

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012 – 2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jitka Vodičková

Historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce:
PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2012 - 2014

DIPLOMA THESIS

Jitka Vodičková

**The historical development of care for persons with
mental disabilities**

Prague 2014

The diploma Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 24. 2. 2014

Jméno autorky:

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PaedDr. Jarmile Klugerové, Ph.D. za její odborné vedení a užitečné rady při zpracování diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá historickým vývojem péče o osoby s mentálním postižením. Rozebírá institucionální péči a první odborníky od starověku až po současnost. Zkoumá charakteristiku a odlišnosti osob s handicapem, jejich výchovu a vzdělávání. Přináší nové formy a trendy péče o mentálně postižené. Práce přibližuje potřeby a nutnost zlepšování kvality služeb o osoby s mentálním postižením.

Klíčové pojmy

Alternativní a augmentativní komunikace, duševní vývoj, Ernestinum, etiologie, historie péče o mentálně postižené, institucionální péče, klasifikace, mentální retardace, nové formy a trendy péče, osobnosti, prevence, psychologické zvláštnosti.

Annotation

This diploma thesis deals with the historical development of care for mentally disabled people. It analyses institutional care and the first experts from the old age up to the present. It investigates the characteristics and differences of people with a mental handicap. It brings new forms and trends in care for the mentally disabled. The work brings forward the needs and necessity to improve the quality of the services provided to people with a mental handicap.

Key words

Alternative and augmentative communication, classification, Ernestinum, etiology, history of care for the mentally disabled, institutional care, mental development, mental retardation, new forms and trends of care, personalities, prevention, psychological rarities.

OBSAH

ÚVOD	9
1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	11
1.1 Etiologie mentálního postižení.....	13
1.2 Klasifikace mentální retardace.....	15
1.3 Syndromy spojené s mentální retardací	19
1.4 Četnost osob s mentálním postižením v naší populaci	23
1.5 Psychologické zvláštnosti osob s mentální retardací	24
1.6 Prevence vzniku mentálního postižení.....	25
1.7 Vliv duševního vývoje na rozvoj osobnosti.....	27
1.8 Kazuistický příběh.....	28
1.9 Specifika života lidí s mentálním postižením.....	28
2 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE	31
2.1 Přístup ke komunikaci s lidmi s mentálním postižením	33
2.2 Řeč mentálně retardovaných dětí	35
3 STADIA PÉČE O OSOBY S POSTIŽENÍM.....	37
3.1 Starověk.....	39
3.2 Středověk	40
3.3 Renesance	43
3.4 Novověk	44
3.5 První odborníci.....	46
3.6 Začátek pedagogické péče o mentálně postižené.....	48
3.7 Období po 2. světové válce.....	50
3.8 Ústavy péče pro slabomyslné v Čechách.....	52
3.9 Vývoj po roce 1989.....	54
3.10 Současný vývoj péče.....	55
4 INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE	57
4.1 Ernestinum	57
4.2 Vychovatelna.....	57
4.3 Jedličkův ústav	57
5 NOVÉ FORMY A TRENDY PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ	59
5.1 Osobní asistence.....	61
5.2 Pečovatelská služba.....	62
5.3 Odlehčovací (respitní) služby	62

5.4 Chráněné bydlení.....	63
5.5 Individuální a skupinová sociálně – terapeutická práce.....	64
5.6 Pracovní a umělecké terapie.....	64
5.7 Komunitní podpora.....	65
5.8 Vzdělávání lidí s mentálním postižením.....	66
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	69
SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	71

ÚVOD

Pro diplomovou práci bylo zvoleno téma Historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením. Téma bylo vybráno z důvodu poukázání na důležitost a zájem o osoby s mentálním postižením, jelikož jsou jako ostatní jedinci stejně důležití a přínosní pro společnost. Ne každý je nezávislý, soběstačný, schopen žít samostatně bez cizí pomoci. Lidé s mentálním postižením tvoří právě takovou skupinu a potřebují naši pomoc.

Od začátku existence lidské společnosti se rodily i neduživé a pohybově postižené děti. V nejstarším období bylo pravidlem se takových novorozenců zbavovat, aby nezatěžovali společnost. Ve starověku docházelo k likvidaci těchto nepotřebných jedinců, Římané je topili v řece Tibeře, Řekové ve Spartě je vrhali dolů ze spartských skal.

System péče o osoby s mentálním postižením prošel ve svém vývoji několika stádii. Od represivního, charitativního, humanistického, rehabilitačního, preventivně-integračního až po současný inkluzivní přístup, který začleňuje osoby s postižením do běžné společnosti. Na základě tohoto přístupu dochází ke zlepšení kvality života lidí s handicapem.

Diplomová práce je členěna na pět částí. V úvodu práce je vystižena charakteristika mentálního postižení, etiologie a klasifikace mentální retardace, syndromy spojené s mentální retardací, prevence mentálního postižení, vliv duševního vývoje na rozvoj osobnosti, specifika lidí s mentálním postižením. Je zde vylíčen kazuistický příběh osob s mentální retardací. Práce popisuje alternativní a augmentativní komunikaci, která usnadňuje lidem s mentální retardací porozumění a pomáhá i nám, abychom s těmito lidmi správně komunikovali.

V hlavní části práce je uvedena historie vývoje péče o osoby s mentální retardací od pravěku až po současnost. Práce se zabývá prvními odborníky, počátky vzdělávání, institucionální péčí: Ernestinem, Vychovatelnou, Jedličkovým ústavem.

V závěru práce jsou rozebrány nové formy a trendy péče: pěstounská péče, chráněné bydlení, chráněná dílna, podporované zaměstnávání, služby dočasné pomoci, stacionáře, pracovní a umělecká terapie, komunitní podpora.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak se péče vyvíjela, jestli dochází k jejímu zlepšování a zda se zkvalitňují poskytované služby. Každý člověk má právo na

plnohodnotný a smysluplný život, proto by se pomoc lidem s postižením měla stále vyvíjet a přispívat k jejich spokojenějšímu životu.

Při práci byla použita historiografická metoda, kterou se práce snaží o co nejširší pohled a přínos k danému tématu.

„Patrně žádný jiný druh handicapu nečiní člověka v běžné populaci tak zvláštním a odlišným jako právě mentální postižení. Nepostižení lidé často dokonce nemohou takto postiženým jedincům „přijít na jméno“, a tak o nich hovoří jako o „duševně nemocných“, o „blázních“ apod. Nikdo si vlastně nedokáže stav mentálního omezení dost dobře představit a vžít se do situace osob s tímto handicapem; lze si zavázat oči a zkusit se projít po místnosti jako nevidomý, lze si zacpat uši nebo se pokusit komunikovat pouze neverbálními způsoby jako neslyšící, lze se posadit na ortopedický vozík a pokusit se zdolat určitou trasu jako tělesně handicapovaný člověk, nelze ovšem jakkoliv simulovat situaci člověka s mentálním postižením.“¹

„Být mentálně retardovaný je zpravidla považováno za absolutní stav – člověk buď je mentálně retardovaný a nebo není. Mentální deficit takového jedince je pak třeba určit, pojmenovat, natrvalo zařadit a provždy vědět, co s ním. Již letmé zkoumání obsahu mentální retardace z historické perspektivy naznačuje relativnost stavu být mentálně retardovaný.“²

¹ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. s. 109., 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

² ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost*, s. 13., 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

„Termíny jedinec s mentální retardací a jedinec s mentálním postižením se v současné české psychopedii používají jako synonyma. Samotný syndrom je pak nazýván mentální retardace. V odborné literatuře nacházíme i mnohé další termíny, a to nejen z hlediska historického, tedy dříve užívané a později – většinou pro svoji pejorativnost – opuštěné (jako např. slabomyslnost, mentální či duševní zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada aj.), ale i vztahující se k době vzniku mentální retardace (jako např. oligofrenie).“³

V současnosti se nejčastěji užívá termín mentální retardace, který je složený ze dvou slov mens=mysl, duše a retarde=opozdit, zpomalit. Toto slovní spojení se volně překládá jako opoždění duševního vývoje.

„Za mentálně retardované (postižené) 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. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje oligofrenie, která se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním, a demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku.“⁴

Mentálním postižením chápeme vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti (duševní, tělesné, sociální). Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost – různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení.

Získaná mentální retardace nebo-li demence vzniká zastavením nebo rozpadem normálního mentálního vývoje, který nastává na základě organického poškození centrální nervové soustavy v případě nemoci, úrazu, poškození. K demenci může dojít až po dosažení určité fáze vývoje a lze ji diagnostikovat až po 2. roce života. Hlavními znaky jsou: zvýšená únava, emocionální labilita, výkyvy v pozornosti, poruchy paměti a učení. Dochází k úbytku kognitivních funkcí inteligence a paměti. Demence může mít progresivní charakter a nebo se může její rozvoj zastavit.

³ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 75., 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 28., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

„Pro demenci v dětském věku se někdy užívá také označení deteriorace (zhoršení, úbytek) rozumových schopností. U dětí na rozdíl od dospělých může být negativní vliv organického poškození určitým způsobem kompenzován progresivními silami vývoje, takže demence v dětském věku se nedá považovat za irreverzibilní (nevratný) proces.“⁵

„Dalším znakem mentálního postižení je trvalost porušení poznávací činnosti. Mohou nastat případy, kdy např. těžké infekční onemocnění, otřes mozku či hladovění mohou vést k určitým poruchám nervových procesů. V důsledku toho může dojít k přechodnému porušení schopnosti duševní činnosti nebo i zpomalení duševního vývoje. Pokud tyto procesy nejsou trvalé, nejde u nich o mentální postižení a porucha s velkou pravděpodobností po celkovém zlepšení stavu sama odezní. Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“⁶

Mentální postižení je souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností. Americká asociace pro mentálně retardované používá definici: Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu s podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce. Postižení je také v oblastech, ve kterých lidé potřebují podporu. Mentální postižení se dělí na kategorie hluboké, těžké, střední a lehké. V poslední době se používá termín lidé s postižením. Tím je zdůrazňováno, že významnější než postižení je skutečnost, že takový člověk je především lidská bytost. V zahraničí se používá termín lidé s problémy v učení.⁷

Retardace se může vyskytnout společně s duševní nebo tělesnou poruchou. Mentálně retardovaní jsou častěji postižení duševní poruchou 3-4x více než v běžné populaci. Navíc jsou tito jedinci vystaveni většímu riziku tělesného (sexuálního) zneužívání. Adaptační chování je narušeno vždy, ale v chráněném sociálním prostředí nemusí být toto narušení nápadné.⁸

⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 28-29., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 29., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

⁷ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, 2005.

⁸ HLADÍLEK, JENŠÍ, 2000.

„Výchovu a vzdělávání jedinců s mentálním poškozením chápeme jako celoživotní proces. Zkušenosti speciálních pedagogů potvrzují, že hlavní a neúčinnější terapií mentální retardace je učení. „Každý národ má odpovědnost za to, aby se jeho školský systém postaral o děti se zdravotním postižením v takové úplnosti jako o děti ostatní.“ (Charta OSN, čl. 40). Základy výchovy mentálně postižených dětí spočívají v rodině. Na tento základ navazuje celá struktura speciálních zařízení, ve kterých je jedinec s mentální retardací vzděláván vzhledem k respektování jeho specifík.“⁹

„Když Goddard uveřejnil v roce 1913 svou studii o rodině Kallikatů, jistě netušil, do jaké míry až do našich časů zakořenil v lidech přesvědčení, že slabomyslnost dětí je výsledkem „zdeděných“ vlastností rodičů. Kallikak*¹⁰ byl voják, který se poprvé oženil s duševně zaostalou prostitutkou a měl s ní děti; podruhé se oženil s normální ženou, s kterou rovněž měl několik dětí. Několikeré potomstvo z prvního manželství tvořilo duševně subnormální jedinci s ubohou životní úrovní a častou delikvencí, kdežto z druhého manželství vzešli potomci s průměrnou životní historií. Tak vznikl klasický obraz slabomyslnosti, který se ještě udržuje, bez zřetele k tomu, že existují také jiné druhy duševního opoždění. Hledisko „dědičnosti“ mocně převažovalo v době kolem první světové války v názorech na nejrůznější somatické, psychické i sociální nedostatky. Byli i takoví autoři, kteří nedostatek peněz a chudobu v několika generacích těchže rodin chtěli vysvětlovat na základě dědičnosti.“¹¹

1. 1 Etiologie mentálního postižení

Příčiny mentálního postižení bývají různě členěny, např. příčiny vnitřní (endogenní), vnější (exogenní), vrozené, získané. Mentální postižení bývá způsobeno vlivy v období prenatálním, perinatálním, postnatálním. V prenatálním období nejvíce působí vlivy dědičné-hereditární. Mezi tyto vlivy patří zděděné nemoci (metabolické poruchy), které mohou vést k mentálnímu postižení, nedostatek vloh k určité činnosti (inteligence). Dalším faktorem, který vede ke vzniku mentálního postižení, jsou specifické genetické příčiny: záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy. Na základě toho dochází k mutaci genů, k aberaci chromozomů či ke změnám v jejich počtu (genové mutace). Největší skupinu příčin tvoří syndromy způsobené změnou počtu

⁹ RENOTIÉROVÁ, M., L. LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*, s. 168., 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

¹⁰ *Jde o smyšlené jméno složené z řeckých slov: „dobrý“ – „zlý“.

¹¹ DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1978.

chromozomů, tzv. trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru – dizomie, kdy jeden chromozom získáváme od otce a jeden od matky). Dále do prenatalních vlivů patří environmentální faktory a onemocnění matky během těhotenství (zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplasmóza, otravy olovem, alkoholismus...). Na vznik mentálního postižení může mít vliv i nedostatek plodové vody (oligohydromnion), vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie).¹²

Organické poškození mozku (perinatální encenfalopatie) bývá také označováno termínem lehká mozková dysfunkce a až v desetině případů vede ke vzniku mentálního postižení. Dalšími příčinami mohou být: mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie, asfyxie (nedostatek kyslíku), předčasný porod, nízká porodní váha, novorozenecká žloutenka (hyperbilirubinémie).¹³

Na postnatální příčiny (působící v průběhu života) v období po narození může působit mnoho vlivů: zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze, krvácení do mozku, Alzheimerova, Parkinsonova choroba, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické demence.¹⁴ *„Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Takovéto prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 (v komparativních studiích jednobuněčných dvojčat se objevuje pokles až o 40) bodů s tím, že pokud dojde včas k saturaci (nasycení) těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit (proto nelze definovat mentální postižení jako trvalou poruchu). Problém je v tom, že sociokulturní deprivaci trpí především děti rodičů s nižším intelektovým potencionálem, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících především lehké mentální postižení.“*¹⁵

„Specifické genetické příčiny: dominantně podmíněné, recesivně podmíněné, podmíněné poruchou sex chromozomů, podmíněné chromozomálními aberacemi. Nespecifické podmíněné poruchy: chromozomální ani metabolická vada nebyla

¹² VALENTA, MÜLLER, 2007.

¹³ VALENTA, MÜLLER, 2007.

¹⁴ VALENTA, MÜLLER, 2007.

¹⁵ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 60., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

objevena, nebylo zjištěno porodní trauma ani jiné poškození plodu či novorozence. Příčina mentální retardace zůstává neobjasněna asi v 15 až 30 % případů.¹⁶

„Celkové posouzení jednoznačně prokazuje, že nejde jen o nedostatek intelektových schopností, nelze je oddělit od celé osobnosti postiženého a je třeba si uvědomit, že se zde projevuje narušení všech dalších osobnostních kvalit, jako je zvýšená efektivita a jednoduché citové prožitky, primitivní schopnost navazovat kontakt, malá síla spontaneity, bizarní zájem o okolí a o činnosti, ale také nedostatky v oblasti pohybových dovedností včetně poruch řeči apod. A právě menší předpoklady pro rozvíjení rozumových funkcí vedou zdánlivě ke zúžení nedostatků u daného jedince při jejich globálním posuzování.“¹⁷

„Mentální postižení lze definovat z různých hledisek:

Přístup:	Definice:
biologický	postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku;
psychologický	primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě);
sociální	postižení charakteristické dezorientací ve světě ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci;
pedagogický	snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů;
právní	snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí). ¹⁸

1. 2 Klasifikace mentální retardace

„Skupina osob s mentální retardací tvoří značně různorodou menšinu vyznačující se řadou odlišností. Jedinečnost tohoto postižení tkví v tom, že je každý

¹⁶ BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ, *Psychopedie*, s. 30., 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

¹⁷ MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*, s. 114., 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.

¹⁸ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, s. 109-110., 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

mentálně retardovaný jedinec jeho svébytným představitelem. Z toho důvodu nejsou zcela jednotné ani jednotlivé klasifikační systémy. I při klasifikaci mentální retardace jsou používána různá kritéria. Nejčastějšími jsou to kritéria etiologická, symptomatologická, vývojová a podle stupně postižení. Žádný z klasifikačních systémů však nemůže být úplně přesný, protože nepracuje se všemi kritérii současně (a neoperuje – a ani nemůže operovat – s typickou variabilitou v postižení jednotlivých složek osobnosti).¹⁹

„Klasifikace podle vývojových období vychází z jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací (předškolní věk a jeho zvláštnosti vývoje, mladší školní věk, starší školní věk, adolescence). Při popisování zvláštností jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací je potřeba vycházet ze znalostí vývojových období intaktní populace a ze zákonitostí, jimiž se procesy vývoje řídí. Další členění je podle chování na: eretické (verzátilní), torpidní (apatické), nevyhraněné. Pro současnou speciálněpedagogickou praxi je nejpoužívanější klasifikace dle stupně mentálního postižení. Orientačně se jednotlivé stupně mentální retardace ohraničují inteligenčním kvocientem (IQ) a mentální retardace se obvykle charakterizuje jako disproporce chronologického a mentálního věku. Mentální vývoj postiženého dítěte neprobíhal v tom tempu jako vývoj chronologický.²⁰

„V současné době se používá členění podle desáté revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 a platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno F. Oddíl F 70-F 79 je pak celý věnován mentální retardaci a toto označení je považováno za základní kód. Hlavním hlediskem, které se zde používá, je opět stanovení inteligenčního kvocientu. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují stupeň mentální retardace jen přibližně. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má

¹⁹ MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*, s. 9-10., 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0207-6.

