UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012 – 2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zdenka Čekalová

Osoby s mentální retardací v ústavu sociální péče nebo v rodině

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2012 - 2014

DIPLOMA THESIS

Zdenka Čekalová

Persons with mental retardation in a nursing home or in the family

Prague 2014

The Diploma Thesis Work Supervisor:

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 Černovicích dne 20. 1. 2014 *Jméno autorky Zdenka Čekalová*

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Milanu Fleischmannovi za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

V diplomové práci je ukázána a porovnána ústavní a rodinná péče přímo na osobách s mentálním postižením. Porovnávání ústavní a rodinné péče je prováděno s pomocí kasuistiky jednotlivých osob s mentálním postižením.

Osoby s postižením jsou často přijímáni jako objekty soucitu a péče. V postojích k těmto lidem můžeme rozpoznat předsudky a stereotypy, které jsou zakořeněny v kultuře dané společnosti z dob minulých. Příkladem může byt umísťování těchto lidi do ústavů sociální péče, kde se s nimi mohl málokdo potkat. V současnosti můžeme tyto občany vídat i mimo ústav, vznikají neziskové organizace, které se snaží těmto lidem pomoci. Vzrůstá informovanost a upravuji se legislativní podmínky.

Klíčové pojmy

Handicap, integrace, klienti, mentální retardace, péče, postižení, problémové chování, rodina, uživatelé, ústav, výchova a vzdělávání.

Annotation

In this thesis it is shown and compared institutional and family care directly to people with intellectual disabilities. Comparison of institutional and foster care is done with the help of case reports of individuals with mental disabilities.

Persons with disabilities are often accepted as objects of compassion and care. The attitudes of these people can recognize prejudices and stereotypes that are ingrained in the culture of the company from the past. An example might be placing these people in social care homes, where they are able to meet a few people. Currently we seeing these people on the streets, formed a non-profit organization that seeks to help these people. There is a growing awareness and adjusting the legislative conditions.

Key words

Handicap, integration, clients, mental retardation, disabilities, problem behaviors, family, users, institute, education and training.

OBSAH

ÚVOD 9
TEORETICKÁ ČÁST 10
1 MENTÁLNÍ RETARDACE 10
1.1 Pojem a definice mentální retardace 10
1.2 Etiologie mentální retardace 12
1.2.1 Prenatální příčiny 13
1.2.2 Perinatální příčiny 14
1.2.3 Postnatální příčiny 14
1.3 Klasifikace mentální retardace 14
1.3.1 Klasifikace dle etiologie 15
1.3.2 Symptomatologická klasifikace 16
1.3.3 Klasifikace podle vývojových období 16
1.3.4 Klasifikace podle typu chování 16
1.3.5 Klasifikace dle stupně mentálního postižení 17
1.4 Výskyt osob s mentální retardací v populaci 19
1.5 Diagnostika osob s mentálním postižením 20
1.5.1 Diferenciální diagnostika 21
2 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ . 23
2.1 Vnímání 23
2.2 Rozvoj řeči 24
2.3 Myšlení 24
2.4 Paměť 25
2.5 Volní vlastnosti 26
2.6 Zvláštnosti emoční sféry 26
2.7 Zvláštnosti utváření charakteru 27
2.6 Sebehodnocení 28
3 SYSTÉM VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH 29
3.1 Výchova mentálně postižených 29
3.2 Vzdělávání osob s mentální retardací 29
3.2.1 Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením 30
3.2.2 Vzdělávání v období povinné školní docházky 30
3.2.3 Vzdělávání v rámci profesní přípravy 33
3.2.4 Další vzdělávání 34
3.3 Rámcový vzdělávací program 35

4 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ 36
4.1 Stereotypní chování 37
4.2 Útlumové chování 38
4.3 Agrese 38
4.4 Sebepoškozování 39
5 INTEGRACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DO PRACOVNÍHO PROCESU 41
5.1 Postoje zaměstnavatelů k lidem s mentálním postižením 42
5.2 Podporované zaměstnávání 43
6 ÚSTAVNÍ PÉČE PRO OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ 45
6.1 Současná ústavní péče 45
6.2 Klasifikace ústavů sociální péče 46
6.2.1 Klasifikace z hlediska věku 46
6.2.2 Klasifikace z hlediska pohlaví 47
6.2.3 Klasifikace z hlediska zřizovatele 47
6.2.4 Ústavy sociální péče lze rozdělit z hlediska velikosti 48
6.2.5 Klasifikace dle délky pobytu 48
6.3 Funkce ústavů sociální péče 49
6.4 Rizika ústavní péče 50
6.5 Nový zákon o sociálních službách 52
6.6 Standardy kvality sociálních služeb 53
PRAKTICKÁ ČÁST 55
7 VÝZNAM ÚSTAVNÍ A RODINNÉ PÉČE 55
7.1 Cíl a místo šetření 55
7.1.1 Historie zámku Černovice 55
7.1.2 Současnost DÚSP Černovice 56
7.2 Kazuistika 58
7.3 Závěr šetření 83
ZÁVĚR 86
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 88
SEZNAM PŘÍLOH 91

ÚVOD

V každé společnosti se vedle zdravých občanů nachází i část populace, která se nějakým způsobem liší od společenského průměru. Patří sem i jedinci s různými formami postižení. Jednu z nejpočetnějších skupin tvoří osoby s mentálním postižením.

Kdybychom si mohli vybrat, jaký život chceme žít, určitě by si nikdo z nás dobrovolně nevybral život osoby s mentálním postižením. Být omezen tímto handicapem a ještě žít ve společnosti, která vás nenechá o sobě rozhodovat často ani ve věcech, ve kterých byste se rozhodnout uměli a mohli, není jistě příliš dobrá vyhlídka. Pokud bychom navíc brali v úvahu situaci, kdy nebudeme žít doma, ve své domácnosti s nejbližšími lidmi, ale v institucionalizované péči, kterou často vybral někdo jiný jako nejlepší řešení vaší situace, bude tento druh života žádaný ještě méně.

Jaký je vlastně nejlepší způsob života pro člověka s mentálním postižením? Na tuto otázku není jistě ani jednoznačná ani jednoduchá odpověď, stejně jako není jednoznačná odpověď na otázku, jak prožít co nejlepší život osoby bez handicapu. Na světě je mnoho lidí žijících tolika různými životy. Není možné vymyslet jeden způsob péče a aplikovat jej komplexně na všechny osoby s mentálním postižením. Dopouštěli bychom se tím chyb používaných při péči v dřívějším režimu. Každému bude vyhovovat individuální přístup, tzn. jiný druh péče, různé prostředí, různé kombinace péče (ústavní, domácí a kombinovaná) podle individuálních potřeb každého člověka.

Pro svou práci jsem si zvolila téma osoby s mentální retardací v ústavní péči nebo v rodině. Pracuji v diagnostickém ústavu sociální péče, a proto se s osobami s mentálním postižením setkávám denně. Toto téma jsem si vybrala, protože mě problematika mentálně postižených velice zajímá a je mi velmi blízká. Zájem o kvalitu života osob s mentálním postižením se celorepublikově sice zvýšil, ale dle mého názoru není v široké veřejnosti stále dostatečná informovanost o problematice osob s mentálním postižením a ani dostatečný zájem o jejich integraci do společnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MENTÁLNÍ RETARDACE

1.1 Pojem a definice mentální retardace

Termín mentální retardace je v současnosti vymezován značným množstvím definic, které mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho schopnosti adaptace na prostředí. Tento termín se začal používat v širším měřítku až po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 a pozvolna nahradil celou řadu relevantních pojmů. (Valenta, Müller, 2003).

Pojem mentální retardace upřednostňujeme před dřívější terminologií, která pro označení osob se sníženými intelektovými schopnostmi využívala termínu: mentální defekt, slabomyslnost, idiocie, imbecilita, debilita. V jistých společenských skupinách a v běžné mluvě některých lidí získaly tyto pojmy v průběhu času vulgární konotaci.

Termín mentální retardace znamená opožděnost rozumového vývoje, je odvozen z latinského slova *mens,* 2. p. *mentis* – mysl, rozum a retardace z latinského *retardatio* – zdržet, zaostávat, opožďovat. Problémy se stanovením definice mentální retardace jsou od vzniku tohoto termínu.

U nás nejznámější a nejvíce citovaná je definice Dolejšího*: „ Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatcích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“(Dolejší, 1973, str. 38).

Definice dle Vágnerové: *„Nejčastěji je mentální retardace definovaná jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká*

úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti.

Hlavními znaky jsou:

- *Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.*
- *Postižení je vrozené.*
- *Postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů.“*(Vágnerová, 1999, str. 146).

Definice mentální retardace dle Benka: *„Člověk je z právního hlediska oligofrenik, jestliže si své záležitosti nemůže obstarat sám, nemůže se to naučit pro své vlastní dobro a blaho společnosti, potřebuje dozor, kontrolu a péči.“*(Benko, 1971, str. 167).

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanoví mentální retardaci jako *„ stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšední úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.“* (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1992).

Dle Švarcové se jedná: *„ o trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Snížení rozumových schopností je stav trvalý, neměnný, promítá se do všech složek osobnosti*.“(Švarcová, 2006, str. 29).

Definice Valenty a Müllera se zaměřuje na oblasti, ve kterých se mentální retardace výrazně projevuje a hovoří o její etiologii: „*Vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.“*(Valenta, Müller, 2003, str. 14).

Definice podle Šišky: *„Kritika směřuje také k tradičnímu chápání mentální retardace jako defektu „uvnitř“ jedince a jako „jeho problém“(deficitní model). Objevuje se potřeba vytvořit novou definici, která by mentální retardaci vymezila jako*

proměnnou veličinu danou vztahem jedince a prostředí (podpůrný model).“(Šiška, 2005, str. 10).

Příkladem modelu definice a klasifikace mentální retardace založeného na podpůrném modelu, na ekologických východiscích je klasifikace mentální retardace podle Americké asociace pro mentální retardaci – AAMR.

„Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Dále Americká asociace pro mentální retardaci stanovuje pět předpokladů pro aplikaci definice:

• Snížení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím komunity typické pro daný věk a kulturu jedince.

• Bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a chování.

• U každého jedince se vedle omezení vyskytují i jeho silné stránky.

• Zjišťování limitu má jít ruku v ruce s vypracováním systému cílené podpory.

• S vhodnou individuální podporou dojde k celkovému zlepšení kvality života člověka s mentální retardací. Zde autoři doplňují - pokud se toto zlepšení nedostaví, je třeba přehodnotit dosavadní profil individuální podpory. Podle nich starý stereotyp, podle kterého u lidí s mentálním postižením k žádnému vývoji tak jako tak nikdy nedojde, je nesprávný.” (Šiška, 2005, str. 10).

1.2 Etiologie mentální retardace

Mentální retardace může být způsobena jakoukoliv okolností, která má za následek narušení vývoje mozku před narozením, během porodu a v raném dětství. Většinou se jako mezník uvádí druhý rok života dítěte. I když současná věda pokročila, stále není známa u jedné třetiny případů příčina vzniku mentální retardace. Přibližně 25% případů mentální retardace jsou etiologickými faktory chromozomální a metabolické poruchy.

“ *Přibližně platí závislost, že čím je mentální retardace hlubší, tím častěji lze najít biologickou příčinu a tím častěji se lze setkat s nedostatečným nebo abnormálním*

vývojem a degenerativními stigmaty."(Drtílková, 2001, str. 344). V odborné literatuře se udává, že u 30 % lidí s mentální retardací zůstává neznámá příčina, u 50 % lidí s mentální retardací existuje více než jedna příčina postižení. V porovnání s lidmi s těžkou mentální retardací je identifikace příčin postižení u dětí s lehkou mentální retardací mnohem složitější. Do pásma lehké mentální retardace spadá přibližně 80% všech případů mentální retardace. Příčiny mentální retardace bývají tříděny podle různých hledisek. Mluvíme zde o příčinách endogenních – vnitřních či exogenních – vnějších, o mentální retardaci vrozené či získané. (Švarcová, 2006)

1.2.1 Prenatální příčiny

Vlivy působící před porodem

- Hereditární vlivy – *„ Do těchto vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentální retardaci, ale také to, kdy dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti, jedná se tedy o faktory reprezentující spodní část Gaussovy distribuční křivky inteligence v populaci*."(Valenta, Müller, 2003, str. 51).

- Specifické genetické příčiny – jsou následkem abnormality genů zděděných po rodičích, odchylek při spojování genů nebo jiných genových poruchách způsobených během těhotenství infekcemi, příliš častým nebo vysokým rentgenovým zářením nebo chemickými vlivy.

- .Problémy během těhotenství - užívání alkoholu (fetální alkohol syndrom), užívání drog (kokainový syndrom), infekční onemocnění matky během těhotenství (toxoplazmóza, syfilis, zarděnky), nedostatečná výživa, chudoba nebo kulturní deprivace.

- Získaný defekt imunity – AIDS – na úrovni CNS onemocnění může probíhat jako encefalopatie s mentální retardací a epilepsií.

1.2.2 Perinatální příčiny

- Vlivy v průběhu porodu a těsně po něm. Při protahovaném porodu v důsledku stlačení hlavičky v porodních cestách může dojít k mozkové hypoxii či asfyxii, v těžších případech ke krvácení do mozku. Čím větší oblast mozku bývá poškozena, tím více zaostává psychický vývoj.

- Předčasný porod, nízká porodní váha. RH Inkompatibilita (nesoulad RH faktorů) – zvýšená hladina bilirubinu poškozuje CNS novorozence.

1.2.3 Postnatální příčiny

- Vlivy působící po narození do dvou let věku. „ *V době po narození může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů, mezi něž patří zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku.*“ (Valenta, Müller, 2003, str. 53).

1.3 Klasifikace mentální retardace

Psychopedická terminologie prochází neustálým vývojem. Humanizační snahy vedou k nahrazování termínů debil, imbecil, idiot, které získaly pejorativní nádech. Nové přístupy upřednostňují spíše pojmy jako osoba s mentálním postižením, kde na prvním místě je člověk, lidská bytost a až na druhém místě je jeho postižení. Stále užívaným termínem zůstává mentální retardace.

U osob s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací. Je třeba si uvědomit, že u každého jedince nelze většinou jednoznačně určit, čím byla způsobena.

1.3.1 Klasifikace dle etiologie

Klasifikace podle Penrose

Rozděluje možné příčiny „oligofrenie“ takto:

Genetické, dědičné (endogenní)

- Dávné – způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků
- Čerstvé - spontánní mutace

Vzniklé vlivem prostředí (exogenní)

- V raném těhotenství – poškození oplozeného vajíčka
- V pozdním těhotenství – intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita
- Intranatální – abnormální porod
- Postnatální – nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy (Černá, 2009)

Klasifikace podle Zvolenského

Uvádí jako nejčastější příčinu vzniku mentální retardace

- Dědičnost – vzniká většinou v důsledku zděděné inteligence a vlivem rodinného prostředí, metabolické a jiné abnormality se objevují jen zřídka
- Sociální faktory – intelektové schopnosti jsou způsobeny deprivací v rodině nebo ve výchově, např. v nižších sociálních vrstvách, v souvislosti se špatnými materiálními a bytovými podmínkami, nestabilními rodinnými vztahy.
- Enviromentální faktory – onemocnění matky během těhotenství, špatná výživa matky, infekční onemocnění, špatná výživa kojence, porodní traumata.
- Specifické genetické příčiny – dominantně podmíněné, podmíněné chromozomálními aberacemi.
- Nespecificky podmíněné poruchy – příčina mentální retardace zůstává neobjasněna v 15-30% případů.(Zvolenský, 1996).

Klasifikace dle Langera

Dělí příčiny vzniku mentální retardace:

Vrozené: a) příčiny před porodem – chromozomální, v době těhotenství

b) příčiny kolem porodu

Získané: a) biologické – během života

b) sociální – rodinná a školní výchova, mimoškolní výchova (Langer, 1996).

Klasifikace dle Matulaye

Dělí příčiny vzniku mentální retardace na období:

- prenatální
- perinatální
- postnatální

Dále uvádí dělení mentální retardace:

- vrozenou mentální retardaci
- získanou mentální retardaci – demenci
- sociálně podmíněnou mentální retardaci - pseudooligofrenii (Matulay, 1986).

1.3.2 Symptomatologická klasifikace

Zabývá se typickými příznaky vzhledu, osobnostních rysů, somatických zvláštností, motorického a psychického vybavení mentálně postižených.(Bartoňová, 2007).

1.3.3 Klasifikace podle vývojových období

- Předškolní věk a jeho zvláštnosti vývoje
- Mladší školní věk
- Starší školní věk
- Adolescence (Bartoňová, 2007).

1.3.4 Klasifikace podle typu chování

- Eretické (verzatilní)

- Torpidní (apatické)
- Nevyhraněné (Bartoňová, 2007).

1.3.5 Klasifikace dle stupně mentálního postižení

Jednotlivé stupně mentální retardace se orientačně ohraničují inteligenčním kvocientem (IQ) a obvykle se charakterizuje mentální retardace jako disproporce chronologického a mentálního věku. V současné době se používá členění dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která platí od roku 1992.

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F70)

Do této skupiny patří 80-85% postižených osob. Osoby s lehkým mentálním postižením většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci, i když mluvu si osvojují opožděně. Dosáhnou většinou úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech, když je jejich vývoj mnohem pomalejší. Potíže se u nich objevují při školní výuce, mají specifické problémy se čtením a psaním. Většinu osob lze zaměstnávat v práci, která však vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti. U těchto osob se mohou objevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus, další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení. Tato diagnóza zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu, lehkou oligofrenii.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49 (F71)

Je diagnostikována asi u 10 % osob s mentálním postižením. U těchto jedinců je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Je omezena a opožděna soběstačnost a také zručnost. Jejich pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se s pomocí kvalifikovaného pedagogického vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou tito lidé schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem. Zřídka je

možný úplně samostatný život, ale zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Tato diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu a středně těžkou oligofrenii.

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F72)

Projevuje se asi u 5 % lidí s mentálním postižením. Osoby v této kategorii se v mnohém podobají osobám se středně těžkou mentální retardací, je však mnohem výrazněji patrná snížená úroveň schopností. Většina jedinců značně trpí poruchami motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Výchova a vzdělávání je u těchto osob značně omezená, ale včasná kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. Tato diagnóza zahrnuje těžkou mentální subnormalitu, těžkou oligofrenii.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Tvoří asi 1% lidí s mentálním postižením. Tito jedinci jsou omezeni ve schopnosti porozumět instrukcím a požadavkům, většinou jsou imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu. Bývají inkontinentní a lepším případě jsou schopni pouze neverbální komunikace. Mají malou nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby, vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Jejich výchova a vzdělávání je velmi omezené. Tato diagnóza zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii.

Jiná mentální retardace (F78)

Do této kategorie jsou zařazováni jedinci, u kterých je velmi nesnadné stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod. Např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale pro nedostatek informací není možné zařadit jedince do předešlých kategorií. Diagnóza zahrnuje mentální retardaci nervové soustavy, mentální abnormalitu nervové soustavy a oligofrenii nervové soustavy. (Švarcová, 2006).

1.4 Výskyt osob s mentální retardací v populaci

Všeobecně se v literatuře udává cca 3-4% osob s mentálním postižením v populaci s tím, že se v porovnání s minulostí eviduje určitý nárůst poruch, který má diskutabilní příčiny. Jedna z nich je lepší lékařská péče o novorozence, kteří by dříve bez intenzivní lékařské péče zemřeli brzy po porodu. Dále se udává lepší diagnostika a evidence mentální retardace v porovnání s minulostí.(Valenta, Müller, 2003).

Dle Švarcové není znám počet mentálně postižených v naší populaci. Na základě odhadů uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3% občanů, z nichž téměř 2,6% připadá na postižené osoby s lehkou mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je asi 0,1 – 0,2% v populaci. (Švarcová, 2006).

Černá uvádí, že je výskyt mentální retardace nerovnoměrně rozložen vzhledem k hloubce postižení a pohlaví – větší výskyt u mužů. Největší procento osob s mentální retardací je podchyceno ve školním věku. (Černá, 1995).

