

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Lucie Šimíčková
3. ročník – prezenční studium
Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

**PROBLEMATIKA DĚTÍ
S MENTÁLNÍ RETARDACÍ –
DOWNŮV SYNDROM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Binarová, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Problematika dětí s mentální retardací – Downův syndrom“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci, 7.4.2011

.....

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní PhDr. Ivaně Binarové, Ph.D. za vydatnou pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji i speciálním pedagogům, rodičům a jejich dětem za čas a informace, které mi s ochotou poskytli.

Lucie Šimíčková

Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část	7
1 Mentální retardace.....	8
1.1 Vymezení pojmu a příčiny mentální retardace	8
1.2 Klasifikace mentální retardace	9
2 Downův syndrom	11
2.1 Definice pojmu, historické pozadí	11
2.2 Etiologie a formy Downova syndromu	12
2.3 Fyziognomické a anatomické zvláštnosti osob s Downovým syndromem, zdravotní problémy	13
2.4 Prenatální diagnostika, rodina a dítě s postižením.....	15
3 Vývoj a psychické zvláštnosti jedince s Downovým syndromem.....	21
3.1 Oblasti vývoje – hrubá motorika, jemná motorika, osobnostní a sociální vývoj, vývoj jazyka a řeči.....	22
3.2 Psychické zvláštnosti – percepce, myšlení, paměť, pozornost, emoce	23
4 Užívané terapie v rámci předškolního vzdělávání	25
4.1 Muzikoterapie, arteterapie.....	25
4.2 Canisterapie, hipoterapie.....	26
4.3 Vojtova metoda	26
4.4 Orofaciální regulační terapie.....	27
Praktická část	28
5 Kasuistika – vymezení pojmu	29
6 Kasuistika – č. 1	30
7 Kasuistika – č. 2	34
8 Kasuistika – č. 3	37
Závěr	42
Seznam literatury a dalších zdrojů	43
Seznam příloh.....	46

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Problematika dětí s mentální retardací – Downův syndrom.“

Problematika Downova syndromu mě zaujala již na střední pedagogické škole, kdy jsem se v rámci pedagogické praxe v mateřské škole speciální setkala s chlapcem s Downovým syndromem. Tehdy jsem se rozhodla pro studium speciální pedagogiky a pro téma mé závěrečné bakalářské práce.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji studiu odborné literatury a následnému teoretickému zpracování problematiky osob s mentální retardací – Downovým syndromem.

V první kapitole se zabývám vymezením pojmu mentální retardace a příčinami jejich vzniku, tedy etiologií, dále stupni a typy mentální retardace.

Druhá kapitola je zaměřena na definování Downova syndromu, historické pozadí, problematiku vzniku tohoto postižení. Následně se zde dočtete o formách, fyziognomických a anatomických zvláštích a zdravotních problémech dětí s Downovým syndromem. V závěru kapitoly se věnuji prenatální diagnostice, která je v dnešní době na velmi dobré úrovni a která pomáhá jak lékařům, tak i rodičům ještě nenarozeného dítěte zjistit, zda-li dítě bude zdravé. Dále pak rodině postiženého dítěte a typickým fázím, kterými rodina prochází po zjištění faktu, že jejich dítě nikdy nebude zdravé.

Ve třetí kapitole se blíže rozepisuji o vývoji a psychických zvláštích, které děti s Downovým syndromem postihují.

Poslední kapitola je věnována základním terapiím, kterých jsem se mohla zúčastnit a blíže se s nimi seznámit v rámci svých pedagogických praxí, jak na střední, tak na vysoké škole. Cílem mé bakalářské práce bylo sepsání případových studií dětí s Downovým syndromem, které jsou rozpracovány v praktické části této práce.

Kasuistiky jsou zaměřeny na osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, vývoj dítěte od prenatálního období až po současnost, psychické zvláštnosti v chování, průběh vzdělávání a rodinné zázemí. V průběhu zpracování těchto studií jsem důkladně studovala osobní dokumentace dětí. Tyto mi poskytlo vedení mateřské školy speciální a základní školy speciální, kterou děti navštěvují. Také jsem měla možnost pozorovat děti přímo v procesu edukace. V neposlední řadě jsem použila metodu rozhovoru s matkami dětí.

Uvědomuji si citlivost tématu, se kterým se mi svěřily a proto jsem se snažila postupovat s ohleduplností a empatií. Rodiče dětí souhlasili se zpracováním případové studie.

Do příloh jsem pro představu vývoje grafomotorických a kresebných činností zařadila kresby dětí.

Závěr je stručným shrnutím celé práce.

Teoretická část

1 Mentální retardace

1.1 Vymezení pojmu a příčiny mentální retardace

Termín mentální retardace můžeme volně přeložit jako zpoždění duševního vývoje. V současnosti je vymežován mnoha definicemi jako celkové snížení intelektových schopností jedince. Termín se začal hojněji používat až po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 (Valenta a kol., 2007).

Valenta a kol. (2007, s. 12.) uvádí, že mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.

Příčin, které mohou vést k mentální retardaci, je celá řada. Tyto příčiny se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. Na vznik mentální retardace existují dva rozdílné pohledy, které se objevily v průběhu výzkumu příčin. První se přiklání k dědičnosti a podceňuje vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka. Druhý zdůrazňuje vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností a nezohledňuje vlivy genetické. Mezi příčiny mentálního opožďování řadíme příčiny endogenní, nebo-li vnitřní a exogenní, tedy vnější. Endogenní faktory jsou příčiny genetické a jsou uloženy v pohlavních buňkách, při jejichž spojení vzniká nový jedinec. Exogenní faktory, které mohou ovlivnit vznik mentální retardace, působí od početí, po dobu celého těhotenství, při porodu, v poporodním období, až do jednoho roku věku dítěte. Vnější příčiny dále dělíme na prenatální, perinatální a postnatální (Švarcová, 2006).

Švarcová (2006, s. 62) uvádí jako **nejčastější příčiny mentální retardace:**

Následky infekcí a intoxikací:

- prenatální infekce – např. toxoplasmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar;
- postnatální infekce – např. zánět mozku;
- intoxikace – např. otrava olovem.

Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:

- mechanické poškození mozku při porodu;
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie.

Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. fenylketorurie, hypotyreóza – kretenismus).

Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou).

Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie a další).

Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).

Nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů).

Vážné duševní poruchy.

Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek).

Jiné a nespecifické etiologie.

1.2 Klasifikace mentální retardace

Klasifikovat mentální retardaci můžeme dle stupňů, které jsou významným kritériem hodnocení závažnosti poruchy rozumových schopností, nebo-li kvantitou úbytku příslušných kompetencí. Proto mluvíme o kvantitativním hodnocení mentální retardace. Úroveň schopností mentálně postiženého jedince lze pomocí psychologické diagnostiky inteligence srovnat s normou. Průměrný výkon populační normy má hodnotu IQ 100 a kvantitativní hodnocení inteligence nám ukazuje odhad schopností, jež určují pozici mentálně postiženého ve vztahu k této normě. Hodnotou IQ 70 rozumíme hranici mentálního postižení.

Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) uvádí rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle rozmezí hodnot inteligenčního kvocientu, které jsou charakteristické pro dané pásmo. Jedná se o orientační hodnotu, která nezachycuje celou řadu kvalitativních znaků rozumových schopností mentálně postiženého jedince (Vágnerová, 2004).

Stupně mentální retardace dle MKN-10:

- lehká mentální retardace (kód F70, pásmo IQ 50-70);
- středně těžká mentální retardace (kód F71, pásmo IQ 35-49);
- těžká mentální retardace (kód F72, pásmo IQ 20-34);
- hluboká mentální retardace (kód F73, pásmo IQ 0-19).

Charakteristika stupňů mentální retardace:

Lehce mentálně retardovaní dovedou v dospělosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního školního věku. Výslovnost nebývá zcela bezchybná a spočívá ve zpomaleném osvojování

si mateřského jazyka. Jejich myšlení i řeč jsou konkrétní, respektují základní pravidla logiky. Většina osob s lehkou mentální retardací je schopna učit se, zejména pokud jsou respektovány jejich možnosti. Vnímání je zpravidla pomalé, pozornost bývá často deficitní, není stálá. Mnozí jedinci mají specifické problémy se čtením a psaním. V dospělosti většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a praktických domácích dovednostech, dobře se sociálně adaptují.

Osoby se středně těžkou mentální retardací mají výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Jejich uvažování lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte, které nerespektuje vždy pravidla logiky. Paměť je omezena ve všech fázích, nejsou schopni abstrakce, verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Učení je omezeno na mechanické podmiňování, k zafixování je třeba četného opakování. Jedinci jsou schopni osvojit si běžné návyky sebeobsluhy a jednoduché dovednosti, ale neobstojí v samostatném způsobu života. V dospělosti mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, pokud jsou pečlivě strukturovány, je zajištěn odborný dohled a nevyžaduje se přesnost a rychlost. Většina středně těžce postižených je schopna navazovat kontakty a podílet se na jednoduchých sociálních aktivitách. Zpravidla lze zjistit u jedinců organickou etiologii, u některých diagnostikovat dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, a často se vyskytují tělesná a neurologická onemocnění.

Lidé s těžkou mentální retardací mají zřejmé omezení v oblasti řeči, naučí se několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které používají nepřesně a nebo nemluví vůbec. V dospělosti uvažují na úrovni batolete. Učení je omezené a vyžaduje dlouhodobé úsilí. Tréninkem lze u jedinců vypěstovat jednoduché hygienické a sebeobslužné návyky. Často jde o kombinované postižení, kdy jedinec trpí značným stupněm poruchy motoriky, epilepsií, vadným vývojem ústředního nervového systému apod. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezené, ale včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může značně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, celkovému zlepšení kvality jejich života, ale i tak jsou závislí na péči jiných lidí.

Hluboká mentální retardace s sebou většinou nese přidružené postižení, mluvíme tedy o kombinovaném postižení. Jedinci bývají tělesně těžce deformováni, většina z nich je imobilní a inkontinentní. Nebývají vytvořeny ani základy řeči, zpravidla vydávají pouze neartikulované zvuky jako sténání a skřeky. Osoby s hlubokou mentální retardací jsou schopny diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí, poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí. Péče o vlastní základní potřeby je nepatrná

či žádná a takto postižení lidé jsou zcela závislí na péči jiných lidí. Obvykle bývají umísťováni do domovů pro osoby se zdravotním postižením (Kysučan in Edelsberger, 1988; Vágnerová, 2004; Krejčřřová in Řičan, 2006; Švarcová, 2006).

2 Downův syndrom

2.1 Definice pojmu, historické pozadí

Downův syndrom je genetická anomálie s důsledky na celý život. Jde o nejrozšířenější ze všech doposud známých forem mentální retardace (okolo 10 % všech lidí s mentálním postižením) a nejčastější chromozomální aberaci.

Soubor příznaků, které se projevují společně, nazýváme syndrom. Downův syndrom spadá mezi vrozené syndromy, které jsou viditelné ihned po narození.

Osoby s Downovým syndromem dostaly od přírody zvláštní nadílku. Místo 46 obvyklých chromozomů (23 párů) mají takto postižení v každé buňce těla jeden chromozom navíc. Mají tedy 47 chromozomů, uspořádaných do 22 párů a jedné trojice.

Již v dávné historii lidstva se objevovaly bytosti, které se odlišovaly od běžných lidí. Je velmi pravděpodobné, že mnohé známé geneticky podmíněné nemoci a chromozomální abnormality, včetně Downova syndromu, se objevovaly již v předešlých tisíciletích. S pokrokem lékařských věd došlo k zaznamenávání a popsání vývojových vad.

První zmínky o osobách s Downovým syndromem lze najít v literatuře 15. a 16. století. V roce 1866 byl Downův syndrom uznán jako samostatná diagnóza, kdy anglický lékař John Langdon Down (1828-1896) poprvé popsal charakteristické rysy tohoto syndromu. Příčinu diagnózy neznal. Až v roce 1932 doktor Waardenburg přišel s myšlenkou chromozomální abnormality, jako příčiny vzniku Downova syndromu. Doložena byla tato myšlenka roku 1959 francouzským badatelem Lejeunem, který zjistil, že v karyotypu dětí s tímto syndromem se nachází přebytečný chromozom 21. Downův syndrom je tedy trisomií 21. chromozomu.

Dříve se tomuto postižení říkalo mongolismus. A to pro asiatský zjev, typické fyziognomické zvláštnosti v obličejových rysech těchto osob. Dnes je tento pojem chápán jako pejorativní a zavádějící, proto se užívá termínu Downův syndrom. Nejlépe je mluvit o takto postiženém jedinci, jako o osobě s Downovým syndromem, neboť je to především

lidská bytost. Postižení je až druhořadá skutečnost (www.dobromysl.cz; Selikowitz, 2005; Švarcová, 2006; Bartoňová, 2007).