²⁰ BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ, *Psychopedie.*, s. 31., 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

odpovídat současnému stavu duševních funkcí (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů Desátá revize 1993).²¹

„Pojem mentální retardace je jediný oficiální, starší ekvivalenty oligofrenie, slabomyslnost, rozumová zaostalost apod. by se neměly již v terminologii používat. Mentální retardace je Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí vymezena hodnotami IQ do 69 bodů, nadále se však užívá nepřesně a zahrnuje skupinu osob pohybující se v pásmu podprůměrného intelektu s IQ pod 85 bodů.“²²

„Hlavně při komunikaci s veřejností či rodiči se dnes doporučuje používat místo pojmu mentálně retardovaný (mentálně postižený) označení osoba s mentálním postižením, což vychází ze všeobecného konceptu speciální pedagogiky i dalších společenských disciplín, kdy hlavně při „styku navenek“ používáme odvozeniny označení osoba se zdravotním postižením (dítě s dyslexií a nikoliv dyslektik, dítě s autismem a nikoliv autista...). Počátek tohoto humanizačního trendu lze vidět kromě jiného ve snahách Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, která již na svém prvním kongresu v Montpellier v roce 1967 hovoří o tom, že člověk s mentální retardací je především lidská bytost a teprve až na druhém místě je i defektní.“²³

Klasifikace mentální retardace rozlišuje pět stupňů postižení intelektu: lehce mentálně retardovaní (IQ 50-69) mohou užívat řeč účelně v každodenním životě, mluvu si většinou osvojují opožděně. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v domácích dovednostech. Hlavní potíže jsou při teoretické práci ve škole, mají specifické problémy se čtením a psaním. Vhodné je procvičovat rozvíjení dovedností a kompenzování nedostatků. U osob s lehkou mentální retardací se mohou projevit i přidružené chorobné stavy: autismus, epilepsie, poruchy chování, tělesná postižení. Tato diagnóza zahrnuje: slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu, lehkou oligofrenii (dříve debilitu).²⁴

Pozitivní vliv na socializaci má výchovné působení a rodinné prostředí. Lidé s lehkou mentální retardací se mohou vzdělávat v základní škole praktické nebo mají možnost integrace do běžné základní školy. Dále mohou vystudovat jednoduché učební obory nebo se zaškolit v lehkých manuálních činnostech. Mnoho dospělých se

²¹ BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ, *Psychopedie*, s. 31., 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

²² BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ, *Psychopedie*, s. 33., 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

²³ VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*, s. 62., 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

²⁴ ŠVARCOVÁ, 2006.

začlenění do běžného života a mohou zvládat sociální vztahy. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80 %, v populaci 2,6 %.

U jedinců patřících do kategorie středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) je opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Omezena je schopnost starat se sám o sebe, jsou obtíže ve školní docházce. Při odborném vedení se mohou naučit základy čtení, psaní, počítání. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, ale nejsou schopni úplně samostatného života. Jsou zde rozdíly ve schopnostech, někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v sensoricko-motorických dovednostech než v činnostech závislých na verbálních schopnostech. U středně těžké mentální retardace se může projevit dětský autismus, pervazivní vývojové poruchy, tělesné postižení, epilepsie, psychiatrická onemocnění. Tato diagnóza zahrnuje: středně těžkou mentální subnormalitu, středně těžkou oligofrenii (dříve imbecilita).²⁵

Lidé se středně těžkou mentální retardací nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Dochází u nich k značnému omezení psychických procesů a poruch pozornosti. Je výrazné narušení afektivní sféry a častá impulzivita.

Těžce mentálně retardovaný (IQ 20-34) má výrazně sníženou úroveň rozumových schopností, vzdělávání je omezené. Jsou zde přidružené poruchy motoriky, vadný vývoj ústředního nervového systému. Prostřednictvím výchovy, vzdělávání, systematické a rehabilitační péče je možné přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a zlepšení kvality jejich života. Tato diagnóza zahrnuje: těžkou mentální subnormalitu, těžkou oligofrenii.²⁶

U těžké mentální retardace bývá narušená CNS, postižení je rozsáhlejší a komplexnější. Vyskytují se velké problémy s výchovou. Tito lidé většinou nejsou schopni systematického vzdělávání, obtížně se učí i hygienické návyky a samoobslužné činnosti. Nejsou schopni se zapojit do jednoduchých pracovních činností.²⁷

Společné znaky pro těžkou mentální retardaci: malformace CNS, poškození zárodečné buňky, psychomotorický vývoj opožděn už od předškolního věku, velká pohybová neobratnost, pracné osvojování koordinace pohybů, somatické vady, minimální rozvoj komunikačních schopností, výrazné narušení afektivní sféry (impulzivita, změny nálad), poruchy pozornosti, omezení psychických procesů. Lidé

²⁵ ŠVARCOVÁ, 2006.

²⁶ ŠVARCOVÁ, 2006.

²⁷ NÝVLTOVÁ, 2010.

s tímto postižením potřebují celoživotní péči buď blízké osoby nebo ústavní péči. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7 %, v populaci 0,3 %.

Lidé s hlubokou mentální retardací (IQ 20) jsou velmi omezeni ve schopnosti porozumět požadavkům nebo jim vyhovět, jsou omezeni v pohybu a komunikují převážně neverbálně. Mají malou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Potřebují neustálou pomoc a dohled. Oblast vzdělávání je omezená, IQ nelze změřit, ale předpokládá se nižší než 20. Postižení jsou schopni dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových dovedností a při dopomoci sebeobslužných činností. Dále se u nich mohou objevit neurologické nebo tělesné nedostatky, epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání, pervazivní vývojové poruchy (atypický autismus). Tato diagnóza zahrnuje: hlubokou mentální subnormalitu, hlubokou oligofrenii (dříve idiocii).²⁸

U hluboké mentální retardace se projevuje nonverbální komunikace bezesmyslu, jako jsou např. výkřiky, grimasy. Dochází k sebepoškozování. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1 %, v populaci 0,2 %.

Jiná mentální retardace *„tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.“*²⁹

Nespecifikovaná mentální retardace *„tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. Zahrnuje: mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, oligofrenii NS.“*³⁰

1. 3 Syndromy spojené s mentální retardací

Downův syndrom *„je nejznámějším a nejčastěji popisovaným syndromem způsobeným změnou počtu chromozomů. Jde o poměrně vysoký výskyt, v populaci osob s mentálním postižením se udává asi pětiprocentní, riziko jeho vzniku stoupá se zvyšujícím se věkem matky. Downův syndrom může být diagnostikován před narozením dítěte. Hloubka mentálního postižení je různá, nejčastěji jde o lehkou a střední mentální retardaci, která nekoreluje s počtem tělesných znaků, je však do*

²⁸ ŠVARCOVÁ, 2006.

²⁹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 36., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

³⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 36-37., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

*jisté míry ovlivňována výskytem nemocí a zdravotních komplikací. Mezi nimi jsou vrozené srdeční vady, žaludeční a střevní abnormality, nystagmus, vrozená katarakta, myopie, převodní nedoslýchavost až ztráta sluchu, poruchy štítné žlázy aj.*³¹

*„Příčina Downova syndromu je známá od r. 1959 zásluhou trojice francouzských badatelů, kteří zjistili u postižených jeden nadpočetný chromosom ve všech buňkách. Jde o tzv. malý akrocentr, autosom č. 21. Má-li zdravý jedinec 46 chromosomů, má jich nositel Downova syndromu 47. Zmíněný chromosom vytváří s normálním párem č. 21 trojici – trisomii 21.“*³² Downův syndrom patří mezi tzv. geonomové choroby. Vzniká na základě numerických chromozómových aberací (mutací). Z genetického hlediska se lidé s tímto syndromem liší od ostatních stavbou buněk.³³

Syndrom fragilního X chromozomu je považován za častou příčinu mentální retardace, která je geneticky podmíněna s tím, že se nejčastěji vyskytuje u mužů, ženy mohou být přenašečky. Může být diagnostikován před narozením z krve plodu. U jedinců se syndromem fragilního X chromozomu mohou být společné tělesné znaky: úzký obličej, velké uši, vysoce klenuté patro, vyčnívající čelo, velký obvod hlavy, zvětšená varlata, zhoršená svalová koordinace, abnormality chůze a řeči. Děti s tímto syndromem mají vysoký (pronikavý) hlas, trpí poruchami pozornosti. Často se vyskytuje ve spojení s autismem. Mentální retardace bývá v širším pásmu od lehké po těžkou.³⁴

*Rettův syndrom „je geneticky podmíněné neurodegenerativní onemocnění, které postihuje téměř výhradně ženy, ale které se může vzácně vyskytnout i u mužů. Jde o pervazivní vývojovou poruchu spojenou s těžkým progresivním neurologickým postižením. Lze jej laboratorně odhalit, ale dostupnost je značně omezena. Psychomotorický vývoj bývá v počátcích zcela v normě, kolem jednoho roku života i dříve (pak jde o hlubší postižení) dochází u dítěte postupně k úplné nebo částečné ztrátě manuálních a verbálních schopností.“*³⁵

Rettův syndrom byl poprvé popsán až v 60. letech minulého století. V prvních pěti měsících života se děti trpící touto poruchou vyvíjejí zdánlivě normálně a nevykazují žádné psychické poruchy. Dokáží si osvojit řeč a psychomotorické

³¹ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 89-90., 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

³² BLAŽEK, B. a J. OLMROVÁ. *Světy postižených*, s. 5., 1. vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1988.

³³ NÝVLTOVÁ, 2010.

³⁴ ČERNÁ, 2008.

³⁵ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 91., 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

+In: RABOCH, ZVOLSKÝ 2001.

schopnosti stejně jako ostatní zdravé děti. Pak dochází k postupnému zhoršování jejich stavu, dochází ke ztrátě již osvojené řeči a dalších schopností, které se dosud naučily. Nastává výrazný úbytek všech kognitivních schopností, koordinace chůze a pohybu trupu. Osud dětí trpících touto poruchou končí nepohyblivostí a invaliditou.³⁶

„Mezi společnými tělesnými znaky je zpomalený růst hlavy, stereotypní kroutivé pohyby rukou (naznačující mytí rukou), nedostatečné žvýkácké pohyby, problémy s dýcháním, ztráta řeči. V období školního věku je sklon k vývoji ataxie trupu, častá je skolióza, choreatetoidní pohyby, apraxie a epileptické záchvaty, které jsou jednou z příčin zhoršování stavu.“³⁷

Typickým rituálem je vkládání rukou do úst. Časté jsou výkyvy nálad, záchvaty smíchu či záchvaty agresivity. Obtížně se stanovuje stupeň mentální retardace. Dívky s Rettovým syndromem jsou vychovatelné, do jisté míry i vzdělatelné a protože se jejich záchvatovité stavy s léty snižují až vymizí, je pro ně vhodná integrace v kolektivu, komunitě nebo rodině.

Angelmanův syndrom *„je vzácné chromozomální genetické postižení charakterizované vrozenou mentální retardací (v pásmu těžkém až hlubokém) s absencí řeči, provázené svalovými abnormalitami, opožděným motorickým vývojem, epileptickými záchvaty, ničím nevyvolanými výbuchy smíchu, neobvyklými rysy obličeje.“³⁸*

„Mezi hlavní znaky patří: komunikace převážně nonverbálně, opožděný psychomotorický vývoj, problémy s pohybem, mávání horními končetinami, zvláštní chování, velmi často se usmívají, obvykle mají šťastnou náladu. Velmi problematický je nácvik udržení čistoty. Kolem 3. roku se objevují záchvaty, abnormální EEG. Časté je šilhání, velký jazyk, špatný sací reflex a problémy s polykáním. Vyskytují se mimovolné pohyby úst, široce posazené zuby. Po několik desetiletí byly zkoumány chromosomy těchto dětí a až v roce 1997 se podařilo identifikovat jisté odlišnosti v 15. chromosomu, ve kterém se vyskytuje tzv. Angelmanův gen. V mnoha laboratořích se zabývají dalším zkoumáním AS, především příčinou jeho vzniku. AS postihuje stejně děvčata i chlapce. Děti potřebují celoživotní asistenci, je nutno s nimi pracovat, jsou schopny stále zlepšovat své dovednosti.“³⁹

³⁶ NÝVLTOVÁ, 2010.

³⁷ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 91., 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

³⁸ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 92., 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

³⁹ *Angelmanův syndrom*. [online]. 2010-2011 [cit. 2013-12-04]. Dostupné z: <http://hope.jex.cz/menu/nemoci-a-postizeni/angelmanuv-syndrom>.

Prader-Williho syndrom patří mezi chromozomální postižení, které bývá pátým nejčastěji diagnostikovaným syndromem po narození dítěte. Častěji se vyskytuje u chlapců. Děti bývají hypotonické a hypotrofické, kolem druhého roku se objevuje hyperfagie. Později se objevuje obezita se sklony k agresivitě. Mezi tělesné znaky patří: krátké končetiny, lahvovité prsty, úzké čelo, buclaté tváře, malá sexuální aktivita. Mentální retardace se pohybuje v širokém pásmu od lehké po hlubokou.⁴⁰

Syndrom kočičího křiku „patří mezi chromozomální poruchy, je nazván podle typického hlasového projevu – křiku, který je důsledkem hypoplazie hlasivek. Projevuje se zvláště v dětství, s pokračujícím věkem jedince mizí. Ainsworth, Baker (2004) uvádějí, že mnozí takto postižení se nedožívají dospělosti. Mezi typickými tělesnými znaky jsou zmiňovány: malá hlava, nízko posazené uši, šikmé oči, široké obočí, abnormálně malé čelisti. Problémy se projevují v kognitivní, řečové i motorické oblasti. Randal et al. (2004) zmiňuje též růstové nedostatky, celkovou svalovou hypotonii, psychomotorickou retardaci, časté respirační a ušní infekce. Mentální retardace bývá v pásmu těžkém až hlubokém.“⁴¹

Klinefelterův syndrom se vyskytuje pouze u mužů, jedná se o poruchu počtu pohlavních chromozomů. Klinefelterův syndrom patří mezi chromozomální aberace. Diagnostikován bývá až v pubertě. Charakteristická jsou malá varlata, chybějící spermatogeneze, zbytnění prsní žlázy, krátký trup, gracilní končetiny, obezita. Postižena je i řeč, která je opožděná, s tím souvisejí specifické poruchy učení (dyslexie). Mentální retardace bývá v pásmu lehkém. Mnoho mužů je intelektově v normě.⁴²

Turnerův syndrom „patří mezi chromozomální poruchy vyskytující se u žen, je provázen poruchami v oblasti sexuální: pohlavní orgány jsou infantilní, nedochází k vývoji sekundárních pohlavních znaků – prsů. Mezi tělesnými znaky se uvádí zpomalený růst, malá tělesná výška, nápadná kožní řasa na krku. Randal et al. (2004) zmiňuje snížené fetální hormony, poruchy ledvinového a kardiovaskulárního systému, u jedinců s tímto syndromem se objevuje strabismus, dysfunkce hrubé i jemné motoriky, opoždění v pohybovém vývoji, v senzomotorické integraci a různé řečové poruchy.“⁴³

⁴⁰ ČERNÁ, 2008.

⁴¹ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 92-93., 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁴² ČERNÁ, 2008.

⁴³ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, s. 93., 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

1. 4 Četnost osob s mentálním postižením v naší populaci

Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Stoupá počet osob s mentální retardací, nejen u nás v České republice, ale i ve světě. Tento nárůst může být i na základě lepší evidence osob s mentálním postižením. Vzrůst počtu postižených je i díky lepší péči pediatrů o novorozence, jejímž výsledkem je snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Vzhledem k stále se zdokonalující lékařské péči o děti v nejranějším věku se zachraňují i děti, které by bez intenzivní péče nezůstaly naživu.⁴⁴

„Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3 % občanů, z nich největší počet – téměř 2,6 % - připadá na postižené lehkou mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1-0,2 % v populaci. Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských zemí. V Národním plánu opatření ke snížení negativních důsledků zdravotního postižení z roku 1993 bylo uvedeno, že přesný statistický údaj o počtech lidí s jednotlivými druhy zdravotního postižení není k dispozici, na základě kvalifikovaných odhadů se však předpokládá, že v naší republice žije asi 300 tisíc osob s mentálním postižením.“⁴⁵

„Pokud jde o jednotlivá ontogenetická období, nejvíce mentálně retardovaných se vykazuje ve školním věku, který klade specifické požadavky na intelekt a umožňuje průkazná srovnání úrovně rozumových schopností mezi jednotlivými žáky. V předškolním věku ještě nejsou všechny mentálně postižené děti (s výjimkou těžce a hluboce postižených) rozpoznány a evidovány. V adolescenci a ve věku dospělosti už dochází ke splývání osob s lehčí mentální retardací s ostatní populací a ti mentálně opoždění, kteří se úspěšně zařadili do sociálních vztahů, už za mentálně retardované zpravidla nebývají považováni.“⁴⁶

„Přesný počet lidí s mentální retardací, kteří žijí v České republice, není znám, neboť jejich evidence není úplná a jejímu vytváření zabraňuje nutnost dodržení lékařského tajemství. Podle údajů Národní rady zdravotně postižených (NRZP, 2004) se mentální postižení v České republice vyskytuje u 294 231 osob a lidé s mentálním

⁴⁴ ŠVARCOVÁ, 2006.

⁴⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 39., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

⁴⁶ Tamtéž, s. 39.

postižením tvoří nejpočetnější skupinu mezi dalšími skupinami osob se zrakovým, sluchovým nebo pohybovým postižením.⁴⁷

1. 5 Psychologické zvláštnosti osob s mentální retardací

„Z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci netvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.

