

# Podpora a výchova dítěte s mentálním postižením v rodině

Jana Miková

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana MIKOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Mentální retardace**

Zásady pro vypracování:

**Nastudování literatury k Bakalářské práci**  
**Zpracování teoretické části Bakalářské práce**  
**Příprava a zpracování výzkumné části**  
**Interpretace dat - vyhodnocení výzkumu**  
**Prezentace výsledků výzkumu**  
**Zpracování Bakalářské práce**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Švarcová, I. **Mentální retardace**. Praha: Portál, 2006.

Novosad, L. **Základy speciálního poradenství**. Praha: Portál, 2000.

Drtilová, J., Koukolík, F. : **Odlíšné dítě**. Praha, Vyšehrad, 1994.

Kábele, F. : **Somatopedie**. Praha, Karolinum, 1993.

Švarcová, I. : **Základy pedagogiky**. Praha, VŠCHT, 2005.

Rubínšteinová, S. L. : **Psychologie mentálně zaostalého žáka**. Praha, SPN, 1976.

Michalík, J. : **Školská integrace dětí s postižením**. Olomouc, UP, 1999.

Matějček, Z. : **Co děti nejvíc potřebují**. Praha, Portál, 1995.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jana Gavendová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**13. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**15. května 2009**

Ve Zlíně dne 13. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

L.S.

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 9.3.2009

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uče-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k vyšší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## ABSTRAKT

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se nejprve zabývám definicí a rozdělením mentální retardace, přecházím přes příčiny vzniku, klasifikaci až po jednotlivá období v životě každého postiženého jedince. Zde se zaměřuji na všechna období od novorozeneckého, kojeneckého, batolecího věku přes období školní docházky až po období dospělosti. Další věcí, kterou jsem se zabývala v teoretické části, byly psychické zvláštnosti postiženého jedince. První část mé bakalářské práce jsem zakončila reakcí rodičů a dětí na postiženého jedince v rodině.

V praktické části se zabývám životním příběhem mé rodiny, ve které vyrůstají dva chlapci s mentálním postižením, moji bratři. Zpracovala jsem praktickou část formou případové studie.

Klíčová slova: Mentální retardace, rodina, dítě, společnost, adaptace, socializace

## ABSTRACT

The work is divided into the Theoretical and the Practical parts. At first there are the definition and the division of mental retardation, causes of origin, the classification of each periods of every disabled individual in the theoretical part. It is aim for the all periods of the life – from the infantile, the infant, the nursling ages through the school attendance until the a period of the adult age. The Theoretical part considers with another article that is the mental specialities of the disabled individuals. The first part of my work I finished with the reactions of parents and children on the disabled individual in the family.

In the Practical part I considered with the story of the life of my family in which two boys with mental disabilities grow up, my two brothers. I worked up the Practical part by the form of the case reports.

Keywords: Mental retardation, family, child, society, adaption, socialization,

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat Mgr. Janě Gavendové za obětavé a odborné vedení mé bakalářské práce, za kladný přístup a vstřícnost, jenž mi věnovala. Její námitky a připomínky mi byly velkým přínosem. Velký dík, patří i mé mamince, za veškeré informace, které mi poskytla a které jsem zde mohla uveřejnit. Ještě jedno velké díky je paní Mudr. Evě Kalabusové za poskytnutí informací s lékařského hlediska.

*„Statečnost? Vybavuje se mi obraz rodin s postiženým dítětem. Rodin, které své dítě přijaly zcela bezpodmínečně a dovedly jemu a sobě vytvořit normální radostné prostředí. Trvám na tom, že hrdinství není jenom něco mimořádného udělat, ale také něco mimořádného vydržet, zpracovat a v dobré obrátit.“*

*Zdeněk Matějček*

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 MENTÁLNÍ RETRADACE .....</b>	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ .....	13
1.2 PŘÍČINY VZNIKU.....	13
1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ .....	14
1.4 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ .....	16
1.4.1 Lehká mentální retardace (IQ 50 – 70) .....	16
1.4.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49).....	17
1.4.3 Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34).....	17
1.4.4 Hluboká mentální retardace (IQ < 20) .....	18
1.4.5 Jiná a nespecifikovaná mentální retardace .....	18
1.5 JEDINCI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V JEDNOTLIVÝCH OBDOBÍCH ŽIVOTA .....	18
1.5.1 Novorozenecké období .....	18
1.5.2 Kojenecký věk .....	19
1.5.3 Batolecí věk.....	19
1.5.4 Předškolní věk .....	20
1.5.5 Období školního věku .....	20
1.5.6 Období dospívání .....	21
1.5.7 Období dospělosti .....	22
<b>2 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....</b>	<b>23</b>
2.1 POČITKY A VJEMY .....	23
2.2 ROZVOJ ŘEČI.....	23
2.3 MYŠLENÍ.....	24
2.4 PAMĚŤ .....	24
2.5 POZORNOST .....	24
<b>3 ŽIVOT OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V RODINĚ .....</b>	<b>26</b>
3.1 REAKCE RODIČŮ NA ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE.....	26
3.2 REAKCE DÍTĚTE SAMOTNÉHO NA POSTIŽENÍ.....	28
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>30</b>
<b>4 PŘÍPADOVÁ STUDIE .....</b>	<b>31</b>
4.1 POUŽITÉ METODY A JEJICH ROZBOR .....	31
4.2 ANAMNÉZA.....	32
4.2.1 Rodinná anamnéza .....	32
4.2.2 Osobní anamnéza Lukáš.....	32
4.2.3 Osobní anamnéza Jan .....	34
4.2.4 Závěr anamnézy .....	36



4.3	POZOROVÁNÍ .....	37
4.3.1	Pozorování ve škole .....	37
4.3.2	Pozorování v rodinném prostředí.....	38
4.4	PROGNÓZA.....	40
4.4.1	Návrh intervence u obou chlapců .....	41
	Komunikace .....	41
	Sebeobsluha .....	41
	Hrubá motorika .....	41
	Jemná motorika .....	41
	Sociální chování .....	42
<b>5</b>	<b>POHLED ODBORNÍKŮ .....</b>	<b>43</b>
5.1	Z PRÁVA Z OBORU GENETIKY.....	43
5.2	ZPRÁVA Z OBORU PSYCHIATRIE .....	44
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>45</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>46</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>48</b>

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala zejména proto, že je mi tato problematika hodně blízká. Jak zkušenostmi z domova, tak díky praxi absolvované na Základní škole speciální ve Zlíně, Lazech.

Naše společnost změnila spoustu věcí i názorů na danou problematiku. Potkáváme na ulicích děti i dospělé jedince s mentálním postižením, což ještě před rokem 1989 nebylo vůbec možné. Díky obětavosti lidí, kteří se orientují na mentálně postižené a jejich snahou něco změnit, se integrace do společnosti mentálně postiženého stává stále více součástí našeho běžného života, ale i tak se poměrně často ještě setkáme s radou, od jiných lidí, aby si rodiče ujasnili, co chtějí a o co můžou přijít výchovou takového dítěte a aby jej raději dali do nějakého ústavu.

V dnešní uspěchané, stresující době, si nejprve téměř každý bez rozdílu toho, jestliže je muž nebo žena, jde za kariérou a potom teprve plánuje rodinu a dítě. Jde sice o dobu velkého pokroku ve vývoji vědy i medicíny, ale ani tak ten vývoj není dokonalý, aby včas odhalil určité zdravotní problémy, s kterými ten človíček přichází na svět. Proto se ani nedivím, že si často každá žena čekající miminko, pokládá otázku, jestli její dítě bude vůbec zdravé. A doufá v to, že bude, jinak neví, co by udělala. Mít úplně zdravé dítě, je dnes vzácné, ale ne nemožné. Rodiče mají často různé předsudky a nepodstatné obavy o to, jak vychovávat postižené dítě, ale s pomocí speciální pedagogů, lékařů, psychologů se dokážou s nastalou situací srovnat a začít se starat a vychovávat své děti.

Mentálně postižení jedinci velmi často a rádi přiřazují věcem jiný význam a proto se stává, že jim často nerozumíme. Mají však stejná lidská práva na normální život i vzdělávání, jako všichni ostatní zdraví jedinci. Tak jak si společnost vychová své jedince, tak je bude mít. Jde sice o nejpočetnější skupinu lidí, mezi všemi postiženými a přitom o nich, víme tak málo. Je to skupina nejzranitelnějších a nejzávislejších lidí, tak by se měla o ně společnost umět postarat.

Rozhodla jsem se věnovat v mé bakalářské práci tomuto tématu a mým cílem je přiblížit veřejnosti problematiku mentální retardace a to v teoretické části, kterou jsem podrobně rozebrala ve dvou kapitolách.

V první kapitole je obecně popsáno co je mentální retardace, jak se projevuje, její klasifikaci a charakteristiku. Uvádím zde taky jednotlivá období života jedince s mentálním postižením.

Ve druhé kapitole jsem se zaměřila na psychické zvláštnosti a třetí kapitola je zaměřená na dítě a jeho rodinu a přijmutí problému mentálního postižení rodičem i dítětem.

Poslední kapitola se týká mého výzkumu. Jde o kvalitativní výzkum a hlavním cílem tohoto výzkumu je poukázat jak důležitou roli hraje spolupráce mezi rodiči, pedagogy i lékaři při rozvoji dítěte. Jelikož jsem se rozhodla pro případovou studii, tak jsem zde uvedla dvě kauzistiky chlapců s mentálním postižením. Jde o mé dva bratry, proto jsem sledovala i vývoj v oblastech komunikace, sebeobsluhy, jemné i hrubé motoriky, grafomotoriky a sociálního chování. Výsledky šetření jsou uvedené v praktické části.