Hladílek uvádí, že dle odhadu v ČR je zhruba 1 200 000 občanů se zdravotním postižením. Z toho asi

- 300 tisíc mentálně postižených,
- 60 tisíc zrakově postižených (asi 17 tisíc velmi těžce),
- 300 tisíc sluchově postižených (asi 15 tisíc úplně hluchých),
- 60 tisíc lidí s poruchami řeči,
- 1 500 slepo-hluchých,
- 300 tisíc lidí s vadami pohybového ústrojí,
- 530 tisíc diabetiků (70 tisíc inzulínových),
- 150 tisíc lidí postižených epilepsií,
- 100 tisíc duševně postižených,
- 200 tisíc psariatiků. (Hladílek, 2000).

Novosad odhaduje, že v České republice žije asi 1,2 milionu zdravotně postižených, z toho asi

- 100 tis. zrakově postižených,
- 250 tis. lidí s postižením sluchu,
- 300 tis. tělesně postižených,
- 300 tis. s mentálním postižením,
- 100 tis. s duševním (psychiatrickým) onemocněním,
- 150 tis. se závažným civilizačními a obdobnými interními nemocemi.

Tato charakteristika vypovídá o tom, že asi každý devátý až desátý občan naší republiky má nějaké závažné zdravotní omezení. Zároveň si musíme uvědomit, že podobné statistiky nejsou zpracovány komplexně, proto je musíme brát pouze informativně s tím, že lidí s postižením může být ještě více. (Novosad, 2000).

1.5 Diagnostika osob s mentálním postižením

Diagnostika dítěte s mentálním postižením vyžaduje komplexní spolupráci mnoha odborníků (lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog a jiní). Vlastní stanovení diagnózy mentální retardace je však záležitostí poradenského psychologa (pedagogicko-psychologické poradny, sociálně pedagogického centra), klinického psychologa či psychiatra.

Ke speciálně pedagogické diagnostice se využívají:

- klinické diagnostické prostředky (anamnéza, pozorování, dotazník, rozhovor, analýza produktů činnosti, případová studie)
- testové metody (didaktické, psychodiagnostické a sociometrické testy), (Valenta, 2003).

Dolejší spatřuje psychologická kritéria pro určování mentální retardace:

1. v celkových výsledcích inteligenčních zkoušek vyjádřených IQ nebo mentálním věkem
2. z profilu výsledků v jednotlivých subtestech inteligenčních zkoušek
3. zhodnocení výsledků specifických zkoušek zaměřených na některé psychické a osobní vlastnosti
4. ve výsledcích výukových zkoušek
5. v charakteristikách vývoje řeči
6. v charakteristikách citového vývoje a vývoje regulace chování
7. ve výsledcích somatického, psychologického a neurologického vyšetření (Dolejší, 1973).

„*Diagnostika je dlouhodobý proces, jenž musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte. Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání dítěte v jednotě biologické, psychologické i sociální.*“(Švarcová, 2006, str. 37).

1.5.1Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika mentální retardace spočívá v rozlišování mentální retardace od jiných příčin opožděného vývoje. Je důležité oddělit mentální retardaci od infantilních, primitivních, naivních a prostomyslných projevů chování nebo od psychiatrických onemocnění.

Od diagnózy mentální retardace je nutno odlišit demenci, která se diagnostikuje až po ukončení senzomotorického stádia vývoje inteligence a po vytvoření počátku řeči a jednoduché komunikace, tedy nejdříve po druhém roce života dítěte. Od mentální retardace se demence odlišuje tím, že má sklon k postupnému zhoršování. Zatímco

postižení intelektu při mentální retardaci je rozloženo rovnoměrně, u demence mohou být parciálně zachovány určité schopnosti na uspokojivé úrovni. (Malá, 2002).

Dalším stavem, který je nutno odlišit od mentální retardace, je zpomalování vývoje intelektu z důvodu nedostatku podnětů emoční povahy – stav tzv. emoční deprivace. V literatuře se tento stav označuje jako pseudooligofrenie nebo sociální oligofrenie. Obraz poruchy je podobný jako u mentální retardace, zpomalování vývoje intelektu je však podmíněno nedostatkem rodičovské lásky a péče, tedy psychosociálními faktory. Při vhodné změně prostředí je tento stav do značné míry reverzibilní. U dětí s mentální retardací, které jsou od narození umístěny do kojeneckého ústavu a později do ústavu sociální péče, je zpomalování vývoje intelektu ovlivněno jak mentální retardací, tak i faktorem deprivace. Zjištění míry podílu jednotlivých faktorů je ve výsledném obrazu poruchy takřka nemožné rozlišit. (Dolejší, 1973).

Další stavy, které mohou simulovat mentální retardaci, jsou nerozpoznané senzorické defekty, defekty řeči a chronické mozkové syndromy vyúsťující v afázii. Obtížný diferenciálně diagnostický problém je mezi těžkou mentální retardací, časným infantilním autismem a Hellerovou infantilní demencí. (Malá, 2002).

2. PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

2.1 Vnímání

„*Základem vnímání je vytváření zásoby podmíněných reflexů. U normálního dítěte je tento proces bouřlivý a rychlý. U dětí s poškozenou nervovou soustavou se počitky a vjemy vytvářejí pomalu s velkým počtem zvláštností a nedostatků*.“ (Rubinštejnová, 1986, str. 120).

Prostřednictvím vnímání (percepce) člověk poznává přítomnost a umožňuje mu základní orientaci v prostoru. Vnímání je ve značné míře ovlivněno úrovní rozumových schopností.

Dítě se učí dívat a vidět. To, co dokáže vidět svýma očima je výsledek určité životní zkušenosti. Sluchové vjemy jsou výsledkem dříve vytvořených podmíněných spojů. Počitky a vjemy získává o předmětu a jejich vlastnostech, které bezprostředně působí na jeho analyzátory. Vnímání prostoru je výsledkem společné činnosti zrakového, pohybového a kožního analyzátoru. Základem vnímání je vytvoření zásoby podmíněných reflexů.

Rubinštejnová a Švarcová upozorňují na výraznou zvláštnost vnímání u dětí s mentální retardací tzv. inaktivita tohoto psychického procesu. Když se dítě s mentálním postižením dívá na nějaký předmět, obraz, nemá snahu prohlédnout si ho do podrobností. Spokojí se s povrchním poznáváním předmětu, detaily ho nezajímají. (Rubinštejnová, 1986), (Švarcová, 2006).

Sluchové vnímání má důležitou roli v psychickém vývoji a bezprostředně souvisí s vývojem řeči. Pokud není dostatečně rozvinuto, brzdí zdokonalování výslovnosti. Slovní zásoba je velmi chudá, vyjadřuje se v krátkých větách a konkrétních pojmech. Podceňovat by se neměly ani vjemy v oblasti hmatu a vjemy kinestetické, ke kterým patří zejména vnímání polohy vlastního těla v prostoru. Opožděná, omezená schopnost vnímání, charakteristická pro mentálně postižené děti, má velký vliv na další průběh jejich psychického vývoje. Nedokonalé počitky a vjemy jsou základními symptomy, které brzdí a zpomalují rozvoj psychických procesů, hlavně myšlení.(Bartoňová, 2007).

2.2 Rozvoj řeči

Jazyk je důležitým prostředkem poznávání. U dětí s mentální retardací se vytváří později sluchové rozlišování i výslovnost slov a vět než u dětí zdravých. Ke správné výslovnosti obvykle přispívá správné rozlišování hlásek sluchem. Špatné sluchové vnímání brzdí zdokonalování výslovnosti. Nepřesnost výslovnosti ztěžuje zlepšení kvality sluchových vjemů. U dětí s mentální retardací v mladším školním věku je slovní zásoba menší, než u jejich zdravých vrstevníků. Mezi aktivní a pasivní slovní zásobou je také rozdíl. Aktivní slovní zásoba je neobyčejně chudá, skoro vůbec nepoužívají přídavná jména, slovesa a spojky, mluvnická stavba řeči je velmi nedokonalá. Děti příliš užívají zájmena a nápadné je porušení gramatické shody ve větách. (Bartoňová, 2007).

2. 3 Myšlení

Vágnerová definuje myšlení jako mentální manipulaci s různými informacemi sloužící k porozumění jejich podstaty a k analýze různých souvislostí a vztahů, na jejichž základě lze učinit jistý závěr.(Vágnerová, 2004).

Dle Švarcové je myšlení poznání, zobecnění a slovem zprostředkované poznání skutečnosti. Myslíme v pojmech. V charakteristice mentálně postižených se poukazuje na to, že jejich základním znakem je porušení poznávací činnosti. Malé množství názorných a sluchových představ, nedostatečná znalost zacházení s předměty, omezená zkušenost v komunikaci a především pomalý rozvoj řeči komplikuje rozvoj myšlení. Základním nástrojem myšlení je řeč. (Švarcová, 2006).

Lechta shledává řeč osob s mentálním postižením narušenou v rovině lexikálně-syntaktické, foneticko-fonologické a pragmatické. Záleží na stupni a hloubce postižení, vývoj řeči je narušený a opožděný. Z vad řeči se velmi často vyskytuje dyslalie, breptavost, huhňavost, která se často kombinuje s koktavostí. Myšlení mentálně retardovaných je konkrétní a velmi omezené. Je neschopno abstrakce a generalizace. Úsudky jsou nepřímé a pojmy se vytváří těžkopádně, nedůslednost v myšlení je způsobena výkyvy v pozornosti, vyznačující se slabou řídící funkcí. Dítě si nepromýšlí své jednání a nemá schopnost předvídat jeho důsledky. Systematické vzdělávání,

osvojování vědomostí a dovedností odpovídající aktuální úrovni schopností je cesta k rozvoji myšlení osob s mentální retardací. (Lechta, 2002).

Pro myšlení dětí s mentální retardací jsou charakteristické i jiné zvláštnosti:

- nedůslednost v myšlení, výkyvy pozornosti, neustále kolísající tonus
- psychické aktivity znemožňující dítěti déle a soustředěně promýšlet nějakou otázku
- slabá řídící úloha myšlení – neschopnost použít již osvojených rozumových operací v případě potřeby, nekritičnost myšlení – neschopnost srovnat své myšlenky a činy s požadavky objektivní reality (Bartoňová, 2007).

2.4. Paměť

„*Bez paměti se nemůže utvářet osobnost člověka, protože bez hromadění minulé zkušenosti nemůže vzniknout jednota způsobů chování a určité soustavy vztahů k okolnímu světu*.“ (Rubinštejnová, 1986, str. 162).

Procesy paměti existují ve třech fázích:

- zapamatování, vštípení – děti s mentálním postižením mají tendenci zapamatovat si učivo mechanicky, nemají snahu učivu porozumět, jejich nedostatek představ má vliv na logické zapamatování
- podržení v paměti a zapamatování – děti s mentální retardací si oproti zdravým dětem zapamatují mnohem méně, zapomínání u nich probíhá intenzivněji
- vybavování, reprodukování v paměti – vybavování představ probíhá často chybně a dlouho, paměť je jen pasivní schopností, kde se hromadí představy bez výběru, neutříděné podle významu, důležitosti a potřebnosti (Bartoňová, 2007).

Mentálně postižené dítě si osvojuje všechno nové velmi pomalu, jen po mnoha opakováních, rychle zapomíná osvojené a hlavně nedovede včas a rychle využít získaných vědomostí a dovedností v praxi. Příčina pomalého a špatného osvojování nových vědomostí tkví především ve vlastnostech nervových procesů. Pomalé tempo osvojení nového, nestálost uchování a nepřesnost vybavení se velmi často označuje jako

zapomnětlivost, špatná paměť. Kvalitu paměti snižuje i nízká úroveň myšlení a slabá schopnost myšlení, která ztěžuje mentálně postiženým dětem vyčlenit podstatné z materiálu, který si mají zapamatovat. Obtížně chápou abstraktní slovní výklad bez názorných pomůcek. Převažuje paměť mechanická, zapamatují si často celé celky bez toho, aby pochopily jejich obsah. (Švarcová, 2006).

„*Předpokladem zapamatování učiva je dovednost pochopit osvojovanou látku, vybrat z ní základní prvky, zjistit souvislost mezi nimi a zařadit je do určité soustavy vědomostí nebo představ. Je to činnost velmi komplikovaná i pro děti s lehkým mentálním postižením a značně obtížná pro děti se závažnějším poškozením intelektu*." (Švarcová, 2006, str. 49).

2.5 Volní vlastnosti

„*Vůle je naučenou autoregulační schopností, která usměrňuje jednání člověka takovým způsobem, který je považován za účelný či nutný, ale není spojen s dosažením libosti, a proto by zde nestačila emoční regulace*." (Vágnerová, 1999, str. 44).

Vůle je chtění, záměrné, cílevědomé úsilí směřující k dosažení vědomě vytyčeného cíle. Nedostatečnost iniciativy a neschopnost řídit své jednání jsou typickým příznakem nedostatku vůle (abulie). U dětí s mentální retardací se neprojevuje všude a ve všem. Často si nedokážou odříci něco bezprostředně žádoucího ani kvůli věci mnohem zajímavější a důležitější, která je ale časově vzdálena. Citová a volní labilita, impulzivnost, častá agresivita jsou projevy nezralé osobnosti. Vede to často k bezmyšlenkovitým reakcím na vnější podněty. (Švarcová, 2006).

2.6 Zvláštnosti emoční sféry

Emoce (city) jsou velmi důležitou složkou lidského chování a platí, že city těsně souvisejí s potřebami a jejich uspokojováním. Obecná psychologie dělí city na nižší a vyšší. Nižší city jsou spojeny s uspokojováním základních potřeb (hladu, žízně, apod.),

city vyšší s uspokojováním duchovních potřeb. Ve vyšších citech se prolíná spojení citů a myšlení.

Citový vývoj má souvislost s vývojem osobnosti člověka. Osoby s mentální retardací se jeví jako emočně nevyspělí. Chovají se jako děti na nižší vývojové úrovni, pociťují buď absolutní spokojenost anebo naopak. Reakce jsou často neadekvátní podnětům, důraz je kladen na uspokojování vlastních potřeb. Emoce mají v životě osob s mentální retardací velký význam a patří k motivujícím činitelům jejich vývoje. Pozitivní emoce napomáhají k utváření kladných rysů jejich povahy. (Švarcová, 2006).

„*Jindy se poruchy nálady projevují v podobě zvláštní, rovněž ničím nemotivované povznesené nálady. Takovým ničím nemotivovaná povznesená nálada se nazývá euforie. Euforie může být příznakem zhoršení nemoci*.“ (Rubinštejnová, 1986, str. 196).

Je třeba upozornit na problematiku emoční deprivace, která je velmi častá u dětí s mentální retardací umístěných v ústavní výchově. Emoční deprivace velmi úzce souvisí se senzorickou deprivací, se sociálně a kulturní deprivací, se zanedbaností, se zhoršením životní úrovně rodiny, atd. (Dolejší, 1973).

2.7 Zvláštnosti utváření charakteru

„*Charakter dětí, včetně těch, které prodělaly onemocnění mozku, je vždy podmíněn výchovou*.“(Rubinštejnová, 1986, str. 208).

Výchova správných návyků má pro mravní rozvoj dětí s mentální retardací velký význam. Při poruchách v oblasti poznávacích činností, při nízké úrovni rozvinutosti jejich vědomí se sebeuvědoměním, je výchova mravních principů a zásad přesvědčení těchto jedinců velmi obtížná. To ale neznamená, že je to věc nemožná. Dítě je potřeba vhodným způsobem seznámit s normami. Chceme-li, aby si dítě s mentální retardací utvořilo kladný návyk, spojujeme činnost s prožitkem. Tím, se daný návyk daleko lépe zafixuje, pouhým vysvětlováním, přikazováním kladného výsledku nedosáhneme. Při projevech agrese se snažíme zabránit tomu, aby jedinec neublížil sobě ani nikomu jinému. Tresty jsou při výchově dětí s mentálním postižením málo efektivní. Pro tyto osoby je daleko složitější přizpůsobit se podmínkám okolního prostředí. (Švarcová, 2006).

2.8 Sebehodnocení

„*Sebehodnocení mentálně retardovaných je ovlivněno jejich způsobem uvažování a omezenou možností pochopit, jaké jsou jejich kompetence (resp. v čem jsou odlišní od ostatních). V důsledku toho sebehodnocení není zcela objektivní, je nekritické a ovládané především emocionálně (např. přáním).“* (Vágnerová, 1999, str. 153).

Sebehodnocení formuje povahové rysy, ovlivňuje dynamickou stránku osobnosti, jednání a chování osoby. Celý proces sebehodnocení velmi úzce souvisí s motivací. Na sebehodnocení mentálně postiženého dítěte působí protichůdné vjemy v rodině i ve škole. Mentálně postižení jedinci nedokážou odhadnout své možnosti a mají nerealisticky vysokou nebo nerealisticky nízkou aspirační úroveň. Chování takového žáka je na jedné straně motivováno snahou vyhnout se úkolům, obavami z nezdaru, ze selhání. Z těchto pocitů a postojů pak vyplývá nízká aspirace, která je v rozporu s jeho skutečnými schopnostmi. (Švarcová, 2006).

Švarcová uvádí tyto psychické zvláštnosti osob s mentální retardací:

- zpomalená chápavost, jednoduchost konkrétnost úsudků
- snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů
- snížení mechanická a zejména logická paměť
- těkavost pozornosti
- nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulzivita, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování
- citová vzrušivost
- sugestibilita rigidita chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opožděný psychosexuální vývoj
- nerovnováha aspirací a výkonů
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- poruchy v interpersonálních skupinových vztazích
- poruchy v komunikaci
- snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům (Švarcová, 1998).

3. SYSTÉM VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH

3.1 Výchova mentálně postižených

„*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).

Cílem výchovy mentálně postiženého jedince je výchova všestranně a harmonicky rozvinutého člověka. Dosažení tohoto cíle vyžaduje záměrné, důsledné a intenzivní působení na osobnost takto postižených jedinců. Výchovným působením lze pozvolna zlepšovat jejich psychický i tělesný stav, rozšiřovat jejich duševní obzory, procvičovat smysly a rozvíjet jejich pohybové a pracovní dovednosti. Důležitým úkolem výchovy je připravovat tyto jedince pro zařazení do běžné společnosti, učit je základním společenským návykům a pravidlům chování. (Osnovy výchovné práce, 1980).

3.2 Vzdělávání osob s mentální retardací

Vzdělávání osob s mentální retardací chápeme v současné době jako celoživotní proces. Nedílnou součástí komplexu péče a podpory jedinců s mentálním postižením jsou speciálně pedagogická centra. Jejich činnost je vymezena vyhláškou č.72/2005Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách, školských poradenských zařízeních. Úkolem SPC je pravidelná a dlouhodobá práce s postiženým dítětem a jeho rodiči od nejranějšího věku až po ukončení školní docházky. Tato centra bývají zpravidla součástí mateřských škol, základní školy praktické nebo speciální, mohou existovat také jako samostatné účelové školské zařízení. Centra zajišťují podklady o zařazení žáka do škol, ústavů, navrhují způsob výchovy a vzdělávání, provádějí depistáž dětí a mladistvých ve spolupráci s odborníky, provádějí speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku, poskytují poradenské služby, metodickou podporu pracovníků ve školách. (Pipeková, 2006).

3.2.1 Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením

Edukace dětí s mentálním postižením vyžaduje zajištění komplexní speciálně-pedagogické péče. Zahrnuje podpůrně vzdělávací i terapeutické služby, metodické a odborné činnosti jejich pedagogům i rodičům. Volba vzdělávání dětí s mentálním postižením se přirozeně objevuje již na úrovni mateřské školy.
Děti s mentální retardací mohou navštěvovat:

- mateřské školy
- mateřské školy speciální
- speciální třídy při mateřských školách

Úkolem předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a dítěti tak zajistit dostatek podnětů k jeho rozvoji. Jejím úkolem ale není vyrovnávat výkony dětí, ale přispívat k jejich vzdělávacím šancím, což umožňuje a usnadňuje integraci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami vyplývající ze snížené úrovně jejich rozumových schopností. (Bartoňová, 2007).

Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro všechny děti společné, vzdělávání dětí se specifickými vzdělávacími potřebami se však uskutečňuje na základě programů upravených podle individuálních potřeb a možností. Snahou pedagogů by mělo být vytvoření optimálních podmínek k rozvoji osobnosti každého dítěte, k učení, ke komunikaci s ostatními a pomoci mu dosáhnout co největší samostatnosti. Jedná se o celodenní výchovné působení na osobnost dítěte, důležitá je spolupráce s rodinou a při výchovném působení respekt k individuálním zvláštnostem a potřebám dítěte. (Pipeková, 2006).