Lehká a střední mentální retardace se klinicky projevuje zejména:

- *zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků;*
- *sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů;*
- *sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí;*
- *těkavostí pozornosti;*
- *nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování;*
- *poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace;*
- *impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování;*
- *citovou vzrušivostí;*
- *nedostatečnou rozvinutostí volných vlastností a sebereflexe;*
- *sugestibilitou a rigiditou chování;*
- *nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“;*
- *opožděným psychosexuálním vývojem;*
- *nerovnováhou aspirací a výkonů;*
- *zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí;*
- *poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci;*
- *sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky.*⁴⁸

⁴⁷ LEČBYCH, M. *Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením*. [online]. Olomouc, 2006. [2013-10-28]. Rigorózní práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra psychologie Filozofické fakulty. Dostupné z: http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/rigorozni_PZ.pdf

⁴⁸ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 39-41., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

„I u lidí s těžkou mentální retardací se projevují individuální rozdíly a charakteristické chování. Vzhledem k výraznému omezení všech jejich schopností a zejména k jejich velmi malé schopnosti komunikovat a vyjádřit vlastní pocity a potřeby je velmi těžké tyto individuální zvláštnosti obvyklými metodami diagnostikovat. Rodiče, učitelé, vychovatelé a zdravotničtí pracovníci, kteří s osobami s těžkým hlubokým mentálním postižením žijí a pracují, často dokážou tyto rozdílnosti vnímat i výstižně charakterizovat.“⁴⁹

Postižení lidé mají stejné potřeby jako ostatní lidé, ale někdy jsou pro své funkční nebo orgánové postižení znevýhodněni a nemohou své potřeby realizovat obvyklým způsobem. Nemožnost realizovat běžné lidské potřeby vede k frustraci, deprivaci. Zdravotně postižený člověk potřebuje v individuální míře určitou pomoc či kompenzaci při uspokojování svých potřeb. Tato pomoc se týká např. zpřístupnění vzdělání, pracovního uplatnění, kulturního vyžití, nebo vyrovnání příležitostí např. seberealizace, společenské uplatnění.⁵⁰

Při mentální retardaci se rychleji vyvíjí rigidita u jednotlivých oblastí dynamického systému osobnosti, což se negativně projevuje v určité strnulosti reakcí, perseveraci, konkrétnosti a stereotypnosti chování retardovaného. Rigiditu podmiňuje prostředí a motivace jedince. Můžeme ji najít např. v přání ústavně umístěných mentálně retardovaných jedinců udržet si kontakt s dospělými. Rigidita může spočívat v emoční a duševní deprivaci duševně opožděných než ve faktorech organických. U mentálně retardovaných dětí převažuje tendence reagovat negativně nebo pozitivně nežli u dětí normálních. Mentálně retardovaní potřebují mnohem větší pochvalu a povzbuzení, aby byly snižovány jejich negativní tendence.⁵¹

„Ve volných projevech mentálně retardovaných jedinců je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulsivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volných činností.“⁵²

1. 6 Prevence vzniku mentálního postižení

Prevence představuje opatření, kterým se snažíme předcházet nemoci, situaci, negativnímu jevu. Při prevenci vzniku mentálního postižení se snažíme zamezit vzniku

⁴⁹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 41., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

⁵⁰ NOVOŠAD, 2000.

⁵¹ DOLEJŠÍ, 1983.

⁵² VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*, s. 84., 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady. Patří sem prevence ve zdravotní péči (prenatální, perinatální, postnatální), zdravý životní styl, snaha předcházet infekčním onemocněním.

Desatero zásad, jejichž dodržováním lze předcházet vzniku mentálního postižení:

1. Žena by měla navštívit lékaře minimálně 3 měsíce před plánovaným otěhotněním.
2. Těhotná žena by měla jíst vyváženou stravu (ovoce, zelenina, vícezrnný chleba, luštěniny, mléčné výrobky, ryby, maso).
3. Neměly by se pít alkoholické nápoje.
4. Ochrana očkovaním proti zarděnkám, hepatitidě typu B. Nutné přeočkování proti spalničkám.
5. Nekouřit (kouření brání v normálním růstu dítěte).
6. Navštívit genetickou poradnu, v případě je-li žena starší 35 let, nebo v případě, jestli se v rodině vyskytuje genetické onemocnění.
7. Neužívat léky bez předchozí konzultace s lékařem.
8. Vyhýbat se RTG.
9. Neonemocnět infekční nemocí, protože může způsobit vážné poškození zdravotního stavu dítěte. Pozor na onemocnění přenášena sexuálním stykem (hrozí poškození mozku dítěte).
10. Pravidelné návštěvy lékaře.

Prevence spadá nejen do oblasti lékařství, ale i do sociologie, psychologie, školství, kultury, ekonomiky a právní oblasti. Myslí se tím právo na volbu partnera, fyzicky i psychicky zdravý vývoj rodiny. Této oblasti se dotýká eugenika, která by se neměla zaměřovat na násilnou biologickou selekci, ale měla by se řídit etickými společenskými normami a měla by zajišťovat každému jedinci možnost normálního života. Podle zásad vhodného výběru partnerů, tělesného, duševního zdraví a respektování lidské důstojnosti. Někteří odborníci tvrdí, že se selekcí dosáhne lepší zdravotní i psychické úrovně, jiní toto tvrzení popírají a přiklánějí se k názoru, že pozdějším přirozeným výběrem dochází u potomků defektních rodičů k normalizaci, tj. že se u potomků defekty ztrácejí.⁵³

⁵³ LANGER, 1990.

1. 7 Vliv duševního vývoje na rozvoj osobnosti

„Pro příznivý vývoj člověka je podstatné, aby byl při narození normálně vyvinutý a všechny tělesné i duševní funkce se mohly dále optimálně rozvíjet. Současně je potřeba vzít v úvahu, že jednotlivé oblasti se mohou zdokonalovat různě rychle a nesterilně, což závisí na kvalitě zděděného základu, ale také na tom, jaké má jedinec příležitosti k vykonávání určitých aktivit. Může být pohybově obratnější a rychlejší či naopak méně šikovný a pomalejší, což je ovlivněno nejen dědičně, ale také příležitostmi a hlavně včasností navazování kontaktu s dítětem s určitým nedostatkem a s jeho zapojováním do té nebo oné činnosti (např. hra s legem, kreslení, modelování, konstruování). Obdobně není lhostejné, zda se o své zdravé dítě od jeho narození rodiče zajímají a zda je zahrnují přiměřenými slovními podněty, ale i zpíváním. Pokud postupují vhodně, jsou dány nejen možnosti pro náležitý rozvoj řeči, ale je stimulováno i emocionálně, prožívá spokojeně každý den a tím se u něho vytváří pocit bezpečí.“⁵⁴

„Také handicapované malé či větší dítě, dospívající či dospělý, který je ve svém duševním vývoji omezen nebo opožděn, ať již od narození nebo z pozdějšího období, potřebuje pro přiměřený rozvoj, v němž by se mohly uplatnit jeho, i když v určitých směrech pozmeněné možnosti, včasné a kvalitní prostředí i výchovné vlivy. Je pro něho charakteristické celkové postižení jednotlivých duševních funkcí, které je nejzávažnější v poznávacích projevech, takže je narušen intelektuální vývoj, současně je zasažen rovněž vývoj tělesný. Celková retardace má různé příčiny a zahrnuje různé typy i stupně. Je podstatné, aby rodiče věděli, jak s dítětem zacházet, neboť systematická pomoc má jednoznačně pozitivní vliv na jeho další vývoj a na podchycení postižení v oblasti duševní. Podle údajů Světové zdravotnické organizace zahrnuje 2-3 % populace. Vzhledem k odlišnosti mezi handicapovanými musí být výchovné působení přísně individuální, podpůrné a současně optimistické. Např. při výzkumu japonských debilních až imbecilních dětí bylo prokázáno, že je nutné probudit v nich zájem alespoň o jednu oblast, aby se ovlivnil kladně jejich další celkový vývoj. Obdobné zkušenosti zaznamenali v Dánsku, kde spojovali tělesně emocionální prožitky a aktivitu mládeže. V USA a v Itálii se osvědčuje začlenění těchto dětí mezi zdravé spolužáky v základní škole. V předmětech, kde nestačí, je jim věnována speciální pomoc a výuka je pro ně speciálně upravena a koná se v samostatných třídách.“⁵⁵

⁵⁴ MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*, s. 114., 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.

⁵⁵ MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*, s. 114-115., 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.

1. 8 Kazuistický příběh

„Dvě sestry, Romana (38) a Irena (37), které se narodily s mentálním postižením středního stupně, strávily více než 20 let v ústavní péči. V době, kdy je matka po rozvodu do ústavu umístila, šlo o běžné standardní řešení, které doporučovali rodičům takových dětí i lékaři. U obou sester se projevíly symptomy citové deprivace, i když v různé míře a formě; zatímco Irena reagovala spíše přecitlivěle a objevovaly se u ní obvyklé projevy hospitalismu (bezděčné kývavé pohyby, submisivní reakce na jakékoliv příkazy), Irena trpěla pravidelnými hysterickými záchvaty, které byly zpravidla okamžitou reakcí na nějakou neuspokojenou potřebu. Poté, co se matka přestěhovala do většího bytu a ustálila se rodinná situace, rozhodla se vzít si obě dcery do domácí péče, když je předtím pravidelně několikrát za rok v ústavu navštěvovala a doma trávily také období Vánoc a letních prázdnin. Podmínky, do kterých se Romana s Irenou z ústavy vracely, byly sice téměř na pokraji sociální únosnosti, ovšem snížení komfortu a životního standardu považovaly obě sestry prakticky za zanedbatelné a nevýznamné ve srovnání s možností žít v domácím prostředí, ve vlastní rodině, mimo zdi ústavu. I po několika letech obě vidí tuto příležitost jako hodnotu značně převyšující výhody, které jim mohlo nabídnout prostředí ústavní péče.“⁵⁶

1. 9 Specifika života lidí s mentálním postižením

„V diagnostických zprávách psychologů nebo psychiatrů se u osob s mentálním postižením často objevuje zjištění časové, prostorové i osobní dezorientace. Tímto slovem by se ve stručnosti dala popsat i situace mentálně handicapovaného jedince v sociálním prostředí majoritní společnosti. Dospělý člověk s mentálním postižením může u neznámých lidí snadno vyvolat rozpaky svým poněkud zvláštním chováním. Častokrát jsou tito lidé považováni za jakési přerostlé děti a s touto představou k nim někteří nepostižení i přistupují (Vágnerová, 2004). Mentálně handicapovaný dospělý je ale skutečně dospělý. Jakkoliv může být jeho chování dětské a fyzickému věku neadekvátní, přece jenom i takový člověk má za sebou životní zkušenost stejně starého nepostiženého jedince a jeho pohled na svět nelze s pohledem dítěte rozhodně srovnávat. Přestože o tom řada lidí pochybuje, i jedinci s mentálním handicapem jsou osobnosti, které mají kromě jiného své sexuální, duchovní a kulturní

⁵⁶ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, s. 120., 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

potřeby, jež jim nikdo nemá právo upírat, naopak jim musíme pomáhat v hledání vhodných a přiměřených cest k jejich uspokojování.⁵⁷

„Jedním z hlavních problémů osob s mentálním postižením je v různé míře omezená schopnost samostatně a bez cizí pomoci zvládat řešení běžných životních situací. Často si dokonce neosvojily ani základní dovednosti potřebné pro samostatný a nezávislý způsob života. V závislosti na hloubce postižení, ale i na kvalitě výchovně vzdělávací péče a také na složitosti životního stylu a míře vstřícnosti okolní společenské komunity potřebuje člověk s mentálním handicapem určitou míru pomoci, podpory, příp. i péče pramenící z porozumění jeho potřebám. Vzhledem k omezení schopnosti komunikace u těchto osob je právě porozumění jejich potřebám a přáním někdy velice složité a existuje veliké riziko manipulace ze strany nepostižených lidí, kteří tak jednájí třeba i nezáměrně a v dobrém úmyslu. Mentálně postižení jedinci bývají zpravidla vysoce sugestibilní, a protože nejsou zcela schopni domýšlet a včas přiměřeně hodnotit následky svého jednání, stávají se také snadno zneužitelnými.“⁵⁸

V chování mentálně handicapovaných je velká emocionalita, která se stává jistou formou kompenzace deficitu racionální složky osobnosti. Tito lidé jsou velmi spontánní a otevření, bezelstní a velmi bezbranní. Přes všechna omezení a snížené schopnosti jsou lidé s mentálním postižením především lidmi, kteří mají prakticky stejné potřeby jako všichni ostatní a mají právo na jejich adekvátní saturaci. Mnoho z nich může žít samostatný a nezávislý život, mohou pracovat, navazovat partnerské vztahy, cestovat, sportovat, věnovat se koníčkům. Najdeme mezi nimi také hudební, výtvarné a sportovní talenty.⁵⁹

Omezení vznikající z mentální retardace jsou odlišná u každého jedince, stejně jako se liší dovednosti u zdravých lidí. U lidí mírně postižených jsou jejich schopnosti přijímat nové znalosti a informace zachovány, i když jsou jejich dovednosti pomalejší. V dospělosti mohou vykonávat řadu zaměstnání např. ošetřování zvířat, práce v prádelnách, pomocníci v knihovnách, úředníci pro zakládání dat, poštovní úředníci, údržbáři textilních strojů, skladníci, kuchaři, prodavači, dělníci, opraváři. V České republice se na trhu práce vyskytuje velmi málo zaměstnaných lidí s mentální retardací. Tento problém setrvává na základě vyčleňování těchto lidí do speciálních programů, kde nemají možnost naučit se nic o volbě povolání, ani se naučit přiměřené

⁵⁷ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, s. 117., 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

+In: MARKWICK, PARRISH, 2003.

⁵⁸ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, s. 117-118., 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

+In: VÁGNEROVÁ, 2004.

⁵⁹ SLOWÍK, 2007.

sociální návyky pro snadnější a úspěšnější získání zaměstnání. Speciální školy jim také nedostatečně pomáhají a velmi málo je připraví pro budoucí povolání. Často se ani v jejich bydlišti nevyskytuje vhodné pracovní uplatnění. Velký problém je i na straně zaměstnavatelů, kteří s touto problematikou nejsou dostatečně seznámeni a nemají pracoviště uzpůsobené pro zaměstnávání takovýchto jedinců. V posledních letech dochází k rozvoji podporovaného zaměstnávání, kde odborníci pomáhají lidem s mentální retardací najít a udržet si práci. Je potřeba myslet na to, že i tyto osoby mají stejná práva na zaměstnání jako kdokoliv jiný a zákaz diskriminace je stanoven zákonem. Lidé s mentální retardací potřebují více času ke zvládnutí úkolů spojených s jejich náplní práce. Po získání zkušeností a praxe je práce těchto lidí velmi kvalitní. Další možností je vznik - job coach, což je odborník, který v rámci podporovaného zaměstnávání podporuje tyto zaměstnance a je jim nápomocný v době zaškolování. Jako zaměstnanci jsou tito lidé velmi spolehliví a stálí pracovníci, jsou velmi loajální.

2 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

„Komunikace patří k nejvýznamnějším prostředkům socializace i enkulturace člověka a řeč již tradičně bývá označována za nástroj myšlení, a proto je narušená komunikace vždy značným psychosociálním problémem jedince i jeho prostředí.“⁶⁰

„Komunikaci můžeme dělit podle nejrůznějších klíčů například na komunikaci formální či neformální, kompetitivní či kooperující, symetrickou či asymetrickou, harmonickou či konfliktní atd. V praxi se nejvíce ujalo dělení z hlediska komunikačních kódů a sice na komunikaci verbální a nonverbální (tzv. řeč těla rozšířenou někdy ještě o komunikaci zvukem a činem). Verbální komunikace je záležitostí pouze lidskou a spočívá ve sdělování myšlenek a přestože jejím prostřednictvím získáváme jen něco kolem deseti procent všech sdílených informací, je z kvalitativního hlediska nejdůležitějším komunikačním kódem. Protože nejvlastnějším materiálem verbální komunikace jsou pojmy (nejobecnější významy slov), které si utváříme na základě vyšších myšlenkových operací jako je analýza, syntéza, kategorizace, generalizace, je pojmotvorný proces a tím i z větší části verbální komunikace nedostupná jedincům s hlubším stupněm mentálního postižení. Z tohoto důvodu je pro psychopeda velmi důležitou schopností využívat prostředky zvukové komunikace a řeči těla (komunikace činem je pro svoji symboliku z hlediska těchto potřeb zcela zanedbatelnou).“⁶¹

„Zvukovou komunikaci (cca 40 % sdílených informací) lze dále strukturovat na extralingvistickou komunikaci (zvuk je nositelem významu – např. „pochvalné zabručení“ znamená vyjádření souhlasu, zájmu, pochválení činnosti) a mnohem důležitější paralingvistickou komunikaci, kde nositelem významu jsou tzv. prozodické systémy řeči (též modulační faktory řeči) jako je melodie a rytmus řeči, dynamika řeči, výraz, ticho, pauza. Tyto prostředky jsou v komunikaci dostupné i jedincům s hlubším stupněm mentálního postižení (dokonce jejich prostřednictvím „komunikujeme“ i se zvířaty, třeba s „domácími mazlíčky“ apod.). Například jedinci s Downovým syndromem jsou velmi citliví na tyto modulační faktory řeči a doporučuje se jich hojně využívat při reedukaci jejich orální řeči. Řeč těla (body language) jakožto nonverbální komunikace je z pohledu fyziologie nejen záležitostí kortikální, ale vzhledem k tomu, že je z fylogenetického hlediska mnohem starší funkcí než orální řeč, jako taková obsahuje také mozkový kmen a limbický systém, a patří do oblasti zoosféry, tj. je dána nejen druhu homo sapiens, ale i „dalším živočichům“. Mezi prostředky „body language“ patří

⁶⁰ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 150., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁶¹ Tamtéž, s. 150.

proxemika (komunikace tělesnou vzdáleností), haptáky, mimika, gestika, kinezika a posturika (komunikace pohyby a postavení těla) a dále také parametry neurovegetativní (např. pocení, zrudnutí), věcné (komunikace prostřednictvím manipulace s věcmi jako jsou brýle, cigareta, šálek kávy) či fyziognomické (typologie, oblečení a módní doplňky, tetování, účes).⁶²

Z uvedených prostředků „body language“ hraje v komunikaci osob s těžším mentálním postižením důležitou roli gestika (systémy: Makaton, Haptika). Dotyky jsou pro rozvoj postiženého nepostradatelným motivačním, stimulačním i komunikačním prostředkem. Program pracující s haptikou, který praktikuje dotykovou terapii „Láska v rukách“, je zaměřen na rozvoj komunikace mezi dítětem s postižením a jeho matkou. Ve světě existuje projekt Snoezelen, který též pracuje s haptikou.⁶³

„Porucha řeči je jedním se symptomů mentálního postižení (popř. dalších duševních poruch), proto v tomto směru hovoříme o symptomatické poruše řeči, jejíž charakter závisí na mnoha faktorech, z nichž determinující roli hrají etiologie poruchy a její stupeň. Pokud si pro rámcový přehled zjednodušíme řeč (a její poruchy) na faktory obsahové a formální, pak z pohledu etiologie mentálního postižení, kterou si také zjednodušíme na hereditární, encefalopatickou a deprivativní, můžeme říci: jedinci s hereditární formou mentálního postižení mají největší problémy s obsahem řeči, slovní zásobou, intelektualizací (jejich řeč je na nižší ontogenetické úrovni), ovšem po formální stránce (artikulace, využití modulačních faktorů řeči) může jejich řeč, až se zpožděním, dosáhnout normy, vždy však záleží na stupni postižení. U dětí s Downovým syndromem se navíc udávají odchylky ve tvorbě hlasu, tyto děti do tří let života většinou nemluví, jednoduché věty se objevují až v pátém roce vývoje. Jedinci s encefalopatickou formou mentálního postižení mají více postiženou formální stránku řeči (artikulace, motorika mluvené i psané řeči). Jedinci psychicky deprivovaní se vyznačují chudou expresí, malou slovní zásobou.“⁶⁴

Rozdíly vývoje řeči u jedinců s mentálním postižením podle stupně postižení:

- u jedinců s lehkým mentálním postižením dochází ke zpoždění vývoje řeči o 1 rok i více, nejvíce je postižen pojmotvorný proces (abstrakce, generalizace), řeč je obsahově chudá, jsou časté agramatismy;
- u jedinců se středně těžkým mentálním postižením dochází již k omezenému vývoji řeči, řeč se objevuje až okolo 5. – 6. roku života, převažuje prvosignální úroveň

⁶² VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 150-151., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁶³ VALENTA, MÜLLER, 2007.