“Ať už má člověka postižení jakéhokoliv druhu, vždy se najde mnoho možností, jak mu pomoci.“ -Susan Kerrová-

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 MENTÁLNÍ RETRADACE

## 1.1 Vymezení pojmů

Mentální retardace, tento termín se používá od konference Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně v r. 1959. V současné době se v psychopedii používají častěji nové termíny, místo pojmu mentálně retardovaný jedinec se používá termín – jedinec s mentálním postižením. Mentální retardace není nemoc, je to vrozený stav, vyznačující se omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy u tohoto jedince nedošlo k přiměřenému úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Jedinci s mentální retardací mají potíže s adaptací a flexibilitou myšlení. MR trpí asi 3% běžné populace. Tento problém nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, ale postupně a to tak, že některé mechanismy mentálních funkcí zůstanou zachovány a jiné jsou narušeny. (Čadilová a kol., 2007)

### Definice mentálního postižení

*„Za mentálně retardované se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“* (Švarcová, 2003, s. 24)

*„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo časně získaný.“* (Pipeková, 2006, s. 269)

## 1.2 Příčiny vzniku

Etiologii mentální retardace dle Pipekové (2006) můžeme rozdělit na tři období:

Období před narozením dítěte - „**prenatální**“

Jde o období, kde působí celá řada vlivů.

= Užívání toxických látek (alkohol, drogy) těhotnou matkou, špatný životní styl, úrazy, poslední výzkumy prokázaly, že také kouření zvyšuje nebezpečí mentální retardace, dále pokud matka prodělá některá onemocnění během těhotenství, jako např. toxoplazmóza, cytomegalovirus (původcem infekční mononukleózy), zarděnky

a syfilis. Těhotné ženy, které jsou nakažené virem HIV, mohou přenést virus na dítě, což může vést k budoucím nervovým poškozením. Mezi další nebezpečí patří podvýživa i některé látky znečišťující prostředí.

Období během porodu nebo těsně po něm – „**perinatální**“

= pokud je porod protahovaný, může dojít k přidušení plodu, tedy hypoxii, tzn. že plod má nedostatek kyslíku a tím je větší riziko vzniku mentální retardace. Přestože mozek dítěte může poškodit jakýkoli stav nezvyklé zátěže, nedonošenost a nízká porodní váha předpovídají vážné problémy častěji než jakékoli jiné podmínky.

Období po porodu do 2 let věku dítěte – „**postnatální**“

= dítě je vystaveno riziku infekčního onemocnění, jako je např. černý kašel, plané neštovice, spalničky či získaná meningitida a encefalitida, tyto infekce mohou poškodit mozek. Poškození mozku nastává také při úrazech, například úderem do hlavy či při tonutí. Nenapravitelné narušení mozku a nervové soustavy může způsobit olovo, rtuť a jiné toxiny v životním prostředí.

Nejen příčiny související s porodem mohou způsobit mentální retardaci, svou roli zde hraje dědičnost i specifické genetické příčiny jako např. chromozomální aberace, monogenní poruchy nebo polygenní dědičnost.

### **1.3 Klasifikace mentálního postižení**

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992 u nás 1993. Odlišuje se však částečně od diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je každá kapitola oboru označena písmenem, duševní poruchy mají písmeno F a číslo pak blíže upřesňuje diagnózu.

Klasifikace mentálního postižení dle 10. revize WHO (Pipeková, J., 1998, s. 173)

KÓD	SOUČASNÉ OZNAČENÍ	DŘÍVĚJŠÍ TERMÍNY	INTELIGENČNÍ KVOCIENT
F 70	Lehká MR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- slabomyslnost</li> <li>- lehká mentální subnormalita (vzdělavatelní)</li> <li>- lehká oligofrenie</li> <li>- debilita</li> </ul>	70-50
F 71	Středně těžká MR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imbecilita</li> <li>- středně těžká mentální subnormalita (nevzdělavatelní)</li> <li>- středně těžká oligofrenie</li> </ul>	49-35
F 72	Těžká MR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idiocie prostá</li> <li>- těžká mentální subnormalita (vychovatelní)</li> <li>- těžká oligofrenie</li> </ul>	34-20
F 73	Hluboká MR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idiocie hluboká</li> <li>- hluboká mentální subnormalita (nevychovatelní)</li> <li>- hluboká oligofrenie</li> </ul>	20 a níže
F 78	Jiná mentální retardace		Stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy

			<b>chování, pro artismus.</b>
<b>F 79</b>	<b>Nespecifiko- vaná MR</b>		<b>Mentální retarda- ce je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stup- ňů mentální re- tardace.</b>

Nejpoužívanějším a nejznámějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.

$$IQ = \text{mentální věk} \times 100$$

-----  
chronologický věk

Význam stanovení inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštностech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu. (Svoboda, 1999)

## **1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení**

Podle Čadilové a kol. (2007) dělíme MR dle závažnosti do čtyř základních skupin.

### **1.4.1 Lehká mentální retardace (IQ 50 – 70)**

Nejrozšířenější forma retardace, diagnostikována je asi u 80 % mentálně retardované populace. V dětském věku bývá vývoj mírně opožděný. Děti s lehkou MR se učí mluvit později, nicméně si řeč osvojí. Problém nastává při vstupu do školy, děti mívají velké potíže s učením. Školní dovednosti jsou schopné zvládnout zhruba do úrovně 10-11 let. U někte-



rých se objevují problémy s psaním, čtením, počítáním (dysgrafické, dyslektické a dyskalkulické). Nejsou schopny plně zvládnout osnovy základní školy. Při vzdělávání těchto osob je vhodné rozvíjet jejich dovednosti a kompenzovat nedostatky. V emocionální oblasti se projevuje afektivní labilita. V sebeobsluze jsou lidé s lehčí formou MR samostatní, v příznivém prostředí dokážou mnohdy úspěšně pracovat. Po adekvátním nácviku jsou někteří jedinci schopni samostatně vykonávat různé manuální činnosti, docházet do práce i samostatně bydlet. Na fungování v běžném životě mají vliv i jiné faktory např. poruchy chování, epilepsie, úroveň řečových schopností, poruchy aktivity a pozornosti. (hyperaktivita, hypoaktivita, nesoustředěnost).

#### **1.4.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)**

Děti se středně těžkou MR v době školní docházky zvládnou většinou elementární základní trivia (čtení, psaní, počítání). Řeč bývá značně proměnlivá. V sebeobsluze jsou samostatné, potřebují však dohled a občasnou pomoc v složitějších situacích. Fyzické a neurologické handicap jsou proti lehké MR frekventovanější. Mnozí lidé s touto MR uplatní pracovní dovednosti v chráněných dílnách. Nejsou schopni samostatného života, potřebují každodenní asistenci. U mnohých osob bývá zároveň diagnostikována porucha autistického spektra, její přítomnost snižuje celkovou adaptivitu a praktické využití jakýchkoliv schopností. Aktivní slovní zásoba těchto jedinců nepřesahuje deset slov. Úroveň motorických i rozumových schopností bývá nerovnoměrná. S potížemi zvládá koordinaci pohybů. Mentální věk se pohybuje v rozhraní 4-8 let.

#### **1.4.3 Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34)**

Projevy jsou podobné jako u jedinců se středně těžkou MR, potíže jsou však výraznější. Tyto děti nezvládají školní trivium, ale jsou schopny se naučit celou řadu dovedností. Zvládají základní sebe obslužné dovednosti, ale potřebují větší pomoc asistence. V motorické oblasti je přítomná výrazná neobratnost a dyskoordinace. Objevuje se nejenom porucha autistického spektra, ale i velmi často vývojová afázie (vrozené nerozvinutí a neporozumění řeči). Kromě minimální komunikační funkce, mají i silně omezenou neverbální komunikační schopnost. Vyskytuje se frekventovaněji pohybová stereotypie. Mentální věk se pohybuje v rozhraní 18 měsíců až 3,5 roku.

#### 1.4.4 Hluboká mentální retardace (IQ < 20)

Schopnost lidí s hlubokou MR porozumět základním instrukcím i pokynům včetně řeči je omezená. Bývá narušena i hybnost, mnohdy se jedná o úplnou imobilitu (nepohyblivost). U lidí s hlubokou MR bývá problém diagnostikovat vývojovou poruchu, jelikož hluboká MR je sama o sobě naprosto pervazivní (pronikavá, zasahující celou osobnost). Při klasickém vývoji téměř žádné projevy sociálního chování, žádná neverbální komunikace, specifické chování pro poruchy autistického spektra. Stereotypní pohyby, sebe zraňování, prudká reakce na změny. Tito jedinci se nedožívají vyššího věku. Mentální věk je nižší než 18 měsíců.

#### 1.4.5 Jiná a nspecifikovaná mentální retardace

Obě dvě tyto kategorie jak uvádí Švarcová (2003) se užívají v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale neexistuje dostatek informací, dle kterých by bylo možné zařadit pacienta do jedné se shora uvedených kategorií.

F78 – by měla být použita jen tehdy, když nejdou stanovit stupně retardace pomocí obvyklých metod s důvodů přidružených sensorických nebo somatických postižení. (nevidomí, neslyšící, osoby s autismem, nemluvící, atd.)

F79 – tato kategorie zahrnuje:

- mentální retardaci
- mentální abnormalitu
- oligofrenii

Tady nedojde ke snížení rozumových schopností organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími).

### 1.5 Jedinci s mentálním postižením v jednotlivých obdobích života

Vývoj postiženého jedince prochází stejnými fázemi jako vývoj zdravého, ale v některých obdobích je zvýšené riziko vzniku další odchylky, mnohdy sekundárního charakteru.

#### 1.5.1 Novorozenecké období

Podle Pipekové (2006) trvá jeden měsíc. Je to období adaptace organismu na nové prostředí. Schopnost vývoje jedince je omezena v závislosti na stupni postižení. Již

v novorozeneckém období je možno diagnostikovat určité odchylky, které povedou k odlišnému vývoji jedince (hydrocefalus, mikrocefalus, chromozomální aberace).

### 1.5.2 Kojenecký věk

Postižené dítě, má zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, protože jeho možnosti jsou omezeny a orientace v prostředí ztížena. Pokud je smyslově či pohybově postižené, tak nemá o světě dostatek informací a pokud je mentálně postižené, tak nedovede podněty přiměřeným způsobem zpracovat. Dochází zde k riziku strádání v oblasti podnětové nebo citové. Tyto děti nemají potřebné předpoklady, aby se mohly rozvíjet bez specificky zaměřené pomoci v rámci speciálního programu. Postižené dítě musí být citově akceptováno. Hraje zde důležitou roli vztah s matkou, pokud s postižením není matka smířená, je zde riziko, že bude dítě odmítáno. Způsob prožití prvního roku života ovlivňuje základní postoj k životu. (Blažek, Olmrová, 1985)

Podle Pipekové (2006) je stanoven od konce prvního měsíce do jednoho roku života. Jde o období výrazného růstu a tělesného rozvoje. MR je projevoována opožděním psychického i tělesného vývoje na všech úrovních a stupních postižení. Čím je postižení vážnější, tím dříve se projeví ve vývoji dítěte. Těžkou a hlubokou MR je možno diagnostikovat již v tomto období. Kojenci s lehčí formou jsou méně aktivní, spaví a klidní.

