etiologických faktorů, které se mohou podílet na vzniku specifických poruch školních dovedností. V závěru budou poznatky opět shrnuty, budou položeny kontrolní otázky a také uvedeny pojmy k zapamatování.

Pohled na etiologii specifických poruch školních dovedností prochází neustálým vývojem. Můžeme říci, že v současné době je přijímán multifaktoriální model etiologie specifických poruch školních dovedností, což znamená, že nacházíme celý komplex příčin, v jejichž důsledku se jednotlivé poruchy mohou vzájemně kombinovat. Tento model vytvořil Müller (in Pokorná, 2001) a ukazuje vzájemné souvislosti mezi přímými a nepřímými etiologickými faktory specifických poruch školních dovedností a jejich symptomatologií.

Multifaktoriální model

Pokorná (2001) příčiny specifických poruch školních dovedností klasifikovala do dvou hlavních skupin – endogenní a exogenní etiologické faktory.

Příčiny vzniku dle Pokorné

Endogenní faktory:

Endogenní příčiny

A) **Dysfunkce CNS.** V rámci tohoto pojetí jsou uváděny dva konstituční faktory:

- **Dědičnost, genetické dispozice.** Hovoří o zvýšeném riziku rozvoje specifických vývojových poruch učení s odchylkami CNS. Geneticky mohou být přenášeny všechny poruchy a dysfunkce i některé netypické vlastnosti funkce CNS. Zcela jistě existují genetické faktory pro vznik specifických vývojových poruch učení, nevíme však dosud, které to jsou.
- **Lehká mozková dysfunkce.** Příčiny, které mohou vyvolat lehkou mozkovou dysfunkci, lze rozdělit do tří skupin. Příčiny prenatálního poškození, např. Rh inkompatibilita, infekční onemocnění matky, krvácení matky v těhotenství apod. Příčiny perinatálního poškození mohou být např. přímá poranění, intoxikace plodu novorozeneckou žloutenkou, asfyxie plodu apod. Do příčin postnatálních řadíme především infekční onemocnění dítěte do 2. roku věku, různé střevní potíže atd.
- **Odchylná organizace cerebrálních aktivit.** Byly prováděny výzkumy v oblasti zpracování řečových informací v mozku (sledovaly se změny v lokalizaci mozkových aktivit během procesu čtení na EEG). Další studie sledují a měří aktivitu látkové výměny v různých mozkových regionech při čtení. U dětí a dospělých s dyslexií byly zjištěny odlišnosti evokovaných potenciálů na vizuální a akustické podněty. Zpracování verbálně-akustických podnětů bylo u dětí s dyslexií

méně zautomatizováno a vyžadovalo více úsilí. Zpracování vizuálně předkládaných slov je méně intenzivní a účinné. Nebyly však zjištěny podstatné rozdíly mezi obrazem EEG u dyslektiků a intaktní populace. U dyslektiků je ovšem odchylné zpracování cerebrálních aktivit. Měření látkové výměny v mozkových regionech přineslo následující výsledky: byla nalezena velká aktivita v gyru angularis u dospělých osob s dyslexií. To vypovídá o zvýšeném úsilí, které museli tito jedinci vyvinout. U dyslektiků vyžaduje čtení větší rozsah i intenzitu cerebrálních aktivit.

B) Odchylná konstelace laterality, netypická dominance hemisfér. U dětí s dyslexií je častější výskyt levorukosti, ambidextrie a zkřížené laterality.

Exogenní příčiny **Exogenní faktory:**

Do této kategorie spadají nepříznivé vlivy prostředí, které jsou dále rozděleny do dvou skupin.

A) Rodina – hovoří se např. o specifickém postavení dítěte – jedináčka, na kterého jsou kladeny nepřiměřené nároky. Dalším možným faktorem mohou být konflikty v rodině. Za rizikovou skupinu jsou považovány depresivní matky, jež nejsou schopny pozitivně reagovat na iniciativu dítěte. Děti jsou frustrovány a nezvládají náročnější situace. To se může projevat i poruchami pozornosti.