⁶⁴ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 152., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

komunikace, někdy je dobrá úroveň napodobování řeči, echolálie, převaha jednoslovných vět, využívání nonverbálních prostředků řeči;

- u jedinců s těžkým mentálním postižením převažuje pudová úroveň komunikace, situační reakce na slova (nikoliv pojmy) typu jíst, máma, „kakat“. Citlivost pro extralingvistickou a paralingvistickou komunikaci, nonverbální prostředky řeči; u jedinců s hlubokým mentálním postižením je komunikace na úrovni neartikulovaných výkřiků (echolálie, mutitas idiotica).⁶⁵

2. 1 Přístup ke komunikaci s lidmi s mentálním postižením

„Nejčastější chybou lidí, kteří nemají zkušenost s občany s mentálním postižením je ta, že se snaží k dospělému hovořit jako k dítěti, že nerespektují důstojnost a neprojevují partnerovi stejnou úctu, jako kdyby hovořili se zdravým jedincem. Projevuje se to především v tom, že takovéto osobě tykají, používají neadekvátních výrazů, pokud je doprovázena asistentem či jinou osobou, obrací se v dialogu na tuto osobu, přestože se jednání bezprostředně týká jedince s postižením atd. Důležité je si uvědomit, s kým komunikujeme a neznepokojuvat se tím, že komunikace s jedincem s postižením je „jiná“, než komunikace se zdravým jedincem a že pokud budeme reagovat nepřiměřeně (podrážděně, obranně, útočně či dokonce agresivně), zablokujeme či znemožníme další komunikaci (osoba s mentálním postižením se „stáhne do sebe“, což je běžná obranná strategie těchto osob). V komunikaci nepoužíváme rozvětvená souvětí, jednoduché věty podpoříme zvýrazněnými modulačními faktory a prostředky „body language“, trpělivě opakujeme nejen svoje otázky (s jistou modifikací, pokud vidíme, že nám člověk s postižením nerozumí), ale pro zvýraznění zpětné vazby také odpovědi klienta.“⁶⁶

„Vhodné způsoby navázání kontaktu, projevení zájmu:

Všímejte si neverbálních projevů Vašeho partnera (přemýšlí, něco sleduje..).

Pojmenujte to, co podle Vás Váš partner dělá, cítí, myslí.

Přijměte a rozvíjejte sdělení, téma Vašeho partnera.

Ptejte se na to, co je pro tázaného zajímavé. Využívejte otevřených otázek.

Nebojte se konstruktivní kritiky. Pokud kritizujete, kritizujte aktuální chování (ted' ses choval hrubě), nikoliv osobu (jsi hrubý). Nepředpokládejte automatické přenesení dovedností z jedné oblasti do druhé, i když jsou si v mnohém podobné. Chvalte za

⁶⁵ VALENTA, MÜLLER, 2007.

⁶⁶ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 153., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

*jakýkoliv pokrok i snahu, oceňujte zapálení a chuť. Chvalte vždy konkrétně a adresně, aby bylo jasné, za co je člověk chválen.*⁶⁷

U osob s mentálním postižením dochází k prodloužení: fyziologické nemluvnosti, vývojové dyfluce, fyziologického dysgramatismu, fyziologické dyslálie.⁶⁸

Správný přístup ke komunikaci s lidmi s mentálním postižením:

- chovat se k lidem s postižením adekvátně k jejich věku;
- pokud máme pocit, že člověk s mentálním postižením potřebuje naši pomoc, můžeme mu ji nabídnout, ale musíme počkat, jestli ji přijme;
- ne všichni lidé s mentálním postižením mají velké potíže v komunikaci a ne všichni lidé, kteří mají v komunikaci problémy, jsou zároveň mentálně postižení;
- důležité je vytvoření atmosféry a budování důvěry;
- aktivně naslouchejme, nechme partnera mluvit bez přerušování, udržujme oční kontakt a dejme najevo zájem a ochotu komunikovat;
- pokud při komunikaci nerozumíme, nebo je partnerovo sdělení příliš dlouhé, citlivě jej přerušme a dejme najevo, čemu jsme nerozuměli;
- mluvm tváří v tvář, pomalu, zřetelně, konkrétně, nepoužívejme cizí slova;
- nemluvm současně o více informacích;
- využívejme nejdříve otevřené otázky;
- dejme dostatek času na odpověď.⁶⁹

Usilujeme o dosažení kongruence mezi tím, co sdělujeme verbálně, a tím, co signalizujeme neverbální cestou. Pomoc nabízíme, ale nevnučujeme. Doprovází-li klienta s postižením asistenční pes, není dovoleno psa hladit nebo krmit. Doprovází-li jedince s postižením asistent nebo tlumočnick, obracíme se přímo na jedince, ke kterému hovoříme, nikoli na jeho průvodce. Výjimku z tohoto pravidla tvoří zákonní zástupci doprovázející nezletilé dítě.

Zásady komunikace s lidmi s mentálním postižením: vhodné komunikační strategie, srozumitelné výrazové prostředky i přiměřená témata volíme s ohledem na míru mentálního postižení jedince. U jedinců s těžkým mentálním postižením získává nad komunikací verbální navrch komunikace neverbální a ještě častěji pak i komunikace činem. Veškerou komunikaci vedeme způsobem, který zajistí zachování rovnoprávnosti a lidské důstojnosti jedinců s mentálním postižením (oslovujeme příjmením, vykáme).

⁶⁷ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 154., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁶⁸ VALENTA, MÜLLER, 2007.

⁶⁹ VALENTA, MÜLLER, 2007.

„K nejstarším prostředkům alternativní či augmentativní komunikace patří využití nonverbálních prostředků řeči (gestika, mimika), známé je využití těchto systémů komunikace u osob se sluchovým postižením (znaková řeč, znakovaná řeč, daktyl), osob se zrakovým postižením (Brailovo písmo) či osob s hluchoslepotou (Lormova abeceda). Časově kratší dobu se využívají systémy alternativní a augmentativní komunikace osob s mentálním postižením a osob s pervazivní vývojovou poruchou, mezi něž patří následující systémy: komunikace facilitovaná referenčními předměty, Makaton, TTT systém (znak do řeči), Bliss systém, Piktogram systém a systém PCS, Sociální čtení a prvky globálního čtení, Dosa-metoda a Snoezelen, Facilitovaná komunikace.“⁷⁰

Pro komunikaci jedinců s hlubším mentálním postižením se využívá komunikace facilitovaná referenčními předměty, což jsou trojrozměrné symboly, které zastupují znaky jednotlivých činností např. talíř = čas svačiny. Jedná se pouze o znaky konkrétních slov, abstraktní výrazy takto nelze nahradit.⁷¹

Makaton je jazykový program na základě standardizovaných znaků, které jsou doplněny orální řečí. Systém byl vytvořen ve Velké Británii a je velmi rozšířen po celém světě, kde se převážně využívá při nácviu komunikace dětí s mentálním postižením a autismem.

2. 2 Řeč mentálně retardovaných dětí

„Řeč mentálně retardovaných dětí je vždy značně narušena. Začátky řeči bývají opožděné. Je to jeden z nejpatrnějších příznaků, který je nápadný rodičům i nejbližšímu okolí dítěte. Rodiče si podle opožděného vývoje řeči všimnou, že dítě „není takové jako druhé děti“. Vývoj řeči je u těchto dětí narušený, opožděný. Podle klasifikace typů poruch vývoje řeči, kterou uvedl Sovák (1974), můžeme klasifikovat vývoj řeči u mentálně retardovaných dětí jako omezený. MR dítě nedosáhne ve vývoji řeči normy, vždy je omezená zvuková, gramatická nebo obsahová stránka řeči. Speciální péčí lze dosáhnout určitých pokroků, posunů ve vývoji vpřed, ale nikdy mentálně retardované dítě nedosáhne takového stupně vývoje, aby řeč odpovídala gramatické, obsahové i artikulační jazykové normě.“⁷²

⁷⁰ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 155., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁷¹ VALENTA, MÜLLER, 2007.

⁷² KLENKOVÁ, J. *Logopedie*, s. 198., 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.

Poškození komunikační schopnosti u MR vzniká: na základě snížené mentální úrovně, opoždění motorického vývoje, nedostatečné motorické koordinace, poruch sluchu, nepodnětného prostředí, anomálie mluvních orgánů, vadného skusu, deformace čelistí, nedokonalé stavby artikulačních orgánů. Mezi nejčastější poruchu řeči u MR patří dyslálie, jedná se o vadnou výslovnost sykavek a vibrant. U MR jsou častější organické změny na mluvních orgánech, jejichž důsledkem je postižena hlavně zvuková stránka řeči – huhňavost. Je-li mentálně postižené dítě zároveň postiženo i poruchami motoriky + DMO, projeví se v řeči různou formou dysartrie. Mezi další vady řeči patří breptavost, která je příznačná pro eretické typy mentální retardace.⁷³

„U mentálně retardovaných dětí je nutné provést včasnou diagnostiku a co nejdříve zahájit ovlivňování vývoje dítěte (taktéž řečového vývoje), aby se předešlo negativním důsledkům omezeného vývoje. Je potřebná raná podpora mentálně retardovaných dětí, tzn. zajištění intervence již od narození, resp. od zjištění postižení. Zahájení péče o mentálně retardované dítě v raném věku je velmi důležité. Do 3 let dítěte se vyvíjí mentální funkce, které se během dalšího vývoje rozvíjí a zdokonalují. Proto je stimulace vývoje dítěte nejvhodnější v raném věku, kdy je možné fyziologické i psychické procesy úspěšně ovlivňovat. Hovoříme-li o stimulaci celkového vývoje dítěte, předpokládá se i ovlivňování řečového vývoje. Již v předřečovém období by měla matka věnovat postiženému dítěti odpovídající péči. Řeč, „mluvení“ nezačíná prvním slovem, ale vzájemnou výměnou podnětů mezi matkou a dítětem.“⁷⁴

Pro práci s mentálně retardovanými dětmi platí určité zásady: zásada imitace přirozeného vývoje řeči – stimulace vývoje řeči na základě zásady vývojovosti. Důležité je vědět, jaký je věk verbální (není rozhodující věk chronologický).⁷⁵

⁷³ KLENKOVÁ, 2006.

⁷⁴ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*, s. 201., 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.

⁷⁵ KLENKOVÁ, 2006.

3 STADIA PÉČE O OSOBY S POSTIŽENÍM

„Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem musela vyrovnávat se svými takto odlišnými členy, tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti. Historický pohled na tyto proměny nám může pomoci pochopit i zdroj některých současných postojů či předsudků, které přetrvávají v obecném povědomí. Abychom pochopili, jak se vytvářel postoj společnosti k jejím postiženým členům, je nutno vzít především v úvahu některé obecné vlastnosti psychiky člověka a jeho vztahu k ostatním lidem. Víme, že osobnost člověka se utváří v kontaktu a pod vlivem ostatních členů jeho sociální skupiny. Společnost na každé úrovni svého vývoje vytváří určitá pravidla soužití, hodnoty a normy, které se stávají součástí společenského vědomí i individuálních psychických vlastností jedince v průběhu socializace.“⁷⁶

„Popis mentální retardace, jak jej chápeme v dnešním slova smyslu, můžeme najít již v Egyptských papyrových svitcích, které byly nalezeny v Thébách. Tyto svitky jsou datovány kolem roku 1500 před Kristem a popisují postižení těla i mysli, které se vztahují k úrazům hlavy a mozku. Přístup k těmto jedincům s postižením byl vždy výrazně ovlivněn duchem doby a převládajícím dobovým názorem.“⁷⁷

„Nejstarší údobí lidského rodu, PRAVĚK, je z hlediska studia dějin člověka a společnosti příznačné tím, že z této doby nemáme písemné památky. Východiskem a oporou bádání o pravěkých populacích jsou hmotné nálezy dokládající lidskou existenci a lidskou činnost. Tato okolnost působí značné potíže při zkoumání chování, hodnotového systému a duchovního života pravěkého člověka.“⁷⁸

Postižení, nemoc, slabost, zdraví, síla jsou součástí lidského bytí stejně jako narození a smrt. Zdravotní omezení (postižení) provází lidstvo od samého počátku. Tato skutečnost řeší nejednoduchý vztah těch silnějších, zdravých, nepostižených, kteří jsou majoritou, k těm slabším, nemocným, postiženým, kteří patří do skupiny minorit. Do této minority patřili a patří lidé s postižením a jejich rozdíly, jiné fyzické ustrojení, mentální úroveň, rozdílný způsob komunikace, chování. Na postiženém

⁷⁶ VÁGNEROVÁ, M., Z. HADJ-MOUSSOVÁ a S. ŠTECH. *Psychologie handicapu*, s. 7., 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

⁷⁷ LEČBYCH, M. *K historii pojmu mentální retardace*. [online]. 2002-2012. [31.12.13]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1303>

⁷⁸ TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*, s. 12., 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2000. ISBN 80-86039-90-0.

člověku toto vše bylo vidět a také byl omezen v životních možnostech, které se v daném sociokulturním prostředí a v dané době považovaly za normální. Ač byli tito lidé ze společnosti vytlačováni a žili mimo ni, vždy byli její součástí, ať šlo o společnost na jakémkoliv stupni a v kterékoliv době. Dnes se pojem postižený člověk nahrazuje termíny: znevýhodněný člověk, člověk se speciálními potřebami, hlavně z důvodů postavení postižených. Tito lidé nejsou jiní, mají pouze jiné potřeby.⁷⁹

„Přesto pojem postižený člověk potřebujeme. Zejména na počátku vývoje lidského rodu můžeme o lidech znevýhodněných objektivně usuzovat jen jako o lidech postižených. Pro celou prehistorii musíme totiž vystačit s doklady hmotné povahy, především s kosterními nálezy, a ty vypovídají o zdravotním stavu populace, v důsledku čeho lidé umírali, resp. s jakými postiženími přežívali. Pouze nepřímou lze usuzovat o tom, co toto přežití umožnilo. O jiných znevýhodněních, pokud se v prehistorii nějak projevovala, můžeme jen spekulovat. Na počátku historického období je to z hlediska našeho zkoumání poněkud jinak. Postižený člověk je zhusta ukryt v kategoriích, personifikujících slabší a pomoci potřebné sociální skupiny. Nejčastěji jsou to vdovy, sirotci, cizinci a lidé bédní, chudí. Náš postižený se bude nalézat ponejvíce mezi lidmi nemajetnými, chudáky.“⁸⁰

*„Podpora slabších, závislých, v tomto případě nemocných, postižených, má velmi podobné charakteristiky jako péče o děti, jejichž závislost vyplývá z dlouhého období bezmocnosti na počátku jejich individuálního vývoje. Bylo prokázáno, že novorozenci *Homo erectus* (vývojový předchůdce *Homo sapiens*) se rodili s mozky o velikosti jedné třetiny dospělých, tedy v témže poměru jako je to u moderního člověka, a tak i jako dnešní novorozenáta museli přicházet na svět jako bezmocní tvorové. Můžeme tedy říci, že péče o slabé v tomto případě v podobě déletrvajících a intenzivní rodičovské péče se začala vyvíjet nejméně před asi 1,7 milióny let.“⁸¹*

„Společnost lidská dlouho chovala se ke slabomyslným velice macešsky. Starověk je prostě utracoval, aby nebyli v pozdějším svém věku přítěží a středověk měl pro ně, zrovna tak jako pro ostatní nedomyslné, tolik výsměchu a potupu. I v době novější, třeba že se již s nimi tak ukrutně nenakládalo, ponechávání byli svému osudu. Vždyť ještě v poslední době vyskytly se hlasy, které tvrdily, že ochrana slabomyslných, nedochůdných a zmrzačených rozmnožuje jen degenerovanost a tudíž není dobrem.“

⁷⁹ TITZL, 1998.

⁸⁰ TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti (Hledání počátků)*, s. 8., 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. ISBN 86039-30-7.