### 1.5.3 Batolecí věk

Období označované jako fáze první emancipace dítěte. Osamostatnění dítěte, je v mnoha ohledech ztíženo. Obtíže se vyskytují hlavně v oblasti odpoutání z vázanosti na určité místo. Mentálně postižené dítě zůstává závislé na podnětech nejbližšího okolí, resp. na lidech, kteří mu vzdálenější objekty mohou přiblížit. Oblasti odpoutání z vázanosti na aktuální kontakt s realitou, v oblasti odpoutání z vazby na matku (postižené dítě je více závislé na dospělé osobě). Ve fázi první emancipace dochází k rozvoji vědomí sebe sama - k rozvoji vlastní identity. Přetrvávající potřeba závislosti signalizuje, že dítě není k takové vývojové změně dostatečně zralé nebo aktuálně disponované. Postižené dítě je odkázáno na dospělou osobu a tím se rozvíjí a upevňuje nesamostatnost dítěte. Závislost funguje jako významný zdroj jistoty a bezpečí, který by mohl být osamostatňováním ohrožen. Emancipace postiženého batolete nikdy není možná ve všech oblastech. Tyto děti zůstávají i nadále v mnoha směrech opožděné a rodiče se k nim často chovají, jako kdyby byly mnohem mladší. Neberou v úva-

hu, že mohou mít některé kompetence přiměřeně rozvinuté. Takto se vytváří základ pro jejich budoucí generalizovaný pasivně-receptivní postoj a z něho vyplývající nesamostatnost. V batolecím věku často dochází k definitivnímu potvrzení diagnózy i ke zpřesnění pravděpodobné míry postižení. (Blažek, Olmrová, 1985)

Zahrnuje druhý a třetí rok života dítěte. Dochází ke změnám psychických projevů v oblasti chování a prožívání, s tím souvisí i fyzický vývoj. Děti s LMR vykazují opoždění celkového vývoje o rok až rok a půl, děti s těžším stupněm postižení v pásmu střední a těžké mentální retardace jsou opožděny ve vývoji tak výrazně, jako by se vůbec nerozvíjely. Jsou závislé na druhé osobě. (Pipeková, 2006)

#### **1.5.4 Předškolní věk**

Tohle období je zatěžkávací zkouškou jak pro rodiče, tak pro dítě. Jde o krizové období, ale velmi důležitý mezník v životě postiženého dítěte. Dítě si začíná v prostředí vrstevníků uvědomovat vlastní odlišnost, stálost a neměnnost jeho znevýhodnění. V předškolním roce sice dochází k určitému vývojovému pokroku, ale požadavky školy připomenou i rodičům nároky, které není dítě schopno, díky svému postižení splnit. Prohlubuje se pocit méněcennosti pramenící z opakovaného neúspěchu. Po potvrzení míry normality dítěte, je zařazeno do určitého typu školy, kde bývá výuka kvalitní a přizpůsobená potřebám a možnostem dětí. Jde o speciální školy, kde mají učitelé potřebné vzdělání a mnohem více profesních zkušeností. Postižené děti mívají častěji snížené sebehodnocení, mají menší důvěru ve vlastní schopnosti, vykazují známky větší pasivity a rezignace na možnosti aktivního řešení vlastních problémů. Bývají přesvědčené, že své úspěchy či neúspěchy nemohou sami nijak ovlivnit. (Blažek, Olmrová, 1985)

Jak uvádí Pipeková (2006) trvá toto období od 3 do 6 let u zdravé populace, ale u dětí s MR se prodlužuje o 4 až 5 let, kdy je potřeba vytvořit výchozí podmínky a dlouhodobou diferenciální diagnostiku, stanovit prognózu pro další rozvoj dítěte.

#### **1.5.5 Období školního věku**

Definováno je jako fáze snaživosti a výkonu, jejímž cílem je příprava na budoucnost. Vzniká pocit méněcennosti, nedostatečnosti či strachu ze selhání. Může docházet taky k nadměrnému důrazu na výkon a ke zvýšení potřeby úspěchu. Obě rizika jsou v tomto případě spíše zvýšená. Pocit méněcennosti nejčastěji vzniká při opakovaném neúspěchu, ve srovnání se

zdravými spolužáky a jejich výsledky. Vztah k výkonu je součástí sebepojetí jedince. Odráží se v jeho osobě celkové sebehodnocení. Automaticky v tomto období bývá zahrnuto i vlastní postižení, které má takový význam, jaký mu přiřítají osobně významné autority, především rodiče. Mladší dítě přijímá skutečnost, i jeho vlastní handicap, jako danost. Prezentuje své postižení jako samozřejmou součást svého života. (Blažek, Olmrová, 1985)

Období školního věku je populace v rozmezí šest až patnáct let u zdravé populace. U dětí s MR se prodlužuje v závislosti na stupni postižení. Povinná školní docházka je devítiletá, tak, jak jej stanovuje školský zákon. U dětí s těžkým stupněm MR je možnost tuto dobu o rok prodloužit. (Pipeková, 2006)

### 1.5.6 Období dospívání

Definováno často jako fáze druhé emancipace. U dospívajících dochází k odpoutání se od rodiny, začínají uvažovat na úrovni formálních logických operací, tedy hypoteticky. V této fázi sílí i pocit sounáležitosti s vrstevníky, kteří často z důvodu odlišnosti tyto děti odstrkovali. Velmi často se dostávají do stavu frustrace, mnohem víc než zdraví dospívající. Vývojový posun v myšlení se projevuje větší kritičností i sebekritičností, která je zaměřena i na oblasti handicapu a jeho sociálního významu. V této fázi si postižený začne ve větší míře uvědomovat svá omezení v různých oblastech, včetně obtíží se začleněním do společnosti. Krizi identity u něj znamená také nástup do zaměstnání, setkává se s větším podhodnocováním své osoby a předsudky. S odchodem ze školy je podobně jako zdravý člověk, tak postižený tvor sociální a hledá k sobě partnera. Problém je, že jakékoliv postižení, je zatěžujícím faktorem pro vztah a zdravý partner mnohdy nepřijme měřítko a omezení ze strany postiženého. Zdravý partner může často dávat najevo soucit, lítost, pocit viny a mnohé další emoce, potom je vztah asymetrický. (Blažek, Olmrová, 1985)

V období dospívání nedochází k odpoutání od rodiny, ale dítě zůstává závislé na rodičích. Pokud jsou stupně postižení těžší, je vazba na rodinu větší. To samé rozhoduje i o následném, vzdělávání na středních školách. V tomto období je důležité, aby jedinci získávali takové vědomosti a dovednosti, které by jim v pozdějším věku pomáhaly zvládat pracovní uplatnění a sociální integraci do společnosti. (Pipeková, 2006)

### 1.5.7 Období dospělosti

V tomto období jsou stejně jako u zdravého jedince důležité dvě role profesní, rodičovská a partnerská. Obě dvě role jsou pro jedince s mentálním postižením značně zátěžové. V profesní roli se vyskytuje velmi mnoho překážek a v rodičovské taky, zde je hlavně strach z postižení dítěte a celkové rozhodování o potomcích. (Blažek, Olmrová, 1985)

Dospělost je charakterizována podle Pipekové (2006) jako ukončení studia, získání zaměstnání, uzavření sňatku a založení rodiny atd. U MR lidí je problém konstatovat, zda je ten člověk dospělý či nikoli. Biologické faktory jsou stálé, ale sociokulturní u MR podléhají změnám. Je třeba podporovat tyto osoby v naplňování sociálních rolí, charakteristických pro období dospělosti. Týká se jejich zaměstnávání, partnerského a rodinného života, kvalitního prožívání volného času, možnosti dalšího vzdělávání, nabídky sociálních služeb různého charakteru, podporování chráněného bydlení u osob, které jsou i v dospělosti v určité míře závislé na druhé osobě.

## 2 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

### 2.1 Počítky a vjemy

„Čítí a vnímání jsou procesy bezprostředního odrazu skutečnosti“. (Vítková, 2004, s.300) Pro děti s MR je charakteristická opožděná a omezená schopnost vnímání, má velký vliv na celý průběh jejich psychického vývoje. Nezanedbatelným problémem je zpomalenost tempa vnímání a značné zúžení rozsahu vnímání, to stěžuje dítěti s MR orientaci v novém místě a v neobvyklé situaci. Při poznávání předmětů tyto děti považují za stejné úplně různé předměty. Zajímavostí u vnímání dětí s MR je inaktivita (neúčinnost) tohoto psychického procesu. Dítě při pohledu na jakýkoliv obraz či předmět nejeví snahu prohlédnout si to do všech detailů a poznat všechny jeho vlastnosti. Nedovede se pozorně dívat, hledat ani nacházet různé předměty. Velkou úlohu zde hraje především sluchové vnímání, které souvisí s rozvojem řeči. „Diferenční podmíněné spoje v oblasti sluchového analyzátoru se utvářejí pomalu, vedou k opožděnému vývoji řeči, což opět způsobuje opoždění psychického vývoje.“ (Vítková, 2004, s. 301). Sluchové vnímání neovlivňuje jenom vývoj řeči, má také vliv na vnímání času a prostoru.

### 2.2 Rozvoj řeči

V obecné psychologii je řeč považována za nástroj myšlení a prostředek vzájemného styku. Rozdíl ve vývoji zdravého a MR dítěte je, že se sluchové rozlišování i vyslovování slov a vět vytváří později. Zpomalené tempo vývoje artikulace se prohlubuje s nedostatkem fonematického sluchu. Je důležitá správnost rozlišování hlásek sluchem, jelikož přispívá k správné výslovnosti. Nedostatečné sluchové vnímání brání zdokonalování výslovnosti. U dětí s MR v mladším školním věku je slovní zásoba mnohem menší, než u jejich zdravých vrstevníků. Z analýzy slovní zásoby dětí s MR vyplývá, že používají velmi málo přídavná jména. Je zjištěno, že nejvíce frekvencuje pojmenování běžných předmětů (věcí), tedy podstatných jmen. Podstatná jména převažují nad slovesy, což je v mluvním projevu osob starších tří let projevem omezeného vývoje řeči.