2.2 Etiologie a formy Downova syndromu

Po příčinách vzniku Downova syndromu se pátrá od roku 1959. Od doby, kdy bylo zjištěno, že nepárový chromozom č. 21 je mechanismem vzniku tohoto syndromu (Švarcová, 2006). Downův syndrom vzniká na podkladě mutací (tzv. numerických chromozomových aberací). Tento syndrom se označuje také jako trisomie 21. chromozomu, a to dispozicí pro jeho vznik. Uložením na jednom z ramen chromozomu č. 21 (Bartoňová, 2007). Nadbytečný chromozom způsobuje, že se v buňce vytvářejí nadbytečné bílkoviny a tím se naruší normální růst těla plodu. Dítě, které se narodí, je menší v důsledku pomalejšího dělení buněk v těle, dále má narušenu migraci buněk, které se podílejí na utváření různých částí těla, zejména v mozku. Odlišná stavba mozku a méně mozkových buněk zapříčiní, že se dítě bude pomaleji učit (Selikowitz, 2005).

V průběhu bádání se usuzovalo, že na vzniku Downova syndromu se podílí různé vlivy životního prostředí, alkoholismus, tuberkulóza, syfilis, či návrat k primitivnímu lidskému druhu. Tyto hypotézy se ukázaly v průběhu bádání jako nesprávné a neobhajitelné. Vědecké poznatky prokázaly pouze věk rodičů jako rizikový faktor pro vznik Downova syndromu. Je jím u matky věk nad 35 let, nebo příliš nízký věk 15-19 let. U otců je rizikový věk nad 50 let (Bartoňová, 2007). Většina dětí s Downovým syndromem se však rodí matkám ve věku mezi 24-30 lety, což je obvyklý věk, kdy ženy přivádějí na svět své potomky. Nejsou v průběhu těhotenství většinou podrobeny genetickému vyšetření, jak je tomu u starších matek, čímž se snižuje počet narozených dětí s Downovým syndromem u této rizikové skupiny matek (Švarcová, 2006).

Jako další příčiny vzniku Downova syndromu jsou uváděny radiace a fyzikální vlivy na plod v období nitroděložního vývoje (Bartoňová, 2007).

Autoři uvádějí **tři základní formy Downova syndromu:**

- trisomii 21. chromozomu (nondisjunkce, prostá trisomie);
- translokaci;
- mozaicismus.

Nejběžnějším typem (výskyt asi 95 %) Downova syndromu je forma nazývaná **nondisjunkce**. V každé buňce těla je nadbytečný celý 21. chromozom. Vzniká předáním dvou chromozomů místo jednoho 21. chromozomu a to z vajíčka nebo spermie rodičů.

Proces nondisjunkce spočívá v neoddělení 21. párového chromozomu, ale kompletním setrváním v jedné z nových buněk. V normálním případě se při vzniku vajíčka nebo spermie buňka ve vaječníku nebo varleti rozdělí a tím vzniknou dvě nové buňky s polovinou původního počtu chromozomů. U trisomie 21. chromozomu je toto dělení abnormální. Buňky se před dělením spojí a místo, aby směřoval každý chromozom opačným směrem a stal se součástí nově vznikající buňky, přijdou oba společně do nové buňky, a ta pak obsahuje oba 21. chromozomy. Jiná buňka poté neobsahuje ani jeden 21. chromozom, takto nemůže přežít a rozpadá se. Původ není výhradně u matky, ve 20 % případů pochází nadbytečný chromozom ze spermie otce (Selikowitz, 2005; Bartoňová, 2007).

Translokační typ Downova syndromu, který se objevuje asi ve 4 % případů, spočívá v nadbytku části chromozomu č. 21 již v některých zárodečných pohlavních buňkách budoucího rodiče. Selikowitz uvádí, že v translokacích 21. chromozomu se vyskytují chromozomy 13, 14, 15 nebo 22. Při odlomení vrcholku 21. chromozomu a jiného chromozomu se zbývající části obou chromozomů spojí. Rodič bez příznaků Downova syndromu je tak nositelem a přenašečem této chromozomální aberace. Ve dvou třetinách případů, kdy má dítě Downův syndrom způsobený translokací, rodič není nositelem žádné poruchy. Jde o náhodnou událost a má minimální pravděpodobnost opakování (Selikowitz, 2005; Švarcová, 2006).

Poslední formou Downova syndromu je **tzv. mozaiková forma**, kdy asi ve 3 % případů dochází k chromozomální chybě až po spojení pohlavních buněk s obvyklým počtem chromozomů. Určité procento buněk obsahuje 46 chromozomů a jiné buňky mají chromozomů 47. Buňky jsou v těle poskládány z různých kousků, proto mluvíme o mozaice. U těchto osob není tolik nápadných fyzických znaků, jako u ostatních forem (Selikowitz, 2005; Švarcová, 2006; Bartoňová, 2007).

2.3 Fyziognomické a anatomické zvláštnosti osob s Downovým syndromem, zdravotní problémy

Jak již bylo uvedeno výše, syndrom představuje soubor znaků, které se projevují společně. Downův syndrom lze diagnostikovat ihned po narození a to na základě vzhledu dítěte. Tato domněnka musí být potvrzena vyšetřením chromozomů.

Selikowitz (2005, s. 40) uvádí, že bylo popsáno více než 120 charakteristických příznaků Downova syndromu, ale mnoho dětí jich nemá více než šest nebo sedm. Ani jeden příznak,

s výjimkou mentálního postižení, se nemusí vyskytovat u všech postižených. Jedince s Downovým syndromem rozeznáme podle znaků, které jsou relativně stálé, patrné od narození (tzv. esenciální znaky), dále podle nejfrekventovanějších znaků u dětí s Downovým syndromem (tzv. typické znaky) a podle tzv. specifických příznaků, které jsou přítomny hned po narození nebo se objevují v prvních letech života dítěte (Kučera, 1981).

Fyziognomické a anatomické zvláštnosti. Hlava dětí s Downovým syndromem je menší, vzadu plošší, proto působí kulatým vzhledem. I pohled na obličej se jeví zepředu kulatým a z profilu plochým vzhledem. Oči jsou normálního tvaru, ale víčka jsou úzká a mezi vnitřním koutkem oka a kořenem nosu se nachází výrazná kolmá kožní řasa, která se také nazývá epikantická řasa. Ústa mají tyto děti malá a jazyk je větší. Svalová hypotonie způsobuje, že ústa jsou stále pootevřená a jazyk může vyčnívat ven. Uši i nos bývají také menší. Děti po narození mají na zadní straně krku volnou kůži, dospělí pak mají krk krátký a široký.

Dalším znakem jsou malé a mohutné ruce a chodidla. Ruce jsou charakteristické krátkými prsty, asi u poloviny dětí se vyskytuje pouze jedna rýha přes dlaň, také nazývána „opičí rýha“. Široká mezera mezi palcem a ukazováčkem pak charakterizuje nohy dětí. Svaly a klouby jsou ochablé a v důsledku nedostatečné pevnosti šlach jsou chodidla plochá. Hypotonie (snížení svalového napětí) se vyskytuje často a v různých stupních u dětí s Downovým syndromem. Výška dospělé osoby s Downovým syndromem bývá menší, u mužů kolem 145 až 168 centimetrů a u žen mezi 132 až 155 centimetry.

Zdravotní problémy. Bylo zjištěno, že některé choroby se u Downova syndromu vyskytují častěji, ale bývají mírné a snadno se léčí. Závažnější onemocnění, která se objevují ve spojitosti s Downovým syndromem, jsou méně častá. Na jedno dítě s danou chorobou připadá 89 dětí, které jí netrpí.

Častěji se vyskytují u tohoto postižení smyslové vady. Ze zrakových vad se uvádí dalekozrakost, krátkozrakost, a strabismus neboli šilhání. Kolem 60 % dětí s Downovým syndromem trpí lehkým a středním sluchovým postižením.

Jako další zdravotní problémy můžeme uvést infekce horních cest dýchacích, ucpání ucha, které může být častou a neléčitelnou příčinou ztráty sluchu u dětí i dospělých, proto je důležité sluch pravidelně kontrolovat. U velké části dětí s Downovým syndromem se objevují infekční kožní nemoci. Kůže je suchá, olupuje se, praská a svědí.

Z neurologických potíží můžeme uvést hypotonii, epileptické záchvaty a Alzheimerovu nemoc, která se u těchto osob vyskytuje tři až pětkrát častěji než u dospělých v intaktní společnosti.

Z poruch endokrinních systémů se pak objevují poruchy štítné žlázy, a to vrozená či získaná hypotyreóza, neboli nedostatek tyroxinu v krvi.

Osoby s Downovým syndromem také často postihují problémy se střevním traktem jako je zácpa, zúžení první části tenkého střeva (tzv. duodenální atresie) a další.

Jako poslední problém můžeme uvést abnormality kardio-vaskulárního systému. Vrozené srdeční vady jsou u dětí s Downovým syndromem čtenější. Srdeční vady mohou mít několik podob: defekt předsíňokomorové přepážky, defekt mezikomorové přepážky, zvětšení srdce, otvory či nedomykavost chlopní. Dále pak Fallotova tetralogie, která je charakteristická čtyřmi současně se objevujícími abnormalitami, mezi dvě nejdůležitější řadíme velký otvor v mezikomorové přepážce a zúžení plicnice. Většina srdečních vad se odstraňuje chirurgickou léčbou. To umožňuje dlouhodobé zlepšení zdravotního stavu a prodloužení života osob s Downovým syndromem (www.dobromysl.cz; Kučera, 1981; Selikowitz, 2005; Bartoňová, 2007).

Potíží ve spojitosti s Downovým syndromem se objevuje celá řada a dalo bych se o nich rozepsat daleko podrobněji, ale to není účelem této práce.

2.4 Prenatální diagnostika, rodina a dítě s postižením

Prenatální diagnostika

V dnešní době mají těhotné ženy možnost podstoupit řadu vyšetření, která pomáhají předcházet komplikacím v těhotenství a při porodu. Pomocí metod prenatální diagnostiky zjišťují lékaři výskyt Downova syndromu u plodu. Rodiče, kteří jsou seznámeni s možným rizikem narození dítěte s Downovým syndromem, se svobodně rozhodují, zda-li vyšetření podstoupí. I když si páry nejsou jisté, jak by se zachovaly, kdyby výsledek nebyl v pořádku, ptají se odborníci, zda v případě pozitivního nálezu budou souhlasit s přerušáním těhotenství.

Vyšetření můžeme rozdělit na dvě skupiny:

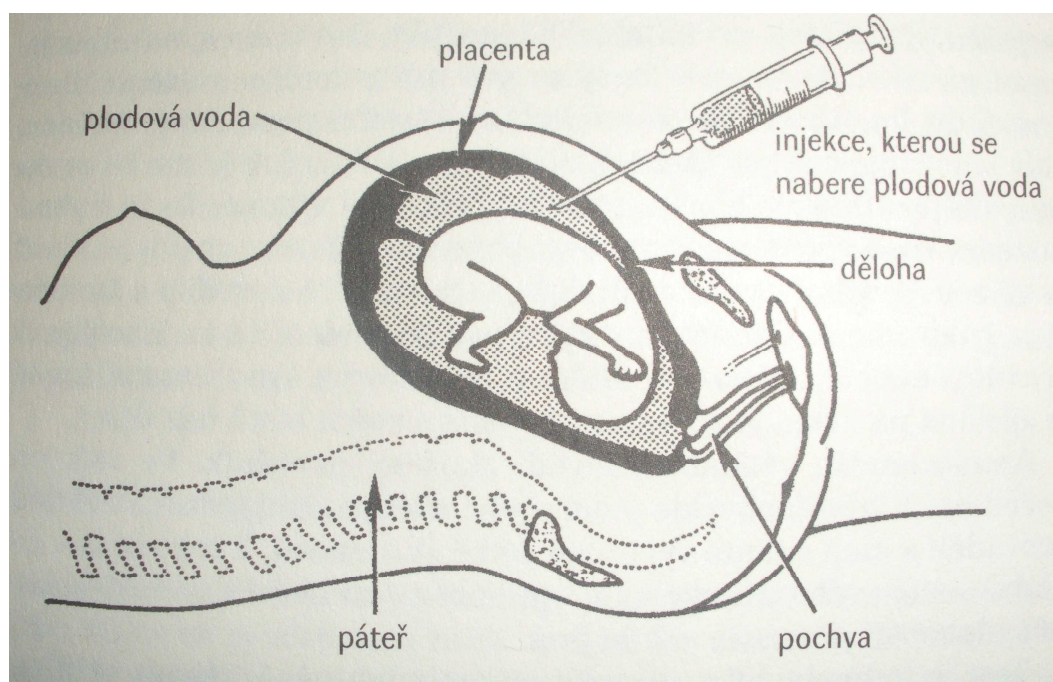
- **invazivní** – amniocentéza, biopsie choriových klků, kordocentéza;
- **neinvazivní** – triple test, ultrazvukové vyšetření.

Amniocentéza – je nejběžnější formou prenatalní diagnostiky Downova syndromu. Test se provádí mezi 16.-18. týdnem těhotenství, kdy je spolehlivost až 99,5 %. Stát umožňuje provedení této služby párům, u kterých je riziko Downova syndromu u dítěte vysoké. U matek v pokročilém věku (po 35.-37. roce), u žen, kterým se narodilo již první dítě s Downovým syndromem, či u nastávajících matek se zvýšenou pravděpodobností narození dítěte s Downovým syndromem na základě screeningových krevních testů.