B) Škola – každý pedagog má svou strategii výuky a své metody, které nemusí každému dítěti vyhovovat. Další roli mohou sehrát didaktogenní poruchy, ale také prostředí třídy, osvětlení, hluk apod.

Vliv exogenních a endogenních faktorů Dovolíme si poznamenat, že exogenní faktory specifické poruchy školních dovedností nezpůsobují, mohou však situaci zkomplikovat nebo zesílit vliv endogenních faktorů. Pokud ovšem nastane situace, že působí pouze exogenní faktory, hovoříme poté o tzv. nepravých (pseudo-) poruchách školních dovedností. Důležité je tvrzení Vitáskové (2006), že jakákoliv výše uvedená příčina může být u jedince přítomna, ale nemusí vyvolat specifickou poruchu školních dovedností. Znamená to tedy, že např. deficit paměti nemusí zákonitě vyvolat vznik specifické poruchy školních dovedností; taktéž neplatí, že by každý jedinec se specifickou poruchou školních dovedností musel mít např. deficit paměti.

Teorie Selikowitz Selikowitz (2000) považuje za příčiny vzniku specifických poruch školních dovedností nedostatky ve zpracování informace. Děje se tak prostřednictvím organického či funkčního poškození mozku v důsledku spolupůsobení genetických faktorů a faktorů prostředí. Hovoří o následujících teoriích:

A) Teorie základní příčiny, v níž rozlišuje genetické faktory a faktory prostředí.

B) Teorie poškození, malformace, dysfunkce a zpožděného dozrávání mozku. Do této kategorie řadí:

- *Teorii nezjistitelného poškození mozku.*
- *Teorii menší malformace mozku.* Předpokládá, že během vývoje byly deformovány určité části mozku a došlo ke změně v jejich umístění a rozdělení nervových buněk. To mělo za následek nižší efektivitu mozkové činnosti při učení.
- *Teorii lehké mozkové dysfunkce.* Popisuje abnormální vlastnosti a množství neurotransmiterů, které zabezpečují kontrolu funkcí mozku předáváním podnětů mezi nervovými buňkami. Tyto abnormity narušují schopnost mozku učit se.
- *Teorii zpožděného dospívání mozku.* Vysvětluje, že některé oblasti mozku ještě neprošly změnami, a následkem toho dochází ke zpoždění v jedné nebo více oblastech učení.

C) Teorie selhání mozkové dominance říká, že specifické vývojové poruchy učení vznikají tím, že se jedna hemisféra nestane dominantní nad druhou.

D) Teorie vadného zpracování informací uvádí, že některé vady ve zpracování informací jsou důsledkem, nikoliv etiologií specifických poruch učení.

Příčiny vzniku dle Kučery **Kučera** (in Matějček, 1995) se věnoval vymezení etiologie SPU v Psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích (jednalo se o první skupinu dyslektiků ošetřovaných v DP) – využil důkladné analýzy anamnestických dat, klinického obrazu a dostupných nálezů psychiatrických, pediatrických, sociálních. Sledovaná skupina se mu rozdělila na:

- **50 % dyslektiků** – drobné poškození mozku – **E skupina (encefalopatická)**. Neurologický nále: řada drobných nápadností. Anamnéza svědčí o pravděpodobném poškození v období pre-, per-, postnatálním. Pediatrické vyšetření: známky orgánových malformací a funkčních poruch. Klinický obraz chování je příznačný pro LMD. Psychologické vyšetření: poruchy ve vnímání. V IQ testech názorové skóre nižší než verbální. Výrazně nižší jsou zkoušky kresebné, nápadnosti v JM, vizuomotorice, představitosti. Časté byly specifické poruchy řeči. Vlastní defekt čtení a pravopisu je těžší, náprava obtížná.
- **20 % dyslektiků** – heredita – **H skupina (hereditární)**. Nejsou zde nálezy příznačné pro LMD, zato v anamnéze poruchy sdělovacích funkcí v blízkém příbuzenstvu (SPU, poruchy řeči). Psychologické nálezy: názorové IQ vyšší než verbální. Kresebné zkoušky nízké jako u skupiny předešlé (nejsou ale výrazné potíže v oblasti JM, vizuomotoriky). Poruchy čtení jsou lehčího rázu než u E skupiny, náprava je rychlejší. Nejsou komplikace v chování.
- **15 % dyslektiků** – **HE skupina**. V nálezech známky pro etiologii E, ale i H. Drobné poškození mozku nasedá na terén oslabený či jinak ovlivněný hereditárně.
- **15 % dyslektiků** – **neurotické nebo nejasné příčiny**. Nebylo možné soudit na hereditární či encefalopatický podklad – dyslexie byla izolovaným jevem. Bylo možné usoudit, že existovala malá mozková dysfunkce, která vedla k potížím ve čtení, a tyto potíže byly posíleny neurotickými mechanismy. Jindy nešlo soudit ani na tyto spojitosti.

Narušením očních pohybů jako možné příčině vzniku specifických poruch školních dovedností se věnuje např. Jošt (in Kucharská, 1997–98, 2009). Deficity na úrovni senzoričkého vnímání či intermodality (Ayersová, Frostigová in Pokorná, 2001). Specifické poruchy školních dovedností mohou být způsobeny potížemi např. v oblasti zrakové či sluchové percepce, deficity v oblasti motoriky. Potíže v motorice nacházíme především u jedinců s dysgrafií či dyspraxií (Vitásková, 2006). Narušení fonologických dovedností opět ve vztahu ke vzniku specifických vývojových poruch školních dovedností uvádí např. Mertin (2001). Vitásková (2006) dále uvádí deficity paměti, především paměti ultrakrátké, která je nutná pro bezprostřední vyřešení úkolu (Vitásková, 2006).

Další možné příčiny

Shrnutí

Problematika etiologie specifických poruch školních dovedností je velmi široká, existuje celá řada etiologických koncepcí. V současné době hovoříme o multifaktoriální etiologii specifických poruch školních dovedností.

V rámci učebního textu jsme si příčiny vzniku specifických poruch školních dovedností rozdělili na faktory endogenní a exogenní. Mezi endogenní faktory řadíme např. dědičné dispozice, odchylnou organizaci mozkových aktivit; mezi exogenní patří vlivy rodiny a školy. Exogenní faktory samy o sobě specifické poruchy školních dovedností způsobit nemohou, mohou pouze umocnit význam endogenních faktorů. Pokud působí pouze faktory exogenní, specifické poruchy školních dovedností nevznikají, vznikají tzv. nepravé (pseudo-) poruchy školních dovedností. Dále jsme uvedli koncepci Selikowitza a Kučery.

Jakákoliv výše uvedená příčina může u daného jedince existovat, aniž by způsobila specifickou poruchu školních dovedností. Také neplatí, že by jedinec se specifickou poruchou školních dovedností musel vykazovat vždy např. deficit paměti.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Jaký je v současnosti pohled na příčiny vzniku specifických poruch školních dovedností?
2. Jaké dvě hlavní skupiny příčin vzniku specifických poruch školních dovedností rozlišujeme?
3. V rámci každé hlavní skupiny vyjmenujte jednotlivé faktory.
4. Platí vždy, že každý jedinec se specifickou poruchou školních dovedností musí mít poruchu paměti?
5. Jaké etiologické faktory rozlišuje Kučera?