3.2.2 Vzdělávání v období povinné školní docházky

Podle Švarcové se žáci s mentální retardací ve věku povinné školní docházky vzdělávají:

- formou individuální integrace
- formou skupinové integrace

- ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, tzn. v základní škole praktické nebo základní škole speciální
- kombinací uvedených forem

Základní vzdělání mohou žáci s mentální retardací absolvovat v těchto školách:

- základní škola
- základní škola praktická
- základní škola speciální

Základní škola praktická

Posláním základní školy praktické je umožnit žákům s lehkým mentálním postižením pomocí výchovných vzdělávacích prostředků a metod dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobnostních kvalit. Konečným cílem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, případná úplná integrace do běžného života. Mezi žáky základní školy praktické jsou i děti s poruchami pozornosti, děti hyperaktivní, děti psychicky labilní či nemocné děti se specifickými poruchami učení i žáci s více vadami, v kombinaci mentálního postižení s tělesnou či smyslovou vadou.

Vyučování probíhá jinak než vzdělávání ostatních žáků, vyžaduje speciální učební metody (vhodný výběr učiva, individuální přístup učitele, aj.). Tyto školy jsou devítileté, člení se na 1. stupeň (1. - 5. ročník) a 2. stupeň (6. – 9. ročník). Žáci v nich plní povinnou školní docházku. Učební plán tvoří stejné předměty jako na základní škole.

Žáci se zde vzdělávají podle Vzdělávacího programu základní školy praktické. (Bartoňová, 2007), (Švarcová, 2006).

Základní škola speciální

Vzdělávání v základní škole speciální je přizpůsobeno žákům, kteří nejsou schopni se vzdělávat v běžné základní škole ani základní škole praktické, ale jsou schopni si osvojit elementární vzdělávání. Činnost škol je zaměřena na osvojování a rozvíjení poznatků a pracovních dovedností. Vzdělávají se zde žáci s takovou úrovní rozvoje rozumových schopností, která jim nedovoluje prospívat na základní škole, ale umožňuje jim, aby si ve vhodně upravených podmínkách a při odborné speciálně-pedagogické péči osvojovali základní vědomosti, dovednosti a návyky, potřebné

k orientaci v okolním světě, k dosažení maximální možné míry samostatnosti a nezávislosti na péči druhých osob a k zapojení do společenského života.

Vzdělávání dle tohoto programu trvá 10 let a žáci si v ní plní povinnou devítiletou školní docházku. Desátý ročník není povinný, ale je organickou součástí vzdělávání žáků. (Švarcová, 2006).

Klientelu tvoří žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, pro které je zpracován samostatný vzdělávací program. Náplň tvoří zvládnutí trivia (čtení, psaní, počty), sebeobsluhy osobní hygieny, osvojení si pracovních dovedností. Učební plán obsahuje čtení, psaní a počty také věcné učení, smyslovou výchovu, pracovní a výtvarnou výchovu, tělesnou výchovu, hudební výchovu, řečovou výchovu, nepovinné předměty (počítače, dramatická výchova).

Cílem speciální školy je vybavit absolventy takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které je připraví na vstup do odborného učiliště nebo praktické školy, kde získají odbornou přípravu potřebnou k výkonu povolání. (Vítková, 2004).

Přípravný stupeň základní školy speciální

Důležitým úkolem speciálního školství je umožnit vzdělání dětem, které byly dříve považovány za nevzdělatelné. Ukazuje se, že i děti s velmi závažnými formami mentální retardace jsou schopny určitého vývoje a praxe ve vyučování dokazuje, že téměř všechny děti mohou dosahovat viditelných pokroků a dochází u nich ke zlepšení psychické úrovně a pohybových dovedností.

Výchova a vzdělávání žáků s těžkým a hlubokým mentálním postižením je velmi finančně nákladné.

Školní docházka na přípravném stupni základní školy speciální je jeden až tři roky a dělí se na třídy, ve kterých jsou nejméně čtyři a nejvíce šest dětí. Hodnocení žáků provádí učitel slovně, aby kladně motivoval žáka i rodiče. (Švarcová, 2006).

Rehabilitační vzdělávací program

V rehabilitačních třídách se vzdělávají žáci s těžkým a hlubokým mentálním postižením, s autismem a více vadami, kteří se vzhledem ke svému postižení dosud nikdy nemohli vzdělávat a absolventi přípravných stupňů, kteří nebyli schopni nastoupit a úspěšně zvládnout základní školu speciální.

Důležité je materiální vybavení třídy, vybavení rehabilitačními pomůckami, také další místnost pro individuální práci se žáky, možnosti relaxace a odpočinku. Jsou zde využívány netradiční a alternativní metody komunikace, neverbální komunikační metody, znaková řeč, piktogramy, sociální čtení, globální metoda, psaní hůlkovým písmem apod. (Švarcová, 2006).

3.2.3 Vzdělávání v rámci profesní přípravy

- praktická škola s tříletou přípravou
- praktická škola s dvouletou přípravou
- praktická škola s jednoletou přípravou
- odborná učiliště

Praktická škola dvouletá

Je určena pro žáky se středně těžkým stupněm mentálního postižení nebo s lehkým mentálním postižením i v kombinaci a dalším postižením, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole praktické, základní škole speciální nebo v nižším než devátém ročníku základní školy.

Vzdělávání probíhá denní formou a je ukončeno závěrečnou zkouškou, která je sestavena z ústní teoretické zkoušky a z praktické zkoušky z odborných předmětů. Po jejich ukončení získává žák střední vzdělání.

Absolventi praktické školy dvouleté se mohou uplatnit při pomocných pracích ve zdravotnictví, v zemědělství, ve výrobních podnicích, v sociální péči a službách, případně na chráněných pracovištích. (Bartoňová, 2007).

Praktická škola jednoletá

Je určena pro žáky s těžkým stupněm mentálního postižení, kteří ukončili základní školu speciální nebo úspěšně absolvovali školní docházku v rehabilitační třídě.

Hlavním cílem vzdělávání je osvojení manuálních dovedností, získání kladného vztahu k práci, k rozvoji komunikačních dovedností, kultivaci osobnosti, výchově ke

zdravému životnímu stylu a k dosažení maximální možné míry samostatnosti žáka. Předpokládané možnosti uplatnění jsou na chráněných pracovištích. (Švarcová, 2006).

Odborná učiliště

Po absolvování základních škol praktických mají žáci s mentální retardací možnost ucházet se o přijetí na tyto učiliště.

Délka studia je dva nebo tři roky a studium je ukončeno závěrečnou zkouškou a vydáním vysvědčení (dvouletý obor), anebo ztečnou zkouškou a výučním listem (v případě tříletých oborů).

Tato učiliště poskytují přípravu pro výkon jednoduchých činností žáků, kteří jsou schopni pracovat samostatně, ale jejichž pracovní činnost musí být řízena jinými osobami. (Švarcová, 2006).

3.2.4 Další vzdělávání

„*Lidé s mentální retardací stejně jako jejich všichni ostatní spoluobčané mají právo na celoživotní vzdělávání. Vzdělávání je pro ně jedinou účinnou terapií jejich handicapu, a čím lépe se podaří rozvinout jejich rozumové schopnosti, tím větší budou mít naději na začlenění do společnosti*.“(Švarcová, 2006, str. 105).

Pro vzdělávání dospělých jedinců s mentálním postižením existují dvě možnosti:

- večerní školy
- kurzy pro doplnění vzdělání

Večerní školy

Jsou otevřeny i těm, kteří neměli možnost absolvovat povinnou školní docházku.

Školy se věnují zejména rozvíjení komunikačních dovedností, opakování učiva, procvičování orientace v okolním světě a životě, práci s počítačem, místo zde mají i výchovné a umělecké předměty jako hudební, výtvarná, dramatická taneční a tělesná výchova.

Zřizovatelem těchto škol pro dospělé s mentální retardací jsou občanská sdružení, rodiče, ale i pracovníci ústavů sociální péče, kteří mají zájem své svěřence dále

vzdělávat. Ve večerních školách se vyučuje dvakrát týdně a nebývá to večer, ale odpoledne od 14 do 17 hodin, v ústavech sociální péče i v dopoledních hodinách.

Večerní školy jsou důležité pro další rozvoj jedinců s mentální retardací, přispívají k prohlubování sociálních kontaktů a napomáhají vhodnému trávení volného času těchto osob. (Pipeková, 2006).

Kurzy k doplnění vzdělání

Nabízí možnosti vzdělávání i těm jedincům, kteří neměli možnost své vzdělávání ani započít. Posluchači těchto kurzů jsou často i obyvatelé ústavů sociální péče, kteří dosud neměli možnost získat vzdělání odpovídající jejich schopnostem. (Švarcová, 2006).

3.3 Rámcový vzdělávací plán

Rámcový vzdělávací plán byl vytvořen v souladu s novými principy kurikulární politiky, zformulovanými v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR a zakotvenými v zákoně č. 561/2004Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Národní program vzdělávání rozpracovává cíle vzdělávání stanovené školským zákonem a vymezuje hlavní oblasti vzdělávání, obsahy vzdělávání a prostředky, které jsou nezbytné k dosahování těchto cílů. Pro jednotlivé obory vzdělávání se vydávají rámcové vzdělávací programy, které vymezují povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání a jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů. (Zákon č.561/ 2004 Sb.)

4. PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Definice termínu problémové chování podle Emersona: „ *Kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.*“ (Emerson, 2008, str. 13).

Během posledních deseti let nahradil termín „problémové chování“, původně preferovaný v Severní Americe pro lidi s těžkými vadami, řadu příbuzných pojmů jako abnormální, odchylné, poruchové, mentálně narušené, dysfunkční a nepřizpůsobivé chování. Tyto názvy se dříve užívaly k popisu široké škály neobvyklého chování, které vykazují lidé s těžkým mentálním postižením. Patří mezi ně agrese, sebepoškozování, destruktivita, stereotypie a řada dalších druhů chování, které může být škodlivé pro člověka s postižením (např. polykání nestravitelných předmětů), problémové pro pečovatele a ošetřující personál (např. neochota, vytrvalý křik, poruchy spánku, hyperaktivita) nebo nepříjemné pro okolí (např. zvracení jídla, pomazávání těla výkaly). (Emerson, 2008).

Je třeba říci, že problémové chování není synonymem pro psychiatrickou poruchu. Mnoho typů problémového chování se jeví spíše jako funkční adaptační reakce na určité prostředí než jako projev nějakého psychiatrického poškození.

Faktory týkající se některých okolností, které mají vliv na vznik problémového chování lidí s mentální retardací:

- pohlaví – obecně je u mužů a chlapců větší pravděpodobnost problémového chování než u žen a dívek
- věk – problémové chování se s věkem zvyšuje a dosahuje vrcholu ve věku 15-34 a potom slábne
- stupeň poškození intelektu – souvisí s ním výskyt agrese, ničení majetku, sebezraňující chování aj.

- prostředí – výskyt problémového chování je ovlivněn místem bydliště jedince (jednu či více forem problémového chování lze většinou pozorovat u osob žijících pouze v ústavech, přičemž nejlépe jsou na tom osoby žijící ve vlastní rodině či nezávislé)

- specifické syndromy a poruchy – zvýšený výskyt v souvislosti se specifickými syndromy (Lesh – Nyhanův syndrom, Rettův syndrom, syndrom fragilního X, Prader – Wiliho syndrom, lidé s autistickou poruchou, lidé s epilepsií).(Emerson, 2008).

O vzniku a vývoji problémového chování se toho ví velmi málo. Dostupné poznatky ukazují na to, že závažné problémové chování patrně začíná již v dětství a časem se prohlubuje.

Nejčastější typy poruch, které ovlivňují problematické chování:

- afektivní
- schizofrenní
- neurotické a stresem vyvolané
- vyvolané požíváním alkoholu
- demence
- poruchy osobnosti (Čadilová, 2007).

4.1 Stereotypní chování

Stereotypní a opakující se chování označuje širokou skupinu způsobů chování. Toto chování je popisování jako motorické či hlasové reakce. Zahrnuje jednoduché pohyby těla, jako je mávání a tleskání pažemi, držení prstů a komplexnější rytmické opakující se pohyby. Stereotypní chování bývá rušivý element při vzdělávání a vývoji těchto lidí, proto je třeba omezovat jeho četnost. Bývá pozorováno jak u jedinců s autismem, tak u osob s mentální retardací. Zdrojem stereotypního chování může být například nudné životní prostředí bez dostatku podnětů.

4.2 Útlumové chování

Děti s mentální retardací jsou velmi často ohroženy psychickou deprivací, zejména kvůli odmítavému chování jejich rodičů, kteří mohou rezignovat na výchovu a dítě zanedbávat nebo je dát do ústavu. Psychická deprivace je stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu. (Langmeier, Matějček, 2011).

Útlumové chování, jehož zdrojem může být psychická deprivace, je jedním z typů chování, které lze pozorovat u dětí žijících v ústavním prostředí. Dítě zůstává pasivní, někdy až apatické. Zájem o věci obvykle znatelně přesahuje zájem sociální. Mentální vývoj těchto dětí postupuje zpomaleně. S tímto typem chování se mimo jiné můžeme setkat u dětí žijících v internátních praktických školách. Osoby s mentální retardací mohou trpět následky psychické deprivace, kterou způsobuje pobyt v ústavním zařízení a odtržení od rodiny, stejně jako u dětí s běžným intelektem. (Langmeier, Matějček, 2011).

Osoby s mentální retardací se tedy mohou při reakci na okolí uzavírat do sebe. Jsou u nich také častější úzkostné poruchy, deprese a poruchy přizpůsobení, než u populace bez postižení. Tyto útlumové formy se mohou objevovat v chování nebo se mohou střídat s agresí a aktivním protestem proti okolí. Útlumové formy chování se projevují například nespavostí, či naopak zvýšenou spavostí, únavou a nedostatkem energie, nechutenstvím, nízkou koncentrací, depresivními náladami, vyhýbáním se kontaktům s okolím. (Langmeier, Matějček, 2011).

4.3 Agrese

Agrese a agresivní chování je, u lidí s mentálním postižením velmi častým typem problémového chování. Definovat pojem agrese je velmi obtížné, existuje mnoho významů, protože samotná agrese zahrnuje širokou škálu projevů. Různí autoři chápou

agresi různě, může být vnímána jako násilné porušení práv jiného člověka, jako ofenzivní jednání, ale také jako asertivní jednání.

Pokud se omezíme na vymezení pojmu agrese, můžeme identifikovat dva směry. Na jedné straně se pojem agrese vykládá relativně úzce a rozumí se pod tímto pojmem jednání směřující k přímému poškození druhého a na druhé straně definice agrese zastává názory, které v agresi vidí mnohem širší paletu chování člověka. Zahrnuje nejen jednání poškozující ostatní, ale i jakékoliv jednání a chování, které směřuje k dosažení určitých výhod a prosazení cílů, které si člověk naplánoval a kterých chce aktivně a cílevědomě dosáhnout. (Janata, 1999).

Z praktického hlediska rozlišujeme agresi na přímou a nepřímou, verbální a fyzickou. Člověk může druhého člověka napadnout buď přímo fyzicky, nebo nepřímo verbálně. Projevem nepřímé fyzické agrese mohou být např. ničení majetku, nepřímou verbální agresí např. pomluvy. Patří sem i symbolická agrese.

Agresi lze chápat jako pramen životní energie, jejíž proud může jedince nebo okolí poškodit. Agresivní chování má nejen své příčiny, ale také svůj účel, jedinec se pokouší prostřednictvím tohoto chování dosáhnout něčeho, čeho zdánlivě nemůže dosáhnout jinou cestou. Některé druhy agresivního chování mají i charakter sdělení, jedinec prostřednictvím svého chování komunikuje s okolím, snaží se něco sdělit.(Sobek, 2007).

4.4 Sebepoškozování

Sebepoškozování je komplexní autoagresivní chování bez vědomí a cíleného záměru spáchání sebevraždy s následkem poškození vlastní tělesné integrity. Smrt většinou není cílem sebepoškozování. Jde spíš o jakousi maladaptivní odpověď na stresovou zátěž jedince bez fatálních následků. Vymezení pojmu sebepoškozování není příliš snadné, protože definic je příliš mnoho. Užší definici uvádí WHO, která sebepoškozování definuje: *„ akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituální činnosti, bez zásahu jiných způsobí poranění sama sobě nebo dobrovolně požije látku v dávce vyšší, než je dávka předepsaná nebo obecně považovaná za terapeuticky účinnou, a jehož cílem je dosáhnout pro subjekt žádoucích*

změn cestou okamžitých nebo předpokládaných tělesných následků.“ (Platznerová, 2009, str. 11).

Sebepoškozování u osob s mentální retardací je poměrně častým jevem, především u hlubších forem postižení. Důvodem je oploštělá nebo chybějící volní složka, nutkavé a stereotypní chování, případně nedostatek podnětů během aktivního dne, které osoba s mentální retardací nahrazuje sebepoškozovacími aktivitami. Může se také jednat o únikové chování, chování v krizi, kdy osoba s mentální retardací není schopna vyhodnotit situaci a reagovat adekvátním způsobem. Čadilová neopomíjí ani problematiku, kterou představuje vysoký počet klientů v zařízeních, malý počet personálu, snížená možnost proškolení personálu v moderních technikách preventivních a restriktivních opatření, změna myšlení personálu, malé soukromí klientů. (Čadilová, 2007).

5. INTEGRACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DO PRACOVNÍHO PROCESU

Práce je základní lidská činnost, kterou člověk pozměňuje své okolí, sebe sama, svou osobnost a tím zpětně ovlivňuje průběh pracovní činnosti. Práce je uvědomělá činnost, která je prostředkem k vytváření hmotných a nehmotných hodnot. (Kohoutek, Štěpánek, 1999).

Podle Jurovského je vrozeným atributem člověka, být činným na základě působení vnitřních impulsů. Pracovat a být činný pro realizaci společensky uznávaného cíle, si musí člověk osvojit během svého života.(Jurovský, 1980).

Ačkoliv je možnost pracovat základním lidským právem každého občana, šanci nalézt vhodné pracovní uplatnění nemají všichni lidé stejnou. V naší společnosti tradičně dochází k oddělování lidí „práce schopných“ od lidí, kteří jsou údajně „ práce neschopni“ a kterým je přiznáván důchod. Pokud se však věnujeme možnostem určitého člověka a nikoli jen jeho omezení, je evidentní, že lidé s postižením se mohou podílet na řadě prací. (Johnová, 1999).

Dřívější přístupy k lidem s mentální retardací nepředpokládaly, že by lidé se středně těžkou či těžkou mentální retardací mohli být úspěšně zapojeni do pracovního procesu. Tyto osoby se stávaly objektem péče a neměli možnost čerpat z potenciálu, který sebou nese možnost práce a zaměstnání. Pro úspěšnou integraci člověka s těžším mentálním postižením je nutná podpora přímo na konkrétním pracovišti, řešení specifických otázek, které sebou práce na daném pracovišti přináší.

Pro pozitivní ovlivnění výchovy a celkový rozvoj lidí s mentálním postižením je musíme „zásobit“ dostatkem vhodných podnětů pro jejich psychický vývoj, přičemž tyto podněty musí být přiměřené věku. Je třeba dodat, že pro člověka v adolescenci nebo rané dospělosti je těžké najít vhodný zdroj podnětu, který mu může poskytnout právě práce a řádné zaměstnání. (Kvapilík, Černá, 1990).

Ve společnosti i mezi veřejností často panuje přesvědčení, že lidé s mentálním postižením mají „odlišné“, „specifické“ nebo též „speciální“ potřeby. Dolejší však uvádí, že: *„člověk se i přes svou mentální retardaci nemůže vymykat všeobecným psychologickým zákonitostem.“* (Dolejší, 1973, str. 31). Člověk s

mentálním postižením nemůže mít jiné potřeby než člověk bez postižení, ale nevylučuje to fakt, že se oba můžou lišit ve způsobu, jakým tyto potřeby uspokojují. Pokud tedy budeme u lidí s mentální retardací ignorovat vývojové potřeby, které jsou uspokojovány prostřednictvím práce, budou možnosti těchto lidí poznamenány nejen sníženým intelektuálním výkonem, ale zároveň i deprivací v oblasti uspokojení těchto potřeb, které vedou k dalšímu vývojovému zpomalení.(Dolejší, 1973).