Test je prováděn ambulantně zkušeným porodníkem. Při vyšetření se zavádí v místě pod pupíkem přední stěnou břišní tenká jehla do dělohy (obr. 1). Z vaku s plodovou vodou, která obklopuje dítě, se odebere vzorek této tekutiny. V laboratoři pak cytogenetik může určit, zda chromozomová odchylka, která způsobuje Downův syndrom, je přítomna.

Dlouhé čekání na výsledky vyšetření (asi dva týdny) a zvýšené riziko spontánního potratu (1 ku 100) jsou nevýhodou tohoto testu.

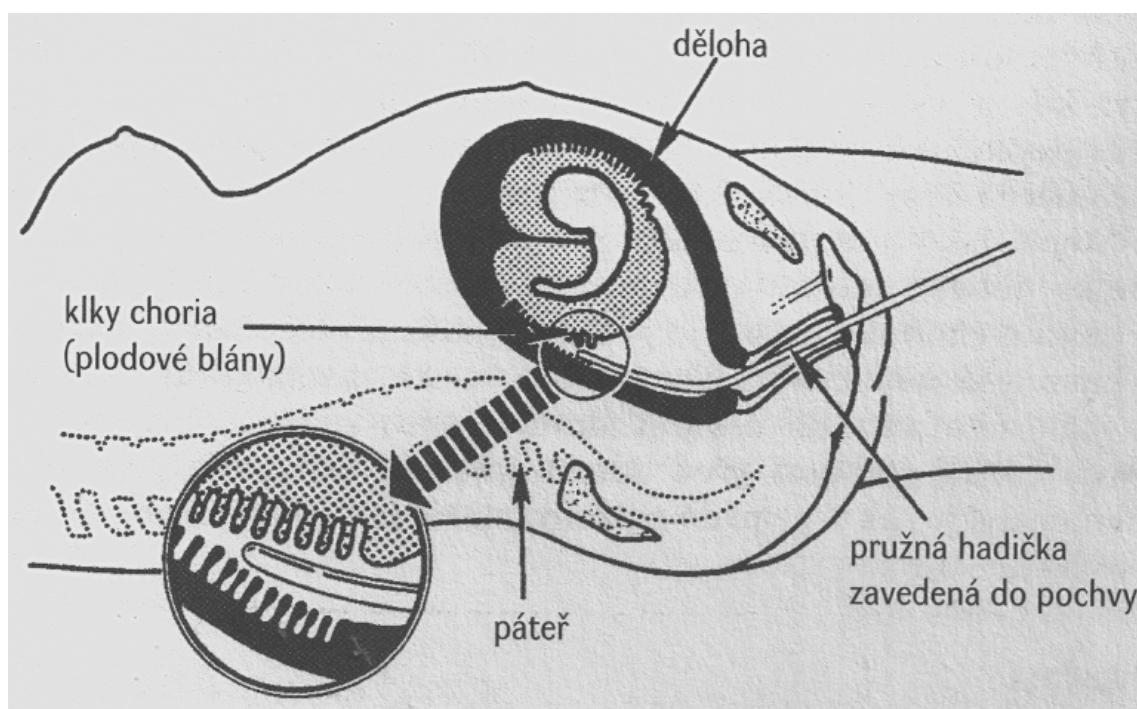
Obr. 1 Amniocentéza (Selikowitz, 2005)



Biopsie choriových klků – je novější metodou prenatalní diagnostiky. Odběr vzorků choria lze provést v ranějším stadiu těhotenství (již v 6. týdnu, ideální doba je 9. až 11. týden) a trvá kratší dobu než amniocentéza. Velmi tenkou pružnou trubičkou, která se zavede do pochvy až k dolnímu okraji dělohy (obr. 2), se odebere vzorek z budoucí placenty plodu. Zavádění trubičky si porodník kontroluje pomocí ultrazvuku.

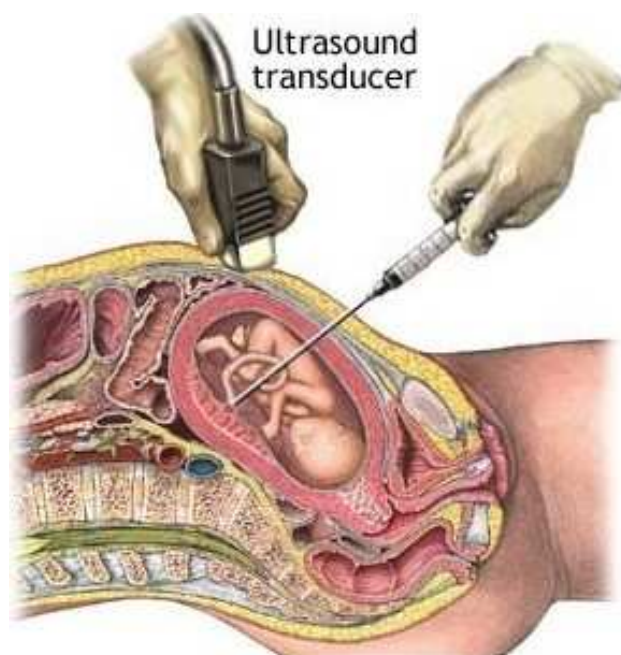
Tkáň s klky choria (malé, prstovité výrůstky primitivní placenty) se odešle do laboratoře. Klky tvoří buňky, které se rychle dělí, proto výsledky jsou k dispozici již druhý, či třetí den po odběru. Laboratoře obvykle kultivují buňky déle, aby na chromozomech byly lépe vidět detaily, proto si na výsledky testů rodiče počkají zhruba dva týdny. Výsledky vyšetření mohou být nejisté (genetická výbava plodu se může lišit od placenty). Další nevýhodou je zvýšené riziko samovolného potratu. V 9. týdnu, kdy je riziko potratu 2 ku 100 se vyšetřením zvedá na 3 až 4 ku 100. Při pozitivních výsledcích se provádí amniocentéza.

Obr. 2 Biopsie klků choria (Selikowitz, 2005)



Kordocentéza – jedná se o odběr krve plodu z pupečnickové cévy a odborník si pomáhá ultrazvukem (obr. 3). Provádí se po 20. týdnu gravidity, kdy je potřeba objasnit nález z amniocentézy, potvrdit či vyvrátit geneticky podmíněnou vadu, která byla zjištěna pomocí ultrazvuku. Riziko samovolného potratu je dvojnásobně zvýšeno oproti amniocentéze.

Obr. 3 – Kordocentéza (<http://ulgrs.upol.cz>)



Screeningové testy – Potvrdit přítomnost Downova syndromu u plodu lze pouze amniocentézou a biopsií choriových klků. U starší ženy a ženy s dítětem s Downovým syndromem jsou tyto testy vhodné. Ale dvě třetiny dětí s Downovým syndromem se rodí matkám, které žádné dítě s Downovým syndromem nemají a jsou mladšími matkami. Proto se v posledních letech vyvíjejí screeningové krevní testy, díky nimž se mohou rutinně vyšetřovat mladé maminky a pomocí nichž se může stanovit, zda je u matky větší pravděpodobnost narození plodu s Downovým syndromem. Ženám, které nemají výsledky v pořádku se nabízí již dříve zmiňované testy, amniocentéza a biopsie choriových klků.

Neinvazivní vyhledávání plodů s vrozenými vadami se používá mezi 14. až 16. týdnem těhotenství, pravděpodobnost zjištění vrozené vývojové vady je 54 až 64 %.

Jedná se o tzv. **triple test** (kvantitativní biochemické vyšetření z krve matky), který staví na faktu, že v krvi ženy jsou tři látky, které produkuje plod s Downovým syndromem ve změněné koncentraci. Spolehlivost tohoto testu je až po 16. týdnu těhotenství, a uvádí pouze vyšší pravděpodobnost přítomnosti Downova syndromu u dítěte. Některé ženy se zdravými plody mají hladiny látek abnormální a ženy, které nosí plod s Downovým syndromem mají hladiny těchto látek normální.

Dalším neinvazivním vyšetřením je **ultrazvukové vyšetření**, které se provádí mezi 11. až 13. týdnem těhotenství. Plod má v podkožní oblasti šíje vrstvičku tekutiny, a ta se na ultrazvuku projasňuje. Větší množství tekutiny je spojeno s výskytem chromozomálních aberací. Ve druhém trimestru se provádí podrobné vyšetření

ultrazvukem a můžeme zjistit výskyt Downova syndromu podle zkrácené stehenní kosti, rozšíření močových cest, nálezu vrozené srdeční vady apod. (Selikowitz, 2005; Bartoňová, 2007).

Rodina a dítě s postižením

Narození dítěte s Downovým syndromem, ale i jakýmkoli jiným postižením, je pro rodinu velmi velká a obvykle neočekávaná zátěž. Období, kdy jsou rodiče seznámeni s diagnózou jejich dítěte, můžeme označit jako fázi krize rodičovské identity. Jedná se o reakci na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv. Této fázi může předcházet fáze nejistoty, kdy si rodiče všímají jistých odlišností, ale postižení ještě není potvrzeno. Tato fáze může být velmi krátká a obecně platí, že čím dříve se rodiče o postižení svého dítěte dozví, tím zásadněji se změní jejich postoj.

Reakce rodičů na fakt, že jejich dítě je postižené, zvládání této situace a přijetí jejího řešení závisí na mnoha faktorech. Jsou to pocity selhání v rodičovské roli, vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka, ale také postoje společnosti, ve které žijí a další.

V průběhu času se chování a prožívání rodičů postiženého dítěte mění a prochází pěti **typickými fázemi:**

1. **Fáze šoku a popření.** Jedná se o první reakci rodičů na subjektivně nepříjemnou skutečnost, že je dítě postižené. Šok, který se projeví strnutím a neschopností jakékoli reakce a popřením informace jsou projevem obrany psychické rovnováhy. Rodiče se postupně smiřují s existencí informace, že jejich dítě není zdravé. Způsob a čas, kdy se rodiče o postižení svého dítěte dozvědí, ovlivní jejich reakce. Často jim chybí sympatizující a empatický přístup lékařů a zdravotnického personálu. Důležité je, aby lékař sdělil tuto skutečnost rodičům, co nejdříve. Sdělení musí být úplné, poskytnuté v soukromí, za dostatečné časové rezervy, v přítomnosti dítěte a zásadně oběma rodičům současně.
2. **Fáze bezmocnosti.** V této fázi se rodiče brání proti úzkosti. Nevědí, co by měli dělat, popírají skutečnost a hledají viníka. Nikdy se nesetkali s podobnou situací a nedovedou ji řešit. Rodiče prožívají pocity viny, které se vztahují k dítěti, a pocity hanby, které vyplývají z očekávaných reakcí lidí z okolí. Bojí se odmítnutí a zavržení a zároveň očekávají pomoc, i když neví, jaká by měla být.
3. **Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem.** Typické je zvýšení zájmu o další informace v tomto období. Rodiče se zajímají o to, proč postižení vzniklo, jaká je jeho podstata, jak by měli o dítě pečovat, zajímá je i jeho

budoucnost. Emoční ladění rodičů brání racionálnímu zpracování informací, což může vést k jejich zkreslení. V tomto období přetrvávají negativní emoční reakce, jako jsou prožitky smutku, deprese ze ztráty očekávaného narození zdravého dítěte, strach a úzkost z budoucnosti, pocity hněvu na osud, či předpokládaného viníka.

Rodiče používají různé copingové strategie pro zpracování a zvládnutí problému. Strategie zvládnání a vyrovnávání se se zátěží záleží na mnoha faktorech (na zkušenosti rodičů, jejich osobnostních vlastnostech, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí, na druhu a příčině postižení apod.) a mohou mít dvojí charakter – aktivní a pasivní. U aktivního způsobu rodiče bojují s nepříjemnou situací, hledají pomoc, např. lékaře či léčitele. Zvýšená aktivita může vést ke snížení psychického napětí, např. odreagováním při rehabilitačním cvičení. Pasivní způsob, neboli únikové varianty zvládnání zátěžové situace se projevují útekem ze situace, se kterou se nedokáží vyrovnat či ji neumí uspokojivě zvládnout. Další únikovou variantou může být popírání situace, popřípadě její bagatelizace, či kompenzace svého neuspokojení v rodičovské roli přijetím náhradního řešení, např. věnování se profesi.

V této fázi jde i o hledání řešení problému. Budoucnost dítěte i celé rodiny se zdá znehodnocena postižením. Rodiče si nedokáží představit, jak se jejich dítě bude vyvíjet a potřebují informovat o možnostech péče o postižené dítě, o další léčbě, speciálněpedagogických postupech apod.