### 2.3 Myšlení

Myšlení je poznávací funkce, kde v souvislosti s ním hovoříme o poznání zobecněném, zprostředkovaném. Jeho nástroj je převážně řeč a podstatou je uvádění do vztahů. Jde o vyšší formu odrazu okolní skutečnosti. Jejím prvním znakem v MR je porušení poznávací činnosti. Pokud budeme utvářet vztahy mezi vnímanými jevy či jevy představovými, je to myšlení konkrétní, jestliže relacionujeme mezi pojmy, jde o myšlení abstraktní. Obecnějším významem slova je pojem, spojením dvou pojmů vytváříme soud, spojením dvou soudů úsudek. MR dítě spíše vzpomíná, než přemýšlí, jeho myšlení se omezuje na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy, je chudé a neproduktivní. MR dítě se od zdravého liší tím, že je velmi konkrétní a má slabou schopnost zobecňovat. Neschopnost umět zobecňovat je následkem poškození mozku.

### 2.4 Paměť

*„Bez paměti se nemůže utvářet osobnost člověka, protože bez hromadění minulé zkušenosti nemůže vzniknout jednota způsobů chování a určité soustavy vztahů k okolnímu světu.“* (Pipeková, 2006, s. 73). Díky paměti si člověk uchovává a zobecňuje různé informace, získává vědomosti a dovednosti. Paměť je selektivní - pamatujeme si jen to důležité, proces zapamatování si obsahuje schopnost pochopit látku, vybrat z ní základní prvky, zjistit vztah mezi nimi a vřadit je do určité soustavy představ. Paměť u MR vykazují určitá specifika, postižení si všechno nové osvojují pomalu až po mnohačetném opakování. To co se naučí, jsou schopni si pouze vybavit jen v situaci při které se to naučili, nikoliv však v jiné. K zvláštnostem paměti u MR náleží také nekvalitní třídění pamětních stop, tito jedinci mají spíše mechanickou paměť. Naučené rychle zapomínají a vybavují si nepřesné pamětní stopy, vědomosti neumějí uplatnit v praxi. Paměť zhoršuje nedostatek spánku, nesoustředěnost, nedostatek čerstvého vzduchu, návykové látky a léky. Z důvodu těchto zvláštností, které jsou důležité proto, aby si jedinec zapamatoval možná co nejvíc věcí, je na speciálních školách kladen důraz na to, aby se neustále opakovalo všechno kolem dokola.

### 2.5 Pozornost

S bezprostředním vnímáním a poznáním souvisí také pozornost. Tu dělíme na bezděčnou a záměrnou. Bezděčná se zaměřuje na silné podněty např. intenzivní zvuk. Záměrná je vázaná



na vůli, má charakter podmíněného reflexu. „*Vůle je naučenou autoregulační schopností, která usměrňuje jednání člověka takovým způsobem, který je považován za účelný či nutný, ale není spojen s dosažením libosti, a proto by zde nestačila emoční regulace*“ (Vítková, 2004, s.302). Záměrná pozornost vykazuje u těchto jedinců nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost. Je zde především snížená schopnost rozdělit se na více činností. S nárůstem počtu výkonů narůstá i počet chyb. Mentálně postižený žák neudrží pozornost stejně dlouho jako jeho zdravý vrstevník, pozornost bývá kolikrát mnohem kratší dobu. Schopnost udržet pozornost se liší podle druhu postižení.

Po emoční stránce je dítě vybaveno menší schopností se ovládat. Tyto osoby jsou emočně nevyspělé. Projevuje se u nich hodně často neadekvátní intenzita a dynamika, familiárnost a egocentrismus. Mnozí jedinci s mentálním postižením jsou velmi emocionální, dovedou mít rádi své blízké, bývají často velmi empatičtí a dokážou pomoci tomu, kdo jejich pomoc potřebuje. (Švarcová, 2003) Neadekvátní výkyvy nálad mohou ovšem směřovat i do euforie. Jelikož se jedinec s mentálním postižením nenaučil zvládnout mnoho situací, mohou se u něj objevit neurotické či psychopatické symptomy, jakožto poruchy citového vývoje.

### 3 ŽIVOT OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V RODINĚ

#### 3.1 Reakce rodičů na onemocnění dítěte

Velmi důležitou roli ve výchově a socializaci dítěte s MR by měla hrát jeho vlastní rodina. Rodina je totiž prvním přirozeným prostředím, s nímž dítě přichází do styku a která má předpoklady k tomu, aby ovlivnilo některé limitující vnitřní faktory vyplývající ze samotného postižení. *„Přístupy rodičů k dítěti jsou spolu s celkovou sociálně-kulturní úrovní rodiny hlavním faktorem rodinné výchovy.“* (Valenta, Muller, 2003, str. 237).

Dítě s MR je pro rodiče silnou stresovou situací. Způsob, jak rodiče zvládají danou situaci a jak na ni reagují, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude nemoc pro dítě.

Pro dítě, které nemá o své chorobě tolik informací jako jeho rodiče a ani by tomu nemohlo porozumět, zbývá postoj rodičů a z něho vyplývající chování.

Rodiče dětí s postižením, mají strach z blízké i vzdálené budoucnosti. Bojí se, co bude s dítětem, až tady nebudou. Další věcí, která je trápí, je nevhodné chování jejich dětí na veřejnosti, dochází tak k poznámkám od lidí ve společnosti, které rodiče, zvláště matky dosti zraňují. (Hrdlička, Komárek 2004).

*„Zdraví dítěte je pro jeho rodiče významnou hodnotou a nemoc dítěte znamená její nespravedlivé ohrožení.“* (Matějček, 2000). Postižení dítěte je hodnoceno dospělými **více emočně**, protože postihuje bezbranného a závislého jedince, který teprve začíná žít a je vystaven nějakému utrpení. Výskyt postiženého dítěte v rodině je příčinou toho, že se určitým způsobem změní životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám.

Podle Vágnerové (2002) poznání, že dítě je nemocné, vyvolává u rodičů pocit jeho ohrožení, ale zároveň i uvědomění si ztráty významné hodnoty, kterou bylo jeho zdraví. Rodiče za této situace reagují kombinací různých emocí:

- **úzkostí a strachem** - který se vztahuje k představě dalšího ohrožení dítěte;
- **vztekem** - souvisejícím s uvědoměním ztráty, prožívané jako nespravedlivé;
- **smutkem, až depresí** - vyplývající z vědomí omezených možností ochránit svoje dítě;

Rodiče při reakci na postižení dítěte procházejí typickými fázemi:

- 1.) **Fáze šoku a popření** - Představuje první reakci na vzniklou a nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé. Popírá to, že je dítě postižené. Takle situace vyvolá pocit úzkosti a beznaděje. V této fázi, je důležité, aby se rodiče nejprve s danou situací vyrovnali, trvání této fáze závisí na typu člověka, který informaci přijal a na závažnosti informace. Rodiče procházejí různými emočními procesy jako je citové vychýlení, rozrušení, úlek, ochromené jednání, neochota uvěřit, iracionální přístup a teprve potom, až se vyrovnají se vzniklou situací, mohou přemýšlet o budoucích krocích.
- 2.) **Fáze reaktivní** – Rodiče si nechtějí nastalou situaci připustit, poznání odmítají, jako by se chtěli vrátit zpátky do stavu před oním otřesným prožitkem. Skutečnost by chtěli popřít, vyhnout se jí, odepsat, prohlásit za omyl nebo aspoň všechnu vinu svěst na někoho jiného. Nastupují psychické a tělesné reakce na sdělenou skutečnost jako je bolest, žal, zklamání, úzkost z dalšího vývoje, pocity viny, tělesné selhání, vzájemné sebeobviňování, případná agresivita. Rodiče vyžadují fakta o daném stavu, aby vše objektivně zhodnotili a mohli začít uvažovat o řešení problému. V takových situacích je zvláště třeba trpělivost, ohleduplnost k prožitkům těch druhých v rodině, vzájemná solidarita a schopnost vzájemně si pomáhat.
- 3.) **Fáze adaptační** – Tato fáze nastává až po překonání obranné fáze. Jde o proces vyrovnání a život s dítětem dostává jiný smysl. Rodiče se pokouší o racionální hodnocení situace a uvažují o tom, jak by mohli v daném případě pomoci. Cílem je, aby rodiče přijali dítě takové, jaké je, a pak udělat pro něj všechno co je na dnešní úrovni vývoje společnosti a za dnešního stavu vědy možné a dosažitelné. V této fázi je důležitá přesná diagnóza a reálná prognóza lékařských a výchovných opatření včetně časových údajů. Předávané informace rodičům musí být pravdivé, neměly by vzbuzovat zbytečné naděje pokud pro ně není důvod.
- 4.) **Fáze reorientace** – v této fázi dochází k vyrovnání s nastalou životní situací, a kdy můžou rodiče pro sebe i pro dítě mnoho dobrého udělat. Rodiče začínají jednat, vyhledávají pomoc lékařskou, psychologickou a sociální. Spojují se pro duševní podporu i

pro získání většího množství zkušeností s lidmi s podobnou životní situací. V této fázi nastává změna životního stylu, mění se aspirace i cíle všech členů rodiny. Náročná situace nastává i pro zdravého sourozence, který se musí rovněž vyrovnat s danou situací a účinně se zapojit do pomoci handicapovanému sourozenci. Rodina se musí vyrovnat i s reakcí a chováním širšího okolí v místě bydliště.

#### **postoje rodičů:**

- „útočné“ (rodiče dítě obviňují a trestají, za co nemůže)
- „obránné“ (rodiče trpí pocitem viny, upadají do deprese, společensky se izolují)
- „úhybné“ (rodiče hledají uspokojení jinde a jinak, zaberou se do práce, upadají do alkoholismu, unikají do nemoci apod.)