⁸¹ TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti (Hledání počátků)*, s. 8., 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. ISBN 86039-30-7.

+In: LEAKEY, 1995, 58.

*Darwin sám stavěl se proti ochraně slabomyslných tvrdě, že se tím přispívá toliko k tomu, aby slabomyslní rozmnožovali svůj druh a udržovali bídné typy na škodu plemene. Jistý pastor činil překážky Samueli Heinickovi ve vyučování hluchoněmých, pokládaje za rouhání učiti mluvíti toho, komu prý sám Pán Bůh řeč odňal. Proto bývalo postavení slabomyslných ve společnosti lidské velice smutné a ještě dnes zakoušejí často v plné míře nelásky a opovržení. Mnohdy i vlastní rodiče je nenávidějí a nevěnují jim ani tolik péče jako dětem ostatním.*⁸²

3. 1 Starověk

Starověká společnost měla na péči o duševně a jinak postižené jedince svůj názor, jehož symbolem se stala populární spartská skála, na úpatí které končil život postižených, jejichž otec je po narození nezvedl z prahu svého domu. Římská civilizace přejala od starých Řeků v rámci jejich kulturního odkazu i tuto tradici s tím rozdílem, že skály Tajgetu byly nahrazeny řekou Tiber.⁸³

*„Kysučan (1982) cituje výrok římského filozofa Seneky: „My usmrcujeme mrzáky a topíme ty děti, které přicházejí na svět neduživé a znetvořené. Nejednáme tak z hněvu a zlosti, ale řídíme se zásadami rozumu – oddělit tak špatné od dobrého.“*⁸⁴

*„Je třeba dodat, že celá starověká civilizace byla „mentálně nastavena“ tak, že problematickým byl vnímán až jedinec s hlubším stupněm mentální retardace, jež se kombinuje většinou se somatickým, popř. i smyslovým postižením. Lapidárně řečeno, jedinec s lehkou mentální retardací naší civilizace by ve starých civilizacích egejské oblasti nebyl „mentálně retardovaný“. V centru pozornosti byli tedy tělesně postižené osoby a také „šílenci“, jak vyplývá z první klasifikace duševních poruch vypracované Hippokratem a to již čtyři století před Kristem.“*⁸⁵

„Pátráme-li po počátcích péče o slabomyslné, musíme se vždycky spokojiti jen s kusými zprávami, někdy dokonce jen s náznakem. Trvalo velmi dlouho, než se veřejnost obrátila k lidem neplnomyslným, duševně úchylným, neduživým a antisociálním a než si i sama věda lékařská, psychologická, pedagogika a sociologie ujasnila pojem jednotlivých úchylek, jejich příčiny, vznik, léčbu a než se přišlo k poznání, že i slabomyslné děti nutno vychovávat i to způsobem odchylným od výchovy dětí normálních. Z těch kusých záznamů z dávných dob je pozoruhodné

⁸² FEDUIK, L. *Z historie péče o slabomyslné*, s. 3. V Zábřeze: družstvo knihtiskárny, 1911.

⁸³ VALENTA, MÜLLER, 2007.

⁸⁴ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 17., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁸⁵ Tamtéž, s. 17.

preventivní opatření Lykurgovo (r. 800 před Kr.). Lykurgos věděl, že požívání lihovin má neblahý vliv na potomstvo, zejména na jeho duševní vývoj. Zakazoval proto používat vína v den sňatku předpokládaje, že v ten den dochází k početí.⁸⁶

„Zpráva z Pergamu mluví již o slabomyslnosti. Galenos Claudius (130-200 po Kr.), lékař Marka Aurelia a jeho slabomyslného syna, rozeznával již slabomyslnost vrozenou a získanou. Měl za to, že duše dlí v mozku. Napsal návod k léčení epilepsie a několik jiných prací o hygieně a duševních chorobách.“⁸⁷

3. 2 Středověk

Období středověku patřilo do sféry křesťanství, které mělo za následek, že se vzdělávání dostalo do zájmu kněží a bylo tedy především teologického charakteru. Ve školách a v kázáních se hlásalo, že poddaní mají mít bezpodmínečnou pokoru, trpělivost, pracovitost, uměřenost a žít v asketismu. Zahrnovalo to tvrdou kázeň a časté tělesné trestání dětí ve školách. Vyučování spočívalo v tom, že se žák podřizoval autoritě Písma a učitelovi. Ten požadoval slepé podřízení a nedovoloval žádnou samostatnost ze strany žáka. Školy patřily výlučně církvi a jejich úkolem byla příprava duchovenstva.⁸⁸

„Středověk zaujal k duševně postiženým jedincům ambivalentní postoj. Na jedné straně byli „blázni a šílenci“ považováni za šťastlivě vyvolené, na něž shlédl bůh, na straně druhé byli považováni za „zplozence ďáblův“. Kysučan (1982) udává příklad, kdy velký církevní reformátor Luther pobízí jistého šlechtice, aby nechal utopit mentálně postiženého chlapce, který ovládal oči a všechny své smysly, tedy to, čeho se velmi rychle chopí každé normální dítě. Tento tvor však nedělal nic jiného, než se cpal jídlem, tak jako čtyři rolníci o žních. Jedl, vyprazdňoval se, stále jen hudoval. Dotkl-li se ho někdo, začal vrískat a řvát, což nemělo konce. Když mu něco nešlo, plakal. Když se Luthera ptali, proč zaujal k tomuto dvanáctiletému chlapci tak přísný postoj, odvětil, že „takové bytí je jen hromada špatného masa bez duše.“ Argumentoval přesvědčením, že v těchto bytostech sídlí ďábel a to v místě jejich duše a že je v jeho moci zbavovat lidi rozumu i duše.“⁸⁹

⁸⁶ ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*, s. 3., 21. svazek Knihovny Úchýlné mládeže. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné. 1939.

⁸⁷ ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*, s. 3., 21. svazek Knihovny Úchýlné mládeže. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné. 1939.

⁸⁸ KOHOUT, 2007.

⁸⁹ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 18., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

Raný středověk nenavázal na vědění antických myslitelů a koncept duševní poruchy jako nemoci vůbec neuznával. Codex Theodosianus dokonce odsuzuje vše, co pochází z magie a trestá všechny posedlé, tím byly duševní poruchy odstraněny z medicíny a staly se předmětem démonologie. I přesto ale vznikají klášterní hospitály jako útulky pro staré, nemohoucí i duševně nemocné osoby, r. 520 v Lyonu, Kolíně nad Rýnem, Paříži, Římě, kde se o nemocné staral mnich s medicínskou průpravou. V Byzanci (Cařihrad, Jeruzalém) vznikají podobná zařízení ale světské povahy dokonce již o století dříve. Ve Středověku dochází k vzniku prvních azylových zařízení pro kretény při špitálech v Churu a Sitten ve Švýcarsku a v admonském klášteře ve Štýrsku r. 1074. Navzdory tomu byly duševní poruchy ve středověku chápány více jako posedlost zlým duchem než jako nemoc. Je velmi pravděpodobné, že při upalování osob pro čarodějnictví by dnes tito lidé nesli diagnózu mentální retardace.⁹⁰

„Zpráva z r. 1543 mluví dokonce o vyučování a výchově slabomyslných. Tohoto roku napsal Petr Jordan v Mohuči knihu pod názvem Laienbuch, v níž udává způsob, jak učit děti nedostatečného rozumu. Ozývaly se ovšem i hlasy, které měly výchovu slabomyslných za zcela zbytečnou. Také Martin Luther (1483-1546), manžel bývalé jeptišky Kateřiny, náboženský reformátor, měl tvrdý názor o duševně slabých. Přesto, že se mu přiznává titul reformátora školství, soudil, že slabomyslný je zplozenec d'ábla a doporučoval anhaltskému knížeti, aby svého slabomyslného hochu raději hodil do Muldy.“⁹¹

Dráždivou inspirací pro spisovatele a malíře se stal podivný středověký „institut péče o mentálně a jinak duševně postižené“, jímž byly tzv. lodě bláznů. Nejznámější vyobrazení pochází z dílny Hieronyma Bosche. Lodě naložené bláznů, které plují od města k městu, jsou zaznamenány v německém písemnictví. Lodě bláznů pluly středověkou Evropou hlavně proto, aby se radnice měst navždy zbavily nepohodlných lidí, ale byly i dopravními prostředky směřujícími k terapeutickým cílům do poutních míst, kde hledali zázrak v uzdravení. S tímto putováním bláznů za „uzdravením“ souvisí také vznik komunity duševně postižených v belgické vesnici Gheel poblíž Antverp založené ve 13. stol., kde se z poutního místa stalo místo vyhrazené pro tyto lidi, kteří tu vykonávali různé obřady. Ještě z 18. století pochází zprávy o fungování této komunity v Gheelu, kde jsou čtyři pětiny obyvatel blázni. Jejich léčba spočívá ve

⁹⁰ VALENTA, MÜLLER, 2007.

⁹¹ ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*, s. 3-4., 21. svazek Knihovny Úchylné mládeže. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné. 1939.

zdravé stravě, čistém vzduchu, svobodě a na základě toho se většina z nich do roka skutečně uzdraví.⁹²

„V období středověku dochází k úbytku infanticydy a přístup k osobám s postižením se začíná více diferencovat. Pokles infanticydy souvisí s rozvojem nalezinců, do kterých jsou děti s postižením odkládány. Významný mezník představuje učení Johna Locka, který v roce 1690 publikuje své Eseje o lidském rozumu. John Locke se jako filozof kriticky postavil proti učení Reného Descarta a tvrdí, že člověk na svět přichází bez vrozených idejí a jeho mysl je nepopsaná deska (tabula rasa), na kterou až lidská zkušenost zapisuje dojmy a informace o světě. Jako pedagog byl poté John Locke zastáncem individuální výchovy a vzdělávání, které bere ohled na jedinečnost jedince. Pro psychologii má také velký význam jeho teoretické rozlišení mezi nedostatkem rozumu (slaboduchostí, či mentální retardací) a šílenstvím (duševním onemocněním). Zatímco u osob s duševním onemocněním dochází podle Locka k chybnému spojování a mylnému zdůvodňování jednotlivých idejí, osoby s mentální retardací mají omezenou samotnou schopnost ideje spojovat a zdůvodňovat.“⁹³

„Ze slabomyslných těšili se nejprve jaké takés pozornosti kretini. Již ve středověku vznikly pro ně samostatné asyly při nemocnicích v Sitten (Wallis), Churu (Graubünden) ve Švýcarsku a v klášteře admontském ve Štýrsku. Osud jejich však byl stále velice neblahý. R. 1792 vydal o kretenismu první dílo Fodéré ve Štrasburku, v němž tvrdí, že toto zlo má svůj původ v příliš vlhkém vzduchu v horských údolích. R. 1803 radil Reil ve své „léčebné methodě k odstranění slabomyslnosti“ hořčici, křen, pepř, vanilku, tření hlavy atd. Pozornosti mělo se docílití postrašením, pronikavým hlasem a nápadně barevnými předměty. Iphofen udává r. 1817 za příčinu kretenismu nedostatek životní síly, jakož i elektriny ve vzduchu a navrhuje pro ně ústavy, ve kterých by byli vyučováni a léčeni.“⁹⁴

„Mezitím, co se takto všeobecně a pořádku ujasňovaly povinnosti pedagogické a sociální, budil ode dávna pozornost zvláštní druh slabomyslnosti, totiž kretenismus. Věnujme mu proto stať. Slovo kretin vyskytuje se poprvé ve francouzské encyklopedii z r. 1754, ač choroba byla již dávno známa, ale původ slova dosud není objasněn. Soudilo se, že pochází ze slova chrétien, t. j. Křesťan, ježto prý takový ubožák nemůže hřešit, je tedy pravým křesťanem. Jindy se hledal původ ve slově cretura, t. j. Kreatura,

⁹² VALENTA, MÜLLER, 2007.

⁹³ LEČBYCH, M. *K historii pojmu mentální retardace*. [online]. 2002-2012. [31.12.13]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1303>

⁹⁴ FEDUIK, L. *Z historie péče o slabomyslné*, s. 4. V Zábřeze: družstvo knihtiskárny, 1911.

podle nevzhledného vzezření kretinů, jindy zase ve slově Krätti, t. j. ve výrazu pro piemontské horaly, kteří nosí těžká břemena do kopců a dostávají vole, zduření žláz. Také ve slově creta - křída se hledal výklad, poněvadž se kretini hojně vyskytují v křídových Alpách. U nás se objevuje kretenická degenerovanost endemicky na Českomoravské vysočině, v Karpatech, na Slovensku a v Podkarpatské Rusi. Avšak i sporadicky se vyskytuje v oblastech nehornatých. V Čechách ji zjišťoval J. Král na Holicku. Přesné statistiky o kretenech u nás není. Podle údajů dr. H. Pelce bylo r. 1890 v Čechách 2 035, na Moravě 2 226 kreténů. Tehda však nebyl pojem kretenismu tak vymezen jako dnes, proto se zdá údaj z r. 1890 upřílišený.⁹⁵

3. 3 Renaissance

Období renesance přineslo první klasifikaci duševních poruch, v níž jsou poruchy intelektu odděleny od ostatních duševních poruch. Udává se tak v díle basilejského lékaře Felixe Plattera nazvaném Pojednání o nemocích ducha. Je zde uvedena jasná hranice mezi poruchami vědomí, psychózami a mentální retardací nazvanou Imbecilita mentis (duševní zblbnutí). Renaissance je spojená se jménem jednoho z největších Humanistů – J. A. Komenského (†1670), který ve svých dílech hájil nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení.⁹⁶

„... od učení moudrosti a vzdělávání ducha nesmí být nikdo vyjímán, neřku-li vzdalován... Není tedy nikoho, komu by moudrost nebyla potřebná, i když jeden je postaven na vyšší stupeň než druhý, nikdo nesmí být zanedbáván zcela... Je otázka, zda tedy i slepí, hluchí a zaostalí (jimž se totiž pro ústrojný nedostatek nemůže něco dostatečně vštípit) mají býti přibráni ke vzdělávání? Odpovídám: 1. Z lidského vzdělávání se nevynímá nic, leč nečlověk. Pokud tedy mají účast na lidské přirozenosti, potud mají míti účast na vzdělání. Ba spíše tím více pro ně větší nutnost vnější pomoci, když si příroda pro vnitřní nedostatek nemůže dosti pomoci sama. Poněvadž je tedy vždycky někudy poskytnout přístup k rozumné duši, má se světlo vpouštěti tudy, kudy je možno. Není-li však vůbec nikudy přístup, pak teprve má býti takový ponechán svému tvůrci. (Ale nevím, zda byl někde spatřen takový pařez, ve kterém by duše, utvářející zárodek, tj. tvořící si příbytek a nástroje, neponechala si

⁹⁵ ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*, s. 6., 21. svazek Knihovny Úchylné mládeže. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné. 1939.

⁹⁶ VALENTA, MÜLLER, 2007.

žádného výhledu na venek a žádného přístupu k sobě). J. A. Komenský – *Pampaedie aneb Vševýchova.*“⁹⁷

Ve své velké Didaktice se Komenský zabýval první speciálně pedagogickou klasifikací žáků z oblasti jejich typologie. Z hlediska mentální retardace je důležitá čtvrtá skupina, která obsahovala kategorii žáků s lehkou mentální retardací, u kterých je třeba postupovat s výukou pomalu, s motivací, názorně, protože jsou tito žáci povolní, chtiví učení, avšak zdlouhaví a těžkopádní. Pátá skupina patřila žákům s hlubším stupněm mentální retardace (torpidního typu), u nichž je vzdělávání obtížné, je-li u nich ještě porucha chování, jsou tito žáci tupí a bez chuti po vzdělání. Jejich péče a možnost vzdělávání vyžaduje velké umění a velkou trpělivost.⁹⁸

*„Komenský aplikoval na edukaci žáků s mentálním postižením pedagogické principy, které jsou funkční i v dnešní době (hlavně princip individuálního přístupu, přiměřenosti, názornosti a konkrétnosti) a tím, že do středu zájmu učitele nepostavil učivo, nýbrž žáka, předběhl o čtvrt tisíciletí vývoj pedagogického myšlení a přiblížil se tak pedocentrickým pozicím reformních pedagogů dvacátého století.“*⁹⁹

3. 4 Novověk

S nástupem nového modelu společnosti a moderního chápání lidských práv (Velká francouzská revoluce – Deklarace práv člověka 1793) přišly i změny v přístupu k duševně postiženým lidem spojené se jménem zakladatele moderní psychiatrie Filipa Pinela (†1826). Péče o duševně postižené zahrnovala jejich odstranění na loď bláznů, dále vznikaly špitály, z nichž desetinu chovanců tvořili „blázni, blbci, slabomyslní, osoby propadlé šílenství“, se kterými bylo zacházeno jako s trestanci.¹⁰⁰

„Jinak řečeno čas lodi bláznů, kdy byli duševně postižení vyhnáni za hradby měst, aby putovali (ovšem svobodně a volně!) za svým osudem, zkázou či uzdravením, vypršel a byl vystřídán věkem „věže bláznů“, v němž byli takto postižení internováni ve špitálech, vězňeni v útulcích, azylech, trestnicích a pevnostech, zavírání do beden, přivazování k pryčnám a přikovávání řetězy ke stěně a ukazování veřejnosti za malý peníz jako pouťový spektakl. V tomto kontextu a v době obrovských společenských změn nastupuje Pinel jako lékař do špitálu v Bicetre, kde se v ponurých zdech nevábné

⁹⁷ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 19., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁹⁸ VALENTA, MÜLLER, 2007.