Pojmy k zapamatování

multifaktoriální etiologie specifických poruch školních dovedností

endogenní příčiny

exogenní příčiny

Literatura

Seznam použité literatury:

1. JOŠT, J. 2005. *Oční pohyby, čtení a dyslexie*. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7373-055-0.
2. MATĚJČEK, Z. 1995. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. 3., upr. a rozš. vyd. Jinočany: H&H. ISBN 80-85787-27-X.
3. MATĚJČEK, Z. 2000. O původu dyslexie. In: KUCHARSKÁ, A. ed. *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*. Praha: Portál. S. 14–16. ISBN 80-7178-389-7.
4. POKORNÁ, V. 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3., rozšířené a opravené vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-570-9.
5. SELIKOWITZ, M. 2000. *Dyslexie a jiné poruchy učení*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-773-7.
6. ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení*. 10., zcela přepr. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

Specifické a nespecifické symptomy specifických poruch školních dovedností

Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

Cíle

Cílem této kapitoly je nejprve charakteristika dvou hlavních skupin symptomů specifických poruch školních dovedností – specifických a nespecifických, poté bude následovat jejich výčet. Pro účely diagnostiky specifických poruch školních dovedností je důležitá také znalost jejich výskytu.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat specifické a nespecifické symptomy specifických poruch školních dovedností a znát rozdíl mezi nimi;
- uvést jednotlivé nespecifické a specifické projevy specifických poruch školních dovedností;
- určit význam jejich výskytu vzhledem k diagnostice specifických poruch školních dovedností.

Průvodce studiem

Symptomatologie specifických poruch školních dovedností je velmi variabilní a má zcela individuální charakter. Vitásková (2006) rozlišuje symptomy nespecifické a specifické. Nespecifické symptomy se mohou vyskytovat také u jiných vývojových poruch (např. vývojové dysfázie, syndromu ADHD). Pokud se ovšem nevyskytují společně se specifickými symptomy, nemůžeme v daném případě hovořit o specifických poruchách školních dovedností. Mezi nespecifické symptomy specifických poruch školních dovedností řadíme:

Symptomy
nespecifické

- (Deficity pozornosti) **Deficity pozornosti**, které mohou postihnout všechny smyslové modalities (pozornost v oblasti zrakové, sluchové atd.). Můžeme se setkat s roztržitostí, při níž je pozornost dítěte upoutávána neustále novými a novými podněty. Opakem je příliš hluboká koncentrace pozornosti, kdy se dítě příliš soustředí na jednu činnost či předmět, a ztrácí pojem o dění kolem. *Příklad:* David chodí do druhé třídy ZŠ. Má velké potíže s koncentrací pozornosti. Učitelka hovoří k celé třídě, zadává úkoly pro samostatnou práci, David se ale nemůže na výklad učitelky soustředit. Jeho koncentrace pozornosti je upoutávána jinými podněty – na Davida volá kamarád, aby mu půjčil pero, spolužačka Lucii spadl na podlahu penál, z ulice je slyšet troubení auta. David neumí potlačit tyto nevýznamné podněty a soustředit se na hlas učitelky, která zadává úkoly. David tedy neví, jaký úkol má splnit a co se po něm vůbec chce.
- (Deficity paměti) **Deficity paměti**, především paměti sluchové, zrakové, a to jak krátkodobé, tak dlouhodobé. Dítě tak může mít potíže např. se zapamatováním si tvaru grafému, zapamatováním si slovních řad, ale narušena může být i paměť pohybová, což se může projevit např. v tělesné výchově. *Příklad:* Jakub chodí do 1. třídy ZŠ a má neustále potíže se zapamatováním si tvaru grafému velkého psacího L. Opakovaně začíná písmeno psát, poté jej zaškrtná a začíná znovu.
- (Motorické deficity) **Motorické deficity**. Především se jedná o poruchy koordinace pohybů a poruchy jemné motoriky. Tyto potíže velmi často negativně ovlivňují výkony v grafomotorických činnostech (příliš silný nebo slabý tlak na psací nůž, nesprávný úchop psacího nůže). *Příklad:* Pavlovo písmo je neúhledné, hůře čitelné. Objevujeme u něj silný přítlak na psací nůž a také nesprávný úchop psacího nůže. Psané linie jsou vedeny křečovitě, jsou velmi silné, mnohdy Pavel písmo tzv. prorýje na druhou stranu papíru.