4. **Fáze smlouvání.** Je přechodným obdobím, kdy se mění charakter zátěže. Nejde o trauma, ale spíše o dlouhodobý stres, který je spojený s únavou a vyčerpáním. Náročnost péče o postižené dítě může posilovat pocity bezvýchodnosti a minimální efektivity vynaloženého úsilí, od něhož očekávali mnohem více. Rodiče akceptují skutečnost, že jejich dítě nikdy nebude úplně zdravé, ale mají tendenci získat alespoň malé zlepšení. Chápeme ji jako vyjádření určité naděje, která není realistická a kompromis, který je signálem přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti.
5. **Fáze realistického postoje.** Rodiče se postupně smíří s realitou a akceptují, že je jejich dítě postižené. Přijímají je takové, jaké je. Plány do budoucna jsou reálnější a chování rodičů je přiměřené. Ve všech případech však ke smíření s postižením dítěte nedochází. Postoj rodičů se může měnit v závislosti na jeho vývoji a na nově vzniklých zátěžích, které jsou spojeny s problémy se školním zařazením, volbou povolání apod.

Sourozenci postiženého dítěte

Rodiče obvykle zaujímají dva zcela odlišné postoje a očekávání k potomkům bez postižení. V prvním případě koncentrují svou pozornost a zájem na dítě s postižením a od dítěte bez postižení očekávají zralejší chování, které neodpovídá jeho vývojové úrovni, aniž by si to uvědomovali. Ve druhém případě koncentrují zájem na dítě bez postižení. Jde o jeden z možných obranných mechanismů, který může sloužit jako prostředek kompenzace. Role zdravého sourozence je náročnější a představuje určitou zátěž. Jeho postoje a chování mohou být ovlivněny odlišností rodinné konstelace, a to jak v pozitivním, tak i negativním směru. Zdravé dítě si uvědomuje specifičnost postavení postiženého sourozence, jeho privilegia a brzy si uvědomí rozdíl v přístupu rodičů. Dítě dokáže pochopit, že když je někdo nemocný, potřebuje více péče a nemůže zvládnout totéž co zdravý. To pomáhá rozvíjet ohleduplnost a ochotu pomoci slabšímu. Na druhou stranu mohou být tato privilegia chápána jako nespravedlivá a prožívaná jako zátěž. Zdravé dítě se může cítit znevýhodňováno. Specifický je i vzájemný vztah postiženého a zdravého sourozence, kdy zdravý sourozenec obvykle přijme dominantně-ochranitelskou roli. Naučí se ochraňovat postiženého sourozence, osvojí si větší toleranci k lidské rozmanitosti. Tento postoj nese i negativní důsledky. Postižený sourozenec musí být ochraňován, potřebuje neustálou pomoc a ohledy, nemusí být tedy považován za zcela rovnocenného. V tomto případě je vytvoření skutečné vztahové symetrie hůře dostupné, než je tomu mezi zdravými sourozenci běžné (Vágnerová, 2004; Kozáková, 2005).

3 Vývoj a psychické zvláštnosti jedince s Downovým syndromem

Dítě s Downovým syndromem, stejně jako každé jiné zdravé dítě, se vyvíjí po celý život. Vývoj probíhá neustále, ale je pomalejší a méně kompletní než u intaktních jedinců. Dítě se rozvíjí tělesně, intelektuálně i emocionálně a cílem vývoje je dosažení co největší možné míry samostatnosti. Důležité je maximálně využít potenciál dítěte. Učení je méně efektivnější v důsledku toho, že mozek dětí s Downovým syndromem je utvářen odlišně než mozky jiných dětí.

Vývoj dítěte s Downovým syndromem je charakteristický fázemi pokroku a stagnace. V období dočasného klidu si dítě upevňuje to, co se naučilo a procvičuje si nové dovednosti.

3.1 Oblasti vývoje – hrubá motorika, jemná motorika, osobnostní a sociální vývoj, vývoj jazyka a řeči

Hrubá motorika. Po narození má dítě s Downovým syndromem nižší svalový tonus, což způsobí v leže na zádech rozkládání dolních končetin do stran. V důsledku nízkého svalového tonu se hrubá motorika rozvíjí pomaleji. Samo sedět bez opory, v lehu na břicho aktivně lézt umí zpravidla dítě s tímto syndromem na konci prvního roku života. Průměrný věk pro počátek chůze je ve dvou letech, ale dítě může začít chodit bez pomoci až ve čtyřech letech. Obvykle dítě dokáže v batolecím období chodit s jistotou, s podporou jít po schodech. Hrubá motorika nabývá větší obratnosti, dítě samo sedí na malé židličce, kope do míče. Dítě je aktivní, zvědavé, nemá představu o různých nebezpečích, a to vyžaduje neustálou pozornost dospělé osoby. V předškolním období je oblast hrubé motoriky zcela vyvinuta. Dítě chodí samo po schodech, hází a kope do míče, učí se jezdit na tříkolce. V období školní docházky se hrubá motorika upevňuje, svalový tonus se zvyšuje. Síla, koordinace a vytrvalost se rovnoměrně rozvíjejí.

Jemná motorika. Novorozenec s Downovým syndromem mívá ruce zatnuté v pěst. Úchopový reflex je pevný, ale nejde o vědomou reakci. Ovládání horních končetin je špatné, v prvním roce života se zlepšuje uvědomělá práce rukou. Dítě se aktivně natahuje po předmětech kolem sebe, vkládá předměty do úst, manipuluje s nimi, poznává jejich vlastnosti. Dítě je postupem času stále zručnější, ve druhém roce života se rozvíjí špetkový úchop. Často děti zůstávají ve fázi, kdy se všim, co mají v ruce, hází. V batolecím období se dítě nedokáže soustředit na úkoly, snadno je vše vyruší. Děti napodobují činnosti druhých, sestaví jednoduché stavebnice, postaví věž z kostek. Jemná motorika se zdokonaluje v průběhu předškolního období. Dítě napodobí svislou, vodorovnou čáru, ke konci období navléká korálky, uklízí si hračky, staví věže s mnoha kostek, nakreslí kruh. Ve školním období děti s Downovým syndromem nakreslí postavu, jednoduchý dům. Zdokonaluje se stříhání papíru, navlékání korálků, dítě se naučí několik písmen abecedy, rozpozná a napíše číslice.

Osobnostní a sociální vývoj. Dítě s Downovým syndromem, stejně jako zdravé novorozeně, je buď klidně a spavé nebo naopak velmi čilé. Křik novorozence s Downovým syndromem bývá slabší, sání a krmení může z důvodu hypotonie trvat déle. V prvním roce života dítě zvýšeně reaguje na okolí, zešíroka se usmívá, rozezná známé tváře, je průbojnější a urputnější. Dítě si postupně zvyká na nové tváře, touží po nezávislosti. V batolecím období prochází fází tzv. negativismu, vše bez rozmyšlení popírá a odmítá. Objevují se záchvaty vzteku, časté jsou náhlé změny nálad. Předškolák se obvykle značně

zklidní. Zdokonaluje se v sebeobsluze, na konci období je schopen sám vykonat potřebu na toaletě, najíst se samostatně. Děti kolem něj mu většinou nevadí, ale hraje si sám, vedle ostatních. Dítě kolem desátého roku je zdatné v sebeobslužných činnostech, nakrájí si nožem jídlo, obléká a koupe se samostatně, čistí si zuby, samo se vysmrká. Je také sociálně zdatnější.

Vývoj jazyka a řeči. Novorozenec s Downovým syndromem dobře reaguje na slyšené zvuky. Dítě se postupně naučí vyjadřovat konkrétní potřeby pomocí různých křiků, které jsou rodiče po určité době schopni rozpoznat. Žvatlání, příprava na řeč, je časté a intenzivní. V průběhu druhého roku života se dítě s Downovým syndromem naučí rozumět jazyku, často si povídá svou „vlastní řečí“. První slova se objevují v rozmezí od jednoho do čtyř let. Většinou se však řeč výrazně začne rozvíjet kolem třetího roku. Na konci batolecího období spojí dvě slova do věty, na požádání přinese známé předměty. Jazykový vývoj se opoždí, proto je často logopedem doprovázen manuálními znaky, které pomáhají s osvojením jazyka. Předškolák s tímto syndromem dokáže říct své křestní jméno, pojmenovat známé předměty. Verbální projev je agramatický, slova používá ve špatných významech. Poslouchá pohádky a říkanky, dokáže je opakovat díky dobré napodobovací schopnosti a smyslu pro rytmus. Vývoj řeči je u dítěte s Downovým syndromem nejproměnlivější oblastí vývoje, ve dvanácti letech má slovní zásobu kolem dvou tisíc slov. Řeč se v průběhu školní docházky zlepšuje, je zřetelnější a bez větších gramatických chyb (Selikowitz, 2005).

3.2 Psychické zvláštnosti – percepce, myšlení, paměť, pozornost, emoce

Úroveň rozumových schopností je eliminována mentální retardací, její hloubkou a specifiky. Potřeba poznávat okolní svět je oslabena u dětí s mentální retardací.

Specifika percepce. Vnímání mentálně postižených dětí je inaktivní, proces je pomalý a probíhá s odchylkami. Zrakové vnímání je zpomalené a omezené v rozsahu. Nedokonalé počitky a vjemy způsobují nerozlišování tvarů, předmětů, barev, apod. Děti s mentálním postižením se nezajímají o podstatu a funkci vnímaných předmětů, je porušena diskriminace figury a pozadí. Typické je nedostatečné vnímání času a prostoru, snížená citlivost hmatových vjemů, špatná koordinace pohybů.

Specifika myšlení. U dětí s mentálním postižením můžeme pozorovat konkrétnost myšlení, nepřesnosti a chyby v analýze a syntéze. Schopnosti abstrakce a generalizace jsou velmi omezené. Deficit ve schopnosti zobecňování se projeví ve vyučování neosvojením

si pravidel a obecných pojmů. Dalším znakem myšlení mentálně postižených osob je nesoustavnost. Děti jsou rychle unavitelné, každý sebemenší podnět odvádí jejich pozornost od činnosti. Narušené je tzv. sekvenční myšlení. Dítě nechápe logické souvislosti a časové posloupnosti. Myšlení dětí s mentálním postižením je nedůsledné, vyznačuje se nekritičností, pojmy jsou tvořeny těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. Dítě není schopno v praxi uplatnit své poznatky, nedomyslí své jednání a nepochybuje o správnosti svých domněnek.

Specifika paměti. Narušení se projeví v sekvenční paměti, což znesnadňuje vytváření důležitých dovedností a návyků. Děti s mentální retardací potřebují k osvojení si nových poznatků delší dobu a mnohočetná opakování. I tak osvojené rychle zapomínají a nedokáží je zhodnotit v praxi. Paměť osob s mentálním postižením je mechanická, pamětní stopy jsou nekvalitně tříděny, nepřesně vybavovány, spoje vyhasínají mnohem rychleji než u intaktních osob. Narušeny jsou všechny fáze paměti, nejvíce fáze uchování paměťových stop.

Specifika pozornosti. Kognitivní funkce pozornost je u dětí s mentální retardací také narušena. Bezděčná paměť porušena nebývá, není vázaná na vůli. Záměrná pozornost je charakteristická svou nestálostí, nízkým rozsahem sledovaného pole, snadnou unavitelností. Je vázaná na vůli. Důležité je při procesu učení trénovat podmíněné reflexy. Krátkodobá pozornost se u mladšího školáka pohybuje kolem pěti až deseti minut. Můžeme ji podpořit vhodnou motivací, eliminací rušivých podnětů, respektováním únavové křivky dne, kreativitou pedagoga, střídáním činností. Na pozornosti se odráží i aktuální zdravotní stav dítěte, stupeň mentální retardace, uspokojení základních biologických potřeb, rodinná situace, apod.

Specifika emocí. Emocionalita osob s mentální retardací je často nevyspělá, chování odpovídá nižšímu stupni vývoje. Uváděna bývá nevyrovnanost, emoční labilita a agresivita. V cizím prostředí jsou děti bázlivé nebo se naopak projevují intenzivní reakce panického rázu. Navazování kontaktu proto musí být pozvolné a vycházet ze správného odhadu emoční zralosti. Děti s mentálním postižením těžko překonávají strach, nedovedou však vyjádřit důvod ani příčinu svého strachu. Projevuje se také úzkost, např. v situacích, kde nemají pocit bezpečí. Úzkostlivost je charakteristická i u některých osob v dospělosti. Nedostatečně diferencovány jsou city mentálně retardovaných jedinců a obvykle jsou na úrovni mladšího školáka. Často jsou city projevovány neadekvátně k dané situaci, charakteristické jsou náhlé změny nálad a agresivní chování. Emoce jsou egocentrické, city jsou ovládnuty nedostatečným intelektem. Zkušenosti dokládají, že děti i dospělí

s mentální retardací jsou velmi emocionální. Dovedou mít velmi rádi blízké ve svém okolí, vnímají jejich bolesti a trápení. K okolí jsou přátelští a oddaní, je-li s nimi jednáno vlídně a laskavě (Kozáková, 2005; Švarcová, 2006).

4 Užívané terapie v rámci předškolního vzdělávání

V této kapitole se budu věnovat terapiím, kterých využívají žáci mateřské školy speciální a základní školy speciální. Tato zařízení jsem navštívila v rámci svých pedagogických praxí a měla jsem možnost se jednotlivých terapií zúčastnit a blíže je poznat.

Terapie můžeme definovat jako způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, které směřuje k odstranění či zmírnění nevhodných potíží, odstranění příčin problémů, nebo také k jiné pozitivní změně. Terapie ze speciálněpedagogického hlediska vnímáme z pohledu jejich postavení a významu v uceleném systému komplexní rehabilitační péče o osoby, které jsou ze zdravotních důvodů znevýhodněny v socializačním procesu.