⁹⁹ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 20., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

¹⁰⁰ VALENTA, MÜLLER, 2007.

instituce setkává s šílenci, vyobcovanými na okraj lidské existence. V malých, špinavých, nevytopených podzemních kobkách se tísní celé pandaemonium. Lidské trosky jsou přikovány ke zdem či znehybněny ve speciálních systémech lan, kazajkách a bedněních, jídlo se jim podává přímo do žlabu.“¹⁰¹

„Desportes popisuje ve své Zprávě o péči o pomatené cely v Bicetre v období francouzské revoluce: „Nešťastník, přitisknutý hlavou, nohama, celým tělem ke zdi na svém slaměném pelechu, který byl jediným jeho vybavením, neokusil ani chvíle spánku, aby ho nezmáčela voda, jež se po té mase kamene řinula“. V celách Salpetriere byl „pobyt ještě zhoubnější a často smrtelný, protože když se v zimě rozvodnila Seina, stávaly se tyto cely, ležící v úrovni kanálů, nejen ještě nezdravějšími, ale navíc se do nich utíkal celý dav velkých kryš, které se v noci vrhaly na nešťastníky tam zavřené a hryzaly je všude, kam se jenom dostaly. Našli se tam šílenci pokousání na nohách, rukách i ve tváři tak nebezpečně, že na to leckdy zemřeli.“¹⁰²

Pinel docílil toho, že se nejprve v Bicetre a pak v Salpetriere a i v dalších špitálech odebraly duševně postiženým okovy, kazajky a dozorcům biče. „Věže bláznů“ pozvolna nahrazuje léčbou založenou na morální péči, jejíž součástí byla ergoterapie (popř. gardenterapie). Pinel se zabýval také teorií, v níž medicínsko-biologický přístup ke klientovi spojoval s pohledem psychosociálním. Na idiocii – slabomyslnost se díval jako na afektivní a rozumovou retardaci, a to vrozenou či získanou. Jeho pokračovatelem a žákem se stal Jean Etienne Dominique Esquirol (†1840), který jako první vymezil idiocii jako stav nikoli jako nemoc.¹⁰³

V roce 1859 byla zřízena škola pro chudá choromyslná děvčata v ústavě zvaném „Salpetrier“ škola, kterou převzal dr. Bournonville a vytvořil z ní školu vzornou. První pomocná škola pro hochy byla otevřena v Paříži na počátku r. 1907.¹⁰⁴

„Primát ve zřizování školství pomocného náleží Německu. První pomocná škola, tzv. „Notschule“, založena byla zásluhou a na podnět dobrodince mládeže a filantropa, továrníka Kristiana Bohumíra Beckera v Saské Kamenici r. 1835. R. 1842 zřídil učitel a pozdější ředitel ústavu pro hluchoněmé Kern ústav pro idioty a pečoval slovem i písmem o rozvoj péče o slabomyslné. Na schůzi učitelstva r. 1846 byla podána první žádost o zřizování „pomoci“ při vyučování dítek, které jednak

¹⁰¹ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 20., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

+In: Černoušek, 1994, s. 52.

¹⁰² VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 20., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

+In: Foucault, 1993, s. 60.

¹⁰³ VALENTA, MÜLLER, 2007.

¹⁰⁴ FEDUIK, 1911.

zanedbanou výchovou aneb následkem duševní slabosti ve školách veřejných neprospívají. R. 1865 utvořila se na všeobecném sjezdu v Lipsku zvláštní asi 60členná pedagogicko-léčebná sekce učitelů a lékařů, která přijala následující Stötznerův návrh: „Ve všech větších městech buďte zřízeny školy pro slabomyslné, aby vyučováním a vychováváním mohli se z nich státi lidé společnosti lidské užiteční.“¹⁰⁵

3. 5 První odborníci

„Lékaře Eduarda Sequina (†1880) můžeme považovat za jakéhosi „otce zakladatele“ psychopedie a systematické péče o slabomyslné v Evropě i ve Spojených státech, kam z politických důvodů emigroval. Ve svém teoretickém díle vyrůstajícím z každodenní praxe (např. Pojednání o morálce, hygieně a výchově idiotů a ostatních postižených dětí, Idiotie a její léčení fyziologickou metodou) rozpracovává systém výchovy slabomyslných jedinců postavený na tzv. Sequinově triádě:

1. Výchova činnosti (rozvoj motoriky, analyzátorů, senzomotoriky).
2. Výchova myšlení (výuka trivia, utváření představ o světě a společnosti).
3. Výchova vůle (schopnost ovládnout své instinkty).

Přestože propagoval mechanický model výchovy, stal se jeho systém vzorem a inspirací pro řadu následovníků na starém kontinentu i v „Novém světě“, kde zakládal fyziologické školy pro slabomyslné, v nichž byl kromě výuky trivia kladen důraz na rozvoj sebeobsluhy, pracovní a estetickou výchovu.“¹⁰⁶

„MUDr. Antonín Heveroch (1869-1927), psychiatr, ředitel zemského ústavu pro choromyslné v Praze, první ředitel Valentina, ústavu pro epileptiky v Libni, po smrti Čádově předseda stálého výboru sjezdového pro péči o slabomyslné (1918 až 1920) řídil v *Pedagogických Rozhledech* rubriku, pedopathologickou a zúčastnil se přednáškami téměř všech učitelských sjezdů, máje zájem o učitelské otázky. Vydal spis „O podivínech a lidech nápadných“ (1901), „Odchytky duševní u mládeže školní“ (1903), „Diagnostika chorob duševních“ (1904) a četné jiné práce psychiatrické.“¹⁰⁷

„PhDr. František Čáda, profesor na Karlově universitě, věnoval se pedopsychologii a pomocnému školství. V *Pedagogických Rozhledech* začíná r. 1908 řídit rubriku *Pedopsychologie*. Ve svých spisech uvádí rozdíly mezi dětmi normálními,

¹⁰⁵ FEDUIK, L. *Z historie péče o slabomyslné*, s. 7. V Zábřeze: družstvo knihtiskárny, 1911.

¹⁰⁶ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 20., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

+In: Kysučan, 1982.

¹⁰⁷ ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*, s. 18., 21. svazek Knihovny Úchylné mládeže. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné. 1939.

abnormálními a slaboduchými. S ředitelem Dolenským a s profesorem Jindřichem Matiegou zakládá pedologický ústav pro výzkum mládeže. Pořádá tři slavné sjezdy, aby zainteresoval celou veřejnost: učitele, kněze, lékaře, právníky, úřady. Ocitá se v čele všech, kteří vidí záchranu slaboduchých dětí ve škole pomocné.¹⁰⁸

„Zájem o děti slabomyslné v Čechách povzbuzen byl v poslední době Prvním českým sjezdem pro péči o slabomyslné a školství pomocné, který se konal ve dnech 27., 28., 29. června r. 1909 ve velké zasedací síni na radnici Staroměstské v Praze. Užší výbor sjezdový vydal po čase spis, který obsahuje přednášky a podrobnou zprávu o jednání sjezdovém, jakož i o výstavě s ním spojené. Spis tento obsahem i uspořádáním dokazuje, že důstojně a věcně bylo manifestováno pro ochranu slabomyslných. Sjezd byl promyšleně připraven a postaven na vědecký základ. Lékaři a odborníci podali si tu ruce s vychovateli ku společné práci na reformě výchovy dětí nešťastných, přírodou odstrkovaných, často i posmívaných a nenáviděných dětí slabomyslných. Myšlenka pořádati odborný sjezd pro péči o slabomyslné, po případě konferenci po způsobu konferencí, jaké v sousední říši i v říši naší již několikrát konány byly, vznikla v odboru pro pomocné školství při Jednotě Komenského, spolku pro reformu školství.“¹⁰⁹

Třetí sjezd péče o slabomyslné se konal v Slezské zemi. Je důležité zřizovat školy pomocné, na základě toho se zmenšuje počet slabomyslných, kteří plní nemocnice, chudobince, vězení. Při péči o tyto jedince se plní příkazy humanity, lásky k bližnímu, sociální povinnost svou a přímo i nepřímo prospíváme individuím zdravým, normálním, svým potomkům i sobě. Péče o slabomyslné přináší zdárné výsledky: širší veřejnost se začíná zajímat o péči o tyto lidi, začínají se střízlivěji a spravedlivěji dívat na slabomyslné a individua abnormální, mizí předsudky proti pomocné škole, v zákoníku trestním se připravuje pokrok v posuzování slabomyslných a abnormálních. Ve vojenské službě se začíná chápat (branný zákon 25. července 1912), že je nutné mít zřetel na naskytující se slabomyslnost. Ústavů a pomocných škol pro slabomyslné stále přibývá a zdokonalují se ti, kdo na nich působí. Ústavy začínají plnit své poslání a mohou se chlubit skvělými úspěchy svých chovanců.¹¹⁰

¹⁰⁸ ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*, s. 44., 21. svazek Knihovny Úchylné mládeže. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné. 1939.

¹⁰⁹ FEDUIK, L. *Péče o slabomyslné*, s. 3. Praha: V Zábřeze družstvo knihtiskárny, 1911.

¹¹⁰ ČÁDA, 1914.

3. 6 Začátek pedagogické péče pro mentálně postižené

„Další vývoj péče o jedince s mentálním postižením je spojen často se jmény reformních pedagogů či jejich předchůdců, dokonce lze říci, že alternativní pedagogika vyrostla na dílech těchto speciálních pedagogů:

- *Marie Montessori pracovala s mentálně postiženými žáky v orthofrenické škole a poznatky využila pro koncipování předškolní výchovy dětí;*
- *Daltonský plán Heleny Parhurstové vznikl původně pro potřeby newyorské školy pro „mrzáčky“;*
- *doktor Washburn koncipoval Winnetskou soustavu na základě poznatků psychologické kliniky pro „úchylné žáky“ ve Winnetce;*
- *autor Jesenského plánu Peter Peterson prosazoval inkluzi postižených žáků půl století předtím, než se stala aktuálním úkolem pedagogického systému vyspělých států;*
- *teoretik waldorfské pedagogiky Rudolf Steiner je jedním ze zakladatelů léčebné pedagogiky a ostatně celosvětové camphillské hnutí vyrostlé ze Steinerova odkazu je určeno především klientům s mentální retardací těžšího stupně.“¹¹¹*

„Všeobecný tereziánský školní řád z roku 1774, jakožto první zákonné ustanovení na území naší země řešící školní docházku dětí, byl dílem pruského reformátora Johanna Ignáce Felbigera, který zastával názor, že nenadaní žáci by měli být přítomni výuce a učitel by je pro jejich malé nadání neměl trestat. V roce 1863 je vydán zákon o domovském právu, jenž je v podstatě první legislativní úpravou zabývající se skutečnou péčí o „úchylné“ jedince, neboť ustanovuje nárok postižených na sociální pomoc. V praxi to přineslo rozvoj zemských ústavů pro duševně, tělesně a smyslově postižené občany. Nepříznivý dopad pro tělesně a mentálně postižené děti měl zákon o obecných školách z roku 1869, který je vylučoval ze vzdělávání, v centru „speciálně pedagogického“ zájmu rakousko-uherské společnosti bylo vzdělávání smyslově postižených dětí. Teprve Řád školní o vyučování z roku 1905 umožnil s povolením zemských školních úřadů zřizovat zvláštní pomocné či podpůrné třídy, které by mohly navštěvovat (kromě dětí smyslově postižených) i méně nadané děti, aby se předešlo, řečeno tehdejší odbornou terminologií, „duševní zakrslosti“ říšského obyvatelstva.“¹¹²

¹¹¹ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 22-23., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

¹¹² VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 23., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

Mezi jednoho z prvních psychopedů u nás řadíme Karla Slavoje Amerlinga (†1884). Tento lékař, přírodovědec, pedagog a pedagogický reformátor bezplatně řídil první ústav pro slabomyslné v celé rakousko-uherské říši, mezi které patřilo Ernestinum založené roku 1871 na Pražském hradě provozované Spolkem paní sv. Anny. Amerling prosazoval základní vzdělání, ruční a zemědělské práce, pevný režim, nácvik sebeobslužných činností a hygieny. Dalším pokračovatelem v péči o slabomyslné na našem území byl lékař, vědec a speciální pedagog Karel Herfort (†1940), který v Ernestinu prosadil individuální přístup ke klientům, prohloubil jejich výuku o další činnosti např. tělesné a pracovní, zavedl chorobopisy vycházející z vědeckých, lékařských, speciálně pedagogických a diagnostických metod. Byl zakladatelem české pedopsychiatrie a spoluzakladatelem prvního odborného časopisu Úchylná mládež. Blízkým spolupracovníkem doktora Herforta byl zakladatel našeho speciálního školství Josef Zeman (†1961), který se podílel na zákoně o pomocných školách z roku 1929, díky němuž se pomocné školy zařadily do školského systému první republiky, upravoval řízení těchto škol státem a řešil otázku povinné školní docházky slabomyslných.¹¹³

„Zásluhou hlavně Josefa Zemana založen český list Úchylná mládež, časopis pro výzkum všech kategorií úchylné mládeže, ve kterém vyšla řada cenných prací o dítěti slabomyslném. Bylo by žádoucí, aby směrnice tohoto časopisu pronikaly vždy více celou naši veřejnost a vnikly do nejširších vrstev našeho národa, který jen tehdy může platit za skutečně kulturní národ, když vybuduje si přední místo v soutěži národů nejen svou prací a pílí, nýbrž také svou kulturou srdce!“¹¹⁴

„První pomocná třída byla otevřena v Praze z iniciativy profesora Jana Šauera z Augenburku v roce 1896 na obecné škole u sv. Jakuba v Praze. V roce 1910 se udává v Praze 9 pomocných tříd (200 žáků), mimo hlavní město byla jedna třída otevřena v roce 1908 na Kladně, tedy situace pro naše „speciální školství“ značně neutěšená. Vydání zákona o pomocných školách však nedostatečný stav pomocného školství nevyřešilo, ještě v roce 1937 je evidováno na území celé republiky pouhých 365 tříd s kapacitou 6 500 slabomyslných žáků, přestože bylo podle tehdejších odhadů cca 19 000 slabomyslných dětí, které by se měly vzdělávat na pomocné škole. Před vydáním zákona, který se nicméně zasloužil o rozšíření těchto škol v českých zemích, většina „odborně zaopatřených“ slabomyslných končila systémově v ústavech.“¹¹⁵

¹¹³ VALENTA, MÜLLER, 2007.

¹¹⁴ HERFORT, K. *Péče o slabomyslné*, s. 4., Praha: Prometheus, 1928.

¹¹⁵ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 25., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

3. 7 Období po 2. světové válce

„Období po druhé světové válce a to mezi „revolucí“ únorovou (tj. roku 1948) nastolující u nás komunistickou moc a sametovou (1989), vracející zemi zpět na cestu demokracie, je spojeno s několika legislativními úpravami i postavami tehdejší československé speciální pedagogiky, jež obor výrazným způsobem ovlivnily a částečně ovlivňují i v současnosti. Z legislativních úprav jsou to především následující: **Zákon o jednotném školství (95/48 Sb.)**, který zřizoval školy zejména pro mládež tělesně vadnou a s vadami smyslů a řeči, duševně a mravně vadnou, postiženou chorobami a umístěnou v léčebných ústavech a ozdravovnách. Uvedený zákon (zavádějící nový termín pro speciální školy a později i obor „školy/učitelství, vychovatelství/pro mládež vyžadující zvláštní péči“, a místo pomocné školy školu zvláštní) na jedné straně pozitivně ovlivnil vývoj péče o mentálně postižené jedince, na straně druhé jeho totalitně centralistický charakter nedovoloval existenci alternativního (soukromého, církevního) školství. Na základě **školského zákona z roku 1953 (31/53 Sb.)** dochází k rozšíření edukace žáků s mentálním postižením, na druhém cyklu škol vznikají zvláštní učňovské školy připravující tyto na výkon jednoduchých manuálních povolání. **Zákon z roku 1960 (188/60 Sb.)** rozšiřuje síť speciálních škol o speciální mateřské školy (realizováno o tři roky později). V oblasti předškolní institucionální péče o děti s mentálním postižením jsme v tomto ohledu patřili mezi modelové země (stejně jako v péči o děti s dyslexií v této době). V této době dochází také k největšímu nárůstu počtu zvláštních škol na našem území (tj. území tehdejšího Československa), zatímco po přijetí zákona o jednotné škole bylo na našem území cca 180 těchto škol (s přibližně sedmi tisíci žáků), o deset let později jich bylo již kolem čtyř stovek (přes dvacet tisíc žáků).“¹¹⁶

„Z osobností určujících vývoj oboru po druhé světové válce je nutno jmenovat oba naše profesory (tj. speciální pedagogy) – Miloše Sováka a Františka Kábeleho, z nichž druhý výrazně zasahoval i do dění po „velkém třesku“ v roce 1989 a to společně s dalšími osobnostmi, jež v současnosti ovlivňují vývoj speciálně pedagogické disciplíny psychopedie jak svou prací vědeckou, publikační, tak i pedagogickou a organizační. Za všechny je nutno jmenovat alespoň prof. M. Vítkovou, prof. J. Jesenského, prof. Š. Vaška a prof. A. Vanovou, doc. J. Kysučana,

¹¹⁶ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 26., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

doc. M. Černou, doc. I. Švarcovou, doc. B. Stejskala, doc. S. Langra, doc. B. Titzla, doc. P. Franioka...¹¹⁷

Demokratické změny v listopadu 1989 zasáhly i do českého speciálního školství i psychopedie jakožto oboru:

- rozšiřování nestátních subjektů pečujících o klienty s mentálním postižením (soukromé a církevní školy, stacionáře, podpůrná centra);
- vzdělání bylo poskytnuto pro všechny děti i pro děti s těžkým či kombinovaným postižením, které byly v minulých letech osvobozovány od povinné školní docházky;
- rozvoj pomocných škol vzdělávacích žáků s nejtěžšími formami zdravotního postižení (v současnosti základních škol speciálních);
- vznik au-ti třídy pro žáky s pervazivními vývojovými poruchami, poradenství pro děti a rodiče, pedagogické pracovníky;
- integrace a inkluze zdravotně postižených;
- rozvoj organizací podporujících zkvalitnění života lidí s mentálním postižením (podporované bydlení, chráněné zaměstnání, asistenční a respitní služby);
- poradenský servis pro osoby se zdravotním postižením a pro jejich rodiny;
- nastal průlom publikační báze oboru odborné domácí publikace i zahraniční provenience, teoretické i metodické statě v časopisech z oboru psychopedie: Speciální pedagogika, Mentální retardace, Plus 21, Arteterapie;
- normalizace a humanizace ústavní péče;
- počátek alternativní a augmentativní komunikace pro děti s těžkou mentální retardací a autismem;
- zkvalitňování psychopedů na katedrách speciální pedagogiky v Praze a Olomouci.¹¹⁸

¹¹⁷ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 26-27., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

¹¹⁸ VALENTA, MÜLLER, 2007.