- (Obtíže v časoprostorové orientaci a vnímání posloupnosti) **Obtíže v časoprostorové orientaci a vnímání posloupnosti.** Vnímání časoprostoru a posloupnosti je umožněno na základě schopnosti anticipace, tedy schopnosti předjímat následný krok na základě znalosti pořadí prvků v dané řadě (serialita). Dítě může mít potíže s odhadem, kdy daná činnost skončí, kdy začne přestávka atd.
Příklad: Adélka chodí do 1. třídy ZŠ. Její problémy spočívají v narušení odhadu času. O velké přestávce se nikdy nestihne nasvačit, odskočit si na toaletu a nachystat si věci na další hodinu. Většinou to dopadne tak, že se nejprve nasvačí, poté si odskočí na toaletu, na chodbě ovšem potká kamarádky, se kterými se zastaví a vypráví si s nimi. Nedokáže odhadnout, kolik jí zbývá času do začátku hodiny, a proto se často do třídy vrací po zvonění. Nestihne si ovšem již nachystat věci, které plánovala nachystat o přestávce, chystá si je až v hodině.
- (Obtíže v pravolevé orientaci) **Obtíže v pravolevé orientaci.** Tyto potíže znevýhodňují jedince při diferenciaci zrakových podnětů (rozlišování reverzních figur, tvarově podobných písmen *b* x *d*, ale i při orientaci na číselné ose, při míčových hrách). Pravolevá orientace je také ovlivněna stupněm vyhraněnosti a typem laterality. Pravolevá orientace (PLO) prochází vývojem, nejprve zvládá jedinec PLO na sobě a v prostoru, poté na osobě obrácené proti sobě a nakonec při pohybu v prostoru.
Příklad: Michal má neustále potíže se zrakovým rozlišováním písmen *b*, *d*. Písmena vzájemně zaměňuje, nemá dostatečně zafixované jejich tvary.
- (Poruchy senzoričké integrace) **Poruchy senzoričké integrace** (jedinci mají potíže s integrací vjemů z různých smyslových modalit). Déle jim např. trvá spojení mezi zrakovým a sluchovým vjemem (kupř. spojení hlásky s příslušným písmenem v tiskací a psací podobě).
Příklad: U Kláry vážne spojení foném + grafém. Ke zvukovému obrazu hlásky si nedovede vybavit tvar daného grafému. Slyší-li hlásku *k*, velmi dlouho jí trvá, než si vybaví tvar písmene *k*.
- (Obtíže v jazyce a řeči) **Obtíže v jazyce a řeči.** Do této oblasti spadá *snížený jazykový cit* a specifické poruchy výslovnosti (artikulační neobratnost a specifické asimilace). (Vitásková, 2006) Jazykový cit můžeme vymezit jako schopnost jedince přirozeně uplatňovat gramatická pravidla mateřského jazyka, bez jejich aktivního učení. Při **artikulační neobratnosti** jedinec zvládá vyslovit jednotlivé hlásky, ale potíže mu činí výslovnost slov víceslabičných, s předponou nejne-, slov složených, i když jednotlivé části slov zvládne artikulovat správně. Artikulace je potom namáhavá, těžkopádná. Potíže mu činí např. slova nejnebezpečnější, paroplavba atp. U **specifických asimilací** má jedinec potíže s vyslovováním slov, ve kterých se vyskytují hlásky artikulačně nebo zvukově podobné; pokud se hlásky vyskytují ve slovech izolovaně, jejich artikulaci zvládne správně. Následně tedy rozlišujeme *asimilace sykavkové* (potíže při diferenciaci sykavek, např. slovo švestky vysloví jako svestky), *asimilace měkkých a tvrdých souhlásek* (problematická jsou slova, ve kterých se setkávají měkké i tvrdé souhlásky, např. slovo prázdniny vysloví jako prázdnyny) a konečně *asimilace znělých a neznělých hlásek* (např. kosa – koza). Specifické poruchy výslovnosti se mnohdy nejprve projeví v písemné podobě (Žlab, Škodová in Škodová, Jedlička a kol., 2003). Jak píše Vitásková (2006), specifické poruchy řeči mohou být příčinou potíží v oblasti diktátu.
Příklad: Tomáš má velké problémy s výslovností slov složených, víceslabičných a slov, kde se vyskytují skupiny sykavek. Potíže mu činí např. slova autoopravna, hodiny, nyní, sešit, sušenka.
- (Poruchy aktivity) **Poruchy aktivity** (hyperaktivita = příliš zvýšená aktivita; hypoaktivita = příliš snížená aktivita) – mohou, ale nemusejí být spojeny s poruchou pozornosti.
Příklad: Jirka je žák 3. třídy ZŠ, je velmi klidný, hodný. Jeho problémem je ovšem plnění úkolů náročných na čas, např. spočítat úkoly v matematice během pěti minut (tzv. pětiminutovky), přečíst si článek v čítance a odpovědět na otázky vztahující se k článku – opět úkol na čas.