Skupiny speciálněpedagogických terapií dělíme na základě použitého terapeutického prostředku a to na:

- terapii hrou;
- činnostní a pracovní terapii;
- psychomotorickou terapii;
- terapii s účastí zvířete.

4.1 Muzikoterapie, arteterapie

Muzikoterapii a arteterapii řadíme mezi terapie, které odborně, záměrně a cílevědomě aplikují umělecké prostředky, za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

Muzikoterapie využívá jako prostředků základní prvky hudebního umění – melodii, harmonii, rytmus, zvukové barvy, dynamiku, tempo, druh taktu. Můžeme ji rozdělit na složku receptivní, kdy se terapie zaměřuje na poslech živě hrané nebo reprodukované hudby, a na aktivní složku, která je charakteristická vyvíjením hudební aktivity, vokálním a instrumentálním projevem.

Arteterapie, také zvaná výtvarná terapie, využívá maximálně lidské exprese. Pomocí kresby mohou být odkryty psychické stavy, dojmy, pocity, nálady, které poté mohou být formovány. Kresba je významným komunikačním a diagnostickým prostředkem, obzvláště u dětí a mládeže.

4.2 Canisterapie, hipoterapie

Terapie s účastí zvířete má výjimečné postavení a řadíme ji do skupiny zooterapií. Terapeutickým prostředkem zde může být jakékoli společenské zvíře. Nejčastěji jsou to psi a koně. Zvíře může stimulovat psychiku, rozvíjet sociální komunikaci, vede k samostatnosti, uspokojuje potřeby bezpečí a jistoty.

Pes je spolehlivé zvíře, je velmi blízké člověku v jeho osamění a nemoci. Partnerský vztah při canisterapii je pozitivním stimulatorem psychických a sociálních změn. Pes může být zdrojem motivace, výchovných momentů a odpočinku, nebo cílenou součástí odborně vedeného terapeutického procesu. Rozlišujeme různé formy canisterapie – mazlení a polohování se psem, hra se psem, výcvik psa apod.

Hipoterapie funguje na bázi fyzioterapie a psychoterapie, je součástí hiporehabilitace. Dalšími součástmi je pedagogicko psychologické ježdění na koni, sportovní a rekreační ježdění. Důvěra, výcvik správného sebehodnocení, poznávání sama sebe a svých schopností, motivace k překonání nezdarů a další jsou hlavními faktory pedagogicko psychologického ježdění (Müller, 2007).

4.3 Vojtova metoda

Český lékař se specializací na neurologii Václav Vojta (1917-2000) rozvíjel s týmem kolegů v mnoha zemích diagnostický a terapeutický systém reflexní lokomoce, tzv. Vojtovu metodu. Tato metoda je založena na poznacích vývoje pohybových vzorců. Spočívá v možnosti vrácení funkce do svalů, které člověk vědomě při svém pohybu neumí používat. Aktivizují se ochablé a nepoužívané svaly, jejichž funkce je poruchou blokována. Václav Vojta rozdělil polohy k vyvolání reakce stimulací příslušných bodů na tři modely:

- model, který se aktivizuje v poloze na břicho (tzv. reflexní plazení);
- model aktivovaný z polohy na zádech (tzv. reflexní otáčení);
- model aktivovaný z polohy na obou kolenou (tzv. první pozice).

Terapeut vyvolá prostřednictvím jednoho z modelů a aktivačních zón u pacienta svalové souhry, které se objevují u dětí během motorického vývoje do jednoho roku života. Cílem této terapie je vyvolání, obnovení vrozeného svalového vzorce umožňujícího kvalitní stoj a chůzi. Výhodou je, při včasné diagnostice, že se s léčbou může začít velmi brzy po narození dítěte. Rodiče se pod odborným vedením fyzioterapeuta učí tuto terapii a doma ji s dítětem několikrát denně provádějí (www.vojtovaspolcnost.cz, www.wikipedia.cz).

4.4 Orofaciální regulační terapie

Tato terapie je přímo určena dětem s Downovým syndromem, ale využívá se i u jiných typů postižení. Pojem orofaciální se skládá ze dvou slov – oralis (ústní) a facialis (obličejový), proto je také terapie nazývaná metodou reflexní terapie pro oblast úst a obličeje. Jak jsem již zmínila dříve, děti s Downovým syndromem se vyznačují orofaciální patologií. Tyto patologie jsou velmi variabilní. Jedná se např. o hypotonické rty a jazyk, celkově větší jazyk k poměru ústní dutiny, zbrázděný, mapovitý jazyk, abnormální postavení mezi horní a dolní čelistí, hypertrofie dolního rtu, hypertrofie sliznice horního patra, která způsobuje zúžení choanů (nosních dírek) a tím ztížené dýchání. Dále se mohou vyskytovat i orofaciální rozštěpy.

Cíl terapie orofaciálního komplexu spočívá ve snaze navodit normální nebo co možná nejnornálnější pohybové vzorce. Terapie vychází ze tří základních elementů – stavba a mechanismus čelistního kloubu, kontrola polohy hlavy a čelistního kloubu, manuální techniky používané s terapií. Anatomickou stavbu a mechanismus čelistního oblouku je důležité znát, abychom pochopili struktury a mechanismy, s nimiž pracujeme a díky nimž dochází k navození funkčních pohybových vzorců. Správné držení těla a hlavy je předpokladem vzniku funkčních pohybových vzorců v obličejové oblasti. Při jednotlivých cvičeních se nejčastěji používají dotyky, tlak, hlazení, tah a vibrace. Navíc se užívá chuťových, čichových, zrakových a sluchových stimulů. Terapie se dělí na úvodní, přípravná opatření a léčbu cvičením, kam řadíme: základní cvičení, vibrace základního cvičení, cvičení na předsunutí mandibuly (dolní čelisti), cvičení na aktivní otevření čelisti, aktivování nadjazykových a podjazykových svalů, cvičení pro aktivaci horního rtu při současném inhibování (tlumení) hyperaktivity svalstva brady, vibrace tváří, vibrace rtů, stimulace motorických bodů obličeje, cvičení v ústech. Cvičení v ústech spočívá v masáži dásní, masáži patra, zvedání hrotu jazyka, aktivace jazyka do rotace, aktivace pohybů jazyka do stran, intermitentní (přerušované) vibrace jazyka, stimulace procesu sání.

Klient je nejprve vyšetřován a diagnostikován, dle funkčního nálezu se specifikují hlavní problémy. Ze závěrů se pro pacienta vypracovává sestava cvičení a to s ohledem na věk a funkci, kterou bychom chtěli ovlivnit. Důležité je získat pro realizaci programu v domácím prostředí rodiče, proto léčebný program musí být srozumitelný.

Praktická část

5 Kasuistika – vymezení pojmu

Kasuistika je individuální psychologický experiment. Realizace psychologického experimentu vyžaduje účast nejméně dvou osob: badatele (experimentátora), který pokus řídí a registruje výsledky, a dále pokusné osoby. Podle počtu zúčastněných v pokusu rozlišujeme individuální a skupinový experiment.

V odborné literatuře bývá individuální experiment označován například *jako projekt jednoho N, jako rozbor jednotlivých případů nebo také jako případová studie*. Snahou není porovnávat a hledat rozdíly mezi osobami v těchto studiích, ale proniknout do zvláštností psychiky daného jedince (Plevová, 2006).

Kasuistika se řadí ke specifickým psychologickým metodám. Jedná se o popis a rozbor konkrétního jednotlivého případu, který se používá především v klinické psychologii a psychopatologii (Nakonečný, 1997). Případová studie může být zaměřena na zachycení složitosti případu, na popis vztahů a na vývoj problému. V osobní kasuistice se podrobně sleduje jedna osoba, věnuje se pozornost minulosti i současnosti, popisují se různé souvislosti, které mohou mít vliv na současný stav (Hendl, 1997).

Podklady pro případovou studii mohou být data z psychologického vyšetření, pozorování, rodinné či osobní anamnézy, užití různých pedagogicko-psychologických metod apod. Dostatek informací umožňuje podrobný popis případu (Langer, 1987).

Sledování, které je výsledkem některých kasuistik, může probíhat několik let. Jiné mohou obsahovat aktuální informace, jako je popis rodinného zázemí, chování žáka ve škole, jeho vztah ke spolužákům, informace o zdravotním stavu či osobnostních vlastnostech (Plevová, 2006).

6 Kasuistika – č. 1

Osobní údaje

Jméno: Jaroslav

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let, 5 měsíců

Diagnóza: Downův syndrom

Rodinná anamnéza:

Jarda žije v úplné a funkční rodině. Matka, narozena v roce 1974, je v domácnosti a pečuje o chlapce. Otec, narozen v roce 1972, pracuje jako technik. Chlapec má starší zdravou sestru (ročník 1996). Žijí ve společné domácnosti v cihlovém bytě. V blízké budoucnosti se přestěhují do rodinného domu. V rodině se nevyskytují závažnější onemocnění.

Osobní anamnéza:

Dle sdělení matky bylo období těhotenství bezproblémové, porod proběhl také bez obtíží. V době poporodní nastaly potíže, Jarek byl hospitalizován a třikrát kříšen. Ve třech měsících absolvoval operaci srdce. Genetické vyšetření (2003) prokázalo trisomickou formu Downova syndromu. Ve třech letech byla diagnostikována vrozená vada kyčlí. Chlapec je v péči neurologa, ortopeda, endokrinologa a kardiologa.

Psychomotorický vývoj je opožděn. Začal sedět v 9-ti měsících, chodit v 18-ti měsících. Od dvou let začal Jarda verbálně komunikovat. Z psychologického vyšetření vyplývá, že úroveň rozumových schopností odpovídá pásmu středně těžkého mentálního postižení (intelligenční kvocient se pohybuje v intervalu 40-49). Výkon je srovnatelný s průměrným výkonem dětí ve věku tří let.

Je držitelem průkazu ZTP/P.

Školní anamnéza:

Na doporučení speciálně pedagogického centra začal Jarda navštěvovat mateřskou školu speciální při základní škole speciální. Od roku 2009 plní povinnou školní docházku v základní škole speciální. Vzděláván je podle programu pomocné školy. Individuální vzdělávací plán plní.

Charakteristika dítěte:

Kojenecké a batolecí období – od půl roku věku do tří let rehabilitoval chlapec dle Vojtovy metody. S ohledem na hypotonii orofaciální oblasti byla maminka zacvičena do orofaciální regulační terapie, kterou využívá do dnešní doby. Ve dvou letech začal chlapec mluvit. Používal jednoduché věty, pojmenoval členy rodiny, napodoboval zvuky zvířat.

Předškolní období – Pomalý rozvoj řeči a mírný pokles úrovně se začíná objevovat v průběhu předškolního období. Jarda dobře navazuje kontakty s vrstevníky. Kontakt s kamarády mu nevádí, ale s dětmi si příliš nehraje. Spontánně hodně gestikuluje celým tělem, tvář je spíše hypomimická, základní porozumění je dobré. Řečový projev je kusý, vyslovuje spíše izolovaná slova a zvuky. Srozumitelnost je malá. V tomto období často trpí na rýmy, které jsou doprovázeny vysokými horečkami. Tento zdravotní problém byl vyřešen ve 4 letech adenotomií (tj. odstranění nosní mandle).

Chlapec je velmi hyperaktivní. Nejraději skáče, běhá, nevydrží u činnosti. S hračkami si nehraje, schovává je. Při každé příležitosti utíká. Adaptace na prostředí mateřské školy byla pozvolná. Nejprve v doprovodu matky, posléze vydržel ve třídě sám. S učitelkami i vrstevníky navázal dobrý vztah. Potřebuje vhodnou motivaci a časté střídání činností. Má rád hudební činnosti a s nadšením tancuje, má smysl pro rytmus. Hraje na jednoduché hudební nástroje. Oblíbil si polehávání na posteli v multisenzorické místnosti a pozorování se v zrcadle. Chlapec je zapojen do alternativních forem výuky, které MŠ speciální nabízí. Jedná se o canisterapii, smyslovou stimulaci v multisenzorické místnosti, míčkování apod. Docházku do MŠ speciální ukončil v 7 letech.

Mladší školní věk – chlapec je stále aktivní až hyperaktivní, jeho chování je obtížně usměrnitelné. Navštěvuje základní školu speciální. Prostředí školy je mu blízké již z předškolního vzdělávání, proto období adaptace na školní povinnosti nebylo problémové. S třídní učitelkou si vytvořil velmi brzy pěkný vztah, taktéž i se spolužáky. Problém se objevuje, když do třídy nastupuje žák s poruchou autistického spektra. Jeho hlasité projevy se odrážejí v Jarkově chování. Trpí ranními nevolnostmi, musí několikrát na toaletu, než jde s matkou do školy. Během dne ve třídě se u něj projevuje enuréza (tj. pomočování se), později i inkopréza (tj. pokálení se) a vomitus (tj. zvracení). Matka tuto nepříjemnou záležitost řeší s ředitelkou MŠ speciální a ZŠ speciální a Jarek je přesunut do vedlejší třídy. Problémy postupně vymizely. Náhlá potřeba vyměšování se objevuje i v situacích, kde se nachází mnoho lidí, či se děje něco nečekaného.