### **3.2 Reakce dítěte samotného na postižení**

Dlouhodobé a závažné onemocnění představuje zatížení pro celý organismus i psychiku dítěte. Zdravotní postižení přináší nové, ale odlišné zkušenosti, ale omezuje získat zkušenosti standardní. Závažnější diagnóza přináší v rámci chorobných příznaků zhoršení celkového stavu (únava, vyčerpání, bolest). Psychická reakce na postižení závisí na dispozicích, vývojové úrovni a individuálních zkušenostech (již vytvořených osobních rysech dítěte), dále na reakcích prostředí, v němž dítě žije (rodina, nemocniční personál, širší společnost).

Emoční reakce dítěte je citová reakce – změna prožívání je zejména u mladších dětí, jedním z prvních signálů porušené rovnováhy organismu. Zvýšenou emotivní labilitou a dráždivostí se projeví somatické onemocnění. S nímž bývají spojeny i negativní prožitky, které souvisejí s celkovou změnou životní situace dítěte a s reakcí rodičů. Děti se zdravotním postižením bývají úzkostné, trpí obavami a nejistotou z dalších potíží a nepříjemností. Strach a úzkost se může přenášet z rodičů na dítě, a to i tehdy, pokud o nich rodiče nemluví. V obrazu vlastní diagnózy u těchto dětí v jejich raném věku hrají podstatnou roli bezprostřední negativní prožitky a různá omezení, která z nemoci vyplývají. (bolest, únava, léčebné a vyšetřovací výkony, odloučení od rodiny při hospitalizaci, omezení nejrůznějších druhů atd.). Každé dítě s postižením má větší potřebu podpory a citové jistoty.

Rozumového zpracování choroby dítěte výrazně závisí na vývojové úrovni dítěte, jako je předškolní nebo školní věk, období pubescence atd. Postižení výrazně ovlivňuje vývoj osob-

nosti dítěte, působí vždy v interakci s ostatními faktory. U těchto dětí dochází k určitým změnám v osobnosti, které jsou reakcí na takovou situaci.

Dítě prochází rovněž jako jeho rodiče určitými fázemi:

- 1.) **Fáze protestní** – kdy dítě křičí, volá po matce a hodně pláče
- 2.) **Fáze zoufalství** – dítě odmítá okolí a hračky, je úzkostné, hlavu má ponořenou v poduškách. V této fázi dochází k anaklitické deprese (řecky anaklino = opírání se).
- 3.) **Fáze odpoutání od matky** – dítě nastalou situací potlačí city k matce a připoutá se k jiné osobě. Dochází zde často ke ztrátě důvěry v lidi. Dítě má tendence se upoutat k věci, toto bývá výsledek adaptace na situaci.

postoje dítěte:

- „útočné“ (odpor, vzdor, agresivita vůči původcům svého trápení)
- „obrané“ (stáhne se do sebe, zůstává pasivní, bez iniciativy a zájmu)
- „úhybné“ (hledá náhradní uspokojení – v jídle, sexuálních aktivitách, drogách aj.)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 PŘÍPADOVÁ STUDIE

V praktické části mé bakalářské práce jsem se zabývala rozbořem osobnosti mých dvou mentálně postižených bratrů, s nimiž žiji od jejich narození až do dnes a kterým je diagnostikována těžší forma mentální retardace. První z nich se jmenuje Lukáš a je mu 17 let a druhý je Jan a tomu je 15 let. Mým dílčím cílem bude zjistit, zda sjednocením výchovně vzdělávacích postupů rodičů, pedagogů může dojít ke zlepšení kvality rodinného života a to v oblastech komunikace, sebeobsluhy, oblékání, základní hygieny, hrubé a jemné motoriky a sociálního chování. Zvolila jsem si kvalitativní výzkum, který zkoumá především podstatu věci.

Cíle výzkumu:

- poukázat jak je důležitá spolupráce rodiny i pedagogů
- zjistit, zda při spolupráci rodiny a pedagogů dochází ke zlepšení kvality života jedince
- na dvou použitých kazuistikách poukázat na život rodiny s dvěma mentálně postiženými jedinci
- ukázat jak sjednocení výchovně vzdělávacích postupů rodičů a pedagogů zlepšuje vývoj dítěte

### 4.1 Použité metody a jejich rozbor

**Metody nepřímé** – rozhovor s mamkou

**Metody přímé** – pozorování - zjišťování údajů o chování kluků

- využití edukačně-hodnotícího profilu dítěte

**Metody dokumentované** - studium zdravotní dokumentace kluků

- studium a analýza výsledků činnosti dětí

## 4.2 Anamnéza

### 4.2.1 Rodinná anamnéza

Otec 47 let – národnost česká, středoškolské vzdělání bez maturity. Dlouho pracoval jako traktorista. Víc jak deset let je z něj alkoholik. Několikrát byl na léčení, nikdy mu to nepomohlo, pokaždé do toho spadl z novu. O rodinu se nestará, nežije s námi ve společné domácnosti a nenavštěvuje nás. S mamkou jsou rozvedeni. Není v dobrém zdravotním stavu.

Mamka 44 let – národnost česká, středoškolské vzdělání bez maturity. Vyučená jako gumař/plastikář ve Svitu. Dlouhou dobu pracovala jako servírka v restauraci. Nedávno z práce odešla a nyní je z ní, žena v domácnosti. U mamky se nevyskytují žádná závažnější onemocnění. O nás se stará moc hezky a snaží se, abychom měli všechno co ostatní a nestrádali. Nikdy jsme nepocítili, že nejsme úplná rodina. Bydlíme společně s mamkou a sourozenci v rodinném domě.

Lukáš a Jan mají dvě sestry. Nejstarší Hana (22 let) vyučená jako krejčí s maturitou. Momentálně pracuje jako pokojská v hotelu. Ve škole neměla problémy se zvládnutím učiva. Její zdravotní stav je dobrý, akorát je vedena jako astmatik. Poslední sourozenec jsem „já“ Jana (22 let), jsem mladší dvojče Hany. Vystudovala jsem Střední průmyslovou školu Technologickou, zakončenou maturitou. Momentálně studuji na FHS ve Zlíně. Můj zdravotní stav je dobrý.

### 4.2.2 Osobní anamnéza Lukáš

Lukáš 17let

Chlapec se narodil z druhého těhotenství matky, jako třetí dítě. Narodil se v termínu císařským řezem. Doma byl již 6.den po porodu. Nebyl kojený, z lahvičky pil pěkně. PM vývoj byl do 1.roku normální. Následný vývoj byl zřetelně opožděný. Seděl až později, chodit začal až po dvou letech. V tuto dobu, byl několikrát v nemocnici, z důvodu neurčitých záchvatů, později se ukázalo, že jde o epilepsii. Dodnes užívá lék Orfiril proti záchvatům. Vývoj řeči byl opožděný. V 6 letech ojedinělá slůvka. Řeč je chudá a patlavá, věty max. dvouslovné. V tuto dobu se taky přestal pomočovat. Vrozené vady nebyly prokázány. Rozumově dosahuje věku 3let. Při návštěvě školky, snaha o integraci mezi zdravé děti. Zároveň školkou navštěvuje speciálně pedagogické centrum DUHA ve Zlíně. V domácím prostředí byl spo-



kojený, snažil se pomáhat venku i v kuchyni. Velmi často a rád listoval v novinách a zpíval si. V 7letech nastoupil na Základní školu speciální a Praktickou školu Zlín, Lazy do přípravného ročníku. V 8letech se řeč výrazně zlepšila, dokázal se naučit říkanky, písničky. Snažil se, být samostatný v sebeobsluze, sám se najedl, ale oblékání nezvládl. Hodně ho bavilo kreslení, spíše „čmárání“, stavit komíny s kostek, navlékat korále. Tady se prvně objevily problémy se zrakem a po veškerých vyšetřeních se přišlo na to, že je tupozraký a je nutné, aby nosil brýle. Od sedmi let je vedený jako jedinec se středně těžkým postižením a epilepsií. Má vadu ve výslovnosti a omezenou slovní zásobu. Je menšího vzrůstu, než jeho vrstevníci. V 13letech nemá problémy s pomočováním, domluví se dobře, o vše co chce si řekne. Rozumí výzvam.

V 17letech je jeho kostní věk zpožděn o 3roky a nemá žádné sekundární znaky. Je v péči mnoha odborníků, kteří se snaží zařadit jej syndromologicky. Podstupuje momentálně hormonální léčbu. Užívá 2x denně Undestor.

### **Komunikace**

Jeho slovní zásoba neodpovídá věku. Dorozumívá se slovem, nebo gestem ruky (ukazuje co chce). Moc rád zpívá a říká básničky, velmi dobře si pamatuje slova a vyslovuje je. Význam všech slov nezná. Hovoří srozumitelně i v jednoduchých větách. S neznámými lidmi nekomunikuje, je stydlivý.

### **Sebeobsluha**

Je samostatnější, snaží se pomáhat chystat stolování. Sám jí jídlo a snaží se používat jak lžičku, tak celý příbor. Rád uklízí po jídle. K některým věcem musí být opakovaně pobízen, aby je udělal, ale nakonec je udělá. Když má hlad, a nebo na něco chuť sám si zajde do lednice a vezme si to. Co se týká oblékání, je schopen se sám oblečení svléct i obléct, ale musí mít oblečení nachystané tak, jak to má být. Neumí sám zapínat knoflíky ani zipy. Boty si obuje sám, pokud jsou na suchý zip, jinak mu musíme zavázat tkaničky. Na WC chodí sám a vždycky se přihlásí i v cizím prostředí. Při koupeli, se umyje sám, ale potřebuje slovní vedení, co si má umýt. Velmi rád pomáhá v kuchyni, utírá nádobí, strouhá brambory atd.

### **Hrubá motorika**

Je celkem v normě, ale dost neobratný. Koordinace pohybů není moc dobrá, bojí se výšek, kopců (prudké stoupání). Baví jej hry s míčem, ale nedokáže míč ovládat, tak jak by měl.

Při házení míč nechytí, při kopání se jen letmo dotkne míče. Jezdit na kole se naučil již v sedmi letech, ale je hodně opatrný. Venku se jen prochází a nejraději sedí na houpačce a prohlíží časopisy. Velmi rád chodí do lesa.