Z hlediska zapojení do společnosti můžeme polemizovat i se zaměstnáváním lidí, kteří by byli schopni pracovat na otevřeném trhu práce, v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích. Tito lidé zde sice pracují a mohou se prostřednictvím práce seberealizovat, nicméně jsou stále v kolektivu lidí se stejným postižením. Tento kolektiv je od společnosti zpravidla izolován i přesto, že může produkovat společensky oceňované výrobky. Lidé v těchto kolektivech přicházejí o kontakt s běžnou populací a běžným způsobem života, stěží si zde mohou osvojit způsoby chování, které jsou ve společnosti žádoucí. (Jurovský, 1980).

„Velká část mladistvých začíná svoji profesionální dráhu s nejasnými, falešnými představami, nepřesnými a málo detailními informacemi.“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, str. 155) Nejistota těchto mladých lidí se zvyšuje tím, že o volbě povolání a přípravě na toto povolání se často rozhodují zájmově nevyhranění, s nedostatečným vývojem schopností a charakterových vlastností. (Langmeier, Krejčířová, 1998).

U lidí s mentálním postižením je výběr povolání omezen zdravotními problémy a sníženou úrovní rozumových schopností, které se v praxi projevují pomalejší schopností učit se novým dovednostem. K tomuto problému se také přidává problém přechodu mladého člověka s postižením z chráněného a izolujícího prostředí speciálního školství do zaměstnání. Člověk, který byl vzděláván v chráněném prostředí, nemá dostatek zkušeností v oblasti sociálního chování, které jsou v běžné společnosti. Reakcí na tuto krizi je obranný mechanismus regrese. (Vágnerová, Hajd-Moussová, Štech, 2001).

5. 1 Postoje zaměstnavatelů k lidem s mentálním postižením

Kognitivní složka postojů k lidem s postižením je slabá a většina lidí má málo adekvátních informací, neboť postižení bývá tabuizováno. To vede k převaze

emocionální složky těchto postojů, která má často ambivalentní charakter. Jedinci s postižením jsou často na jedné straně předmětem soucitu a na straně druhé vzbuzují hrůzu a odpor. Značnou roli zde hraje nedostatečná informovanost. Iracionální projevy v postojích jsou pak výrazem obrany před ohrožením nebo nejistotou. Předsudky vůči lidem s postižením vznikají a udržují se, protože u nás není zvykem se s těmito lidmi běžně setkávat. Na obou stranách panuje vzájemná nedůvěra, obavy a pokračuje tendence k vytváření stereotypu, jehož charakteristickým znakem je neschopnost diferencovaného přístupu a rigidita hodnocení.

Postoje k lidem s postižením jsou nesprávně ovlivňovány literárními díly, které často prezentují tyto jedince jako odvážné a silné, kteří svoji odlišnost navzdory všem okolnostem překonají díky mimořádným schopnostem, které kompenzují jejich postižení. Skutečnost je však evidentně jiná. Každý člověk je osobnost, nelze ho charakterizovat dle druhu postižení. Ve společnosti také dochází k diferenciaci sociálního významu jednotlivých druhů postižení. (Vágnerová, Hajd-Moussová, Štěch, 2001).

„Za nejhorší handicap považovali zdraví jedinci mentální postižení – 45% respondentů.“ (Vágnerová, Hajd-Moussová, Štech, 2001, str. 25).

5.2 Podporované zaměstnávání

„Podporované zaměstnávání je časově omezený komplex služeb, jejichž cílem je poskytnout člověku takovou podporu, aby si našel a udržel místo na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek. Je určeno pro osoby znevýhodněné na trhu práce natolik, že pro získání a udržení pracovního místa potřebují dlouhodobou podporu přímo na pracovišti. Podpora je poskytována podle individuálních schopností a potřeb konkrétního člověka.“ (Johnová a kol., 1999, str. 5).

Podle České unie pro podporované zaměstnávání je podporované zaměstnávání definováno jako: *„časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální*

dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce.“ (Krejčířová a kol, 2005, str. 18).

Cílovou skupinou jsou zejména lidé s těžším zdravotním postižením (mentálním, smyslovým, pohybovým) a lidé s kumulací více znevýhodňujících faktorů. *„Z výsledk*u *zahraničních výzkum*ů *se ukázalo, že podporované zam*ě*stnávání je tím efektivn*ě*jší,* č*ím větší postižení jeho uživatel má. U lidí s menším znevýhodn*ě*ním může být dokonce kontraproduktivní.“* (Johnová a kol., 1999, str. 7).

Pro zařazení do programu však není rozhodující diagnóza, ale individuální posouzení schopností a rozsahu potíží, které člověk s postižením má. Musí být také reálné, že tito lidé budou schopni po uplynutí doby, která limituje poskytování služby podporovaného zaměstnávání, pracovat samostatně nebo s pomocí jiných typu služeb (osobní asistence, doprovody, aj.).

6. ÚSTAVNÍ PÉČE PRO OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

6. 1 Současná ústavní péče

V současné době postoje k ústavům sociální péče procházejí vývojem plným různých názorů a pohledů. Postoj veřejnosti vůči ústavům je různý, od radikálních odpůrců ústavů sociální péče, jejichž cílem je likvidace ústavů až po názory, že v ústavech je vše v pořádku, téměř ideální a není třeba větších změn či zásahů. Obě varianty jsou krajní a pravda je, jak už to bývá, někde na půli cesty.

Snahou společnosti je, aby mentálně postižení mohli svůj život prožít v rodinném prostředí, co nejpřirozeněji, tak jako jejich zdraví vrstevníci. Každý člověk mí právo poznat lásku, péči a starost svých rodičů, hřejivé teplo rodiny a svých nejbližších. Tuto skutečnost nikdy nemůže plně nahradit žádné ať sebelepší kolektivní zařízení.

Nejoptimálnější by bylo, kdyby všichni mentálně postižení mohli prožít svůj život v rodinném prostředí, kde se o ně dobře postarají, poskytnou potřebnou péči, vychovávají a připraví společně se speciální školou v rámci individuálních možností na běžný život. Situaci rodin s mentálně handicapovaným dítětem ulehčuje v posledních letech přibývající počet alternativních zařízení pro mentálně postižené, ať už se jedná o týdenní či denní stacionáře, poradenství, speciální školství atd.

Často se stává, že rodina nezvládá péči o mentálně postižené dítě (ať už fyzicky, psychicky či z jiných důvodů). V takovýchto situacích se dítě stává klientem ústavu sociální péče, většinou po nelehkém váhání a rozhodování rodičů. A proto tu jsou ústavy, aby sloužily a pomáhaly všem těm klientům, kteří nemohou nebo nechtějí (z různých důvodů) pobývat v rodinném prostředí. Ústavy by se měly snažit co nejvíce přiblížit život svých klientů v kolektivním zařízení přirozenému životu. Jejich život má také právo být naplněn smysluplným žitím.

Po roce 1990 došlo k zásadním změnám v oblasti ústavní péče o osoby s mentálním postižením. Současný postoj k ústavům sociální péče spočívá především

v hledání nových cest a trendů, a ve snaze o zlepšování kvality života každého jedince. (Pipeková, 2006).

Ve většině ústavů dochází ke změnám zaběhnutých pravidel a stylů práce, hledají se nové cesty a směry péče. Hovoří se o třech základních trendech v ústavní péči: humanizace, normalizace, integrace.

Humanizace znamená přijmout rovnocennost postižených občanů, poskytnout jim rovnocenné šance pro život.

Normalizací rozumíme, snahu o to, aby i postižení mohli žít v co největší míře normálním = běžným životem, jako jejich nepostižení vrstevníci, a to i v rámci ústavní péče.

Integrace znamená překonání umělé a nepřirozené segregace lidí s mentálním postižením od světa lidí nepostižených.

6.2 Klasifikace ústavů sociální péče

V současné době existuje několik typů ústavů sociální péče. Klasifikují se z hlediska délky pobytu, podle druhu postižení, pohlaví, kapacity a zřizovatele.

Klasifikace ústavů sociální péče dle vyhlášky č.182/91 Sb.

6.2.1 Klasifikace z hlediska věku

- ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením
- ústavy pro mentálně postiženou mládež
- ústavy pro mentálně postižené dospělé občany
- ústavy pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením

Jak už jsme se zmínili dříve, současným trendem je, aby děti a mládež zůstali ve svém zařízení i po překročení hranice 26 let. Tímto se zamezí často emočně krutému přesunu z místa, které jim léta nahrazovalo rodinu. Do ústavů pro mentálně postižené se často přijímají lidé s mentálním postižením, kteří mají zároveň závažné tělesné postižení či smyslovou vadu.

Ústavy pro dospělé občany s přidruženým mentálním postižením jsou určeny pro občany, kteří ukončili povinnou školní docházku a vedle vady tělesné mají i lehké mentální postižení.

6.2.2 Klasifikace z hlediska pohlaví

- ústavy sociální péče pro dívky a chlapce
- ústavy sociální péče pro chlapce a muže
- ústavy sociální péče smíšené

V současnosti jsou mnohá zařízení koedukovaná, což se považuje za vhodnější a mnohem přirozenější způsob života. Chlapci i děvčata mohou spolu komunikovat, navazovat přátelství i hlubší vztahy, vzájemně si pomáhat. Podle Švarcové (2006) se obavy ze sexuálních potíží ukázaly v praxi jako neopodstatněné.

6.2.3 Klasifikace z hlediska zřizovatele:

- státní (ministerstvo, kraj, obec)
- nestátní (občanská sdružení, charity).(Pipeková, 2006).

Ústavy sociální péče procházejí v současné době mnohými změnami, které souvisejí s vývojem naší společnosti i se světovými trendy.

6.2.4 Ústavy sociální péče lze dělit z hlediska velikosti

- malé (rodinné)
- velké.

V současnosti je snaha zřizovat menší rodinná zařízení, kde jsou lepší podmínky k udržování přátelských vztahů mezi klienty i personálem. Menší kolektiv se více připodobňuje rodinnému prostředí než velký, organizačně náročný kolos. Primární ale není velikost ústavu, nýbrž celková atmosféra a podmínky, které jsou tu pro mentálně postižené vytvořeny. Ústavy sociální péče by měly vyvářet klidnou, pohodovou atmosféru, poskytovat zázemí, porozumění a v co největší míře mentálně postiženým umožňovat prožít plnohodnotný život.

6.2.5 Klasifikace dle délky pobytu

- **ústavy sociální péče s denním pobytem (stacionáře)** – zajišťují komplexní denní péči klientům, zahrnují výchovně-vzdělávací, rehabilitační, kulturní a zájmovou složku.
- **ústavy sociální péče s týdenním pobytem** – zajišťují péči od pondělí do pátku, klienti tráví víkendy doma v rodině. Klient má neustálý kontakt s rodinou a rodinným prostředím. Ústavní program zahrnuje rehabilitační a zdravotní péči, výchovně- vzdělávací činnost, kulturní a zájmovou oblast.
- **ústavy sociální péče s celoročním pobytem** – zajišťují komplexní péči po celý rok. Většinou poskytují komplexní péči o klienty: zdravotnickou, rehabilitační, výchovně-vzdělávací, terapeutické činnosti, kulturní a zájmové činnosti.

„*Světové trendy v péči o jedince s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech, ve společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě. Ústavy sociální péče mají dosud*

v péči o lidi s mentálním postižením ničím nezastupitelné poslání a provádějí úkoly, na jejichž plnění není v současné době připravena žádná jiná instituce ani žádný jiný subjekt." (Renotiérová, Ludvíková, 2006, str. 170).

6.3 Funkce ústavní péče

Ústavní péče plní několik základních funkcí (Matoušek, 1999):

- **Podpora a péče** - tato funkce je v popředí v zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústavy, dětské domovy), ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované, v domovech pro bezdomovce, domovech důchodců, v utečeneckých táborech. V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Neexistence takových zařízení by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.
- **Léčba, výchova a resocializace** - tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v zařízeních pro propuštěné vězně. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.
- **Omezení, vyloučení represe** - s touto funkcí se můžeme setkat zejména ve věznicích, v psychiatrických zařízeních se nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Společnost je chráněna před kriminálními osobami, uprchlíky, psychotiky, kteří vytváří možné nebezpečí pro svoje okolí.

Uvedený přehled funkcí nelze chápat tak, že každý ústav je pouze jednofunkcionální, každý je nositelem všech vyjmenovaných funkcí, rozdílného rozvrhu, liší se v poměru zastoupených funkcí.

Represivní funkce ústavů je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždycky moc, která je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení

zneužití moci. I přes toto riziko ústavní péče lze konstatovat, že ústavní péče je institucí umožňující důstojnou existenci vybraným skupinám lidí.

Je nutné počítat s tím, že moderní rodina je stále méně ochotna a méně schopna pečovat o své handicapované členy. Mění se životní hodnoty, úspěch, výkon a postavení hrají významnou roli. Moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Stoupá počet lidí, kteří jsou v některém ohledu jiní, nezvládají nároky současné společnosti. Přibývá a ubývá tradičních zdrojů společenské opory.

V dřívějších dobách by společnost dokázala tolerovat a přijmout do běžného života mnohé klienty dnešních ústavů. Mnohá vesnice měla svého blázna, chudého duchem, či výtržníka. V ústavnictví se opouští péče organizovaná tradičním, byrokratickým způsobem a prosazují se ústavy odvozující svůj režim z individuálních potřeb klienta.

Dnešním trendem je úbytek ústavních forem ve prospěch forem neústavních. Sociální pracovníci a jejich nabídka stále více přichází za klientem do jeho přirozeného prostředí, omezuje vytváření nového umělého ústavního prostředí. Přibližují se hranice mezi ambulantní a ústavní péčí, vznikají zařízení v individuálním rozsahu schopná poskytnout podle potřeby obojí – docházku i pobyt.

Společnost uvítala vznik nových alternativních zařízení, která rozšiřují nabídku péče a pomoci. I stávající tradiční ústavy mění svoji koncepci, otevírají se venkovnímu světu, absorbují nové trendy, profesionalizuje se personál. (Matoušek, 1999)

6.4 Rizika ústavní péče

Ústavní pobyt je vždy vážným zásahem do klientova osudu. Jednotlivé životní etapy mají svá specifika, jimž by měly být ústavní režimy přizpůsobeny. Ústavní péče má nezanedbatelná rizika pro klienty, která se liší podle věku klienta a životní situace, v níž se klient do ústavní péče dostal.

Mezi rizika ústavní péče patří:

- **Hospitalismus** - nejzávažnější riziko dlouhodobého pobytu v ústavu. V ústavu má klient plné zaopatření (většina jeho zejména biologických potřeb je saturována), o to těžší je adaptace na přirozené prostředí. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel a nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. Je pro něho snazší orientovat se v ústavním redukovaném světě, než v komplexním, nepřehledném vnějším světě. Ztrácí schopnost orientace v přirozeném, pro něj složitém vnějším světě.
- **Redukce nároků a omezení podnětů** - mají dobře známé, mnohokrát popsané následky: ztrácející se zájem o lidi a svět, zhoršení komunikace, návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, spánku apod. Ústavy zřízené proto, aby kontrolovaly chování jednotlivců společensky nebezpečných, bývají organizovány tak, že se do nich dostávají lidé stejného pohlaví.
- **Velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy** - nevedou velmi často k žádoucímu korigování individuálního chování. Ztrácí se individualita jedince, jeho potřeby jsou redukovány na základní biologické, na ostatní je brán menší zřetel.
- **Homosexuální vztahy** - další nevýhodou je nepřítomnost opačného pohlaví. Klienti ústavů nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi. Sexualita si hledá a nachází průchod v homosexuálních vztazích. U dospělých tato ústavní homosexualita v mnohých případech mizí, mladiství však mohou být poškozeni trvale. Psychologický výzkum ukázal, že pro rozvinutí přiměřené mužské resp. ženské role jsou klíčové dvě zkušenosti: zkušenost rodičovského pečování a zkušenost sexuálního experimentování v pubertálním období.
- **„Ponorková nemoc“**- vzniká v uzavřených ústavech, popisovaná původně u osádek lodí při dalekých plavbách. Stereotyp, z něhož není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní. Stávají se introverty, klesá jejich otevřenost, vstřícnost. Prostředím, kde ponorková nemoc vznikne snadno a rychle, jsou vězeňské cely.
- **Šikanování** - násilí se může stát pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce. Největší autoritu mají nejagresivnější chovanci.

Věznice a výchovné ústavy pro mládež mají tendenci vytvářet zvláštní subkulturu, v níž jsou násilné činy posuzovány zcela odlišně, než jak je posuzuje občanská společnost a soudy. Osoby, jež se dopustily vražd a vážných násilných trestných činů se v takové subkultuře těší obdivu, na nejnižších sociálních pozicích jsou sexuální devianti, zejména pedofilové. Termín šikanování se užívá k označení násilného chování vůči klientům. Ve všech dobách a ve všech zemích i personál ústavů zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování. Riziko je nejvyšší v těch ústavech, kde jsou klienty malé děti, lidé mentálně retardovaní, nemocní, staří.

- **Ztráta soukromí** - je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Některé instituce (dětské domovy, vesničky SOS) omezují soukromí minimálně. Represivní ústavy provádí degradační rituál, kdy se klient podrobí přijímací proceduře, při které je připraven o svoje šaty, osobní věci, je mu přidělen stejnokroj, postel, místnosti, které nemůže užívat ani podle svého přání. Kombinací právě vypočtených nepříznivých vlivů se ústavní pobyt může stát vážným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Typickým následkem je pak neochota a neschopnost stýkat se s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi. (Matoušek, 1999).

6.5 Nový zákon o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb. upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Sociálním začleňováním se rozumí proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim pomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Tento zákon by měl také pozitivně ovlivnit situaci v ústavní péči, a to zejména z pohledu kvality služeb a péče o klienty. Služby by měly být dostupné všem uživatelům a měly by směřovat k jejich potřebám. Připravovaný zákon zdůrazňuje integraci, podporu nezávislosti, ochranu znevýhodněných osob. Ústavy sociální péče budou povinny získat osvědčení, na základě kterého budou zapsány do registru služeb. Změní se systém přijímání klientů do ústavů, uzavírání smluv s uživateli a financování ústavů.

U poskytovatelů sociálních služeb, kterým bude vydáno rozhodnutí o registraci, budou prováděny inspekce poskytování sociálních služeb. Předmětem těchto inspekcí bude plnění podmínek stanovených pro registraci a kvalita poskytovaných služeb.

Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekcí ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. (zákon č.108/2006 Sb.)

6.7 Standardy kvality sociálních služeb

Shrnují to, co se očekává od dobré sociální služby. Považují se za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Zaměřují se na kvalitu péče o klienta.

Naplňování standardů kvality je základem pro zajištění souladu s požadavky, které na tyto služby klade Evropský sociální model, jehož podstatou je sociální začlenění a ochrana před sociálním vyloučením.

Cílem je, aby sociální služby zachovávaly a rozvíjely důstojný život lidí v nepříznivé sociální situaci. Sociální zařízení mají povinnost formulovat a zveřejnit základní prohlášení o službách, které poskytují. Vytváří také příležitosti k tomu, aby uživatelé jejich služeb mohli uplatňovat svoji vlastní vůli, jednat na základě vlastních

rozhodnutí, aby mohli být sami sebou. Ve své činnosti respektují tato zařízení základní lidská práva a pravidla občanského soužití.

Poskytování sociálních služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele a je postaveno na jeho schopnostech. Průběh služby musí být přiměřeně plánován.

Zařízení by také měla podporovat své uživatele ve využívání běžných služeb, ve využívání vlastních přirozených sítí jako je rodina a přátelé. V případě potřeby zprostředkují využívání dalších sociálních služeb.

Standardy jsou rozděleny do tří základních částí:

Procedurální standardy: Stanovují, jak má poskytování služby vypadat, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka.

Personální standardy: Věnují se personálnímu zajištění služeb, kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich dovednostech, vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.

Provozní standardy: Definují podmínky pro poskytování sociálních služeb a rozvoj jejich kvality. (Zákon č. 108/206 Sb.)