3. 8 Ústavy péče pro slabomyslné v Čechách

1. „Prvý a nejstarší ústav v Čechách je Ernestinum, založený r. 1871 Spolkem paní sv. Anny a vedený MUDr. Sl. Amerlingem, od r. 1902 MUDr. K. Herfortem. Po převratu byl Sternnergský palác na Hradčanech, majetek řeč. spolku, zabrán k vojenským účelům a ústav dočasně přeložen do Budeniček u Slaného. Má čtyřtřídní školu a košíkářskou dílnu.
2. Roku 1910 otevřela Česká zemská komise pro ochranu mládeže chlapeckou výchovnu v Hradci Králové. Zřekla se jí však a výchovna stala se majetkem zvláštního kuratoria z Hradecka. Má dvě třídy pomocné, pokračovací školu, dílnu obuvnickou, krejčovskou, truhlářskou a zahradnictví. Od počátku až do své smrti (r. 1937) spravoval ústav Jan Pelikán (1875-1937), autor pedologické práce „Rok života naší Vilmy“, překladatel Schmeylovy Zoologie.
3. Roku 1913 zřídil Fürsorgverein für Schwachsinnige ústav pro židovskou mládež v Hloubětíně u Prahy. Školy ústav nemá.
4. Roku 1923 proměnil zemský výbor ústav choromyslných v Opařanech v ústav pro slabomyslné děti. Jsou tu 2 třídy mateřské školy, pětitřídní škola pomocná, dílna truhlářská, klempířská, pekařská, krejčovská, obuvnická, zahradnictví a hospodářství. Těžcí idioti posílají se odtud do ústavu v Slatiňanech. Ředitelem opařanského ústavu je od r. 1929 MUDr. Václav Macke (*1892) po primáři Prokopu Urbanovi.
5. Roku 1926 odbor pro ochranu duševně úchylných při okresní péči o mládež v Plzni zřídil pro absolventy pomocných škol a slaboduché školety odrostlé vůbec zahradnickou kolonii. Roku 1937 postavil pro ústav novou budovu a nazval ji Kostnicovým ústavem.
6. Roku 1927 zřízen ústav pro nejtěžší případy slabomyslnosti dětské v Slatiňanech, kde lékařskou službu koná Dr. Kramář. Dohlídkou na výchovnou činnost ústavu pověřil zemský výbor prof. Dr. K. Herforta.
7. Roku 1932 město Praha vybudovalo v Krči nejrozsáhlejší sociální opatření pro své příslušníky, kteří zestárlí, stali se neschopni práce, nebo jsou nevléčitelně choří. Je tu i dětská ozdravnice pro děti do 6 let, zotavovna pro děti od 6 do 14 let, dětský chorobinec pro choré, slabomyslné a pro epileptiky. Mládež vzdělávání schopná se vyučuje v čtyřtřídní škole. Děti slaboduché jsou ve třídě pomocné. Mimo to je zavedeno pracovní oddělení mužské a ženské pro osoby 15-50 let, které pro těžší formy slabomyslnosti, klidné formy choromyslnosti, pro následky spavé chřipky aj. choroby potřebují ústavního zaopatření, ježto by jinak v životě

neobstály. Pomocnou školu a pracovní oddělení vede Jaromír Doskočil, ředitelem všeho dětského oddělení je K. Goldfinger. Ústavy nesou název „Masarykovy domovy“ a jsou pomníkem práce PhDr. Petra Zenkla.¹¹⁹

„Zajedme si do chlapecké výchovny v Králové Hradci, kterou tam zřídila a vydrží Česká zemská komise pro ochranu dítek a péči o mládež v království českém. Výchovna tato jest určena pro hochy lehčeji slabomyslné, ale stav chovanců, ve kterém se do ní dostávají, bývá přechasto velice žalostný jak po stránce tělesné tak i duševní a jinaké. A přece, jaké namnoze překvapující pokroky učinili chovanci této výchovny a to za nedlouhou dobu svého pobytu v ústavu! Uvedu zase jen některé toho doklady. Celá řada chovanců prospívá ve vzdělání školském, ač dříve nejevila prospěchu žádného anebo nepatrný: až na 3 chovance prospívají ve škole chovanci všichni. Několika chovancům, vyloučeným z obecné nebo měšťanské školy, poskytnuta možnost, klidně učiniti zadost povinnosti školní. Chovanec Sch., který byl v 10. r. ze školy vyloučen, od té doby vůbec školsky nebyl vzděláván, právě nedávno dosáhl propouštěcí vysvědčení. Mnoha dětem, jimž se z různých příčin znechutila docházka školní, vrácena chuť ke škole a k vyučování. Chovanec V. s hrůzou zpozoroval, že je v ústavě také škola, a nyní usíná se slabikářem v ruce. „Plakali jsme radostí, že už také umíš napsat psaní,“ psala jedna maminka. „To že psal náš V.?“ divila se jiná, která myslila, že se V. do smrti nenaučí psátí.“¹²⁰

„A jak naložíme s oněmi idioty a imbecilly, neschopnými jakékoliv výchovy v přesném slova smyslu? Individua ta stížena jsou chorobou (podle nynějších vědomostí našich) nevléčitelnou a náležejí tedy jako jiní ubožáci, nezhojitelnými nemocemi postižení do chorobince. Toť odpovědí, která sama sebou jest na jevě, a jen třeba provést důsledek z ní: zřizovati chorobince pro slabomyslné, nevléčitelné a nezlepšitelné, zřizovati zejména chorobince dětské, jak po nich volal důtklivým a přesvědčivým výkladem svým u nás na př. univ. prof. dr. František Procházka již na I. sjezdě našem. A tu, velectění, s radostí můžeme dnes uvéstí faktum, že Česká zemská komise pro péči o mládež zřídila loni v Praze¹²¹ takovýto dětský chorobinec, jenž již skvěle se osvědčuje. Potřeba takového ústavu byla již svrchovaně naléhavá, a když podařilo se jej uvést v činnost, nemáme přání, než aby dále co nejvíce se rozvíjel a vzrůstal, a voláme jen: „vivant sequentes“.“¹²²

¹¹⁹ ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*, s. 27-28., 21. svazek Knihovny Úchylné mládeže. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné. 1939.

¹²⁰ ČÁDA, F. *Výsledky péče o slabomyslné*, s. 5., Praha: Knihtiskárna Jos. Kolandy, 1914.

¹²¹ v roce 1912.

¹²² ČÁDA, F. *Výsledky péče o slabomyslné*, s. 10-11., Praha: Knihtiskárna Jos. Kolandy, 1914.

3. 9 Vývoj po roce 1989

„Školství v České republice prochází procesem transformace. Cílem změn je vytvoření demokratické a humánní školy, která by poskytovala všem členům společnosti stejné možnosti na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajišťovala každému občanovi uplatnění práva na rozvoj svých individuálních předpokladů. Významný posun zaznamenala i samotná speciální pedagogika. Registrován je postupný odklon od akcentu na postižení, ústup od medicínského pojetí, a začíná se upřednostňovat princip individuality každého jedince s respektováním zdravotních, sociálních a kulturních odlišností občanů. Speciální pedagogika se pokouší přibližovat filosofickému pojetí „člověka s jinakostí“. Člověk je považován za nejvyšší hodnotu s vlastní osobností, jedinečnou schopností, individuální krásou a posvátností života, která není ovlivněna postižením, etnickým původem či sociálním postavením. V praxi to znamená upřednostnit integrované vzdělávání všem dětem, pro které je tato forma přínosem, speciální vzdělávání nabídnout potom dětem s těžším či kombinovaným postižením, jejichž kvalita života je podmíněna vytvořením nezbytných podpůrných a ochranných podmínek.“¹²³

Důležitou událostí se stalo přijetí školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) a vyhlášek (č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních). Nová školská legislativa provedla změnu terminologie označování škol např.: zvláštní školy se staly základními školami praktickými; pomocné školy se staly základními školami speciálními. Za nejpodstatnější změnu lze pokládat kurikulární reformu. Systém vzdělávacích programů fungujících v České republice lze považovat za jednu z nejpřevratnějších změn od tereziánských reforem v 18. století. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy zpracovalo Rámcové vzdělávací programy pro předškolní, základní, gymnaziální, střední odborné a ostatní vzdělávání, které samostatně upravuje problematiku vzdělávání dětí a žáků s mentálním postižením.¹²⁴

*„Školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, přináší z hlediska vzdělávacích potřeb dětí a žáků s mentálním postižením tato významná ustanovení:
Za osoby se speciálními vzdělávacími potřebami se považují děti, žáci a studenti se:*

¹²³ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 29., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

¹²⁴ VALENTA, MÜLLER, 2007.

- zdravotním postižením (s mentálním, tělesným, zrakovým, sluchovým postižením, vadami řeči, s více vadami, autismem, s vývojovými poruchami učení nebo chování),
- zdravotním znevýhodněním (se zdravotním oslabením, dlouhodobě nemocní, s lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání),
- sociálním znevýhodněním (z rodinného prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením, se sociálním ohrožením – patologickými jevy, nařízenou ústavní výchovnou či uloženou ochrannou výchovou, v postavení azyllanta a účastníka řízení o udělení azylu).¹²⁵

3. 10 Současný vývoj péče

„Současnost představují koncepční a legislativní změny, postupně realizované po roce 2005. Nejzásadnější změnou, k níž naše školství dospělo, je skutečnost, že výchova a vzdělávání zdravotně postižených dětí přestává být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se postupně stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení. Integrované vzdělávání se stává významným krokem k humanitnímu přístupu ve školství i ve společnosti.“¹²⁶

„Novela vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. Původní vyhláška se týkala především žáků se zdravotním postižením a dětí mimořádně nadaných. Odpovídajícím způsobem nezahrnovala problematiku vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Novelizované texty se týkají především žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním (včetně žáků romských). Pro potřeby vzdělávání se definuje žák se sociálním znevýhodněním. Zřetelně se uvádí, že žáci bez zdravotního postižení se nevzdělávají podle vzdělávacích programů pro žáky se zdravotním postižením. Rozšiřuje se okruh činností asistenta pedagoga o pomoc žáku s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze, a to i při akcích mimo školu. Zřetelně se kodifikuje postup při přijímání žáka do speciální školy/třídy a vzdělávání podle vzdělávacího programu pro zdravotně postižené pouze s informovaným souhlasem zákonného zástupce žáka. Uplatňuje další formální úpravy (umožňuje spojovat ročníky obou stupňů speciálních

¹²⁵ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 31., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

¹²⁶ VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*, s. 34., 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

škol atd.).¹²⁷

„Novela vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb. zavádí povinnost poradenských pracovníků ve školství informovat zákonné zástupce – rodiče (nebo zletilého žáka) o tom, že poradenskou službu mohou žádat kdykoliv znovu a to právě ve shodě s rozsudkem Evropského soudu pro lidská práva ve věci č.57325/00-D.H. a ostatní proti České republice. Vyhláška celkově zvýrazňuje charakter poradenských služeb a přesouvá těžiště poradenských služeb od diagnostiky k doporučení. Všechny informace o poradenských službách se mají poskytovat jednoznačným a srozumitelným způsobem pro co nejširší možný okruh osob. Vyhláška zavádí časové limity pro zahájení poskytování poradenských služeb. V případě, že se doporučuje zařazení žáka do školy nebo vzdělávacího programu pro žáky se zdravotním postižením, je toto doporučení platné pouze jeden rok a poté je nutné jej revidovat. V činnosti poraden a speciálně pedagogických center přibývá činnost vypracování odborných posudků pro účely uzpůsobení podmínek pro konání maturitní zkoušky (dříve chybělo). Poradny stanovují vedle podpůrných opatření také opatření vyrovnávací (dříve chybělo) např. poskytování individuální podpory v rámci výuky a její přípravy, využívání poradenských služeb a služeb asistenta.“¹²⁸

¹²⁷ Zázpis z kulatých stolů na téma novelizace vyhlášek 72/2005 SB. A 73/2005. MŠMT. [online]. 2013-2014. [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/zapis-z-kulatych-stolu-na-tema-novelizace-vyhlasek-72-2005

¹²⁸ Zázpis z kulatých stolů na téma novelizace vyhlášek 72/2005 SB. A 73/2005. MŠMT. [online]. 2013-2014. [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/zapis-z-kulatych-stolu-na-tema-novelizace-vyhlasek-72-2005

4 INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE

4. 1 Ernestinum

„Ernestinum, jinak Ústav idiotů Jednoty paní sv. Anny v Praze (název Ernestinum, který se vžil, získal ústav až v roce 1898), byl ústav pro choromyslné, který založil Karel Slavoj Amerling 17. června 1871 v Praze. Sídliil nejprve v Kateřinské ulici na Novém Městě Pražském, už 1. listopadu téhož roku se ale přestěhoval do svého, nového útočiště, Šternberského paláce na pražských Hradčanech (dnes jedna z poboček Národní galerie). Amerling o chodu ústavu napsal (německy, protože nevěřil v odpovídající ohlas v češtině), práce byla do češtiny přeložena až roku 1997 Janou Kepartovou. Podle Amerlinga se lidský život dělí do dvanácti fází po sedmi letech, přičemž „všechny roky po ukončení 84. roku života jsou mimořádné a taktéž roky před 84. rokem života, neboť životní řád obnáší přesně dvanáctkrát sedm let.“ Během existence ústavu se v něm vystřídal asi 166 chovanců (mužů i žen), ročně od šesti (v Kateřinské ulici) do šedesáti roku 1883.“¹²⁹

4. 2 Vychovatelna

„Vychovatelna je zámeček v Praze 8 (Libeň, čp. 830) poblíž stejnojmenné mimoúrovňové křížovanky. Vybudován byl v letech 1906 až 1907 v novobarokním stylu podle návrhu architekta Jana Kříženeckého. Stavba byla plánována pro ústav pečující o mravně narušenou mládež ve věku od 8 do 18 let, který byl (pod názvem „Pražská vychovatelna v Libni“) doposavad umístěn v Libeňském zámečku. Byl to první ústav svého druhu v Čechách a k jeho založení vedl i návrh cestovatele Vojtěcha Náprstka. V ústavu bylo 55 chovanců. Budova je dvoupatrová a od roku 1941 je součástí nemocnice na Bulovce, která jej využívá pro své interní oddělení. Dne 3. srpna 2004 byla prohlášena za nemovitou kulturní památku České republiky.“¹³⁰

4. 3 Jedličkův ústav

„Jedličkův ústav a školy v Praze je nejstarší české zařízení pro děti a mládež s tělesným postižením, které se dodnes věnuje vzdělávání, rehabilitaci, sociálním

¹²⁹ Ernestinum (Praha). [online]. 2012. [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Ernestinum

¹³⁰ Vychovatelna [online]. 2013. [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Vychovatelna

službám, komplexnímu rozvoji dovedností, využití tvůrčího potenciálu a zlepšení kvality života lidí s handicapem (v běžné řeči vozíčkářů, mládeže po úrazech, dětí se somatickým znevýhodněním, s kombinovaným postižením, u některých služeb dokonce celých rodin s dítětem s tělesným postižením apod.). Jedličkův ústav byl založen na jaře 1913, jeho založení je spojeno především s MUDr. Rudolfem Jedličkou, jehož jméno je v názvu už od listopadu téhož roku, a od samých počátků byla patrná snaha o vybudování léčebné a vzdělávací instituce na novátorských vědecky podložených, medicínsky obhajitelných, ekonomicky svépomocných a pedagogicky alternativních základech. Ústav v tomto pojetí znamenal funkční a stabilní organizaci, která měla racionální uspořádání a zároveň poskytovala prostor a bezpečí pro individuální rozvoj klientů. Přesně v tomto duchu byla naplňována idea zakladatele propojit při práci s konkrétními dětmi jinak oddělené obory jako pedagogiku, psychologii, medicínu, sociální práci, pracovní, mravní a estetickou výchovu v jeden celek a s využitím potenciálu významných osobností vytvořit autentický sociální systém. František Bakule, Augustin Bartoš, Rudolf Jedlička, Michael Jedlička, František Kábele, Jan Pfeiffer, Anežka Krčková, Jan Pičman, Marie Vágnerová a dílo mnohých dalších patří k tradici Jedličkova ústavu a škol, která je rozvíjena v týmové práci a dalších specifických aktivitách.¹³¹

¹³¹ *Jedličkův ústav*. [online]. 2013. [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Jedličkův_ústav

5 NOVÉ FORMY A TRENDY PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ

„Okruh možností v péči o lidi s mentálním postižením je v našich podmínkách stále poměrně omezený. V některých zemích v zahraničí se již v posledních dvou desetiletích rozvíjí rozmanité alternativní formy péče, od péče organizované a zajišťované rozličnými státními organizacemi a agenturami, občanskými sdruženími a organizacemi zdravotně postižených nebo církevními a náboženskými sdruženími až po některé nové typy komunitní i zcela neformální péče.“¹³²

Služby sociální péče jsou služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat osobám v nepříznivé sociální situaci základní životní potřeby, které nemohou být zabezpečeny bez pomoci druhé osoby. Poskytují zajištění fyzické a psychické soběstačnosti s cílem umožnit lidem zapojení do běžného života společnosti i v případech, kdy to jejich stav vylučuje. Je třeba těmito lidem zajistit důstojné zacházení a kvalitní život.¹³³

„Doposud netradiční formou péče o mentálně postižené je pěstounská péče. U nás tato forma péče o děti nebo dospělé zatím není vžitá, ale z literatury se dovídáme, že v mnoha zemích je běžné, že některá rodina ke svým vlastním dětem přijme do pěstounské péče i dítě s mentálním postižením, o něž se jeho vlastní rodiče nemohou starat. Někteří lidé se v rámci pěstounské péče starají o děti nebo i dospělé s mentálním postižením za úplatu, jiní pouze za náhradu nutných nákladů. Existují i majetné rodiny, které přijmou do své péče jedno či více dětí s velmi těžkým postižením a dlouhodobě se o ně starají. Motivy této činnosti mohou být různé, ale je známo, že v některých zemích se považuje péče o postižené lidi za vysoce společensky hodnocenou aktivitu, která zvyšuje společenskou prestiž člověka nebo rodiny.“¹³⁴

„Ústavní péče o osoby s mentální retardací měla v průběhu vývoje společnosti nejrůznější podoby. Její vývoj byl ovlivněn zejména náboženským a politickým smýšlením, kulturou a ekonomickou vyspělostí dané společnosti. V prvobytně pospolné společnosti neexistovala žádná forma institucionální péče. Duševní choroby byly vykládány z pohledu magie.“¹³⁵

¹³² ŠVARCCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 172., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

¹³³ ŠVARCOVÁ, 2006.