- (Emoční labilita) **Emoční labilita** se projevuje nečekanými projevy chování, např. tak, že jedinci se vracejí ve svém chování k dětským vzorcům (najednou se rozpláčou, upoutávají pozornost okolí prostřednictvím vyrušování atd.).

Příklad: Martin má velké potíže se zvládnutím zátěže. Jakmile je již unavený, zadané úkoly nezvládá plnit, zažívá neúspěch, jeho chování odpovídá vývojově mladšímu stupni. Začíná se vztekat, křičet a je neurvalý ke spolužákům a učiteli.

- (Zvýšená unavitelnost) **Zvýšená unavitelnost.** Tento jev se projevuje např. slzením očí, jejich červenáním nebo vyrušováním jedince. Jedná se o přirozenou obrannou reakci organismu na jeho přetížení. Nutností tedy je sledovat nastupující známky únavy u jedince během dne. Také je vhodné, aby dítě vědělo, že po vykonané práci bude následovat odpočinek (např. ve formě volné práce nebo krátké imaginace) nebo změna činnosti. Změny činností se týkají zapojení jiné modality (tedy např. pokud dítě mělo za úkol rozlišovat podobně vypadající obrázky, po splnění tohoto úkolu bude následovat cvičení na rozvoj slovní zásoby – hra slovní fotbal) (Vitásková, 2006).

Příklad: Aneta je schopna koncentrovat se na čtení textu maximálně 5 min, i tak její čtení vyžaduje velké úsilí. Po tomto časovém úseku začíná být velmi unavená, polehává po lavici, zívá, dívá se z okna a na volání učitelky nereaguje.

Specifické symptomy představují komplex příznaků, které jsou charakteristické pro daný, konkrétní typ specifické poruchy školních dovedností. Rozlišujeme tedy specifické symptomy dyslexie, dysgrafie, dysortografie atd.

Nyní bude následovat přehled specifických symptomů jednotlivých typů specifických poruch školních dovedností.

Ke specifickým symptomům dyslexie patří:

- nápadně pomalá rychlost čtení;
- záměny zvukově podobných hlásek, vizuálně podobných písmen;
- pravolevé čtení;
- vynechávání slov, celých řádků;
- poruchy porozumění čtenému textu;
- dvojí čtení;
- komolení slov (Vitásková, 2006).

Specifické symptomy dyslexie

Mezi specifické symptomy dysgrafie řadíme:

- potíže při osvojování podoby písmen psacího písma;
- vynechávání písmen, slabik, slov;
- neschopnost udržet správnou velikost písmen v psacím písmu, což vede ke komolení významu slov;
- psaní v pravolevém směru;
- neupravenost písemného projevu, nižší čitelnost;
- výrazně pomalé tempo psaní;
- nedostatečný nebo naopak příliš silný přítlak na psací náčiní;
- roztřesenost linií písmen (Vitásková, 2006; Zelinková, 2003).

Specifické symptomy dysgrafie

Ke specifickým symptomům dysortografie patří:

- potíže při rozlišování tvrdých a měkkých, dlouhých a krátkých slabik;
- potíže s rozlišováním hranic slov v písmu;
- opakované gramatické chyby, které neodpovídají dobré znalosti gramatických pravidel;
- vyšší chybovost v diktátech (Vitásková, 2006).