### **Jemná motorika**

Používá obě ruce. Stříhá podle čar, vystřihuje obrázky podle tvaru. Skládá i více dílné puzzle, i jiné tvarově odlišné skládačky. Přiřazuje obrázky i barvy k sobě. Postavit komín z kostek mu problém taky nedělá. Často se hraje se skládačkou „Lego“. Když může, hraje na počítači jednoduché hry, myš ovládá bez problému. Umí si pustit i písničky na PC.

### **Grafomotorika**

Většinou když maluje, tak jen jednoduché obrazce, jako je kruh, srdce, čáry vedoucí všemi směry. Písmena psát neumí, ale v některých jeho obrazcích se občas objeví některé písmeno nebo číslo, které se učí neustále dokola, jako je A, 1, M atd., ale na povel jej nenapíše. Při vybarvování omalovánek, je nepořádný a raději obrázek začmárá, než aby jej hezky barevně vykreslil. Pokud ho někdo vede, je schopen nakreslit postavu, auto, sluníčko. Celkově ho kreslení moc nezajímá, raději stříhá časopisy.

Lateralita – levák

### **Sociální chování**

Komunikuje jen se známými lidmi, s cizími nekomunikuje, protože se stydí. Má rád fyzické kontakty, velmi rád se mazlí. Nerozumí sociálním signálům. Hodně věcí umí udělat sám, ale vyžaduje pozornost dospělého. Hygienické návyky si zatím pořádně neosvojil, musí se pořád nabádat. Vydrží dlouho sedět na jednom místě, aniž by se hnul. Zvláště když jej něco zaujme natolik, aby tam zůstal.

#### **4.2.3 Osobní anamnéza Jan**

Jan 15let

Honzík se narodil jako čtvrté dítě v termínu plánovaným císařským řezem. Prenatální anamnéza byla bez abnormalit. Po porodu, který byl protrahovaný, byl kříšen a pak týden strávil v inkubátoru. Domů byl propuštěn po dvou týdnech. Kojený byl dva měsíce. PM vývoj byl patrně opožděný, začal chodit ve dvou letech. Ve třech letech prodělal epileptický záchvat, od té doby je sledován neurologem, ale léky nebere, jelikož se záchvat již neobjevil.

V tuto dobu je u něj prokázán strabismus a je nucen nosit brýle. Vývoj řeči je těžce opožděný, první slova kolem 2. roku, pak dva roky beze změny. Mluvit začal okolo 4-5let a to jen několik slůvek cca 20. Mluví a rozumí málo. Prokázána porucha řeči a dyslalie. Často hospitalizován v nemocnici se zánětem horních a dolních dýchacích cest a zánětem středního ucha. Po operaci středního ucha pro záněty, objevena porucha sluchu a tím od sedmi let nosí naslouchadla. PMR s převahou poruch intelektu. Nelze jej zařadit do určitého syndromu. V čtyřech letech plnil úkoly pro věk 2,5 - 3. Pomočuje se, nosí pleny na den i na noc. Sebeobsluha je u něj minimální, potřebuje pomoc. Projevuje se opožděný vývoj, problémy s řečí a nedoslýchavost. Malá slovní zásoba a patlavost. Rozumí více, než dokáže říci. V 5letech neustále v plenkách. Objevil se tu i jeden problém a to, že má plně funkční jednu ledvinu. Nastoupil do školy a podobně jako bratr navštěvoval i speciálně pedagogické centrum DUHA. V 7letech zjištěna těžká mentální retardace, malý vzrůst a nedoslýchavost. Všechno je to brané jako centrální opoždění zrání mozku. Komunikuje, spíš opakuje slova, přes den se nepomočuje, na noc ještě nosí pleny. Zvládá úkoly na úrovni 3let. V 11letech pokrok v řečových schopnostech, obléká se s pomocí, nepomočuje se. Nejsou zde jako u bratra projevy sekundární pohlavní znaky. Je komunikativnější, samostatnější zlobivější, neklidný a bystřejší. Velmi rád si hraje s auty a plastelínou. Má mírnější problémy s chováním, tudíž navštívil dětského psychiatra, který jeho agresivitu a hyperaktivitu ztlumuje léky.

V patnácti letech je jeho kostní věk 12. Je jako bratr v péči několika odborníků, kteří se snaží i jej syndromologicky zařadit. Navštěvuje Základní školu speciální. Postupuje taky hormonální léčbu a bere 1x týdně Undestor.

### **Komunikace**

Dorozumívá se slovem, nebo gestem ruky podobně jako jeho bratr. Též jeho slovní zásoba neodpovídá věku a projevuje se u něj echolálie. Nezná význam všech slov, které používá, ale snaží se je pochopit. Mluví hodně, ale ne srozumitelně. Používá jen jednoduché 2-3slovné věty. Nemá problém komunikovat jak se známými, tak z cizími lidmi.

### **Sebeobsluha**

Podobně jako bratr je samostatnější a taky se rád pohybuje v kuchyni. Jídlo i pití zvládá sám. Když má žízeň dojde se napít a když má hlad, vezme si v lednici sám, co chce. Oblékání i svlékání zvládá sám, také dokáže bez pomoci zapnout i rozepnout knoflík i zip. Boty si

nazouvá sám, pokud jsou na suchý zip, jinak tkaničky zavázat neumí. Na záchod chodí sám. Při koupeli rovněž potřebuje slovní vedení, co si má umýt. Velmi rád pomáhá venku na zahrádce a se dřevem.

### **Hrubá motorika**

Na rozdíl od bratra je velmi obratný. V koordinaci pohybů se velmi zlepšil. Není pro něj problém kopec, výška, les. Hraje fotbal a trefit se do míče mu problém taky nedělá ani při házení. Venku rád běhá, skáče a nevydrží na jednom místě. Pořád musí něco dělat.

### **Jemná motorika**

Taktéž používá obě ruce, vystřihuje podle čar i obrázky podle tvaru. Ve škole se střiháním pomáhá spolužákům. Poskládá puzzle max. o dvaceti dílech. Obrázky přiřazuje, nejen podle tvaru, ale i barvy a významu. Čte obrázky a dokáže popsat co na nich je. Rozpozná předměty hmatem. Velmi rád zpívá, slova si dostatečně nepamatuje, ale snaží se.

### **Grafomotorika**

Když chce, tak volně čmárá, ale jinak se snaží kreslit hezké a jasné obrázky. Sice jednoduché, ale zná jejich názvy. Snaží se podepsat a napodobovat hůlková písmena. Velmi šikovně umí spojovat body, které jsou mu zadané na papíře, a rád vybarvuje omalovánky. Kreslení a střihání ho celkem dost zajímá. Je rovněž levák.

### **Sociální chování**

Má velmi rád fyzické kontakty a rád se mazlí. Komunikuje jak se známými lidmi, tak z cizími. Spoustu věcí zvládne udělat sám, ale upozorňuje na sebe velmi hlučným a nevhodným chováním. Dokáže si však většinu lidí „omtat“ kolem prstu. Nevydrží dlouho na jednom místě, je neustále v pohybu. Musí být však pořád pod dozorem dospělé osoby.

#### **4.2.4 Závěr anamnézy**

Jedná se o dva chlapce s nízkou hodnotou intelektu. Psychomotoricky těžce retardované s mnohočetnými vrozenými vývojovými vadami. Rozumově a smyslově výrazně opožděné. Mají výkyvy pozornosti a výkonu. Pomalé pracovní tempo a velmi rychle se dokážou unavit. Jelikož se zřejmě jedná o zatím neznámý syndrom, který mají oba chlapci, jsou pod dozorem mnoha odborníků celého státu. Oba dva navštěvují Základní speciální školu ve Zlíně na Lazech a přes týden jsou ubytováni na internátě školy. Berou hormonální léky na rozvoj

sekundárních pohlavních znaků. Honzík bere ještě léky na agresivitu Risperdal a Lukášek na epilepsii Orfiril a na dobrou funkci štítné žlázy Letrox.

### 4.3 Pozorování

#### 4.3.1 Pozorování ve škole

Lukáš je od malička velmi klidné a tiché dítě. V MŠ neměl problémy se zapojit do hry se zdravými dětmi a nikdy nevzdoroval výzvám učitelů. Stejně projevy jsou pozorovány i na speciální škole, kterou momentálně navštěvuje. Má problémy se čtením a psaním. Nedokáže se písmem vyjádřit, umí jenom kreslit jednoduché věci. Číst dovede jenom obrázky. V řeči se stále rozvíjí, začíná se dobře vyjadřovat a řekne si o to, co chce. Naučil se oslovovat spolužáky i dospělé jménem. V sebeobsluze se taky zlepšil, je samostatnější a snaží se chystat stolování, správně umístit přibory, nalévat polévku atd. Především uklízí rád stůl po jídle. Ve vyučování se nedokáže dlouho soustředit, relaxuje kreslením nebo hrou. Pokud ho práce zaujme, většinou ji doprovází broukáním či pozpěvováním. Dokáže být ale i potichu, to mu velké potíže nedělá. Snaží se a učí se respektovat pokyny učitelů, téměř nevzdoruje. Se spolužáky problém nemá a rozumí si s nimi. Naučil se základním hygienickým návykům včetně používání kosmetických přípravků. V pomůckách má nepořádek, i když mu jej doma pořád doplňujeme, nemá snahu pořádek udržovat, proto mu často něco chybí, nebo má vyměněné věci se spolužáky. Rád chodí do kina a dívá se na kreslené pohádky. Většinou pohádky, které zajímají menší děti ve věku 3-5 let. Dokáže se soustředit a sledovat film, který běží na plátně. Ve škole navštěvují také bazén, kde se hodně uvolní. Koupání má rád, plavat ale sám nedovede. Plave buď pod dozorem a s pomocí, nebo s pomůckami. Na dětském hřišti využívá průlezků a jak venku, tak v tělocvičně prolézá překážkovou dráhu, snaží se vyskakovat a seskakovat na lavičku. Má rád hudbu a poslouchá dětské písničky, vytleskává je a zpívá si je. Zvládá si zapamatovat jak písničky, tak říkánky.