PRAKTICKÁ ČÁST

7. VÝZNAM ÚSTAVNÍ A RODINNÉ PÉČE

7.1 Cíl a místo šetření

Cílem diplomové práce je ukázat a porovnat ústavní a rodinnou péči přímo na osobách s mentálním postižením. S pomocí kasuistiky jednotlivých osob s mentálním postižením bych chtěla porovnat ústavní a rodinnou péči.

Místem šetření je diagnostický ústav sociální péče v Černovicích, který se nachází v malebném prostředí areálu památkově chráněného zámku a rozsáhlého lesoparku na okraji městečka Černovice.

7.1.1 Historie zámku Černovice

Historie zámku sahá do roku 1640, kdy byl zámek pravděpodobně založen, a to německým šlechticem a císařem rytmistrem Jindřichem Paradisem. V roce 1672 rod Paradisů vymřel a zámek mělo v držení několik šlechtických rodů. Roku 1803 koupil černovické panství baron Vincenc Zessner ze Spitzberka, který jej směnil s německým knížetem Eduardem Schönburgem-Hartenstein. Právě on se zasloužil o současnou podobu zámku a nechal zbudovat i přilehlý park. Na zámku se střídali majitelé až do roku 1912, kdy zámek zdědil německý rod Löewenstein-Wetheim-Freudenburg z Frankfurtu nad Mohanem. Tento rod měl zámek v držení až do roku 1945, kdy přešel na základě dekretu o konfiskaci německého majetku na český stát.

V letech 1945 – 1962 zámek sloužil pro různé účely např. kasárna, rekreační zařízení TJ SOKOL, sklady a v neposlední řadě pobočka psychiatrické léčebny v Jihlavě.

V roce 1962 je po provedené adaptaci v zámku zřízen Ústav sociální péče pro mentálně postižené děti nejprve pod řízením ONV Pelhřimov a od roku 1967 jako zařízení JČKNV České Budějovice.

V roce 1973 se stal sídlem krajské správy ústavní péče o mentálně postižené, který zpočátku zahrnoval 6 ústavů a postupně spravoval 13 ústavů pro mentálně postižené v Jihočeském kraji.

V roce 1991 při novém územním správním uspořádání republiky dochází ke zrušení Krajského ústavu sociální péče a je zřízen Diagnostický ústav sociální péče s celorepublikovou působností.

V roce 1993 byl uveden do provozu specializovaný pavilon pro trvale ležící klienty, v roce 1995 bylo dokončeno chráněné bydlení pro 16 – 18 klientů, v roce 1997 chráněné pracoviště (dnes sociálně terapeutické dílny) a rehabilitační objekt, v roce 1998 nový stravovací provoz.

V roce 2001 byl zámek včetně obory a parku převeden na základě novely zákona o převodu majetku státu na obce na město Černovice. V roce 2002 se zastupitelstvo kraje Vysočina rozhodlo, že budovu zámku odkoupí od města pro potřeby ústavu a tím zámek přešel do vlastnictví kraje Vysočiny a do správy státu.

7.1.2 Současnost DÚSP Černovice

V tomto ústavu jsou klienti po vstupním pohovoru se sociální pracovnicí, s vedoucím výchovného a zdravotního úseku, speciálním pedagogem, logopedem a zástupcem oddělení umístěni na oddělení, které odpovídá věku a úrovni jejich schopností. Klientovi zákonní zástupci mají právo si kdykoli prohlédnout zařízení, ve kterém je klient s handicapem umístěn. Stejně tak mají právo klienta kdykoli navštívit nebo si ho vzít domů.

Každému je dostupná maximální možná péče – např. odborní pracovníci za imobilním klientem docházejí přímo na oddělení. Každému klientovi se dostává péče zdravotní, pedagogické i sociální.

V ústavu je zhruba pečováno o 150 klientů, kteří jsou zařazeni na devíti zdravotních a výchovných odděleních. Diagnostický ústav zabezpečuje diagnostickou, poradenskou, terapeutickou, rehabilitační a výchovně vzdělávací činnost pro osoby s mentálním postižením. Součástí ústavu je také základní škola speciální a praktická škola, kde rozvíjí možnosti jedinců s postižením a jejich přípravu pro praktický život.

Na zdravotním oddělení pracuje s klienty s mentálním postižením zdravotnický personál ve spolupráci s ostatními odbornými pracovníky ústavu. Trvale je na oddělení vychovatelka. Většinou trvale zde žijí klienti multihandicapovaní, imobilní, vyžadující stálý zdravotní dohled. Největší podíl v péči o tyto osoby zaujímá zdravotní, ošetřovatelská a rehabilitační péče. Pro uspokojení základních potřeb pokračuje výchovná a pedagogická činnost v rámci stimulace a rozvoje jejich zbytkových schopností. Na tyto oddělení trvale dochází odborní pracovníci jako lékaři (dětský lékař, neurolog, psychiatr), speciální pedagog, psycholog, logoped, rehabilitační pracovníci. Pokud to dovolí klientův zdravotní stav, navštěvují klienti různé akce mimo ústav, navštěvují základní školu speciální, keramickou dílnu, ústavní bazén, podílejí se na kulturních akcích v ústavu atd. Pracovníci na odděleních se snaží docílit co největší pohody klienta, co největší rozvíjení jeho schopností při zachování jeho identity, umožňují rozšiřovat jeho obzor poznávání.

Na výchovných odděleních trvale pracují pedagogičtí pracovníci ve spolupráci s odbornými pracovníky ústavu. Cílem péče je naučit klienta zvládat samostatně co nejvíce dovedností, aby byl schopen se o sebe do určité míry postarat sám. Klienti mají možnost se vzdělávat v základní škole speciální při ústavu, kde se naučí dle jejich schopností číst, psát a počítat. Po ukončení docházky v ZŠ speciální je dle zájmu a možností umožněno navštěvovat v ústavu Praktickou školu, kde se učí zdokonalování návyků v oblasti sebeobsluhy, v přípravě zvládnutí jednoduchých činností. Všichni klienti se podílejí na kulturních akcích v ústavu (karneval, vystoupení se zpěvem, atd.).

Chráněné bydlení v DÚSP Černovice tvoří komplex čtyř domků, ve kterých žijí klienti s lehkým a středním mentálním postižením co nejvíce samostatně. Jsou však pod dohledem odborného pracovníka, který jim pomáhá zvládat činnosti, se kterými si nevědí rady. I tito klienti jsou dále vzděláváni a téměř všichni jsou zařazeni v pracovních činnostech v ústavu (sociálně terapeutické dílny, zahrada, prádelna, kuchyně, aj.), nebo mimo ústav (ZOO Tábor – Větrovy).

Klienti s mentálním handicapem jsou rozděleni po přijímacím pohovoru na oddělení, které maximálně vyhovuje jejich možnostem a schopnostem. Při pokrocích, zlepšení stavu je klient přemístěn na oddělení, které opět lépe vyhoví jeho potřebám.

Je však jisté, že péči milující rodiny nikdy nemůže nahradit ani sebelepší péče. Proto je klientům umožňován a podporován ústavem co největší styk s rodinou.

7.2 Kasuistika

Uživatelka č. 1. - Kristýna, 20 let

Diagnóza: středně těžká mentální retardace, dětská mozková obrna, hyperkinetický syndrom, dyslalie, oční vada.

Rodinná anamnéza: matka i otec zdrávi, žili v nezávadném prostředí, rodiče jsou rozvedení, Kristýna nemá žádné sourozence.

Osobní anamnéza: narozena z 1. fyziologické gravidity, údajně rizikového těhotenství. Porod v termínu porodní hmotnost 2900g, délka 49cm. Na konci novorozeneckého období se jevila jako zdravá, pouze „trochu línější" – nedokázala se otočit. Po několika týdnech byla hodnocena jako „pastosní". Jinak byla somaticky bez patologického nálezu. V roce prodělala po somatické stránce zánět středouší a léčena pro perigenitální intertrigo, dívka měla též problémy s hernií a dermatitidou. První neurologické vyšetření provedeno již v 18 měsících, tehdy byla na úrovni 10-ti měsíčního kojence, byly u ní patrné známky elasticity a mikrocefalie. Další vyšetření neurolog provedl ve třech letech – řeč byla opožděná, příznaky svědčily pro hyperkinetický syndrom, LDE, doporučené psychologické vyšetření.

Ve třech letech děvče poprvé psychologicky vyšetřeno a to pro opožděný vývoj. K vyšetření se dostavila již bez matky, pouze s otcem a babičkou.
V ordinaci byl u ní patrný neklid, nevydržela u žádné činnosti. Dokázala správně reagovat na jednoduché pokyny, např. jak se jí lžičkou. Z kostek stavěla věž. Identifikovala předměty dle použití, ale z obrázků tytéž předměty přiřazovala ke způsobu jejich použití obtížně. Ukázala některé části těla, uměla několik onomatopoických zvuků. V průběhu vyšetřování se přišla přitulit k babičce, prováděla kývavé a houpavé pohyby. Diagnosticky uzavřeno jako mentální retardace na úrovni horní imbecility na bázi LDE, suspektivní výchovné a výukové zanedbanosti a citové deprivace. Při pozitivní stimulaci nelze vyloučit v budoucnosti částečné zlepšení stavu.

Neurologické nálezy: přehled nálezů i se závěry kontrolních vyšetření, které byly prováděny ve třech a čtyřech letech. Stručně lze tyto nálezy shrnout tak, že objektivní patologický nález při neurologickém vyšetření ukazuje na organické poškození CNS nejspíše již v intrauterinním období života. Poškození se projevilo mikrocefalií a do současné doby se projevuje tonusovými a reflexními změnami,

hlavně na svalovém aparátu končetin. Byl opakovaně diagnostikován hyperkinetický syndrom, strabismus, dyslalie, v psychické oblasti psychická retardace, neklid, poruchy soustředění, porucha intelektu, celková labilita. Nejen neurolog, ale i psycholog ve svých vyšetřeních nacházel projevy organicity. Určitý podíl na duševní poruše mohla mít nedostatečná péče matky v prvním období života a deprivační vlivy související s rozpadem nukleární rodiny v jejích 2 -3 letech, kdy údajně matka rodinu opustila. Stav byl o to horší, že i otec se na nezanedbatelnou dobu pro dívku stal nedostupný (pro trestnou činnost byl uvězněn). Tehdy se péče o dívku ujala matka biologického otce (babička), která se o ni stará do současné doby. Matka dceru sice v určitém období chtěla získat do své péče, ale od té doby se o ni nezajímá a nepřispívá ani na její výživné.

V pěti letech úroveň odpovídá asi 3 – 3,5 roku. Navštěvuje MŠ, kde je nutné Kristýnu zařadit mezi menší děti (3 - 4leté), aby mohla v požadavcích alespoň zčásti uspět. Bude nutné provést perspektivní odklad školní docházky o 1 rok, potom pravděpodobně pomocná škola.

Vyšetřena také v základní a zvláštní škole pro žáky s vadami řeči ve speciálně pedagogickém centru. Zadané úkoly plnila jen obtížně, byla nesoustředěná, neklidná, pobíhala od jedné činnosti k druhé. Její motorika je méně obratná, též mluvidla méně obratná. Píše levou rukou, kresba = čmáranice, základní barvy rozlišila, ale nepojmenovala. Geometrické tvary neznala, nemá vytvořené představy o počtu, chybí i pojem číslo. Slova málo srozumitelná, nemá vyvozeny některé hlásky, není schopna se naučit básničku. Celkové řeč nesrozumitelná. Doporučen pobyt v dětském kolektivu MŠ, pravidelné návštěvy SPC pro vadu řeči a zařazení do speciálního školského zařízení.

V šesti letech učiněno rozhodnutí o odkladu školní docházky.

V sedmi letech po odkladu školní docházky chodila do přípravného ročníku Zvláštní školy v DC Arpida, kde navštěvovala i MŠ. Pokus o začlenění v první třídě Zvláštní školy v Týně nad Vltavou byl pro nezvladatelný neklid děvčete neúspěšný. Proto byla umístěna do speciální školy Arpida v Českých Budějovicích. Ve svých sedmi letech neuměla ani číst, ani psát, ani počítat, vyžadovala stálý dohled. Uznána za občana těžce zdravotně postiženého.

V jedenácti letech kontrolní psychologické vyšetření s ohledem na aktuálně zvažované přeřazení děvčete do pomocné školy při DC Arpida. Aktuálně navštěvuje 3. třídu zvláštní školy, neklid se podařilo postupně eliminovat na únosnou mez, avšak narůstaly vážné výukové obtíže, aktuálně již učivo předepsané osnovami nezvládá. Kontakt při vyšetření naváže, značný je neklid a instabilita, ovšem spolupracuje. Jednoduché instrukce chápe a plní. Děvče je zapotřebí stále zklidňovat a stimulovat k zadané práci. S postupem času narůstá neklid a únava, nicméně při opakované stimulaci je schopna při vyšetření spolupracovat. Testové výkony jsou celkově velmi slabé, a to v zásadě ve všech oblastech. Vedle výrazných problémů s koncentrací pozornosti a pamětí jsou obdobné problémy, též v informovanosti, sociální zručnosti, v chápání vztahů atd. Masivně se projevuje organické poškození CNS. Na výkon děvčete má bezpochyby negativní vliv neschopnost koncentrovat pozornost. Děvče s aktuální úrovní rozvoje mentálních dispozic odpovídá celkově pásmu střední mentální retardace, organicita, hyperkinetický syndrom, v sociálním kontaktu velmi infantilní. Z tohoto hlediska je indikace k tomu, aby bylo děvče vzděláváno dle vzdělávacího programu pomocná škola. S ohledem na to, že je zde též indikace pedagogická, není účelné toto opatření odkládat. Opakování ročníku by totiž daný problém neřešilo, ale pouze řešení oddálilo. Je zapotřebí vzít v úvahu skutečnost, že děvče již mělo odklad školní docházky a absolvovalo přípravný ročník zvláštní školy.

V sedmnácti letech Kristýna chodí do pomocné školy a zvládá ji. Na počítadle počítá do 20, písmenka plete. Matka ji ignoruje, otec ji navštěvuje 1krát týdně, žije s přítelkyní. Vztah mezi klientkou a prarodiči babička hodnotí jako „krásný“. Sdělila, že vnučka hygienu zvládá, ve volném čase se baví malováním, poslouchánímpísniček. Autobusem do školy ale jezdit nemůže, protože si autobusy plete a mimo domov už byla obtěžována sousedem. Klientka sama byla v dobré náladě, byla spontánní, dyslalická, vyjadřovala se s agramatismy, psychologovi tykala. Věděla, že chodí do pomocné školy, prohlásila, že ji baví čtení, psaní i počítání. S tátou si prý rozumí, ví jakou vykonává práci. Máma by ji zlobila. Dobře si rozumí s babičkou a se strejdou. Chtěla by chodit s jedním chlapcem, psycholog poznamenává, že i on je mentálně retardovaný. Při vyšetření byla ulpívavá, instabilní, infantilní Intelekt od posledního vyšetření zůstává stejný, středně těžká mentální retardace, dětská mozková obrna.

V osmnácti letech přijata do DÚSP V Černovicích k diagnostickému pobytu a dále k dennímu pobytu. Jako důvod přijetí na denní pobyt se uvádí splnění školní docházky a kontakt s vrstevníky. Z vlastní psychiatrického vyšetření: přichází s úsměvem, pozdraví, přijme nabídnutou židli. Na otázku zda přišla sama, sdělí, že ji přivedla paní vychovatelka, sama by nevěděla, kam má jít. Na další otázky správně sdělí své jméno, svůj věk – 18 let. Dnešní datum nezná, ale ví, který je den v týdnu. Správně také udá jméno současného měsíce. Rok neví. Ví, že je nyní v ústavu v Černovicích. Proč je zde, odpovídá, že zde chodí do školy a to do desátého ročníku. Pak bude ještě chodit k paní učitelce Míkové. Jak dlouho bude ještě muset navštěvovat školu, to neví. Učí se také doma? Prý ne, jen ve škole. Dotaz na datum narození, zná měsíc a rok, kdy se narodila, ale neví den. Ví to prý její babička, u které bydlí – je to v Hojovicích, a odtud denně do Černovic autobusem dojíždí. Hodiny příjezdu a odjezdu nezná. K autobusu ji zde vodí pani vychovatelka, ona sama by zabloudila. V Hojovicích žije s babičkou a taky se strejdou, ví, jak se jmenují, ale jejich věk neví. Oba – babička i strejda jsou na ni hodní. Taťka s nimi nežije, ale vídá se s ním, nesdělí jak často. Prý za ní do Hojovic jezdí i s manželkou, a mají spolu dítě - chlapečka, který je ještě malý. Máma? Neví, co s ní je, s úsměvem říká, že ji mrzí, že za ní přijela jen jednou. Má vlastní sourozence? Ptá se, co je to sourozenec. Nechá si pojem vysvětlit, pak sdělí, že ani bratra ani sestru nemá. Nemá ani jiné příbuzné, než které právě jmenovala. Od kolika let chodí do školy, neví. Chodila do školy v Českých Budějovicích. Ve škole se jí líbilo, naučila se tam číst, psát i počítat. Nyní dostala notebook, hraje na něm „Farmu“. Líčí, jak ve farmě sází „plody“, a musí je sázet navečer, aby jí tam nerostl plevel. Ve škole prý vůbec nikdy nezlobila, ani zde nyní nezlobí. Zde chodí do školy a učí se to, co se učili v Budějovicích. Také zde ji jde učení dobře. Až ukončí tuto školu, začne chodit do další zdejší školy (praktická škola). Neví, čím by se chtěla vyučit, přemýšlela, že by chtěla dělat doktorku. Myslí, že by to dokázala. Mluví o tom, že by mohla být zahradnicí, této práce by se nebála. Na otázku, zda má chlapce, odpoví kladně. Jmenuje se Lukáš a chodí stejně jako ona, do školy, ale jezdí domů do Pelhřimova. Paměť, intelekt – orientačně: Z řady 6 čísel nezopakuje ani jedno, ze 3 čísel správně zopakuje 2, ze 4 čísel již opět ani jedno. Počítat umí do 27 bezchybně. Násobilku se nikdy nenaučila, ani malou. Čte pomalu, občas s chybami, které ale vzápětí opravuje. Pokud čte stejný text 2x po sobě, čte mnohem rychleji, téměř bezchybně. Neumí se podepsat. Pak požádá, aby její jméno

někdo napsal, ona že ho opíše. To umí jen tiskací, velká písmena. Takto napsané jméno skutečně opíše bez chyby. Barvy zná dobře i smíšené. Zná orientačně části těla, prsty rukou umí pojmenovat. Pravolevá orientace správná. Prsty na ruce jmenuje, pouze prsteníček vynechává. Neumí se podepsat. Dnů v týdnu je prý 6. Trvá na počtu 6. Kolik dnů má měsíc? Odpoví otázkou: „ Co je to měsíc?“ Pak však měsíce v roce jmenuje, dopouští se asi 3 chyb. Bankovky i mince zná. Čas na hodinkách z ciferníku neodečte. Základní geometrické tvary umí nakreslit. Ví, že Vánoce jsou v prosinci. Velikonoce, neví. Obecný pojem nad skupinou konkrétních pojmů neutvoří. Sociální situace – autohavárii, řeší celkem dobře. Během vyšetření je lucidní, je orientovaná místem, zdá se být orientovaná situací, ale jen částečně orientovaná osobou a časem. Během vyšetření je klidná, kooperativní, usměvavá. Lehce zvýšená, dyslalická slovní produkce, která je chvílemi obtížněji srozumitelná. Nálada lehce euforická, žádné projevy úzkosti nebo deprese. Emotivita je plošší. Vyšší sociální city se nezdají výrazně redukované. Myšlení koherentní, primitivní, infantilní, bez kvalitativních změn ve smyslu bludů nebo ikoherencí. Vnímání bez halucinací. Osobnost simplexní, infantilní, deprivovaná. Asociální rysy nepozorovány.

V devatenácti letech dokončila poslední desátý ročník základní školy speciální a od září přestoupí na praktickou školu dvouletou, která se též nachází v zařízení. V současné době již druhým rokem navštěvuje praktickou školu s velmi dobrými výsledky. Po jejím ukončení může v ústavu docházet do sociálně terapeutických dílen, které jí nabídnou velké množství využití v keramické, truhlářské či textilní dílně, úklidové práce v areálu DÚSP, práce na údržbě budov DÚSP, práce v zahradních sklenicích, nebo práce v oboře.