¹³⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 178., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

¹³⁵ BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ, *Psychopedie*, s. 95., 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

Před rokem 1989 se služby pro lidi s mentálním postižením omezovaly na ústavy sociální péče. Rodičům dětí s postižením se často hned v porodnici doporučovalo, aby své dítě dali do kojeneckého ústavu nebo si pořídili další dítě. Určitou podporu poskytovalo pouze Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Na začátku devadesátých let minulého století se situace začala postupně měnit. Vznikaly nové služby chráněného prostředí, stacionáře, chráněné dílny. Zde měli možnost lidé trávit celý den nebo týden. Služby se zaměřovaly na smysluplné vyplnění času dětí a dospělých s mentálním postižením.¹³⁶

„Od roku 1995 začaly některé organizace v České republice rozvíjet podporované zaměstnávání, což je postup, který se do České republiky dostal prostřednictvím organizace The American Jewish Joint Distribution Committee. První z těchto organizací bylo Občanské sdružení Rytmus. Postupně vznikala i chráněná bydlení, např. již v roce 1992 společnost Duha zprovoznila dva takové byty.“¹³⁷

„Hlavními inovačními trendy byly v devadesátých letech snaha o deinstitucionalizaci sociálních služeb, tj. vytváření alternativ k tradiční, většinou ústavní péči, a masivní nástup nestátních organizací (církvních i necírkvních) do sociální péče. Novinkou byly i neprofesionální sociální služby poskytované dobrovolníky. Po roce 1989 vznikly tisíce nevládních organizací, které se zaměřují na sociální a zdravotní problémy a vytvářejí alternativy k tradičním formám sociální práce.“¹³⁸

Sociální služby poskytují pobytové, ambulantní nebo terénní služby např. centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, pracoviště rané péče.¹³⁹

Výchovu a vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces. U mentálně postižených probíhá vše pomaleji než u ostatní populace, proto je nutná potřeba jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností, komplexní poznávání okolní skutečnosti. Základy výchovy spočívají v rodině. Výchova je mnohem obtížnější, náročnější na pedagogické dovednosti, čas a trpělivost rodičů. Výsledky se dostávají velmi zvolna, někdy nejdou ani zpozorovat. Je potřebný dlouhodobý a trpělivý nácvik

¹³⁶ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, 2005.

¹³⁷ MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*, s. 116., 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7367-002-X.

¹³⁸ MATOUŠEK, O., *Základy sociální práce*, s. 152., 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

¹³⁹ ŠVARCOVÁ, 2006.

každé dovednosti. Každý rodič občas propadá pocitům neúspěšnosti, bezmoci a beznaděje, je nutné pochopení a povzbuzení od nejbližšího okolí, také odbornou konzultaci, radu od lékařů, psychologů, speciálních pedagogů nebo již zkušeného rodiče. Vhodné jsou i instituce, které rodičům pomohou s jejich odpočinkem a možností načerpání nových sil, díky těmto službám mohou pečující osoby žít i svůj vlastní život.

5. 1 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu: věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení. Služba se poskytuje bez časového omezení.

Poskytuje tyto činnosti:

- pomoc při zvládnání sebeobsluhy;
- pomoc při zajištění stravy;
- pomoc při vedení domácnosti;
- poskytnutí kontaktu se společenským prostředím;
- výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti;
- pomoc při uplatňování práv.¹⁴⁰

„Služby osobní asistence v typické podobě jsou služby vymezené a řízené uživatelem. U lidí s mentálním postižením se nepředpokládá, že by dokázali definovat své vlastní potřeby a organizovat jejich uspokojování jinými osobami. Proto je v mnoha zemích, podobně jako u nás, rozšířená tendence osoby s mentálním postižením z oblasti péče osobních asistentů vylučovat. Pokud osoby s mentální retardací potřebují intenzivní pomoc, bývají tradičně odkazováni na ústavní nebo jinou sociální péči. Přes všechny zatím nevyjasněné problémy se osobní asistence jeví jednou z progresivních forem i v péči o osoby s mentálním postižením. Specifická role osobního asistenta mentálně postižených spočívá v tom, že svojí činností nesupluje roli některého z fyzických orgánů postiženého člověka nebo funkce některého z jeho smyslů (nejčastěji zraku nebo sluchu), nýbrž pomáhá kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky, která je někdy poškozená do té míry, že dostatečně nekoordinuje ani činnost jeho tělesných orgánů. Z této zvláštnosti role osobního asistenta mentálně postižených vyplývá i mimořádná míra jeho osobní zodpovědnosti. Není pravděpodobné, že jeho klient bude schopen adekvátně vyjádřit své zájmy a své

¹⁴⁰ ŠVARCOVÁ, 2006.

*potřeby, a naopak je nutné si uvědomovat, že člověk s mentálním postižením bude bezbranný vůči asistentovi, který by si počínal v rozporu s jeho zájmy.*¹⁴¹

Člověk s mentálním postižením má práva spolurozhodovat o svém vlastním životě. V kodexu osobního asistenta by mělo být zdůrazněno, že jeho etickou povinností je respektovat přání a vůli klienta, kdykoli je to možné. Osobní asistent by měl být citlivý, vnímavý, měl by dokázat vytušit i nevyslovená klientova přání a potřeby. Práce osobního asistenta mentálně postižených osob je mimořádně náročná. Asistent je nejen pomocníkem, ale i průvodcem a advokátem svého klienta a v neposlední řadě i jeho blízkým člověkem.¹⁴²

5. 2 Pečovatelská služba

„Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;*
- *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;*
- *pomoc při zajištění chodu domácnosti;*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.*

*Tato forma péče je v rodinách, které se starají o děti a dospělé lidi s mentálním postižením, využívána poměrně málo, dá se však předpokládat, že může být jednou z cest, jak rodině usnadnit náročnou péči zejména o člověka s těžkým mentálním postižením spojeným se závažným omezením mobility.*¹⁴³

5. 3 Odlehčovací (respitní) služby

„Odehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném

¹⁴¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 173., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

¹⁴² ŠVARCOVÁ, 2006.

¹⁴³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 175., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;
- poskytnutí ubytování v případě pobytové služby;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně-terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Odlehčovací (respitní) služby poskytují pomoc rodině, která pečuje o dítě nebo dospělého člena rodiny se závažnějším postižením. Umožňuje rodině a zejména osobě, která se převážně o postiženého člena stará, odjet na dovolenou nebo do lázní, odpočinout si a načerpat nové síly.¹⁴⁴

5. 4 Chráněné bydlení

„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního onemocnění), jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí potravy nebo pomoc při zajištění stravy;
- poskytnutí ubytování;
- pomoc při zajištění chodu domácnosti;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně-terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

¹⁴⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 176-177., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

*Chráněné bydlení je modernější formou celoroční péče. Spočívá v tom, že několik klientů s mentálním postižením bydlí společně v běžném bytě nebo rodinném domku. Chráněné bydlení by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co klienti sami nemohou zvládat. Asistent nezastává funkci rodiče ani vychovatele, ale spíše pomocníka, přítele a konzultanta.*¹⁴⁵

Ve společné domácnosti může společně bydlet 1–8 lidí s mentálním postižením bez příbuzenského vztahu, péči o ně zajišťuje odborný personál, který jim pomáhá v každodenních činnostech, zajišťuje jim supervizi a trénink v samostatnosti.

5. 5 Individuální a skupinová sociálně – terapeutická práce

Individuální práce usiluje o dosažení určitých změn v životě uživatele. Směřuje k tomu, aby si klient osvojil specifické dovednosti, které zvýší jeho míru samostatnosti. Lidé s mentálním postižením se dovednosti potřebné pro běžný život nenaučí pouhým pozorováním jako jejich vrstevníci bez postižení. Často se stává, že teprve v dospělosti začínají trénovat různé samostatné aktivity, které nepostižení lidé provádějí od dětství nebo dospívání. Kromě sebeobsluhy a samostatného života v bytě může jít třeba o návštěvy restaurací, nakupování jídla, schůzky se známými. Jiná z forem terapeutické práce je pravidelné setkávání skupin lidí s postižením. Uživatelé s pomocí pracovníka se učí komunikovat ve skupině, vnímat a respektovat ostatní. Postupně se zlepšují ve formulaci vlastních postojů, i v sociálních dovednostech. Skupina je prostor, kde se lidé setkávají a mohou navazovat přátelské nebo partnerské vztahy, což pracovníci podporují.¹⁴⁶

5. 6 Pracovní a umělecké terapie

Pracovní terapie se zaměřuje na rozvoj člověka s mentálním postižením pomocí pracovní činnosti. Vychází se z toho, že lidé se rozvíjejí tím, že dělají nějakou smysluplnou činnost. Spočívá především v provádění pracovních úkonů, v nichž se uživatelé postupně zlepšují. Důraz při tom bývá kladen na odpovědnost a určitý řád, který uživatelé musí dodržovat. Jedním z cílů pracovní terapie je získání pracovních návyků. Tato metoda se používá v některých chráněných dílnách, denních stacionářích, ústavech sociální péče.

¹⁴⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 177., 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

¹⁴⁶ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, 2005.

Význam pracovní činnosti je viděn i v tom, že si uživatel může připadat užitečný. Jedná se o vyplnění volného času dospělého člověka. Je to více terapie než práce. Taneční, hudební a výtvarná terapie se využívají spíše jako doplňkové aktivity. Jejich cílem je podpora osobnostního rozvoje a relaxace. Terapeuti usilují o nalezení prostředků, které by uživatelům mohly usnadnit komunikaci. Prostřednictvím rozhovoru s uživatelem nad jeho výtvarným dílem může pracovník lépe chápat, co si uživatel představuje, co má rád a co ne.

5. 7 Komunitní podpora

„Většina lidí s těžkým mentálním postižením a problémovým chováním žije buď u svých rodin, nebo je umístěna v nějakém ústavním zařízení. Značná část zahraniční literatury shodně uvádí, že přestože deinstitucionalizace nutně neznamená pokles problémového chování, lidé žijící v komunitních zařízeních, včetně lidí s problémovým chováním, žijí kvalitnějším životem než lidé v ústavech. Výsledky některých výzkumů také naznačují, že přítomnost problémového chování nemusí mít negativní dopad na kvalitu života postižených, alespoň ne těch, kterým se dostává kvalitnější péče.“¹⁴⁷

Vytváření komunit, v nichž žijí lidé s postižením společně s lidmi bez postižení, představuje alternativu k ostatním službám hlavně v oblasti bydlení. Cílem je vytvořit domov, kde se postižení lidé budou cítit dobře a budou v něm mít své místo. Společné sdílení domova nahrazuje pomoc asistentů. Rozvoj lidí s postižením zde může probíhat prostřednictvím běžných aktivit buď spontánně, nebo cíleně podle individuálního plánu. Komunita představuje relativně uzavřené společenství s určitou mírou nezávislosti. Komunitním bydlením tohoto typu jsou camphillské komunity, v nichž je skupina postižených ubytována společně s rodinou nepostižených lidí, kteří např. vychovávají i vlastní dítě. Několik takových komunit vzniká i v ČR.¹⁴⁸

¹⁴⁷ EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 141., 1. vyd. Praha Portál, s. r. o., 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

¹⁴⁸ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, 2005.

5. 8 Vzdělávání lidí s mentálním postižením

1. Předškolní zařízení

mateřská škola

mateřská škola speciální

přípravná třída základní školy

ústavy sociální péče pro MP - s denním pobytem

- s týdenním pobytem

- s trvalou péčí

2. Zařízení a školy pro mládež školního věku

základní škola - integrace (individuální, skupinová)

speciální škola

ústavy sociální péče pro MP - s denním pobytem

- s týdenním pobytem

- s trvalou péčí

3. Zařízení a školy pro dorost

odborné učiliště

samostatné třídy odborného učiliště

praktická škola

praktická profesní příprava

ústavy sociální péče pro MP - s denním pobytem

- s týdenním pobytem

- s trvalou péčí

4. Celoživotní vzdělávání

základní vzdělávání

kurzy pro doplnění vzdělání

večerní školy

aktivační centra

ZÁVĚR

Diplomová práce zkoumala historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením od Antiky až po současnost. V prvobytně pospolné společnosti nebyla žádná forma institucionální péče. Z historie víme, že např. Hippokrates tvrdil, že mentální postižení vzniká z poruch mozku. Stoikové zkoumali vztah mezi společností a jedincem. Starověká společnost byla velmi razantní k životu mentálně postižených, které ihned likvidovala. Péče o postižené lidi nefungovala a jejich existence se řešila převážně usmrcováním či odkládáním a ponecháním jejich vlastnímu osudu.

Velký posun ve vnímání, pomoci a vzdělávání postižených lidí nastal na základě: Všeobecného tereziánského školního řádu z roku 1774, Deklarace práv člověka r. 1793, Zákona o domovském právu r. 1863, Řádu školním o vyučování r. 1905, Sjezdů péče o slabomyslné a školství pomocné r. 1909 a Zákona o pomocných školách r. 1929.

Rozvoj ústavní péče o mentálně postižené ovlivňuje náboženství, politika, kultura a ekonomická vyspělost dané země. Mentálně postižení se v dnešní době vzdělávají např. ve speciální MŠ, ZŠ speciální, na odborném učilišti a v dalších vzdělávacích institucích. Dokáží si najít pracovní uplatnění prostřednictvím podporovaného zaměstnávání, kde jim pomohou najít práci podle jejich možností a schopností. Dále mají šanci samostatného bydlení s podporou osobních asistentů či pečovatelské služby. Využívanou variantou je i chráněné bydlení nebo komunitní podpora, která se i u nás začíná rozvíjet. Mentálně postižení navštěvují kulturní zařízení, stacionáře a chráněné dílny.

Lidé s mentálním postižením se potřebují neustále rozvíjet, opakovat a prohlubovat osvojené znalosti. V péči o ně je nejdůležitější a nejpotřebnější jejich rodina. Pro rodinu dnes existují instituce - odlehčovací služby, které jim pomáhají při jejich každodenní péči o tyto jedince. Rodina má pak možnost si odpočinout, odjet na dovolenou a načerpat další síly.

Česká republika je velmi vyspělou zemí a péče o osoby s mentálním postižením je na vysoké úrovni. Naše společnost se snaží těmto lidem pomáhat, rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, a přispívat k jejich začleňování do majoritní společnosti bez ohledu na jejich nedostatky či odlišnosti. Nadále bychom se o tyto lidi měli zajímat, pomáhat jim a snažit se zpříjemnit a usnadnit jejich ne vždy lehký a jednoduchý život.

V diplomové práci byla použita historiografická metoda, která se snažila o široký pohled na dané téma z prací řady odborníků: lékařů, vědců, speciálních pedagogů, psychopedů a to z doby minulé i současné.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ, *Psychopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.
- BLAŽEK, B. a J. OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1988.
- ČÁDA, F. *Výsledky péče o slabomyslné*. Praha: Knihotiskárna Jos. Kolandy, 1914.
- ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1978.
- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1983.
- EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.
- FEDUIK, L. *Péče o slabomyslné*. Praha: V Zábřeze družstvo knihtiskárny, 1911.
- FEDUIK, L. *Z historie péče o slabomyslné*. V Zábřeze: družstvo knihtiskárny, 1911.
- HERFORT, K. *Péče o slabomyslné*. Praha: Prometheus, 1928.
- HLADÍLEK, M. a J. JENŠÍ. *Doplňky k psychopedické praxi*. 1. vyd. Pelhřimov: OV SPMP, 2000.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KOHOUT, K. *Základy obecné pedagogiky*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-38-9.
- LANGER, S. *Mentální retardace*. 1. vyd. Hradec králové: Kotva, 1990. ISBN 80-900254-0-4.
- MATOUŠEK, O., *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ, *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.
- MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0207-6.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2000. ISBN 80-7367-174-3.

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.

RENOTIÉROVÁ, M., L. LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti (Hledání počátků)*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. ISBN 86039-30-7.

TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2000. ISBN 80-86039-90-0.

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VÁGNEROVÁ, M., Z. HADJ-MOUSSOVÁ a S. ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

ZEMAN, J. *Dějiny péče o slabomyslné*. 21. svazek Knihovny Úchylné mládeže. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné. 1939.

Seznam použitých internetových zdrojů

Angelmanův syndrom. [online]. 2010-2011. [cit. 2013-12-04]. Dostupné z: <http://hope.jex.cz/menu/nemoci-a-postizeni/angelmanuv-syndrom>

Ernestinum (Praha). [online]. 2012. [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Ernestinum

Jedličkův ústav. [online]. 2013. [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: [cs.wikipedia.org/wiki/Jedličkův_ústav](http://cs.wikipedia.org/wiki/Jedlickuv_ustav)

LEČBYCH, M. *K historii pojmu mentální retardace*. [online]. 2002-2012. [cit. 31.12.13]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1303>

LEČBYCH, M. *Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením*. [online]. Olomouc, 2006. [cit. 2013-10-28]. Rigorózní práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra Psychologie Filozofické fakulty. Dostupné z: http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/rigorozni_PZ.pdf

Vychovatelna [online]. 2013. [cit. 26. 1. 14]. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Vychovatelna

Zápis z kulatých stolů na téma novelizace vyhlášek 72/2005 SB. A 73/2005. MŠMT. [online]. 2013-2014. [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/zapis-z-kulatych-stolu-na-tema-novelizace-vyhlasek-72-2005

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jitka Vodičková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 60

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 30

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 7

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.