Honza je úplný opak Lukáše. Od malička je živější dítě. V MŠ problémy neměl a byl velmi oblíbený mezi zdravými dětmi. Dokázal se zapojit do všech akcí, které děti MŠ prováděly a učitelům podobně jako Lukášek nevzdoroval. To samé bylo i při vstupu na speciální školu. Má problémy rovněž se čtením a psaním. Rád kreslí a vymalovává. Stříhání a lepení papíru mu nedělá žádné problémy, ba naopak pomáhá spolužákům, kterým to nejde. Ve vyučování

se nedovede dlouho soustředit, upozorňuje na sebe častou návštěvou toalety a občas nějakým křiknutím. Snaží se respektovat a nevzdorovat učitelce. V pomůckách si dovede udělat pořádek a velmi rád se o něj snaží. U Honzíka na rozdíl od bratra musí být všechno, tam kde má. Velmi rád pomáhá učitelce, když ho o něco požádá. Čtení mu rovněž dělá potíže, ale poznává alespoň obrázky. Dokáže pojmenovat spolužáky i dospělé jmény. Umí se orientovat v budově školy i v blízkém okolí školy. Rytmizuje jednoduchá slova a nacvičuje i jednoduché říkanky. Co se týká sebeobsluhy, je mezi ním a bratrem rozdíl. Honzík musí mít osobní věci poskládané na komínky a uložené ve skříňkách. Udržuje si pořádek. Hygienické návyky si taky osvojil a naučil se používat i kosmetické přípravky. Procvičuje velmi rád správnou výslovnost a názvy jednotlivých druhů oblečení, barev, zvířat atd. Ve stolování je taky dobrý, zapojuje se do prostírání stolů i zakládání příborů a pomáhá uklízet stůl po jídle. Vyrábí obrázky různými výtvarnými technikami, které jim zadá učitelka a má některé své díla vystavené na chodbách školy. Velmi rád chodí se spolužáky na vycházky do lesa, kde se učí přelézat přírodní překážky, chůzi do svahu a ze svahu. Sbírá větve, listí, šišky. Pohybově je obratnější než bratr, takže nemá strach se pohybovat v jakémkoliv terénu. V tělocvičně má rád míčové hry, honičky a prolézání překážkových dráh, které přichystá paní učitelka. Návštěvy bazénu si velmi oblíbil, má velmi rád vodu a vždycky se v ní velmi dobře vyřádí.

Se školou od samého počátku spolupracuje mamka. Snaží se veškeré problémy řešit a nebrání se jakémukoliv řešení, které by vedlo k rozvoji jeho schopností a dovedností.

#### **4.3.2 Pozorování v rodinném prostředí**

Doma je chování obou chlapců velmi rozdílné než ve škole. Lukášek je klidný, zahraje se listováním a stříháním novin. Koukáním na televizi a především na dětské pohádky. Občas se projevuje afektivním chováním ve vynucování věcí, které on chce, ale jemu do ruky nepatří. Např. mobilní telefon, PC, ovladač od televize, rádio atd. Doma je nepořádný, pokud je přinucen uklidit si své věci, dělá to velmi dlouho a nedbale. Co se týká sebeobsluhy, vůbec se nesnaží, při převlékání zůstane sedět a čeká, jestli ho někdo neobleče, když tam sedí dlouho sám, tak ho to přinutí se obléct. Velký problém mu dělá také oběd. Sedí i 45min. u polévky než začne jíst. Poplakává a vynucuje si nějaké věci např. sladkost nebo film atd. když si jej nikdo nevšímá a především, když už jsou všichni po obědě, tak se do jídla pustí. Často se provokuje s mladším bratrem a navádí ho na nějaké neplechy. Velmi rád pomáhá v kuchyni např. loupat brambory, utírat nádoby. Rád zpívá a poslouchá písničky, které si

dovede velmi rychle zapamatovat. Dokáže skládat puzzle i o více dílech, ale nejen na stole, ale i na PC. Ovládá myš velmi citlivým přístupem, což je u něj pokrok, neboť byl velmi nemotorný. Venku chodí rád do přírody, sbírá větve, listky i šišky do tašky a nosí domů. Rád chodí i na houby do lesa, nepozná jedlé a nejedlé, ale snaží se je hledat a nachází, občas i nějaké malé, které pod listím nejdou skoro ani vidět. Dokáže dlouho sedět na houpačce a houpat se, zpívat a sledovat okolí. Nebojí se cizích lidí, ale je stydlivý. Když k němu někdo začne mluvit, tak zčervená, ale odpoví, sice jen slabým hlasem. Osobní hygienu se snaží dodržovat, ale s pomocí. Samotného jej nenapadne si očistit zuby, jít se okoupat nebo používat nějaký kosmetický přípravek. Poslední dobou se u něj začalo projevovat pubertální chování, tak se snaží víc si vynucovat nějaké věci. Nechce poslouchat a večer se chce dlouho dívat na televizi. Opakuje jednu a tu samou věc několikrát za sebou, dokud jí buď nedostane, nebo si nevymyslí něco jiného. Je mnohem víc agresivnější v chování, ale zatím se dá zvládat. Má to i kladnou stránku, neboť je vidět, že se začal pomocí hormonální léčby rozvíjet.

Honza začne zlobit, jen co dojede domů ze školy. Nechce se jít převléct, chce zůstat venku a vztekem se to snaží vynutit. Jinak je velmi aktivní, doma si hraje podobně, jako bratr stříhá a lepí papíry, noviny. Nevydrží však u televize ani u PC. Velmi rád se zapojuje do práce s dospělými, pomáhá jak doma tak venku. Moc rád zametá a uklízí větve, pomáhá sekát trávu, vozit a sklízet dřevo se svým strýcem. Jediným problémem co venku dělá a velmi často, je že křičí na lidi, co jdou kolem něj. Dalším problémem je, dostat jej z venku domů. Jelikož bývá občas doma hodně agresivní a snaží se vynucovat věci násilím např. tloučením hlavou do dveří, kopáním, skákáním, ubližováním sourozencům atd. tak užívá léky na zklidnění. Pomocí těchto léků, je ovladatelnější. Zapojuje se do domácích prací více jak jeho bratr. Skládá a zařazuje prádlo do skříní. Pomáhá utírat nádobí, vysávat a uklízet. Je pečlivější a má rád pořádek. Co se týká hygieny, snaží se sám si čistit zuby, sprchovat se i používat kosmetické přípravky. Takto se snaží pomáhat a nutit dělat to samé, co dělá on i bratra. Velmi rád chodí ven a pomáhá s jakoukoliv prací okolo domku. S procházek do přírody si vždycky něco donese, od větví, listí až po houby. Chodí rád v době, kdy rostou bedly, protože ty pozná a sám je sbírá, což mu dělá velikou radost. Se strýcem se kdykoliv sveze v traktoru a dokáže tam sedět i dlouhé hodiny. Velmi rádi s bratrem cestují autem, je jim jedno kam jedou, ale hlavně, že se vezou. Jsou rádi za každou maličkost co jim člověk koupí a v poslední době si hodně oblíbili Kinder vajíčka. Oba dva jsou spokojení, když mohou

pomoci v kuchyni při pečení nějakého cukroví, bábovky nebo dortu. Lukáš i Honza jsou na jedné straně divocí, zbrklí a vzteklí, ale na druhé milí, ochotní a mazliví kluci.

#### 4.4 Prognóza

Prognóza budoucího vývoje kluků je do značné míry ovlivněna tím, jakou konečnou diagnózu stanoví odborníci, které kluci navštěvují. Jelikož po poslední návštěvě genetiky v Olomouci bylo zjištěno, že neexistuje na celém světě syndrom, do kterého by kluci mohli být zařazení, ani jediný člověk, podobného postižení, tudíž nikdo prozatím neví, do jakého vývojového stupně jsou schopni dozrát. Jsou tu pravděpodobně budoucí obtíže v chování, zapříčiněné hormonální léčbou. Prognóza školních výsledků je momentálně taky nejasná, protože již byli nuceni několikrát opakovat ročník. Vzhledem k problémům v učení, mají každý individuální vzdělávací plán, podle kterého se vzdělávají. Ve škole je kladen důraz spíše na samostatnost a pracovní dovednosti. Číst, psát, počítat se zřejmě nikdy nenaučí, vzhledem k tomu, že to nenaučili dosud, kdy ještě mají povinnou školní docházku. Nejsou schopni samostatnosti. Nedovedou plnit úkoly, které jim člověk zadá, proto je prognóza do budoucna velmi nejistá. Momentálně nelze říci, zda se někdy osamostatní tak, aby mohli být zařazení například do chráněných dílen, nebo do jakéhokoliv podobného zařízení. Ale už teď je zřejmé, že přechod mezi dospělou bude velmi komplikovaný u obou kluků. Doufám, že se dočkáme období, kdy dosáhnou alespoň nějaké identity. Co se týká prognózy rodinného vývoje je pravděpodobné, že pokud budou agresivní, jako občas nyní, budou muset, tedy aspoň Honzík užívat zklidňující léky, aby se dal ovládnout a nenastalo nějaké nečekané nebezpečí pro něj, nebo pro osoby v jeho okolí. Dále bude nutná komunikace mezi mamkou a odborníky, kteří je budou neustále sledovat v jejich vývoji a dokud neřeknou, že došlo k zastavení vývoje, je pořád ještě naděje na velký posun v před a osamostatnění obou kluků. Pokud by si mamka přivedla nového partnera do rodiny, pravděpodobně by nedošlo k výrazným obtížím, jelikož oba kluci rozhodně nemají problémy s novými lidmi. Možná by došlo i k výraznému zklidnění chování, pokud by viděli muže v rodině jako autoritu. Jde poznat, že muž v rodině klukům chybí, hodně se této role ujal jejich strýc, mamčin bratr, který je sám a svobodný a který se jim snaží otce nahradit. Je vidět, že z něj mají respekt a snaží se jej napodobovat.