V současné době se Kristýně ve škole moc líbí, je zde spokojená, má tu spoustu kamarádů i kamarádek. Celý svůj život prožila v péči rodiny, hlavně u babičky, nikdy v žádném sociálním zařízení nežila. Je moc ráda, že babičku má, ale občas závidí klientům v ústavu. Z rozhovoru s babičkou i z pozorování Kristýny vyplynulo, že jí chybí kamarádi. Vesnička, ve které bydlí je malá, žije zde jen pár desítek obyvatel. Kristýna si tu mezi svými vrstevníky žádné kamarádky nenašla, protože si s nimi buď nerozumí, nebo ji mezi sebe nepřijmou pro její postižení. Jediné kamarády, které má jsou asi 10 – 12 letí školáci. Kristýna závidí klientům z oddělení, že mohou být spolu celý den, jezdí na výlety, kulturní akce, na rekreace apod. Proto po domluvě s babičkou

jsme se rozhodli, zapojit Kristýnu do kolektivu na 7. oddělení kam dochází v době mezi vyučováním. V rámci možností se snažíme Kristýnu zapojovat do všech činností nejen na oddělení, ale i v rámci celého našeho zařízení. Kristýna je nyní spokojená má spoustu kamarádů, se kterými jezdí na různé výlety, na kulturní akce (divadla, koncerty, diskotéky provozované v našem zařízení), dokonce byla v zimě s ostatními na lyžařském výcviku na Železné Rudě a v létě na letní rekreaci v Harrachově. Všichni jsme si všimli, že se Kristýna hodně změnila, je teď více usměvavá, společenská, je na ní vidět, že ji společnost jedinců se stejným postižením prospívá a hlavně má pořád rodinné zázemí jako základ života.

Uživatel č. 2. – David, 20 let

Diagnóza: lehká mentální retardace, poruchy chování

Rodinná anamnéza: matka i otec zdrávi, starší bratr zdráv.

Osobní anamnéza: narozen z druhé gravidity, těhotenství rizikové, porod v termínu, spontánní, hlavičkou, porodní hmotnost 3300g, délka 51cm. Poporodní adaptace dobrá. Následně opožděný psychomotorický vývoj – zvedání hlavičky v 5. – 6. měsíci, seděl v 10 měsících, chodil v 18 měsících, v roce cca 3 slova. Vývoj řeči opožděn, ve 2 letech pár slůvek, věty až od 4 -5 let. Odmalička hyperaktivní, rád skládá kostky, vybarvuje a kreslí.

Ve čtyřech letech začal navštěvovat mateřskou školu, zde velmi živý až divoký, musí být neustále usměrňován, napomenutí příliš nerespektuje, nepozornost, při samostatné práci je třeba dohled.

V sedmi letech nástup do základní školy po odkladu školní docházky. Při nástupu do školy obtíže se zvládnutím školního učiva. Bylo doporučeno přeřazení do zvláštní školy v místě bydliště. Tuto školu úspěšně ukončil.

V sedmnácti letech byl přijat na odborné učiliště v Černovicích, kde mu bylo po dvou měsících vzdělání přerušeno pro nezvládnutí školních povinností. Po té byl přeřazen do dvouleté praktické školy při DÚSP Černovice. Tuto školu navštěvoval tři roky a úspěšně ji zakončil závěrečnou zkouškou.

Ve dvaceti letech začal docházet do sociálně terapeutických dílen, které jsou součástí ústavu. David stejně jako do praktické školy i do dílen pravidelně denně

dojíždí, ráno ho vozí strýc nebo otčím a odpoledne jezdí samostatně domů autobusem. David celý svůj dosavadní život prožil v milující rodině, v žádném zařízení nikdy nebyl. Je to spíše samotářský typ, nerad se zapojuje do většího kolektivu osob (6 a více) i když jsou na stejné úrovni jako on. Většinu času si vystačí sám, rád poslouchá muziku, kouká na televizi a má rád jídlo, což je na něm i dost vidět.

Uživatelka č. 3 – Zuzana, 26let

Diagnóza: Morbus Down, mentální retardace

Rodinná anamnéza: matka i otec zdrávi, oba VŠ, sestry starší a mladší – obě zdrávy. Rodiče o dítě neprojevují zájem.

Osobní anamnéza: narozena z 2. gravidity, porod kleštěmi ve 36. týdnu, porodní hmotnost 1850g, délka 45cm, bradykardie plodu. Po narození na žádost rodiny umístěna do ústavní výchovy s diagnosou Morbus Down, dítě ponecháno na DEO nemocnice České Budějovice, odkud bylo ve třech měsících přemístěno do kojeneckého ústavu Jihlava a v 1. roce přemístěna do dětského domova Husinec. Psychomotorický vývoj od počátku opožděn, v roce se občas převrací na bříško, uchopuje hračky, prohlíží si je. Posazuje se ve 20 měsících, začíná se stavět, jí mixovanou stravu po lžičce. Ve 2,5 letech chodí, samostatně jí normální stravu, nemluví. Ve třech letech opakuje jednoduchá slova, reaguje na výzvy. Nenavštěvovala žádné z předškolních dětských zařízení.

Ve třech letech přemístěna pro mentální defekt do DÚSP Černovice. Základní hygienické návyky osvojené nemá, trvale pleny, vysazována na WC přes den, potřebu nehlásí, při koupání spolupracuje, vody se nebojí, sebeobsluha nedostatečná, při oblékání spolupracuje, sama si obuje boty, zavázat je neumí. Krmena máčenou stravou, je vybíravá, pokud jí něco nechutná pevně sevře rty a stravu jí nelze vnutit. Sama jí velmi pomalu, lžíci drží nesprávně, s jídlem si hraje, stoluje velmi nečistě. Spánek bez poruch. Hra má manipulační ráz, preferuje gumové hračky, většinu času hry sedí v pevném dřepu. Pokud je jí hračka odebrána jiným dítětem, velmi razantně si jí vezme zpět a hraje si dál. Po skončení hry si hračky po sobě uklidí. TV sleduje pouze krátkodobě. Kontakt s ostatními dětmi nevyhledává, ráda se mazlí, převážně pozitivně emočně laděna. Preferuje kontakt s dospělými, jejich pozornost přivolává pokřikováním

a houkáním. Ráda se chová, obtížně snáší delší procházky, reaguje na ně rozladěností. Do výchovných činností se zapojuje velmi krátkodobě, spíš spontánně napodobuje ostatní děti. Do pracovní činnosti ji zapojit nelze. Celkově bez vážnějších výchovných problémů. Adaptace na nové prostředí dobrá. Z psychologického vyšetření: malé světlovlasé děvčátko, Morbus Down vzhledu, hyperkinetický syndrom. Chůze o širší bázi, kolébavá, překoná malou překážku, vyleze na malou židličku, do schodů jde jednou nohou a přidržuje se zábradlí, ze schodů chodit neumí. Do míče nekopne ani po opakovaném předvedení, umí ho však házet a chytit z blízké vzdálenosti. Řeč není rozvinuta, komunikuje pouze neverbálně či pokřiky, opakování slov = 0. Na své jméno reaguje, jednoduchým příkazům nevyhoví. Je velmi hravá, na zákaz neuposlechne. Jemná motorika – nezručně vkládá korálek do láhve, úchop dlaňový, radiální, postaví komín ze 3 kostek (ostatní stavby nenapodobí, destruktivní tendence k výsledkům vlastní i cizí práce). **Grafomotorika** - spontánně čárá tužkou po papíře, tužku drží v pevně sevřené dlani, čáru se směrem nenapodobí. Knihou listuje po více stránkách, spontánně ukazuje jednotlivé postavy na obrázku, konkrétní věc na požádání neukáže. V testové situaci, kterou chápe jako hru, bez známek anxiety a trémy, spolupracuje krátkodobě, nutno stále motivovat, výdrž u jednotlivých činností je nerovnoměrná. S radostí přijímá sociální kontakt a hry. Emotivita – bezvýběrová, labilní. Posouzení aktuální úrovně PMV: hrubá motorika: 18 – 24 měsíců, jemná motorika: 18 měsíců, řeč: 3 – 6 měsíců aktivní produkce (rozumění o něco vyšší), sociální projevy: 10 – 18 měsíců. Aktuální úroveň rozumových schopností odpovídá odhadem středně těžké duševní zaostalosti na bázi chromozomální aberace Morbus Down.

V devíti letech aktuální úroveň rozumových schopností odpovídá středně těžké duševní zaostalosti na bázi chromosomální aberaci typu Morbus Down.
V psychomotorickém vývoji pomalé zlepšení, proces učení probíhá. Pokračovat ve stimulaci vývoje, zatím není aktuálně indikováno pro školní edukaci.

V deseti letech cílené psychologické vyšetření zaměřené na posouzení vhodnosti školní edukace. Z vlastního psychologického vyšetření: malé, drobné děvče, asthenického habitu, vzhledem M.Down, bez omezení hybnosti. V oblasti hygienických návyků (občasné noční pomočování – spíš výjimečně). Sama si vyčistí zuby, učeše se. V oblasti sebeobslužných návyků je šikovná, sama se oblékne i svlékne, složí si oděv. Příjem stravy – v jídle je vybíravá, jí sama příborem, nečistě. Sama se napije z hrnku a

nalije si čaj, spánek bez poruchy. Zapojuje se do všech výchovných činností na oddělení, je snaživá, vyžaduje však pozornost personálu. I přes veškerou poruchu řeči se snaží komunikovat a velmi dobře a srozumitelně gestikuluje. Je ráda ve středu zájmu. Ve výchovách je snaživá, pochopí zadání úkolu, pozná čísla 2 a 3. Ráda maluje a cvičí. Hra je rozvinuta do námětové a konstruktivní podoby (preferuje drobné stavebnice). Zapojí se do kolektivních her, ale nechá se pobízet a přesvědčovat. Má zájem o knihy, také časopisy, které si prohlíží. Ve vztahu k ostatním dětem zaujímá dominantní postavení a ráda dětem poroučí a manipuluje jimi, pokud jí dítě vzdoruje, má tendenci ho plácnout. Výraznější agresivní projevy v chování nepozorovány. Sama na kritiku reaguje urážlivě. Ve vztahu k personálu – jen velmi nerada se podřizuje, vyžaduje klidný, ale důsledný a autoritativní přístup, jinak není možno s ní pracovat. Navazuje poměrně kvalitní sociální kontakt, řeč je výrazně dyslalická, obtížně srozumitelná, s dobrou doprovodnou gestikulací. Aktivní slovní zásoba odpovídá 3,6 – 4 letům, porozumění je však na daleko vyšší úrovni. Pokud se soustředí na činnost, objevuje se skřípání zubů. V oblasti anamnestických údajů zná správně své jméno, s pomocí sdělí i příjmení. Věk udá nesprávně „tři“. Jako pohlaví uvádí, že je „kluk“. Správně pojmenovává jednotlivé předměty na obrázku. Zná některá zvířata a jejich zvuky. Je správně orientovaná svým somatem, pravolevá orientace není vytvořena. Zvládá základní porovnání „malý x velký“. Estetické srovnávání = 0. V oblasti abstraktního myšlení – pouze počátky rozvoje, analogie zatím nezvládá. Dominuje názorná složka myšlení. Pozornost a paměť jsou vzhledem k úrovni intelektu bez nápadnosti**. Hrubá motorika** – je obratná, odpovídá zhruba věku, hybnost je bez omezení, zvlášť běh, samostatnou chůzi do schodů i ze schodů se střídáním nohou, stoj na jedné noze, poskoky, kopání do míče, jeho házení i chytání**. Jemná motorika** – je méně obratná, vytvořen správný čistý prstový úchop, zvládá stříhání papíru nůžkami, navlékne korále, postaví obrázek z kostek, zvládne stavbu schodů z 6 kostek, stavbu Minnesotské brány. Jemná motorika je na úrovni 6 let. **Grafomotorický projev** odpovídá úrovni 3 – 4 let, kresba má podobu hlavonožce, zvládá křížek po předvedení. Barvy přiřazuje, nepojmenuje. Expresivní složka řeči je na úrovni 3,6 – 4 roky. Hovoří většinou jednoslovně, dyslalická, snaha komunikovat. Někdy tendence ke grimasování v doprovodné mimice. Rozumění je na vyšší úrovni, dobře chápe zadání úkolu, reaguje přiléhavě a bez latencí na jméno, rozumí zákazu a příkazu. Kontakt je výběrový,

v dobré kvalitě. Rozlišuje personál i děti podle jmen. **Osobnost –** dětská, nezralá, bez známek psychotického onemocnění, v chování tendence k dominantnímu vystupování, tendence reagovat negativisticky a urazit se. Pokud se jí činnost nelíbí, nechá se přesvědčovat a pak má tendence od práce pod nejrůznější záminkou odejít. Jinak je bez vážnějších výchovných problémů. Prognóza dalšího vývoje se jeví příznivě. Může nastoupit do základní školy speciální, která se nachází v areálu ústavu.

Ve čtrnácti letech se vývoj Zuzky moc neposunul dopředu, pouze se změnilo její chování – je živá, neklidná, místy drzá, se sklonem si vymýšlet. V rozhovoru často asociuje, má zájem o pistole, střílení a čerty. Motivovanost pro spolupráci je průměrná, výkon je s výkyvy ovlivněn pozornostní složkou a zaujetím úkolem. Spolupracuje krátkodobě na menší časový úsek. Pracovní tempo je nerovnoměrné, správný pracovní postup je vytvořen u jednoduchých činností. Obtíže při řešení úkolu se snaží zamaskovat, úkol si přizpůsobí tak, aby ho zvládla, nebo odpoutala pozornost tím, že hovoří nesmysly a nesrozumitelně. **Řeč** – výrazně dyslalická, obtížněji srozumitelná, aktivní slovní zásoba odpovídá úrovni 4 let. **Myšlení** - dominuje názornost, abstrakce je rozvinuta minimálně. **Vědomosti:** orientace somatem je správná, prsty nepojmenuje, pravolevá orientace není vyvinuta. Z písmen zná pouze A, čísla rozliší v rozsahu 1 až 4, číselnou řadu vyjmenuje do 6, početní představa s názorem je vytvořena do 4. Porozumění odpovídá 3,6 až 4 roky. Vyjmenuje některé dny v týdnu, roční období nezná. Udá své jméno, věk a datum narození neurčí. Prostorová orientace je pouze „ nahoře x dole“, z protikladů zvládá „ malý x velký“. Určí věci dle jejich užití, zvládá estetické srovnání a správně určí chybějící části obrázku**. Aktuální úroveň rozumových schopností** – odpovídá středně těžké duševní zaostalosti těžkého stupně. **Paměť** – vzhledem k úrovni intelektu bez nápadností. **Pozornost** – krátkodobá, oscilující, omezena je složka kapacity a koncentrace, snadná rozptýlitelnost. Porucha vědomí ani vnímání nebyla shledána. **Hrubá motorika** – obratná, nezvládá pouze poskoky na jedné noze**. Jemná motorika** – méně zručná, zaváže kličku, celkově na úrovni 5-6 let. **Grafomotorika** – geometrické tvary napodobí na úrovni šesti let, napíše čísla do trojky, má reverzní sklony, spontánní kresba je výrazně dynamická, svědčí pro hyperaktivitu, obsah reálný, s velkým množstvím detailů. **Trivium:** navštěvuje pomocnou školu při našem zařízení (dnešní základní školu speciální)**. Sociální chování**: v oblasti hygienických návyků osvojeno, v oblasti sebeobslužných návyků – je šikovná,

samostatná, příjem stravy – vybíravá v jídle, jí sama, méně čistě. Spánek bez poruch. **Osobnost –** dětská, nezralá, vyžadující zvýšené množství pozornosti ke své osobě, v chování tendence k dominantnímu vystupování. Adaptabilita a frustrační tolerance jsou sníženy. Má sklon k urážlivosti a negativismu.

V sedmnácti letech přichází k vyšetření v doprovodu vychovatelky, v místnosti je pak sama, není vázaná na vychovatelku, chování bez odstupu, s četnými infantilismy. Spolupráce rušena častou zabíhavostí myšlení, lehce odklonitelná pozornost, koncentrace krátká, snížená kapacita pozornosti – naprosto ve shodě s klinickým obrazem**. Hrubá motorika** – chůze samostatná, do schodů i ze schodů se střídáním a bez opory. Stoj o jedné vratký a velmi krátká výdrž – cca 1 - 2 s. Poskok snožmo neobratný. Dynamickou sestavu (panák) nezvládá. Při výkonech si pomáhá jazykem – ten venku z úst. Bez omezení hybnosti**. Jemná motorika** – korále navlékne spolehlivě, neobratně a pomalu. Ruce střídá, převládá však použití pravé ruky. Stříhání – nezručně, s malou přesností výkonu, otáčí papírem i nástrojem (pomáhá si pohybem jazyka). Uváže uzel, zapne knoflíky, zapne patent – nezručně. Kličku neuváže. **Grafomotorika –** úchop prstový. Nápodoba tvarů – dynamika rychlá, ale málo přesné tvary – požadavkům testu odpovídá přibližně kruhový tvar, celkem dobře provede trojúhelníkový tvar, ostatní mimo i přibližný požadavek. Tlak na materiál silný. Spontánně bez výzvy napíše malé -k-, -ď-, nahoře neuzavřené a, dále pak slabiku má. Kromě -k- neví, co napsala. Průpravný cvik -eeeee (horní smyčky) na požádání a po předvedení nenapodobí, stejně jako řadu horních obloučků. Kresba postavy – místo požadované paní nebo pána kreslí čerta a mikuláše (pak několik čertů). Postavy jsou dvourozměrné, kreslí 2 a 4 nohy, nápadné jsou v provedení velké oválné hlavy, u některých schází ruce. Při druhé části vyšetření kreslí opět mnoho postav – znaky jsou shodné. Schéma provedení odpovídá 4,5 letům vývoje, dynamika provedení je rychlá, tlak silný**. Orientace –** osobou – základní – datum narození si nevzpomene, nevybaví si jméno otce – má fousy a pije pivo. Na rodinu je však fixovaná – rodina jezdí na návštěvy a bere si ji 1x měsíčně na víkendy a na prázdniny domů. Somatem – pouze základní schéma postavy. Časem – pouze základní – dnes**. Řeč** – dysartrie, obtížně srozumitelná, ale užívá alespoň základní komunikaci. Nečte – piktogramy a sociální čtení, nepíše. Odpočítá řadu do 10 bez valné návaznosti na konkrétní předměty, v sociálních situacích počet neužívá**. Intelekt –** neverbálně Raven – aktuální výsledek

po přepočtu IQ 34 – odpovídá 3,5 vývojovému roku. Verbálně – pod IQ 40. **Osobnost** – dětská, nezralá, s tendencí nerozlišovat přání od reality (zvlášť v oblasti vztahů), napodobuje sociální chování starších či vyspělejších děvčat na oddělení. V reakcích na dospělého často „odbrždděná"(rozjívená). V prožívání se masivně objevuje touha po ideálním vztahu bez konfliktů – neupokojená potřeba sjednocenosti s druhými. Má tendenci neustále navazovat nové kontakty. **Sociální návyky** – sebeobslužná, nutno dohlédnout na kvalitu úklidu (i když je schopna uklidit si své věci). Často se jí příliš nechce provádět zadané úkoly – pak se schovává. Své základní sociální potřeby (připravit jednoduché jídlo, nakoupit potraviny, udržovat čistotu oblečení) nemůže zabezpečovat sama, vyžaduje dohled a vedení. Z hlediska dalšího vývoje nelze předpokládat samostatnost ani v dílčích oblastech. Není schopna samostatně zabezpečit základní sociální potřeby.

Ve dvaadvaceti ukončila povinnou školní docházku v základní škole speciální, další dva roky navštěvovala praktickou školu dvouletou, kterou ukončila závěrečnou zkouškou. Již dva roky dochází do sociálně terapeutických dílen, kde je moc spokojená. Zuzka je pracovitá, v zimě prohrnuje s chlapci sníh, od jara do podzimu chodí s ostatními do zámecké obory hrabat listí, stahovat větve apod., česat ovoce do sadu, pomáhat ve sklenících a jiné práce. Zuzka je v našem zařízení na týdenní pobyt, to znamená, že je zde od pondělí do pátku a dochází zde do STD a na víkendy a prázdniny si ji berou rodiče domů. Je s tímto uspořádáním spokojená, je ráda s rodiči a sestrami, ale po prázdninách se vždy těší na své kamarády a kamarádky, které má zde v ústavu. Pro Zuzku je toto uspořádání ideální, má milující a starostlivou rodinu, ale i spoustu kamarádů, kteří jsou se stejným nebo podobným postižením.