Specifické symptomy dysortografie

Specifické symptomy dyskalkulie

Mezi specifické symptomy dyskalkulie řadíme:

- potíže v třídění předmětů nebo symbolů podle jednoho či více kritérií;
- potíže v řazení předmětů či symbolů podle jednoho či více kritérií;
- potíže s pojmenováním počtu předmětů či symbolů různě prostorově uspořádaných;
- potíže se čtením či psaním číslic;
- potíže se základními početními operacemi;
- potíže s řešením slovních úloh;
- neschopnost pochopit rovnost některých aritmetických operací (ibid).

Specifické symptomy dyspinxie

Ke specifickým symptomům dyspinxie patří:

- deformace formálních znaků kresby;
- narušení proporcionality kresby;
- roztřesenost linií čar;
- potíže s převedením hloubky prostoru na plochu kresby;
- znaky kresby jsou primitivní vzhledem k chronologickému a mentálnímu věku jedince (ibid).

Specifické symptomy dysmuzie

Vitásková (2006) rozlišuje tyto **specifické symptomy dysmuzie:**

- neschopnost reprodukce melodie;
- potíže s percepcí rytmu;
- potíže s vnímáním hudebních prvků;
- neschopnost pokračovat v posloupnosti hudebních prvků.

Specifické symptomy dyspraxie

Mezi specifické symptomy dyspraxie patří:

- nepřesné a nekoordinované pohyby rukou či nohou;
- potíže s vykonáváním každodenních aktivit, které jsou spojeny se sebeobsluhou (např. zavazování tkaniček, zapínání knoflíků atp.);
- potíže při osvojování sportovních úkonů;
- potíže v oblasti motoriky mluvidel (ibid).

Pro stanovení objektivní diagnózy specifické poruchy učení je nezbytný výskyt specifických symptomů, v případě, že se vyskytují pouze symptomy nespecifické, nemůžeme hovořit o specifické poruše učení. Specifické symptomy se nemusejí nutně projevit ihned, mohou být nějakou dobu kompenzovány vlivem např. výborné paměti nebo nadprůměrně vysoké inteligence.

Shrnutí

Symptomatologie specifických poruch školních dovedností je velmi heterogenní a variabilní. Symptomatologie obsahuje symptomy nespecifické, které se mohou vyskytovat nejen u specifických poruch školních dovedností, ale také u jiných vývojových poruch. Dále rozlišujeme symptomy specifické, které jsou již typické pro specifické poruchy školních dovedností. Rozlišujeme specifické symptomy vážící se na daný typ specifické poruchy školních dovedností, hovoříme poté o specifických symptomech dyslexie, dysgrafie, dysortografie apod. Existence specifických symptomů je důležitá pro stanovení objektivní diagnózy specifické poruchy školních dovedností; v případě, že by jedinec vykazoval pouze symptomy nespecifické, nemohou být u něj diagnostikovány specifické poruchy školních dovedností. Symptomatologie specifických poruch školních dovedností se liší podle věku klienta, jiné symptomy vyazuje jedinec v mladším školním věku, jiné ve starším školním věku, v dospívání a dospělosti.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Které dvě hlavní skupiny symptomů specifických poruch školních dovedností rozlišujeme?
2. Obě skupiny obecně charakterizujte.
3. Vymenujte alespoň pět nespecifických symptomů specifických poruch školních dovedností.
4. Vymenujte specifické symptomy dyslexie a dysortografie.

5. Nacházíte jistou provázanost symptomů jednotlivých typů specifických poruch školních dovedností? Pokud ano, u kterých typů specifických poruch školních dovedností?
6. Domníváte se, že některé symptomy mohou být pozorovány ještě před vstupem jedince do základní školy?