#### 4.4.1 Návrh intervence u obou chlapců

##### **Komunikace**

- tvoření jednoduchých vět – práce s obrázky
- spojování písně s pohybem
- rozvoj slovní zásoby pomocí PC, obrázků, říkadel a písniček  
rozvíjení slovní zásoby
- dechová cvičení
- reakce na složitější pokyny
- komunikace dle piktogramů
- podpora zvuků a žvatlání

##### **Sebeobsluha**

- samostatně se oblékat
- zlepšit samostatnost v hygieně
- zlepšit stravování
- učit celkové samostatnosti
- nácvik správného oblékání
- používání celého příboru u jídla

##### **Hrubá motorika**

- zdolávat složitější překážkové dráhy
- házet a chytat míč, kopat do míče
- učit plavat
- složitější stavby ze stavebnic dle předlohy

##### **Jemná motorika**

- spojovat díly jednoduchých stavebnic
- skládat jednoduché puzzle podle předlohy
- zdokonalovat se ve střihání
- práce s modelovací hmotou
- učit se zapínat knoflíky a vázat tkaničky

### **Grafomotorika**

- grafomotorická cvičení
- uvolňovací cviky ruky
- psaní křídou na tabuli, na chodník
- vybarvování ohraničených ploch

### **Sociální chování**

- učit pozdravy
- hrát jednoduché hry
- učit samostatně splnit zadaný úkol
- zapojovat do společných her
- redukce nežádoucího chování
- dodržování pravidel
- k motivaci využívání odměn

## 5 POHLED ODBORNÍKŮ

### 5.1 Z práva z oboru genetiky

Honzík se narodil jako čtvrté dítě ze třetí gravidity v termínu plánovaným císařským řezem. Vývoj byl od malička opožděný. Ve věku 15let je Honzík drobný hoch s naznačenými dimorfickými rysy. Má brýle a naslouchadla. Měří 142 cm. Kostní věk je 12let. Má deficit růstového hormonu. Byl v minulosti podrobně vyšetřován screeningem metabolických vad, což vyšlo v pořádku. Osifikace zápěstí ve věku 4roky odpovídala 2 rokům. Má retrokochleární poruchu sluchu. Honzík je při vyšetření kooperativní, klidný, bez vyzvání nekomunikuje, řeč je převážně nesrozumitelná, výzvám rozumí částečně. Obličej je jemný drobný, naznačené antimongolidní postavení očních štěrbin, čelo je vyšší. Nos, ústa, brada, patro bez nápadností. Výraznější je mezera mezi horními řezáky. Boltce na uších normálně nasazené i formované. Vlasy má jemné a světlé. Palmární rýhy, nehty jsou bez nápadností. Postava je proporcionální, symetrická. Končetiny a hrudník normálně formované. Plochá noha, při chůzi napadá na obě nohy. Jde tedy o velmi problematického polymorbidního pacienta, sledovaného dlouhodobě ve specializovaných ambulancích.

Lukáš se narodil jako třetí dítě z druhé gravidity v termínu císařským řezem. Vývoj do 1. roku v normě. Poté už opoždění. Je zjištěna osifikace zápěstí s opožděním kostního věku asi o 3 roky. Ve věku 17 let měří 156 cm a váží 39kg. Má několik slůvek, které používá ve větách. Reaguje a rozumí výzvám. Obličej je bez nápadných dysmorfických znaků a jemný. Palpebrální rýhy, nos, filtrum a ústa jsou bez nápadností, brada je malá. Zuby jsou drobné, má předkus a mezírku mezi horními řezáky. Boltce má normálně formované, posteriorně rotované. Postava je eunochoidní, končetiny štíhlé, trup je relativně krátký. Akumulace tuku na břicho a na hýždích. Ruce jsou drobné, palmární rýhy, nehty bez nápadností, prsty má dlouhé. Genitál je chlapecký, prepubertální, penis je malý, skrotum hyponastické. V roce 2000 vyšetření v Brně, byl zjištěn normální karyotyp, vyloučena FRAXA a nebyli oba dva syndromologicky zařazeni. Rok 2006 v Praze provedené molekulárně cytogenetické vyšetření, neprokázala se mikrolece chromosomu X. Uvažovaný Kallmanův syndrom se molekulárně genetickým vyšetřením nepodařilo prokázat, ale ani vyvrátit. Při molekulárně genetické diagnostice byl rovněž zavržen syndrom Smith-Fineman-Myers. Což je syndrom dědičný ve vazbě na chromosom X a je způsobený mutacemi v genu ATRX. Pokud by

byl syndrom u bratrů potvrzen, existuje 50% riziko pro obě sestry, že by mohly být přenašečkami pro syndrom a tím i 25% riziko postižení u jejich chlapců.

## 5.2 Zpráva z oboru psychiatrie

Honza chodí na pravidelné kontrolní vyšetření s matkou. Doma má afekty náhlé, bez jasné příčiny. Předvádí se, je zde riziko, že si ublíží. Tluče do předmětů, sebezraňování, rozběhne se do rizika (schody) a matka jej musí omezovat a zadržovat. Těžko jej zvládá jak matka, tak starší sestry. Dlouho večer usíná a je hyperaktivní. Problematické chování začíná již při cestě domů ze školy. Na internátě takové chování není zaznamenáno. Při vyšetření sedí klidně u matky, komunikace málo hodnotitelná, náznak echolálie. Sestra, která pomáhá matce se starat o sourozence, potvrzuje nevyzpytatelné impulzivní reagování. Doporučeno používání Chloprothixen 2-2-0 a Risperan 0-0-1. Na škole připomínky nejsou a víkendy doma při aplikaci léků, je zvladatelný. Dle matky je patrné, že zlost naroste, ale rychle se uklidní.

Lukáš je na internátě bezproblémový a nemá pedopsychiatrickou léčbu, doma chování problematictější, ale je více předvídatelné, má ráz vynucování si a je lépe podchytitelný výchovným přístupem. Užívá hormonální léčbu, počíná se chovat pubertálně, vzdorovitě. Při vyšetření se chová klidně a více komunikativně. Aktivně si požádá o papír, že si chce kreslit a kreslení se ze zájmem věnuje. Dle matky je většinou zvladatelný, stav zhoršuje neklid bratra. I při výše uvedené terapii je možno při větších potížích nezvladatelných výchovou podat občas 1-2 tabletky Chloprothixenu.

## ZÁVĚR

Mentální retardace je velmi široký pojem a mnoho lidí jej nedokáže vysvětlit. Než jsem se začala zajímat více o tuto problematiku, taky jsem ten pojem neuměla pořádně definovat, ale jsem ráda, že existuje spousta literatury a článků, kde se o tomto termínu mluví a kde i laik pochopí, co v sobě ten pojem skrývá.

Pro rodiče, kterým se narodí dítě s mentálním postižením, je to na 99% velkým šokem. Neznám rodinu a ani u nás tomu tak nebylo, aby se s tím někdo hned po zjištění smířil. Když se narodí takové dítě, nese to sebou spoustu starostí, problémů a především povinností, jelikož je pořád na někom závislé. Jestliže se někomu narodí dítě s mentálním postižením, tak s každým s nich sdílím velikou bolest, kterou pociťuji, zklamání a obrovský strach z neznáma. Mohu, ale potvrdit, že když nastane taková situace, což samozřejmě nikomu nepřeji, ale vím s vlastní zkušenosti, že další životní situace, které nastanou, se pak dají zvládnout lépe a rychleji. Mentálně postižené dítě, je pořád jen dítě a vždycky Vám bude dělat radost a uspokojení v takové míře, v jaké by nikdo neočekával.

V teoretické části jsem definovala a ujasnila pojem mentální retardace a myslím si, že pro dnešní dobu, kdy jsme členy Evropské unie, je velmi důležité, abychom si ujasnili a poznali postoje členských zemí ke vzdělávání žáků s postižením. Mohlo by nás to mnohem víc inspirovat k dalším snahám o integraci takových jedinců.

Praktickou část jsem věnovala kazuistikám o dvou chlapcích v jedné rodině s mentálním postižením. Hlavním cílem bylo poukázat na důležitou spolupráci rodiny a pedagogů a zjistit, zda spolupráci dochází ke zlepšení kvality života jedinců. Jednoznačně se prokázalo, že jednotným a společným postupem ve výchově a zajištěním komplexní péče, došlo ke zlepšení stavu. Důsledkem toho je zřejmě participace všech zúčastněných na jejich vývoji. Komunikace pedagogů a rodiny, hraje rovněž důležitou roli při jejich vývoji i předávání si poznatků mezi sebou. Rodiče a sourozenci pracují v domácím prostředí podle daných návrhů a opatření od pedagogů i lékařů. Jedině díky tomuto se mohou chlapci do budoucna dál rozvíjet.

Ať už se narodí dítě zdravé, nebo postižené, je to člen společnosti a společnost by mu měla dát všechno proto, aby se necítil diskriminován.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

**BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J.** *Krása a bolest*. Praha: Panorama, 1985.

**ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL.** *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007.

ISBN 978-80-7367-319-2

**DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F.** *Odlíšné dítě*. Praha: Vyšehrad, 1994.

ISBN 80-7021-097-4

**HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V.** *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004.

ISBN 80-7178-813-9.

**MATĚJČEK, Z.** *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál, 1995.

ISBN 978-80-7367-504-2

**MATĚJČEK, Z.** *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením*. Praha: SERIFA, 2000.

ISBN 80-7071-147-7

**MICHALÍK, J.** *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: UP, 1999.

ISBN 80-7067-981-6

**NOVOSAD, L.** *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000.

ISBN 80-7367-174-3

**PIPEKOVÁ, J.** *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 1998.

ISBN 80-85931-65-6

**PIPEKOVÁ, J. A KOL.** *Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2.vyd.* Brno: Paido, 2006.

ISBN 80-7315-120-0

**ŠVARCOVÁ, I.** *Mentální retardace.* Praha: Portál, 2003.

ISBN 80-7178-821-X

**VÁGNEROVÁ, M.** *Úvod do psychologie.* Praha: Karolinum, 2002.

ISBN 80-246-0015-3

**VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání.* Praha: Karolinum, 2005.

ISBN 80-246-0956-8.

**VALENTA, M., MULLER, O.** *Psychopedie. 1.vyd.* Praha: Parta, 2003.

ISBN 80-7320-039-2

**VÍTKOVÁ, M.** *Integrativní speciální pedagogika.2.vyd.* Brno: Paido, 2004.

ISBN 80-7315-071-9

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
FHS	Fakulta humanitních studií
IQ	Intelligenční kvocient
LMR	Lehká mentální retardace
MŠ	Mateřská škola
max.	Maximálně
MR	Mentální retardace
např.	Například
PC	Počítač
PMV	Psychomotorický vývoj
tj.	To jest
tzn.	To znamená
tzv.	takzvaný