Z logopedického vyšetření (2010) vyplývá: řeč se nadále rozvíjí pomalu. U Jarka převažuje ústní dýchání, je patrná motilita mluvidel, má hypotonní, dopředu předsunutý jazyk.

Horní ret je slabší, dolní hypotonní, zvedán hyperaktivním svalstvem brady. Fonematický sluch i verbální paměť jsou poměrně slabé a ztěžují rozvoj řeči. Již v předškolním období zavedena podpůrná komunikační metoda VOKS. Chlapec ji chápe, používá, sestaví větu. Ve škole začíná číst podle metody VOKS. Vlastní, spontánní řečový projev tvoří artikulované, velmi hlasité, výrazně intonačně modulované zvuky. Nutná je stálá motivace, krátkodobá pozornost, stimulace vhodnými otázkami a je doporučena terapie míčkováním.

Z psychologického vyšetření (2009) vyplývá: výchova chlapce je obtížná. Chlapec je hyperaktivní, vzdorovitý, stále pod dohledem, neodhadne případné nebezpečí. Odmítá respektovat pokyny dospělých, často dělá opak toho, co se po něm žádá. Rád říká „ne“. Na vyzvání umí říct své jméno (Jája). Při jídle používá lžici, sám se napije z hrníčku. Řekne si na toaletu, pleny nepoužívá. Vysleče a obleče si jednoduché oblečení. Má potíže se spánkem, uprostřed noci se probouzí, chodí po bytě, budí ostatní. Usíná až k ránu. Jeho vzhled je stigmatizován Downovým syndromem. Profil jeho dílčích schopností je nerovnoměrný. Správně vloží tvary do příslušných otvorů. Ukáže požadované části těla na obrázku. Postaví komín z kostek. Složí jednoduchý rozpůlený obrázek, pojmenování obrázků odmítá. Chlapcův řečový projev je omezen na jedno a dvou slabičná slova, jednoduché zvuky. Občas zkomoleně napodobí slyšené slovo, ve velké míře užívá neverbální komunikaci (gesta, posunky, mimické výrazy). Hrubá a jemná motorika je na relativně dobré úrovni. Běhá, skáče, zvládá chůzi po schodech. Vizuomotorická koordinace (tj. spolupráce oko - ruka) je oslabená. Ze závěru: u chlapce se objevuje negativismus, svěhlost, vzdorovitost a hyperaktivita.

Krešbné činnosti má rád. Spíše čmrká, nakreslí kolečko (Příloha č.1). Snaží se vymalovávat bez přetahů. Obrázky vybarvuje podle sebe, někdy se liší od reality (Příloha č.2). Postavu nakreslí s pomocí nápodoby. Kresba postavy je srovnatelná s jeho omezenými schopnostmi.

Průběh vzdělávání:

Docházka do školy je velmi dobrá, chlapec nebývá nemocen. Spolupráce s rodiči je velmi dobrá. Maminka se zapojila do mimoškolních aktivit. Úkoly do školy plní jen o samotě s matkou, jinak se nesoustředí.

Hodnocení jednotlivých oblastí třídní učitelkou:

Sociální chování – společenský a kamarádský chlapec, který si rychle zvykl na školní povinnosti. Respektuje autoritu pedagogů a navazuje kontakty se spolužáky.

Komunikace, chápání řeči – řeč je omezena na slova a zvuky, dorozumívá se spíše neverbálně, pomocí gest. Výborně pracuje podle metody VOKS, porozumění řeči je dobré.

Mentální schopnosti, zájmy – pozná sám sebe, členy rodiny, pedagogy, spolužáky na fotografiích. Důležité je časté střídání činností a vhodná motivace, krátkodobá pozornost. Má velmi rád hudbu, s nadšením hraje na hudební nástroje, tancuje do rytmu.

Motorika – hrubá motorika odpovídá diagnóze. Chůze je rychlá, ale neobratná. Chodí sám do schodů i ze schodů. Jemná motorika je na dobré úrovni – má špetkový úchop, manipuluje s drobnými předměty.

Sebeobsluha – sám se vysvěče, při oblékání potřebuje dopomoc. Nají se sám lžící, sám pije. Slovně vyjádří potřebu toalety, nutný dohled a pomoc.

Spolupráce s rodiči – spolupráce s matkou je velmi dobrá. S chlapcem se doma připravují pravidelně na vyučování. Rodiče projevují zájem o školní výsledky.

Charakteristika žáka – žák je aktivní, potřebuje časté střídání vhodně zvolených a namotivovaných činností. Vyžaduje neustálý dohled pedagoga. Rád navazuje kontakty s vrstevníky i dospělými. Ve škole je poslušný a snaží se.

Hodnocení žáka v jednotlivých předmětech:

Čtení – zopakuje slova. Vytvoří větu pomocí řádku a obrázků ve své knize (VOKS). Snaha odložit tuto metodu komunikace do pozadí, aby se snažil vyjadřovat slovně. Prohlíží si knížky, ukáže detaily na obrázku.

Grafomotorické dovednosti – je pravák, tlak na podložku je zvýšený, linie je přerušovaná a nejistá, má správný úchop tužky.

Počty – má zafixovanou číselnou řadu do pěti, třídí podle velikosti a barev, přiřadí počet.

Kresebné činnosti – volná kresba je na úrovni čmáranic, namaluje kolečko, podle slovní a grafické nápovědy namaluje postavu, která je bez detailů. Snaží se vybarvovat bez přetahů. Barvy občas neodpovídají realitě.

Závěr:

Jaroslav je velmi milé a přátelské dítě, které je velmi aktivní. Potřebuje neustálý dohled, který zajišťuje třídní učitelka a rodinní příslušníci. Dobře navazuje kontakty s vrstevníky, ale i s cizími lidmi na ulici. Jeho vývoj je opožděn a srovnatelně se pohybuje na úrovni tříletého dítěte. Chlapec vyrůstá v úplné a milující rodině.

7 Kasuistika – č. 2

Osobní údaje

Jméno: Dominika

Pohlaví: dívka

Věk: 3 roky, 2 měsíce

Diagnóza: Downův syndrom

Rodinná anamnéza:

Dominika žije v úplné a funkční rodině. Matka, narozena v roce 1978, je na mateřské dovolené. Otec, narozen v roce 1983, pracuje jako seřizovač. Dívka má mladší sestru (ročník 2009), která je zdravá. Rodina žije ve společné domácnosti v cihlovém bytě. V rodině se nevyskytují žádná závažnější onemocnění.

Osobní anamnéza:

Těhotenství i porod probíhaly dle sdělení matky bez obtíží. Po porodu podezření na srdeční vadu a Downův syndrom, dítě mělo hustou krev a dlouhý jazyk. Následoval převoz do fakultní nemocnice v Brně. Genetické vyšetření (2003) prokázalo Downův syndrom, další vyšetření nepotvrdily srdeční vadu. Dívka je v péči neurologa, ortopeda, endokrinologa a alergologa.

Psychomotorický vývoj je opoždován. Začala sedět v 15-ti měsících, chodit v 23-ti měsících. Od jednoho a půl roku začala Domča verbálně komunikovat.

Školní anamnéza:

Od dvou a půl let začala Dominika navštěvovat na doporučení speciálně pedagogického centra mateřskou školu speciální při základní škole speciální. Od ledna 2011 dochází do MŠ denně. Pravidelně dochází na logopedickou péči.

Charakteristika dítěte:

Kojenecké a batolecí období – Dominika byla klidné a hodné miminko. Neměla problémy se spánkem, ani s příjmem potravy. Do dvou let rehabilitovala dívka dle Vojtovy metody. S ohledem na hypotonii orofaciální oblasti byla maminka zacvičena do orofaciální regulační terapie. Od jednoho a půl roku začala Domča mluvit. Používala jednoduchá slova, pojmenovala členy rodiny, napodobovala zvuky zvířat.

Předškolní období – řeč zaznamenala na začátku období mírný pokles. Domča dobře navazuje kontakty s vrstevníky. Má pěkný vztah s mladší sestrou. Od maminky napodobuje péči o mladší sestru na svých panenkách, se kterými si velmi ráda hraje. Vyhledává i kočárky, ráda panenky převléká a chová je. V oblíbenosti má i vkládačky se zvířátky. V poslední době často jezdí na odrážedle. Pečuje s nadšením o mladší sestru, které např. chystá oblečení. Snaží se oblékat sama, ale dopomáhá jí dospělý. Sama se vysvléká, ráda pomáhá s vysvlékáním i sestře. Hrají si společně.

Při jídle je samostatná, používá lžičku a vidličku. Na toaletu si neříká, nosí pleny. Řečový projev je strohý, vyslovuje spíše izolovaná slova a zvuky. Srozumitelnost je malá.

Dívka je velmi hodná a klidná. Adaptace na prostředí mateřské školy byla rychlá. Do školky chodí ráda a někdy ji maminka musí přinutit odejít. S učitelkami i vrstevníky ze začátku nekomunikovala, neprojevovala se a byla pasivní. Dnes má s učitelkami pěkný vztah a velmi ráda si hraje s ostatními dětmi. Po nástupu do MŠ speciální, pravidelné logopedické péči a orofaciálních masáží zaznamenala řečový projev mírné zlepšení.

Dívka je zapojena do alternativních forem výuky, které MŠ speciální nabízí. Jedná se o smyslovou stimulaci v multisenzorické místnosti, míčkování apod.

Závěrečné logopedické a psychologické vyšetření k dnešnímu dni nebylo provedeno.

Průběh vzdělávání:

Docházka do mateřské školy je pravidelná. Spolupráce s rodiči je velmi dobrá. Maminka se zapojila do mimoškolních aktivit.

Hodnocení jednotlivých oblastí třídním učitelkou:

Sociální chování – je milá a kontaktní holčička. Na nové prostředí MŠ speciální a kolektiv ve třídě si přivykla velice rychle, do mateřské školy se těší. Ráda pozoruje děti při hrách, prohlíží si časopisy a knížky.

Komunikace, chápání řeči – porozumění řeči je na dobré úrovni. Verbální projev vážne. Dovede říci „ne“, vyjadřuje se jednoslabičnými zvuky. Domluví se gesty, mimikou, pláčem, smíchem.

Mentální schopnosti, zájmy – pozná sama sebe na fotce, členy rodiny, spolužáky. Poznává domácí zvířata. Ráda si hraje s panenkami (námětové hry), staví komín z kostek, navlékne kroužek na tyč, korálek navlékne s dopomocí. Má ráda míčkování, psychomotorické cvičení, hudební i výtvarné aktivity.

Motorika – hrubá motorika odpovídá věku a diagnóze. Je poněkud pomalejší, neobratná, těžkopádná. Za ruku chodí do schodů i ze schodů, střídá nohy. Používá klešťový úchop při manipulaci s drobnějšími předměty.

Sebeobsluha – nají se s dopomocí a pomalejším tempem. Nosí ještě pleny, ale pokud se posadí na nočník, je úspěšná. Vysvěče i vyzuje se samostatně, spolupracuje při oblékání.

Spolupráce s rodiči – je velmi dobrá, rodiče projevují velký zájem a péči. Navštěvují všechny akce pořádané školou, navštěvují klub rodičů a dětí.

Charakteristika žáka – Dominika je hodná, poslušná, spíše pasivní – doma je více aktivní. Ráda kontaktuje děti. Vyzouvá jim papučky, sundává sponky z vlasů apod. Ráda vyhledává hry s panenkami, kočárkem, nádobíčkem. Manipuluje se zvukovými hračkami, světelnými zdroji,... Do společných aktivit se zapojuje s radostí (tanečky, hry).

Hodnocení žáka v jednotlivých činnostech:

Čtení – ráda si prohlíží obrázky, knížky a časopisy. Má ráda fotografie se známými lidmi, předměty.

Grafomotorické dovednosti – čáranice na větší formát, cvičí klubíčko. Ráda maluje (Příloha č. 3).

Počty – základní povědomí o číslech 1-5.

Kresebné činnosti – roztírá dlaní, hrubým štětcem barvy po ploše. Kresba je na úrovni čáranic.

Závěr:

Dominika je milé, klidné a přátelské dítě. Její vývoj je opožděován. Soustavnou péčí v mateřské škole speciální, pravidelnou docházkou na logopedii a vytrvalostí rodičů má dívka nejlepší předpoklady k dalšímu rozvoji psychických a fyzických schopností a dovedností. Dominika vyrůstá v úplné a milující rodině.

8 Kasuistika – č. 3

Osobní údaje

Jméno: Tomáš

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let 5 měsíců

Diagnóza: Downův syndrom

Rodinná anamnéza:

Tomáš žije s matkou a dvěma sourozenci v rodinném domě na vesnici. Matka, narozena v roce 1964, je v současné době v domácnosti a pečuje o chlapce. Otec, narozen v roce 1947, je v důchodu. Manželství, v pořadí druhé, se rozpadlo. Tomáš otce pravidelně navštěvuje. Matka má z prvního manželství čtyři děti. Nejstarší dcera (1985) žije ve vlastní domácnosti, druhá dcera (1986) zemřela na leukémii, třetí dcera (1989) studuje střední pedagogickou školu, čtvrté dítě je chlapec (1995). Tomáš se matce narodil ve 37 letech. Oba rodiče jsou zdraví. Kromě leukémie druhorozené dcery se v rodině nevyskytuje závažnější onemocnění.