Uživatel č. 4. – Honza, 16 let

Diagnóza: středně těžká mentální retardace, stavy agresivity, neklid sebepoškozování.

Rodinná anamnéza: matka – zdravotní stav není znám, otec – pobírá částečný invalidní důchod, sestra – zdráva.

Osobní anamnéza: narozen z 2. gravidity, matka údajně v těhotenství fetovala, prodělala kolpitis. Porod ve 40. týdnu spontánní záhlavím porodní hmotnost 3020g,

délka 49 cm. Dítě hypotrofické, suchá odlupující se kůže, za 4 hodiny zvracel, časný nástup ikteru, známky zánětlivé aktivity, léčen antibiotiky, infusí, stav se po 48 hodinách stabilizoval. Sledován pro centrální tonusovou odchylku – hypotonický syndrom, cvičit nechodil. PM vývoj se od prvních měsíců života opožďoval, seděl až v 18 měsících, ve 30 měsících začal chodit. V kojeneckém věku časté hospitalizace, v roce diagnostikována bronchitis obstruktiva recid.,susp.rozvoj kojeneckého astmatu. Porucha sluchu a zraku se nepotvrdila, ale byla konstatována PM retardace. Od tří let se o Honzu stará jeho teta a zároveň pěstounka. Matka od rodiny odešla o chlapce a jeho sestru nejeví zájem, prý je prostitutka. Pěstounka je sestra Honzova otce, u ní Honza, jeho sestra a jejich otec žijí.

V pedo-psychiatrické ambulanci byl Honza poprvé vyšetřen ve třech letech se závěrem, že jde o střední stupeň mentální retardace. Stejně dopadlo i vyšetření psychologické o rok později. Tehdy již byl přes týden ve zvláštní MŠ, na víkendy si jej brala rodina domů. V té době prakticky nemluvil, reagoval kývnutím hlavou na jednu otázku – zda se jmenuje Honza. Byl zlostný, přetrvávala u něho agresivita a autoagresivita. Sám se nedokázal najíst. V MŠ agresivní k dětem i k sobě. Od pěti let v psychiatrické péči.

Při další kontrole v pěti letech nebyl patrný významný pokrok. Trvaly afektové rapty, negativismus, hypoprosexie. Hyperaktivita se střídala se stavy apatie. Během roku se naučil pouze několik slov. Byl diagnostikován opět jako imbecilita, její eretická forma.

V dalším roce mohla pěstounka konstatovat, že i přes přetrvávající afektové rapty je Honza poněkud klidnější. V šesti letech přetrvávala v chování agresivita a byl povolen odklad školní docházky.

V sedmi letech při vyšetření negativistický, ale i nesmělý, palec v puse, ukazovák v nose. Kontakt se podařilo navázat až v přítomnosti otce, srozumitelně artikuloval, ale slovník měl na úrovni 2,5 let. V úsudku byl těžkopádný, vázla pozornost i paměť, tužkou ale jen čmáral, sotva napodobil čáru. Dokázal jednoduchou konstruktivní hru. Rozptyl výkonů od 2 let do 3,5 let. Pěstounka i otec – což jsou sourozenci, trvali na ústavní péči kvůli výchovným potížím.

V osmi letech byl na žádost rodičů umístěn na diagnostický pobyt a poté na celoroční pobyt do DÚSP Černovice. Chlapec byl vyšetřen v místnosti, kam bez obav či

tenze přichází. Vede se přitom za ruku, má tendenci jít po návratu na procházku. Spolupracuje v rámci svých možností - objektivně méně kvalitně, snaží se však splnit požadované. Pozitivní reakce na podpoření a ocenění. Po celou dobu neklid, zvýšená těkavost, očima neudrží oční kontakt (po běžnou dobu), tendence neustále střídat podmětový materiál. **Hrubá motorika** – chůze samostatná, bez opory, výstup do schodů i sestup dolů se střídáním, s oporou jedné ruky. Stoj o jedné – velice krátký, ale zvládá na obou končetinách. Poskok na obou nohách sériové zvládá. Poskok na jedné – vázne i s oporou. Dynamická figura = 0. **Jemná motorika** – korálky do skleničky – klíšťky krátce, méně obratně, pak se snaží činnost zrychlit a uchopuje dlaňovým úchopem. Kostky na sebe – 8 segmentů, nejprve střídá ruce, dokončuje P, neobratně Mostek +, další uzavřené tvary selhávají. Stříhání =0. Návlek na tyčku – navleče, pak ale již neklid, pokládá materiál na stůl, dožaduje se dalšího. Knoflík – větší prostrčí neobratně, patent = 0, zdrhovadlo vytáhne, klička =0. **Grafomotorika** – velice neobratný úchop materiálu, poloha prstů nestabilní. Spontánní kresba – bezobsažná čáranice, na druhý pokus klubíčko – neobratně. Nápodoba kruhové čáry – má tendenci opakovat klubíčko. Horizontální a vertikální čáry – různě šikmé, pak provede dvě krátké horizontální. Tlak na materiál silný. Papírová kresba – sluníčko – selhává, domeček – selhává, hlavonožec – selhává. Křížová čára =0. **Řeč** – jednotlivá slova, popř. jednoduché holé věty. Agramatismus. Některá slova opakuje echolaticky, některá užívá bez porozumění situace – místo děkuji, vysloví prosím a zkoumavě na mne hledí. Dyslalie. Imprese je lepší, běžným pokynům rozumí, reaguje na ně. Dle reference však užívá daleko více slov, než v době svého příchodu do zařízení. **Kognitivní oblast** – pojmenovává na obrázcích zobrazené předměty, pro věk 4 – 4,5 roku, jednoduché věty užije řídce. Činnost nepojmenuje na zobrazení, obtíže činí pojmenování přímo sledované činnosti. Na více strukturovaném zobrazení mu činí obtíže se zrakem zorientovat – nefixuje pozornost – ta masivně narušena. Počet – pojem množství nezná. Nevytvořeny základní představy o množství. Neporovnává. Barvy – umí pasivně přiřadit žlutou ke žlutým, zelenou k zeleným, další přiřazuje náhodně. Verbální označení nepoužívá. Čas nerozlišuje detailněji než na den, noc. Ukáže na zobrazení pejska, kočku, pojmenuje koně, kozu, napodobí zvuky. Pojmenovává běžné předměty ve vybavení místnosti – stůl, židle, dveře, okno, ukazuje jednotlivé hlavní části těla a části obličeje. Dyslalicky sdělí své jméno. Pojmenovává na maketách některé druhy

ovoce a zeleniny. Některé reakce imponují jako autistické rysy – perseverace, echolálie, často bez očního kontaktu či jen velmi krátce a pohled míří z okna či těká po místnosti, hyperkinetický. Výrazně nerovnoměrný vývoj jednotlivých oblastí**. Osobnost** – dětská, nerovnoměrně se rozvíjející, retardovaná. Emoce – převažuje pozitivní vyladění, chudší mimika. Sociální a hygienické návyky – v této oblasti v rámci pobytu v zařízení snad největší progres. Přes den udržuje čistotu – příhody řídce, v noci občas pomočen – plenován. Na toaletu si již dovede odejít, případně režimově jde s dětmi. Zvládne se obléknout a svléknout, obuje boty, snaží si upravit lůžko, základním způsobem poskládat některé komponenty oblečení. Stravuje se sám lžící, pije z hrnku, zlepšila se kvalita. Umyje ruce, osuší, česání zatím naznačuje. Zuby čistí nezručně, zatím nutná dopomoc. Koupe se rád, je schopen postupně dle instrukcí provádět jednotlivé kroky. **Hra –** nejčastěji stavebnice, kostky, o knihy nejeví přílišný zájem, grafomotorika se začala rozvíjet až po příchodu na pobyt. Spíše typ paralelní hry, popřípadě preference dospělého**. Kontakty s dětmi –** po příchodu na oddělení jednou agrese, nyní se již nevyskytuje. Během hry i ve škole občas pokus jakoby cloumat s dětmi s držením za jejich krk. Sebepoškozování nebylo pozorováno. Usíná s ostatními dětmi, budí se ale dříve. Na pokyny dospělých obvykle reaguje. Vzhledem k poměrně rychlému progresu po dobu diagnostického pobytu se jeví prognóza dalšího vývoje poměrně příznivá i přes rizikové faktory, stejně tak školní prognóza (v rámci pomocné školy – dnes základní školy speciální).

Ve dvanácti letech podstoupil Honza psychologické vyšetření pro výskyt úzkostných reakcí – aktuální stav. Spolupráce je však objektivně nekvalitní – některá zadání velice rychle přechází, u některých se dožaduje pokračování – párová kresba, pozornost je výrazněji odklonitelná, se zvýšenou oscilací. **Hrubá motorika** – chodí samostatně, bez opory bez narušení dynamiky. Stoj na jedné noze – nejistý, s velmi krátkou výdrží, poskok o jedné – jen s oporou – téměř se neodlepí od země, výrazně neobratný. Dynamická figura selhává. Shledávám intervenci poškození CNS tonusová porucha**. Jemná motorika** – návlek středně velkého korálku na zpevněný konec – ne příliš zručný, ale provede, navlečené 4 tvary ale neodpočítá dobře – verbální řada předbíhá předmět. Stříhání – nezručné držení nástroje, pouze přibližně rovné střihy – předkreslenou linii nedrží. Testové kostky – zde jemný tremor HK při plnění zadání – je až úzkostný ze selhání vzhledem k nároku na přesnost výkonu. Podaří se mu splnit

první a čtvrté zadání, další úkoly však selhávají vzhledem k obtížnému chápání členění prostoru. Nápodoba vzoru selhává v zadání kostek zcela ze stejného důvodu. Umístění tvarů do otvorů s nezručným prstovým držením. Pootočení předmětu nejisté. Při některých úkonech se objevuje tremor prstů. Je patrná intervence organického poškození CNS. **Grafomotorika** – úchop materiálu je méně obratný, pracuje s výraznějším tlakem, jsou obtíže v napojování jednotlivých linií. Nápodoba – napodobí kruhový, nikoli čtvercový tvar, přibližně L, E, selhává křížový tvar, C. Je patrné postižení v percepci prostoru a jeho členění. Kresba postavy – samostatně a navigací zakreslí nácvičné schéma hlavy – obtíže masivně v umístění a velikosti detailů, zakreslí kulový krk a další části formou párového kreslení- selhává nápodoba poloviny tvarů. Stejná je situace v párovém kreslení schématického domku. Přidá však ke kresbě podpis – hůlkově AZHON. **Řeč** – zde se vyskytují specifické fenomény – hovoří o sobě ve třetí osobě, nebo v první osobě množného čísla, výroky imponují jako převzaté krátké fáze. Jedinou výjimkou tvoří frázovité užití věty:“tak už mě tu máte zase“, kterou pronese při vstupu do pracovny logopeda v rámci individuální péče. I zde však jinak užívá 1. os. plurálu. Na dotazy odpovídá jednoslovně, nebo v krátkých větách – ne vždy přiléhavě. **Orientace** – na dotaz jak se jmenuje, uvede příjmení. Věk neví, ani datum narození, při prověřování stability identity se ukazuje, že při požadavku, aby řekl, kdo je na fotografiích, sebe pojmenuje jako Honza (nikoli „já“). Somatem – ukáže spolehlivě části obličeje – zdá se však, že jen při nácvičném pořadí – v jiném pořadí nejistý. Ukáže dále hlavní části těla, podrobnější členění selhává. Časem – orientuje se spolehlivě dle činností v rámci dne, ví, které činnosti budou následovat. Zvláštností je i to, že uvádí např.“budeme skládat kostky“ nikoli složím kostky. **Kognitivní oblast** – není možné užít Raven BPM – nerozumí zadání. Dle obrázkového slovníku selhává na úloze pro věk 4 roky. Nelze tedy spolehlivě určit přesnou hladinu IQ – pouze orientačně cca 40 – přepočet odpovídá chronologickému věku 4 roky. Dokáže pojmenovat známé ovoce a zeleninu na maketách, pojmenuje některá domácí zvířata – zde nejprve onomatopoicky, pak nejistě název, přes převodní symbol uvede žlutou a červenou (jako sluníčko jako jablíčko), ne vždy spolehlivě vybere stejně další základní barvy. Odpočet předmětů je ve verbální řadě do 4, ale bez návaznosti na konkrétní počet předmětů. Umístí správné tvary do otvorů – nepojmenuje je však. Některé z nich pokusem a omylem. Při prověřování celé této oblasti je zřetelný narůstající PM neklid. Zvláštní projevy –

pečlivě osahává povrch některých maket, některé očichá, obložení stěny pečlivě hmatem prozkoumává. Vzhledem k percepčním zvláštnostem imponuje jako PAS. **Sociální a hygienické návyky** – samostatný v oblékání – je potřeba dohlédnout na konečnou úpravu, udržuje tělesnou čistotu, při hygieně je potřebná instruktáž či dohled při koupání, péče o nehty a dutinu ušní v režii personálu. V kontaktu s ostatními obyvateli nekonfliktní – přítomnost dětí mu nevadí, spíše však pozoruje, dokáže sledovat některé děje v TV. Preferuje však spíše kontakt s dospělými. V uplynulém období výrazné projevy úzkosti při kontaktu s novým prostředím – zaznamenaná událost, kdy se pokálel v situaci, se kterou se setkal poprvé. Dříve nechtěl odejít sám do jiného prostoru v rámci areálu, ač svěřené zadání činnosti běžně zvládal v prostoru denní místnosti či prostoru oddělení. **Osobnost –** dětská, vývoj výrazně nerovnoměrný, s výraznými symptomy jádrové poruchy – imponuje jako PAS. Aktuálně pozorována úzkost při úvodním kontaktu, úzkostné projevy v poslední době méně patrné, leč setrvávající. Chlapec se symptomy jádrové pervazivní poruchy – atypický autismus s nerovnoměrnou zátěží jednotlivých oblastí, aktuálně zvýšená míra úzkosti, duševní schopnostmi nerovnoměrně rozloženými ve střední až spodním pásmu středně závažné mentální retardace.

Ve čtrnácti letech se u Honzy objevily excesy v chování – masturbace na nádvoří, pak další den ataka s fyzickou nezvladatelnou agresí proti jedné z obyvatelek oddělení – použil francouzskou hůl. Jiný den vzteky rozšlapal brýle, pak mlácení nábytkem a dveřmi s afekty vzteku. Honza dle sporadické mluvy – jednoslovně – napadl dívku pro žalování. Dle sdělení již půl roku nárůst úzkostných reakcí s kousáním se, rychlé pobíhání po oddělení. V rozhovoru zjištěno, že si je vědom, že udělal něco nedobře – je mu to líto – na oddělení po těchto stavech lítostivý pláč. Jako autoritu nyní spatřuje muže – ve škole není neklid – ten se objevuje až po příchodu ze školy více při službách žen na oddělení s výjimkou jediné ženy – vysoká a statná. Nesvůj rovněž občas v kontaktu s menšími dětmi, které jsou hlučné a neklidné ve svých projevech. Nárůst afektivní lability až do obrazu zkratovité agrese u hocha v období puberty a po stresové zátěži, s atypickým autismem a středně závažnou mentální retardací, nesociální projevy sexuálního puzení.

V patnácti letech byl Honza přeřazen na smíšené oddělení, kde jsou klienti ve věku od 15 do 25 let. Honza se zde velmi dobře adaptoval, projevy vzteku se ustálily,

našel si zde mnoho nových kamarádů, je na něm vidět, že mu prostředí starších klientů vyhovuje, vidí v nich svůj vzor. Stále navštěvuje základní školu speciální, kde chodí do osmé třídy, ve škole se mu také líbí, žádné velké problémy zde nemá. Před dvěma roky ho začal pravidelně navštěvovat otec s tetou asi tak 1x za měsíc. Už skoro rok si ho berou pravidelně 1x měsíčně na víkend domů, a dokonce byl u nich i o prázdninách tři týdny. Zdá se, že i toto přispělo ke zlepšení a ustálení jeho občasného zlostného chování.

Uživatelka č. 5 – Lucka, 24 let

Diagnóza: bipolární afektivní porucha při středně závažné mentální retardaci, vada zraku, M. Scheuermann – kyfoskolioza hrudní páteře, hyperkinetický syndrom.

Rodinná anamnéza: otec – dělník, zdráv, matka – dělnice, zdráva, oba rodiče jsou primitivní, bratr Lukáš – zdráv, pro zanedbání umístěn do DD Radenín

Osobní anamnéza: Narozena z 2. udržované gravidity, porod v 31. týdnu, spontánní, záhlavím, porodní hmotnost 2020g, délka 44cm, po porodu mírná hypotonie, přeložena na nedonoš.oddělení, zde 3 týdny v inkubátoru, zpočátku oxygenoterapie 6dní, pro hyperbilirubinemii na fototerapii. Před propuštěním šelest na srdci. Domů propuštěna ve věku 2 měsíců. V šesti měsících hospitalizována DEO na Bulovce pro rhinopharyngitis a zvracení. Ve věku 8 měsíců diagnostikována motorická retardace – sama nesedí, nepřevrací se na bříško. Strabismus. Při roční prohlídce motorická retardace asi o 3-4 měsíce – doporučena do rehabilitačních jeslí. Tam matka s dítětem chodila asi 14 dní, pak přestala docházet. V 18 měsících neleze, nesedí, říká asi 2 slova. Ve dvou letech hospitalizace na infekční klinice pro salmonelosu. Ve 2,5 roce pobyt ve Velkých Losinách – zde se dle zprávy začala aktivně projevovat, zaktivizovala se v lezení, chození kolem předmětů, komunikace ve hře, začala více artikulovat. Asi ve 30 měsících začala sama chodit.

Pro nevyhovující podmínky v rodině nařízena ústavní výchova a Lucka byla v pěti letech umístěna v DD se zvláštní školou v Radoníně. Závěr psychologického vyšetření: nerovnoměrný a opožděný vývoj s hyperkinetickým syndromem.

Při vyšetření v PPP v sedmi letech je uváděno, že za neúčelné lze považovat vřazení Lucky do 1. ročníku Zvláštní školy a bylo doporučeno provést diagnostický

pobyt v DÚSP Černovice (již o rok dříve byl doporučeno odložit o 1 rok školní docházku).

Psychologické vyšetření v sedmi letech uvádí, že Lucka je nápadně živá a zvýšeně komunikativní. Okamžitě navazuje verbální kontakt, bez výběru, ochotně jde na vyšetření. V hovoru občas tyká, řeč je dyslalická, drmolivá, místy obtížněji srozumitelná. Slovní zásoba odpovídá 4 – 4,6 věku. Zvládá pouze jednoduchou definici pojmu, činnost na obrázku popíše. Výkon ovlivněn okamžitým laděním (první obrázek popsán dobře, druhý záměna výrazné postavy chlapce za „tetu“). V oblasti hygienických návyků – udržuje osobní čistotu spolehlivě, neumí užívat toaletní papír. Při čištění zubů, mytí a česání vyžaduje dohled a pomoc. V sebeobslužných návycích – sama se oblékne a svlékne, věci složí. Zvládá zapnutí patentky, obtíže ji činí knoflík, tkaničku nezaváže, zip nezapne. Jí sama, lžící, krájenou stravu, čistě. Spánek bez poruchy, ráno se probouzí dřív. Ve vztahu k ostatním dětem je chování bez známek přímé agresivity, ráda je však „usměrňuje a řídí“, chová se dominantně, bere jim hračky, které ji zaujmou a pokud ji dítě odmítá vydat či poslechnout, umí ho i naplácat. Preferuje kontakt s personálem a vyžaduje jeho privilegovanou pozornost, zvýšeně hovorná. V oblasti výchovného přístupu vyžaduje spíš důslednost a klidný, ale autoritativní přístup s odměňováním žádoucího chování. Zapojuje se do pomocných prací na oddělení (zvedání židliček, dávání deček), na práci v kuchyňce není zvyklá a neovládá ji. Je snaživá a ráda střídá aktivity. Ve volném čase si nejčastěji hraje s panenkou, prohlíží knihu a staví stavebnici. Ráda sleduje TV – kreslené pohádky, filmy o zvířatech i seriál pro starší děti (pokud ji zaujme). Při hře si často zpívá a tančí, je-li požádána, aby zazpívala, odmítá. Do výchovných činností se zapojuje, pracuje krátkodobě. Někdy je negativistická a odmítá spolupracovat na konkrétní výchově (zazpívej). Při vlastním vyšetření – živá, hyperaktivní, výrazný psychomotorický neklid. Ve výkonech jsou výkyvy, vyžaduje střídání činností s možností „vstát od stolu“. Nápadná porucha koncentrace pozornosti. Paměť nejvýrazněji narušena ve složce vštípivosti a udržení. Je orientována osobou částečně, udá své jméno a příjmení, nezná věk (5 let, ukáže na prstech). Orientace časem nevytvořena ani přibližně. Orientace místem částečná. Myšlení převažuje názorné, obtíže ji činí pochopení zadání úkolu, je nutno opakovaně motivovat k pokračování v činnosti a úkol doplnit názornou ukázkou. Pokud je úkol obtížný, brzy se unaví a uniká. Vyžaduje časté střídání činností během

celého vyšetření – PM neklid. Zvýšená slovní produkce. V chování občas náznaky negativismu, který je dobře odklonitelný.