Pojmy k zapamatování

specifické a nespecifické symptomy

specifické symptomy dyslexie

specifické symptomy dysgrafie

specifické symptomy dysortografie

specifické symptomy dyskalkulie

specifické symptomy dyspinxie, dysmuzie

specifické symptomy dyspraxie

Literatura

Seznam použité literatury:

1. BLAŽKOVÁ, R.; MATOUŠKOVÁ, K.; VAŇUROVÁ, M. a kol. 2000. *Poruchy učení v matematice a možnosti jejich nápravy*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-89-3.
2. KIRBYOVÁ, A. 2000. *Nešikovné dítě: dyspraxie a jiné poruchy motoriky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-424-9.
3. MATĚJČEK, Z. 1995. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. 3., upr. a rozš. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H. ISBN 80-85787-27-X.
4. MICHÁLEK, J. 2000. Vývojová dyspinxie – možnost vyhledávání a diagnostiky. In: KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*. Praha: Portál. S. 83–90. ISBN 80-7178-389-7.
5. PROCHÁZKA, M.; DAN, J. 2000. Hudební schopnosti u dětí s dyslexií. In: KUCHARSKÁ, A. (ed.) *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 2000*. Praha: Portál. S. 79–82. ISBN 80-7178-389-7.
6. VITÁSKOVÁ, K. 2006. *Specifické poruchy učení pro výchovné pracovníky*. Olomouc: UP. ISBN 80-244-1216-0.
7. ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení*. 10., zcela přepr. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.
8. ZELINKOVÁ, O. 2008. *Dyslexie v předškolním věku?* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-321-5.

Závěr

Vážení čtenáři,

věříme, že prostudování textu vám rozšířilo vaše znalosti a prohloubilo orientaci v problematice speciálních vzdělávacích potřeb. V tomto, v pořadí prvním, textu s názvem *Základy speciální pedagogiky*, jsme se zaměřili na stěžejní poznatky ze sféry práce s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, které jsou vnímány, v době integračních snah, jako nezbytná součást profesní kvalifikace dnešního pedagoga.

Prostudováním publikace a absolvováním kurzu jste získali průřezový náhled do speciální pedagogiky. Autoři kapitol si nekladli za cíl plně obsáhnout oblast přístupu k osobám se speciálními vzdělávacími potřebami v celé její šířce, ale snažili se nabídnout vstupní pohled do problematiky. Detailnější informace naleznete až v dalších textech, které doplní kurzy zaměřené na poradenské služby a na specifika komunikace s jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami, včetně metod alternativní (náhradní) a augmentativní (doplňující) komunikace.

V každé kapitole vám předkládáme i nabídku řady dalších publikací a informačních zdrojů. Nebojte se je využít, umožní vám hlubší vhled, kvalitnější komunikaci a napomohou efektivněji řešit případné problémy. Speciálněpedagogická problematika není zcela jistě konstantní a strnulá, ale naopak předpokládá neustálé rozšiřování a aktualizaci poznatků a jejich ověřování při aplikaci do praxe. Doufáme, že se vám nyní budou mnohem snadněji řešit problematické situace, které se mohou v souvislosti s edukačním procesem žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami vyskytnout. Věříme, že kurzy i publikace přispějí k vaší hlubší orientaci v problematice, o které se v současné společnosti neustále diskutuje, ale bohužel ne vždy je odpovídajícím způsobem řešena. Platné legislativní předpisy a nařízení nemohou pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami vytvořit odpovídající podmínky, pokud je náležitým způsobem neuchopí všechny zúčastněné a zodpovědné osoby, tedy i vy, pedagogičtí pracovníci středních škol a druhého stupně základních škol v Olomouckém kraji.

prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.
Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

**prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.
Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
a kolektiv**

ZÁKLADY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Výkonný redaktor Doc. Mgr. Miroslav Dopita, Ph.D.
Odpovědná redaktorka Mgr. Jana Kreiselová
Technická redakce Vydavatelství UP

Určeno pro formu studia a studijní program:
Akreditovaný kurz „Základy speciální pedagogiky“.

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.upol.cz/vup
e-mail: vup@upol.cz
e-shop: www.e-shop.upol.cz

Olomouc 2012
1. vydání

ISBN 978-80-244-3092-8

neprodejné