Osobní anamnéza:

Dle sdělení matky bylo těhotenství v pořádku. Matka dostala doporučení na vyšetření plodové vody opožděně, proto vyšetření nebylo uskutečněno. Prodělala jen ultrazvukové vyšetření. Porod proběhl bez komplikací o šest týdnů dříve. Po porodu byl u chlapce diagnostikován Morbus Down, trisomie 21, meiotická nondisjunkce. V době poporodní nastaly potíže s dýcháním. Chlapec byl hospitalizován ve FN Olomouc, byl u něj zjištěn defekt síňového septa a vrozená vada dolních končetin. Do dvou let byly chlapci nohy sádrovány, v roce 2004 byl poprvé operován. Prodělal celkem šest operací dolních končetin. Chlapec je v péči neurologa, ortopeda a kardiologa.

Psychomotorický vývoj je opožděn. Začal sedět v jednom a půl roce, chodit ve čtyřech letech. Asi od čtyř let začal Tomáš verbálně komunikovat. Psychologické vyšetření ukázalo, že úroveň rozumových schopností odpovídá středně těžké mentální retardaci (intelligenční kvocient 41), chronologický věk 5,08 odpovídá mentálnímu věku 2,08.

Školní anamnéza:

Chlapec nenavštěvoval žádné předškolní zařízení, protože rodiče nebyli dostatečně informováni ze stran odborníků o možnostech speciální předškolní péče pro děti s postižením. Chlapec šel k zápisu v šesti letech a bylo rozhodnuto o odkladu povinné školní docházky. Po roce rodiče požádali speciální pedagogické centrum o posouzení odkladu povinné školní docházky a zařazení jejich syna do mateřské školy speciální. Tomáš začal navštěvovat v necelých sedmi letech mateřskou školu speciální při základní škole speciální od září 2008. Od září 2009 plní povinnou školní docházku v základní škole speciální. Chlapci byl vypracován individuální vzdělávací plán, který plní.

Charakteristika dítěte:

Kojenecké a batolecí období – Tomáš byl klidné a hodné miminko. Spánek a příjem potravy probíhal bez problémů. Chlapci byly sádrovány dolní končetiny, proto je psychomotorický vývoj hodně opožděn. Ve dvou letech se začaly objevovat problémy se spánkem. Začal si hrát s hračkami. Jeho vizáž je stigmatizována Downovým syndromem. Chlapec dochází na rehabilitaci s dolními končetinami.

Předškolní období – Ze zprávy o speciálněpedagogickém vyšetření o průběhu ambulantní péče (1-6/2008) - Chlapec je v domácí péči, kde jsou mu poskytovány maximální podněty pro jeho psychomotorický rozvoj. Řeč je na úrovni jednoduchých slov, která jsou hůře srozumitelná. Má vytvořenu spoustu svých slov, která používá v domácím prostředí, kde mu všichni rozumí. Porozumění řeči je na dobré úrovni. Chlapec dochází na logopedickou péči do speciálně pedagogického centra. Rodinné prostředí je pro Toma hodně podnětné. Mezi matkou a synem je vřelý citový vztah. Chlapec zvládá plnění základních potřeb a potřeb sebeobsluhy. Rád doma pomáhá, všichni se mu věnují, má okolo sebe širokou rodinu. Jemná motorika je na kvalitní úrovni. Rád kreslí, staví kostky, manipuluje s drobnými předměty, zvládá prstový úchop. Přiřadí k sobě dva stejné obrázky, orientuje se na stránce, fotografii, dokáže ukázat na drobné detaily. Chlapec chodí samostatně o široké bázi, chůze je těžkopádná, vratká. Sedí samostatně na židli i na zemi. Strava je podávána v běžné podobě, nají se lžící, pije z hrnku. Potřebu toalety vyjádří slovně, při sebeobslužných dovednostech je třeba mírné dopomoci dospělé osoby.

Chlapec doposud nebyl v kolektivu dětí. Před zahájením povinné školní docházky je vhodné zařazení do dětského kolektivu, naučit se respektovat potřeby druhých a postupně si zvykat na nepřítomnost rodičů. Tomáš má zájem o kontakt s druhými lidmi, fáze adaptace na prostředí mateřské školy byla rychlá.

Chlapec navázal velmi pěkný vztah s učitelkami i dětmi. Jeho pozornost je krátkodobá, je potřeba často střídat činnosti. Zajímá se o nabízené hračky, skládačky. Občas bývá svěhlavý, pokud nechce pracovat, jen těžko jej někdo přemluví ke spolupráci.

Z hodnocení školního roku 2008/2009 – Tomáš zná své jméno, spolužáky, učitelky, pozná členy rodiny. Pojmenuje některá zvířata, předměty denní potřeby, základní barvy. Třídí podle barev, rozlišuje velký a malý, pozná probírané básničky, písničky. Je velmi zručný. Hraje v rytmu na hudební nástroje, tančí v rytmu sám i ve dvojici. Má rád námětové hry, hry s auty. Zapojuje se do dramatizace pohádek, dokáže použít maňaska, loutku. Tomášek je velmi empatický, zejména k imobilním dětem. Pomáhá jim, podá jim hračku, mazlí se s nimi, snaží se upravit polohu dítěte. Je aktivní až hyperaktivní, občas neposlušný, zákeřný, náladový a svěhlavý. Chlapec je zapojen do alternativních forem výuky, které MŠ speciální nabízí. Jedná se o canisterapii, smyslovou stimulaci v multisenzorické místnosti, míčkování apod.

Z logopedického vyšetření 2008/2009 – Logopedická péče probíhá pravidelně, dvakrát týdně. Lépe pracuje Tomáš bez přítomnosti matky. Doma se připravuje nepravidelně, pokroky jsou pozvolné. Pozornost je krátkodobá, často pracuje za „úplatu“ (sladkost, práce na počítači). Občas je nutný direktivní přístup. Převažuje pasivní slovní zásoba nad aktivní. Komunikuje jednoslovně, často používá „vlastní“ slova, která jsou obtížně srozumitelná, pomáhá si gesty. V důsledku velmi oslabené sluchové paměti má problémy s nápodobou více než dvou slov. V průpravných cvičeních napodobí správně většinu hlásek, přesto je nepoužívá v řeči. Motorika mluvidel je stále nedostatečně procvičena, jazyk je široký, hypotonický. Dýchá ústy, často trpí rýmou. Závěr: opožděný vývoj řeči při základní diagnóze.

Mladší školní věk – chlapec je stále aktivní až hyperaktivní. Povinná školní docházka je zahájena ve školním roce 2009/2010. Tomáš navštěvuje základní školu speciální. Prostředí školy je mu blízké již z předškolního vzdělávání, proto období adaptace na školní povinnosti nebylo problémové. S učitelkami i spolužáky si vytvořil pěkný vztah.

Z komplexního vyšetření pro zahájení školní docházky ze září 2009 – Tomáš dokáže vyjádřit své potřeby, komunikuje posunky, jednoduchými slovy, holými větami. Nechápe význam číslic, nemá upevněnu číselnou řadu. Chlapec je málo obratný, chůze je těžkopádná, zakopává, chodí po vnější hraně chodidel, nesprávným způsobem. Při grafomotorických činnostech je značný tlak na podložku, nesprávný úchop tužky, linie je nejistá v tahu. Je pravák. Kresebné činnosti vyhledává, kreslí rád. (Příloha č. 4, 5). Kresba postavy je na úrovni hlavonožce, hlava je s detaily (Příloha č. 6).

Při volné kresbě kreslí auta. Tom je méně samostatný, pomalý, vyžaduje pomoc dospělého a dohled. Sám se zapojuje do hry a získává si další děti, ale jen pro to, co sám chce. Nejeví spontánní zájem, nesetrvává ve hře, od nabízených her odbíhá, nudí se, je negativistický a odmítavý. Dokáže se samostatně vysvléct, při oblékání vyžaduje pomoc dospělé osoby. Je aktivní a navazuje spolupráci s dětmi i dospělými. Chování je spontánní beze strachu a pláče. V rodině je veden přiměřeně bez nápadností, výraznější je vliv matky na dítě, otce nerespektuje. Aktuální výkon chování odpovídá vývojové úrovni cca tři a čtvrt roku.

Průběh vzdělávání:

Hodnocení jednotlivých oblastí třídní učitelkou:

Sociální chování – přizpůsobil se režimu třídy i kolektivu. Umí pozdravit, požádat, poděkovat. Respektuje požadavky učitelů, hraje si s ostatními.

Komunikace, chápání řeči – aktivní slovní zásoba je velmi malá, komunikuje jednoslovně a nerad. Porozumění řeči je omezené, rovněž nereaguje na běžnou „hlasitost“.

Mentální schopnosti, zájmy – krátkodobá pozornost, potřeba často střídat činnosti. Rád kreslí, staví kostky.

Motorika – jemná motorika je na kvalitní úrovni, manipuluje s drobnými předměty, zvládá prstový úchop. Chodí samostatně i po schodech.

Sebeobsluha – při sebeobsluze potřebuje dopomoc druhé osoby, potřeba toalety vyjádřena slovně.

Spolupráce s rodiči – spolupráce s matkou je dobrá po stránce omlouvání absence, bohužel při plnění domácích úkolů je nedostatečná.

Charakteristika žáka – chlapec je aktivní, musí být neustále usměrňován. Zpočátku školní docházky neposlušný až zákeřný, svéhlavý, bez základních návyků. V současné době poslušný, snaživý.

Hodnocení žáka v jednotlivých předmětech:

Čtení – čte samohlásky A, I, O, popíše obrázek, zopakuje slova. Recituje říkadla s pomocí obrázků.

Grafomotorické dovednosti – správný úchop tužky, zvýšený tlak na podložku, linie nejistá v tahu, je pravák.

Počty – pojmenuje číslice 1, 2, přiřadí počet, tvoří skupiny předmětů.

Krešební činnosti – čmárá, nakreslí postavu se všemi prvky, potřebuje konkrétní náповědu.

Závěr:

Tomáš je milé a aktivní dítě, které rádo navazuje kontakty s dětmi i dospělými. Jeho absence předškolní výchovy v zařízení byla nahrazena odkladem povinné školní docházky a zařazením do mateřské školy speciální. Chlapec se školnímu prostředí velmi dobře přizpůsobil. Je v pásmu středně těžké mentální retardace a jeho vývoj je opožděn. Tomášek vyrůstá v podnětném prostředí, které mu vytváří jeho maminka.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá tématem „Problematika dětí s mentální retardací – Downův syndrom. Cílem práce bylo studium dokumentace dětí, rozhovor s matkami a učitelkami dětí, které mi s ochotou poskytly potřebné informace a následné sepsání kasuistik (tzv. případových studií), které jsou uvedeny v praktické části práce. V závěru práce jsou přiloženy pro představu vývoje kresebných činností obrázky dětí.

V teoretické části jsem po prostudování odborné literatury psala o mentální retardaci. O příčinách vzniku, stupních a základní charakteristice stupňů mentální retardace. Druhá kapitola pojednává konkrétně o Downově syndromu, o jeho historickém pozadí, příčinách vzniku a formách Downova syndromu. Také je zde zmíněna rodina dítěte s postižením a typické fáze, kterými rodina prochází po zjištění faktu, že jejich dítě je jiné a také specifický vztah mezi sourozenci. Dnešní vyspělá medicína nabízí budoucím matkám poměrně spolehlivé metody prenatální diagnostiky, o kterých je psáno také ve druhé kapitole.

Předposlední kapitola je zaměřena na vývoj a psychické zvláštnosti dětí s Downovým syndromem, které jsem mohla v průběhu pedagogických praxí u dětí pozorovat. Každé dítě je specifické a vyvíjí se více či méně odlišně. V některých bodech se vývojová období podle literatury shodují, v jiných se opožďují.

Poslední kapitola je zaměřena na vybrané speciálněpedagogické terapie, kterých je využíváno při péči, výchově a vzdělávání dětí s Downovým syndromem. Všech zmíněných terapií jsem měla možnost se zúčastnit, lépe pochopit jejich principy a hlavně vidět účinky terapií na samotných dětech.

Seznam literatury a dalších zdrojů

Tištěné publikace

BARTOŇOVÁ, M. a kol. *Psychopedie – texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.

CASTILLO MORALES, R. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. [z amerického originálu ... přeložila Eva Matějčková]. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 183 s. ISBN 80-7367-105-0.

HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 243 s. ISBN 80-7184-549-3.

KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie – texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 73 s. ISBN 80-244-0991-7.

KREJČÍŘOVÁ, D. Mentální retardace a pervazivní vývojové vady. In ŘÍČAN, P. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2006. s. 195-223.

KUČERA, J. *Downův syndrom, model a problém*. Avicenum, Praha: 1981.

KYSUČAN, J. Mentálně postižená mládež. In EDELSBERGER, L. a kol. *Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně základní školy*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1988. s. 57-74.

LANGER, S. *Modely pro psychologickou diagnostiku a výchovu žáků*. 2. přeprac. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 248 s.

MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice – teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 1. vyd. Praha : Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 80-8525-574-X.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno : Paido, 2006. 234 s. ISBN 80-7315-120-0.

PLEVOVÁ, I. *Kapitoly z obecné psychologie II*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 76 s. ISBN 80-244-0963-1.

SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělávání, dospělost*. [z amerického originálu ... přeložila Dagmar Tomková]. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-973-9.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3., aktualiz. A přeprac. vyd. Praha : Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7376-060-7.

ÚZIS ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – tabelární část*. Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize. 2. aktualiz. vyd. Praha : Bomton, 2009. 862 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

VALENTA, M. a kol. *Psychopedie*. 3., aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha : Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

Internetové zdroje

Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny – Fakultní nemocnice Olomouc, Univerzita Palackého Olomouc [online]. 2009 [cit. 2011-03-18]. Kordocentéza. Dostupné z WWW: <<http://ulgrs.upol.cz/portal/?p=39>>.

Dobromysl.cz [online]. 2002-2011 [cit. 2011-03-22]. Co je Downův syndrom? Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=625>>.

Dobromysl.cz [online]. 2002-2011 [cit. 2011-03-22]. Zdravotní problémy spojené s Downovým syndromem. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=533>>.

Československá rehabilitační společnost Dr. Vojty [online]. [cit. 2011-03-26]. Vojtova metoda. Dostupné z WWW: <<http://hwww.vojtovaspolecnost.cz/vmetoda.php>>.

Československá rehabilitační společnost Dr. Vojty [online]. [cit. 2011-03-26]. Václav Vojta. Dostupné z WWW: <<http://hwww.vojtovaspolecnost.cz/vmetoda.php>>.

Wikipedie, otevřená encyklopedie. [online]. 2011 [cit. 2011-03-26]. Vojtova metoda. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Vojtova_metoda>.

Seznam příloh

Příloha č. 1: volná kresba, Jaroslav, 9 let 3 měsíce.

Příloha č. 2: vybarvení obrázku (předkreslila matka), Jaroslav, 9 let 4 měsíce.

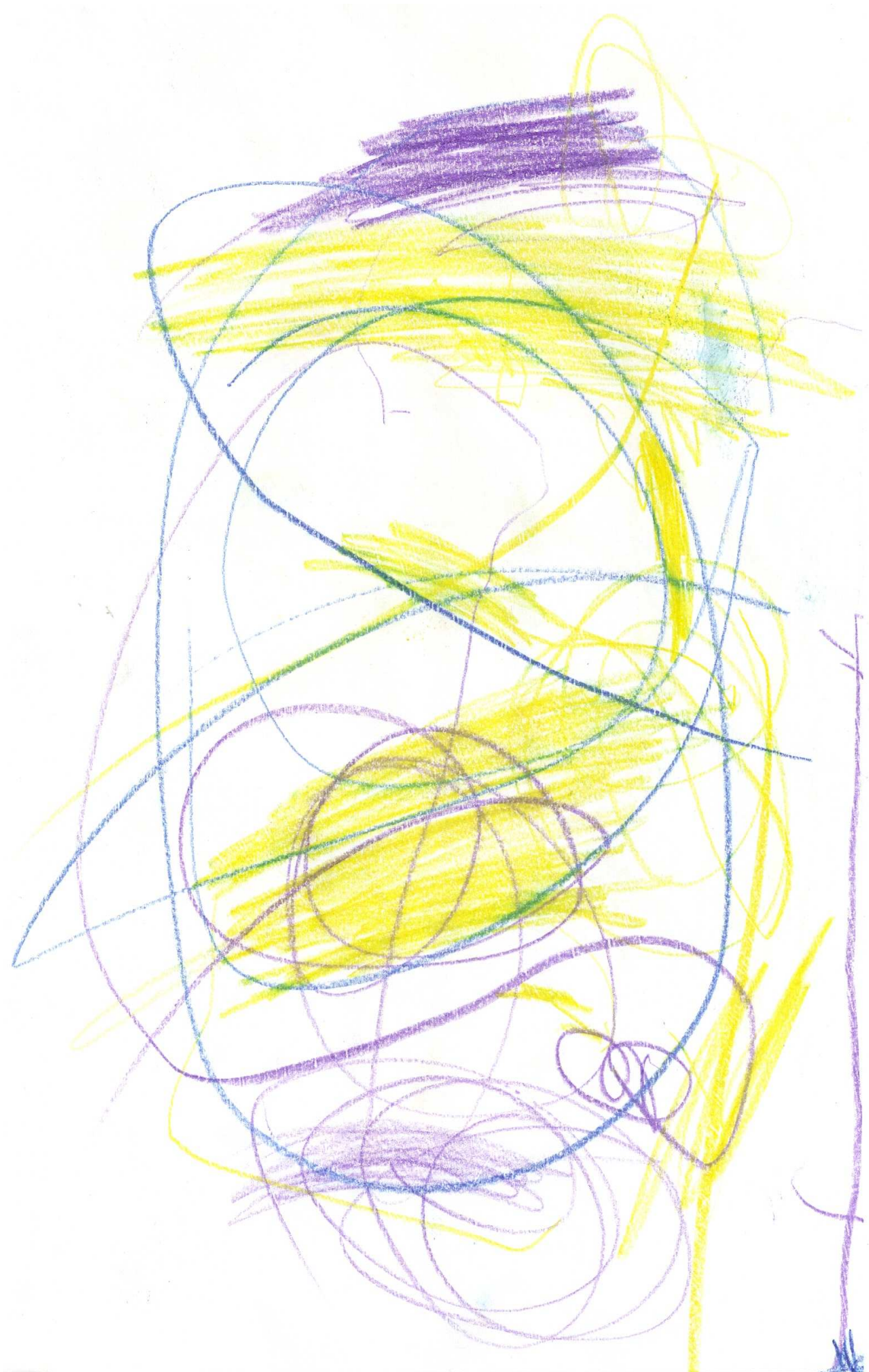
Příloha č. 3: vybarvení obrázku (předkreslila učitelka), Dominika, 3 roky.

Příloha č. 4: malba štětcem, sněhulák, Tomáš, 9 let 2 měsíce.

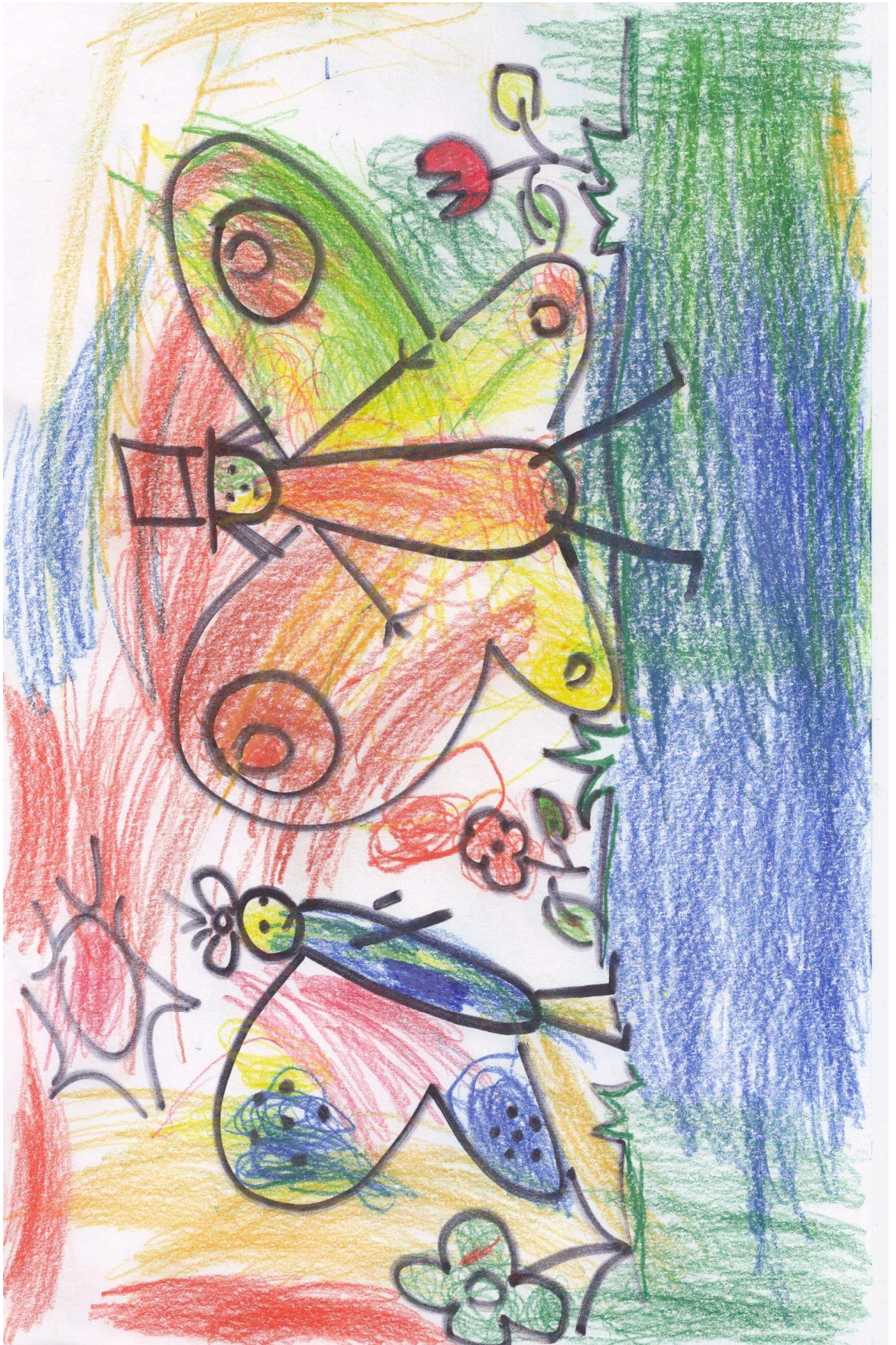
Příloha č. 5: malba štětcem, krmítko pro ptáky, Tomáš, 9 let 2 měsíce.

Příloha č. 6: kresba hlavy, obličeje, Tomáš 9 let 3 měsíce.

Příloha č. 1: volná kresba, Jaroslav, 9 let 3 měsíce.



Příloha č. 2: vybarvení obrázku (předkreslila matka), Jaroslav, 9 let 4 měsíce.



Příloha č. 3: vybarvení obrázku (předkreslila učitelka), Dominika, 3 roky.



Příloha č. 4: malba štětcem, sněhulák, Tomáš, 9 let 2 měsíce.



Příloha č. 5: malba štětcem, krmítko pro ptáky, Tomáš, 9 let 2 měsíce.



Příloha č. 6: kresba hlavy, obličeje, Tomáš 9 let 3 měsíce.



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lucie Šimíčková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických věd
Vedoucí práce:	PhDr. Ivana Binarová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Problematika dětí s mentální retardací - Downův syndrom
Název v angličtině:	The Problems of children with mental retardation - Down Syndrome
Anotace práce:	Hlavním cílem této bakalářské práce je sepsání případových studií, neboli kasuistik. V teoretické části se věnuji mentální retardaci, vymezení, příčinám vzniku, klasifikaci a charakteristikám jednotlivých stupňů. Dále pojmu Downův syndrom, jeho historickému pozadí, příčinám vzniku, jednotlivým formám, vývoji a psychickým zvláštnostem dětí s tímto syndromem. Také je zde zmínka o rodině dítěte, prenatální diagnostice a využívaných terapiích v procesu péče o tyto děti. Praktická část je výsledkem studia dokumentace dětí a je sepsána do tří kasuistik.
Klíčová slova:	Downův syndrom, kasuistika, mentální retardace, dítě
Anotace v angličtině:	The main objective of this thesis is to write case studies or casuistry. In the theoretical part I describe mental retardation, definition, causes the creation, classification and characteristics of each levels. Furthermore, the term Down's syndrome, its historical background, causes of, various forms and psychological development of children with this specific syndrome. There is also mention of the child's family, prenatal diagnosis and therapies used in the process of care for these children. The practical part is result of the study documentation of children and these are made up into three casuistry.

Klíčová slova v angličtině:	Down syndrome, casuistry, mental retardation, children
Přílohy vázané v práci:	<p>Počet příloh: 6</p> <p>Příloha č. 1: volná kresba, Jaroslav, 9 let 3 měsíce.</p> <p>Příloha č. 2: vybarvení obrázku (předkreslila matka), Jaroslav, 9 let 4 měsíce.</p> <p>Příloha č. 3: vybarvení obrázku (předkreslila učitelka), Dominika, 3 roky.</p> <p>Příloha č. 4: malba štětcem, sněhulák, Tomáš, 9 let 2 měsíce.</p> <p>Příloha č. 5: malba štětcem, krmítko pro ptáky, Tomáš, 9 let 2 měsíce.</p> <p>Příloha č. 6: kresba hlavy, obličeje, Tomáš 9 let 3 měsíce.</p>
Rozsah práce:	46 stran
Jazyk práce:	Český jazyk