V jedenácti letech se již mnohému naučila a zvládá spoustu věci samostatně. V návykových činnostech je třeba stálého dohledu a upomínání, sebeobsluhu zvládá samostatně, pouze obtíže s utíráním po koupání. Obléká se sama, knoflíky i zipy zapne, sama se obuje, pouze neumí uvázat kličku, odmítá se ji naučit. Stoluje bez potíží, čistě, chová se slušně, má ráda sladké. Stlaní lůžka zvládá samostatně, potíže mívá s natažením potahu na postel, říká, že to neumí, když však chce, umí jej natáhnout správně a hezky. Do výchovných činností se zapojuje ráda, je třeba stálá motivace a individuální přístup. Její soustředění je již delšího trvání. Umí už poměrně dobře stříhat rovné čáry, někdy nepřesně. Velice ráda zpívá, melodii zvládá dobře, slova jí dělají potíže. Naučí se i krátké básničky. Výchovné problémy s Luckou nejsou, je živá, veselá, někdy lže, je drzá, ráda se mazlí a je ráda středem pozornosti. S ostatními dětmi vychází dobře, občas je komanduje, v kontaktu s dospělými je bezprostřední, dává se do hovoru s cizími lidmi, je třeba ji hlídat. Nezná hodnotu peněz, v čase se neorientuje. Lucka je zaměřena na budoucnost – pokud se blíží nějaká událost, neustále o ní mluví a vyžaduje jí, když však akce probíhá, ptá se, kdy už bude něco dalšího. Nedokáže tu přítomnou věc prožít právě teď.

V šestnácti letech je během celého vyšetření hyperkinetický – neklid rukou a nohou, poruchy pozornosti. Vzhledem k tomu je třeba vyšetření přerušit a koncentrovat pozornost. Spolupracuje ochotně, nárůst tenze se objevuje v situacích, kdy hovoří o rodině. V jiných situacích nápadná mnohomluvnost, zvýšený zájem o dění venku na zahradě**. Hrubá motorika –** bez omezení hybnosti – provede požadované řady – obtíže v dynamice pohybu u figury panák – svědčí o organické symptomatologii. Pohybové aktivity – plave bez kruhu, na kole nejezdí – neudrží se. **Jemná motorika** – nezručná, poznamenaná zbrklostí a nemotivovaností k činnosti. Skládá komín ze všech fragmentů, mostek nejistě, další tvary selhávají pro nepřesnost. Provádí malou zrakovou kontrolu. Vystříhávání – zřetelné drobné nepřesnosti. **Řeč** – dynamika řeči zrychlená, výslovnost jemně dyslalická**. Vyšetření inteligence** – neverbální – Raven BPM – v myšlení se objevují ulpívavá řešení. Aktuálně IQ 55. Verbální část – Wechsler – zde výsledky nepřesahují 6 let vývojového věku. Nejsilnější oblastí jsou vědomosti – dosahují vývoje cca 8 let. Naopak okamžité zapamatování verbálního znaku nepřesahuje úroveň

4,5letého dítěte. Způsobuje tak obtíže v učení – stopa rychle vyhasíná, je též unavitelná koncentrace pozornosti. Ta je navíc zatížena právě zvýšenou mírou poruch. Výsledek této oblasti – IQ 48. Další kvalita myšlení – naprosto závislé na konkrétním materiálu, konkrétní logické operace na úrovni 5,5. roku. **Orientace** – orientována jménem a příjmením, nepamatuje si datum narození, ví však, že měla předchozí den šestnácté narozeniny**. Osobnost** – nezralá, vzhledem k věku, právě probíhající puberta, četné infantilismy. Základní znaky – afektivní instabilita, převaha fantazie nad racionalitou, navíc nyní ve fázi zamilovanosti, afektivní podrážděnost, která ji žene do neustálých komentářů ve směru k okolí**. Aktuální prožívání –** vyladěnost na potřebu být považována za kompetentní. Vyhýbá se nevyřešeným osobním problémům, bojí se tlaku, chce se zbavit problémů a vztahů, které ji zklamaly. Potřebuje naprosto bezkonfliktní poměry a vztahy, které zaručují spolehlivost a jistotu. Nyní se souží, má obavy, aby nepřišla o současné vztahy, nebylo ohroženo uznání, které jí okolí poskytuje. Obtížně snáší kritiku – vnímá ji jako odmítání. **Škola –** poslední stupeň PŠ – vzdělávána dle individuálního plánu. Ve škole často potřebuje neustálou motivaci (nebaví ji, navíc výsledky odpovídají věku dítěte 7 – 7,5 roku). Píše některá slova dle napsané předlohy, podepisuje se tiskacími písmeny, nejistě počítá do 10.

V sedmnácti letech další psychologické vyšetření pro výrazné zhoršení Lucčina psychického stavu. Po celou dobu vyšetření je nápadně skleslá, mimika plochá, obtížně drží oční kontakt, PM neklid však nižší, než je u ní obvyklé. Vyjadřuje se velmi kuse, jednoslovně, s delšími latencemi**. Kognitivní oblast:** Raven BPM – nápadná ulpívavost, která se neobjevila v rámci předchozího vyšetření. Nápadné jsou dále latence v řešení úkolů – oproti poslednímu vyšetření pokles tempa- nárůst doby řešení na dvojnásobek. Jsou patrné odklony pozornosti (pohledy jinam, jakoby se zabývala svými myšlenkami, vyžaduje neustálé povzbuzování). Projektivní kresba – začarovaná rodina – stereotypní proveden s prázdnými očima, se strnulým výrazem. Nápadně silný tlak, výrazný tremor ruky**. Jemná motorika –** nápadný pokles tempa výkonů, tremor ruky, vše ostatní stejné jako minule**. Řeč –** nápadně tiché, kusé, jednoslovné odpovědi. Při zacílení na téma rodiny nárůst odstupu, téměř bez odpovědi, dlouhá váhání**. Stav prožívání** – prožívá výraznou deprivaci vnitřní rovnováhy a důvěry v druhé osoby. Myslí si, že když se pasivně přizpůsobí, lépe se prosadí. Ve skutečnosti se ale snaží emočně distancovat a chce tak získat vnitřní klid a vyrovnanost. Potlačuje potřebu sounáležitosti a živé účasti

druhých lidí na své činnosti – bojí se sdílet, přitom však chce, aby druzí lidé reagovali na její stav. Snaží se tak potlačit deprimující prázdnotu, izolaci, odstup**. Osobnost –** aktuálně výrazné vnitřní konflikty s neurotizací. Stav je aktuálně somatizován – poruchy spánku, tremor, bolest hlavy, zvýšená teplota. **Stav trivia –** zůstává od posledního vyšetření nezměněn**. Sebeobslužné činnosti** – je schopna provést běžné sebeobslužné úkony s dohledem a kontrolou, samostatné provádění je nespolehlivé i přes částečné zlepšení v posledním roce. Aktuálně výrazně generalizovaná strachová reakce ze sociálního kontaktu, s výrazným somatickým projevem a subdepresivitou v souvislosti s kontaktem s bratrem. Osobnost nezralá, s pubertálním vývojem, lehce manipulovatelná, neschopna se bránit.

V osmnácti letech podstoupila Lucka další kontrolní psychologické vyšetření pro zjištění aktuálního stavu. Před vyšetření ze zprávy vyplývá, že lékař shledává u Lucky emoční labilitu, poruchy kontroly impulsů (vyjídala lednici), bulimické jednání, stav uzavírá jako bipolární afektivní poruchu – manická fáze. Z průběhu vyšetření: vše jako při posledním vyšetření, pouze výrazněji přibrala na váze, tremor ruky jen velmi jemný. **Kognitivní oblast** – zde je situace stejná, horší je trivium – nyní psaní pouze podle vzoru, sama napíše jen jednoduchá slova o dvou slabikách – nevybavuje si grafémy**. Řeč –** přiměřená hlasitost a tempo, s chudou slovní zásobou, věty jen o několika slovech**.** CATO – neshledán aktuální výskyt traumat, nápadná jen orientace na oblast jídla. **Osobnost –** nezralá, s probíhajícím pubertálním vývojem, afektivní labilita. **Stav prožívání** – nejvíce by jí vyhovoval stav bez ovlivňování a požadavků. Prožívá bezprostředně a bezprostředně bude i reagovat, zaměřena na smyslové prožitky. Aktuálně etapa bez převládání deprese a mánie**. Sebeobsluha** – samostatné provádění je nespolehlivé, nutná je kontrola a dohled. Nepříliš shovívavá k děvčatům, která přišla jako nová, snaží se je někdy komandovat, sama však má občasné potíže s plněním svých úkolů.

Ve čtyřiadvaceti letech požádáno o nové psychologické vyšetření pro zhoršení jejího psychického stavu za posledního půl roku – výkyvy v chování. Spolupráce při vyšetření je narušována únavností při subjektivně náročnějších výkonech a častou zabíravostí hovoru. Je patrná intrapsychická tenze s ventilací v PM neklidu. V řeči jsou nápadné rychlé pasáže s echoláliemi – imponují až jako syndrom hypománie v řeči. Nápadné je rovněž její opakující se mnutí nejprve úst, pak nosu a poté očí za brýlemi –

až jako kompulze – rituál během pár minut opakuje neustále**. Kognitivní funkce** zůstává na stabilním výkonu – aktuálně IQ 5O. Schopnost naučit se novému na velice nízké úrovni – odpovídá cca 5 letům CHV. Ve vnímání neshledány specifické fenomény – závazky, běžné rituály každodenní ji nebaví, chtěla by se realizovat něčím neobvyklým. Sama uvádí, že závidí ostatním, kteří odjíždí domů. Aktuální stav ji neuspokojuje, chce se zbavit všeho, co jí vadí a touží po nových prožitcích. Z referencí vyplývá – má výkyvy, kdy verbálně napadá druhé, peskuje, dráždí. Stav se příliš nezlepšil ani po půldenní návštěvě u rodiny. Občas se schyluje k atakům na ostatní obyvatele – pak uhodí, kopne, strčí. Dekompenzace stavu při bipolární afektivní poruše – životní krize, kterou nyní nemůže překonat. Vyčerpaná, unavená, s vnitřní tenzí.

U Lucky je vidět, jak je pro člověka s mentálním postižením důležitá rodina, jejich láska, starostlivost, péče. Pokud s Luckou rodina komunikovala, občas navštěvovala, jednu dobu si ji brali na pár dní domů., vše bylo v relativním pořádku. Jakmile rodina omezila komunikaci a kontakt, došlo u Lucky k velkému psychickému tlaku, který u ní vyvolal poruchy chování, emoční labilitu, bulimické chování apod. Lucka se nedokáže smířit s tím, že rodiče ani bratr o ni nestojí.

Uživatel č. 6. - Petr, 20 let

Diagnóza: lehká mentální retardace, sociální deprivace, poruchy chování, neorganická enuresis nocturna.

Rodinná anamnéza: matka - vychována v dětském domově, zdravotní stav – lehká mentální retardace, potřetí provdaná, otec - nezaměstnaný, soudně trestaný, zdravý; sourozenci: bratr umístěn rovněž v dětském domově, polorodní sestra umístěna v pěstounské péči, oba sourozenci opožděný psychomotorický vývoj. Děti v rodině byly ohrožené prostředím, týrané. Rodiče jsou rozvedení, oba mají nové partnery (matka provdána potřetí). Matka má další dva syny, otec má s novou partnerkou tři děti.

Osobní anamnéza: Narozen z 3. gravidity, matka textační diabetes, porod proběhl ve 41. týdnu, spontánně, porodní hmotnost 3500g, délka 51cm.Poporodní adaptace dobrá, střední ikterus, perinatální intertrigo a exantém. Pro velmi špatnou péči umístěn v 1. roce do kojeneckého ústavu s dětským domovem v Kamenici nad Lipou. V pěti

letech přemístěn do dětského domova Humpolec. Od dětství enuresis nocturna. Od raného dětství opožděný vývoj, emoční deprivace a poruchy chování.

Ve třech letech užívá několik dvojslabičných slov, věty aktivně netvoří, ale opakuje.

V pěti letech operována retence pravého varlete a ing. hemie vpravo. Je dlouhodobě v péči pedopsychiatra.

V šesti letech odklad povinné školní docházky.

V sedmi letech zařazen do zvláštní školy v Humpolci.

V osmi letech hospitalizován v DPL Havlíčkův Brod – závěry: poruchy chování při lehké mentální retardaci a emoční deprivace, enuresis nocturna, dyslalie.

V deseti letech přeřazen do Pomocné školy v Humpolci (ze 4. ročníku Zvláštní školy).

V šestnácti letech přijat na diagnostický pobyt do DÚSP Černovic a poté zařazen do celoročního pobytu.

Z průběhu vlastního vyšetření: navazuje kontakt bez potíží, s menším sociálním odstupem, neustále se směje (polohlasně i hlasitě), místy až odbrzděný. Úkoly v rámci testování se snaží plnit dle svých možností – je opatrný, výrazně rozdílná výkonnost v rámci jednotlivých zadání**. Somaticky** – mladík vyššího vzrůstu, asthenický, výrazná vada výstavby horní čelisti, dyslalie, gotické patro. **Hrubá motorika** – chodí samostatně, bez opory, výstup a sestup ze schodů bez držení, jezdí na kole, plave i pod vodou. Pohybová řada – stoj o jedné – jemně nejistý, ale provede. Poskok na jedné – nejistě, s výraznější neobratností. Dynamická figura – dyskoordinace horní končetiny a dolní končetiny. **Jemná motorika** – pracuje pomaleji, s výraznou snahou o úspěch. Všechny zadané úkoly se mu daří úspěšně dokončit. Stříhá pravou horní končetinou, otáčí materiálem i nástrojem, zaoblené tvary poměrně přesně podle předkresleného tvaru. Návlek středně velkého korálku – spolehlivý, poměrně zručný. Bez symptomaticky organického postižení CNS**. Grafomotorika –** kresba postavy – úchop materiálu do PHK, schéma postavy velmi chudé, chybí množství detailů obličeje i oblečení, výraznější disproporcionalita. Provedení odpovídá zobrazení cca 5,6 rokům věku. Silnější přítlak na materiál, jsou obtíže s umístěním kresby v ploše (totéž u kresby stromu). **Řeč -** výraznější dyslalie (vzhledem k atypickému tvaru čelisti a gotickému patru), bez agramatismu. Hovoří však bez ostychu, spontánní produkce v souvětích.

Orientace – osobou – uvede své jméno a věk (16 – ne měsíce od posledních narozenin), jméno vlastního sourozence i sourozenců, kteří bydlí s otcem, otcovo bydliště a jméno, nikoliv věk, jméno matky. Místem – ví, že přijel proto, aby se rozhodlo, kam půjde do školy – v DD byly potíže se zvládnutím učiva dle programu praktické školy, byl vyučován dle programu pro speciální školu. Časem – spolehlivě orientuje čas na hodinkách, zakreslí dle pokynů do slepého ciferníku. Plete si roční období a měsíce, jejich počet zvládá. Bližší členění času na minuty v hodině – s obtížemi, převody jednotek. Somatem – chybuje v orientaci podrobnějšího schématu – zápěstí, nárt, ostatní části těla a hlavní orgány orientuje správně. Neshledána psychotická symptomatologie. **Kognitivní oblast – inteligence** - v neverbálních subtestech vykazuje výraznější množství chybných výkonů – odpovídá IQ 49. Ve výkonech se objevuje nápadnější ulpívavost na předchozím řešení. V náročnějších sadách volí řešení dle nápadných detailů, nikoliv dle souvislostí. Verbální oblast je nerovnoměrně rozložena – k selhávání dochází v oblasti počtů (obtíže činí násobky a podíly), dále v porozumění sociálním souvislostem ve složitějších situacích a ve vyvození generalizovaných pojmů. Naopak oblasti vědomostí a slovník jsou rozvinuty v kontextu lehkého postižení IQ = 60. Paměť se manifestuje s převahou mechanické složky, s nižší kapacitou – 5 znaků. Pozornost - neshledávám specifické fenomény, které by byly signifikantní pro organické postižení, kapacita odpovídá lehkému postižení. Další znalosti – bez zaváhání uspěje v prověřování znalostí barev (i doplňkové), zvířat a jejich mláďat, ovoce. **Osobnost** – nezralá, s četnými infantilismy, velice snadno manipulovatelná a podléhá v kontaktu se subjektivně atraktivními osobami. Během pobytu do doby vyšetření bez agresivních projevů – spíš se manifestují pubertální projevy – „záchvaty smíchu“ v přítomnosti kamaráda, který jej zcela ovládl. Nesamostatný v rozhodování. **Trivium –** čtení – čte s nízkým podílem intonace, je tiché čtení u více jak dvouslabičných slov, občas s chybou. Tempo čtení odpovídá chronologickému věku cca 7,5 roku. Porozumění textu je ve fragmentech. Psaní – dle diktátu napíše psanými grafémy 4 věty – polohlasem si předříkává pořadí hlásek v jednotlivých slovech. V napsaném textu je množství chyb – celkově odpovídá spodnímu pásmu lehkého postižení. Počty – jsou nejvíce problematickou oblastí. Sečte a odečte pod sebe napsaná trojciferná čísla – používá prsty. Selhává ve výpočtu násobku i podílu v rámci čísel 4, 6, 7, 8, 9. Násobek provede přičítáním, podíl velice problematický s odčítáním. Součet a rozdíl s desetinou čárkou

(vrácení z nákupu) jen s dopomocí. Celkově odpovídá vzhledem k nerovnoměrnosti výkonů horní hranici středně závažného až spodní hranici lehkého postižení. **Sociální a hygienické návyky** – na oddělení se adaptoval poměrně rychle. Od počátku pobytu navázal kontakt s jedním z obyvatel, kterým se nechá vmanipulovat do různých situací a nechá si od něho občas i poroučet. Je přátelský k ostatním obyvatelům, bez konfliktů. Některé typy obyvatel může provokovat jeho neustálý smích. V oblasti sebeobsluhy je poměrně samostatný, dokáže se postarat o pořádek na pokoji i pomoci při drobných činnostech v rámci oddělení. Pomáhá rád a ochotně. Je vděčný za ocenění. V kontaktu s personálem podřídivý. Disharmonický vývoj osobnosti a nerovnoměrně rozložené duševní schopnosti. Aktuální úroveň- horní hranice středně závažného až střední pásmo lehkého postižení. Etiologie postižení s podílem hereditárních faktorů a rané emoční deprivace. Osobnost nezralá, vlivy pubertálního období, s četnými infantilismy a výrazněji podléhává, až neschopnost rozhodovat se úměrně věku a stupni postižení. Dyslalie. Enuresis nocturna. Po přijetí do ústavu zařazen do dvouleté praktické školy v rámci ústavního zařízení. Tuto školu po dvou letech zdárně ukončil závěrečnou zkouškou.

V devatenácti letech po ukončení praktické školy Petr začíná docházet do sociálně terapeutických dílen, kde se připojuje do pracovní skupiny mající na starosti úklidové práce v areálu ústavu a práce v oboře. Petr je s tímto zařazením spokojený dokonce se začal učit s křovinořezem. Petr má v budoucnu perspektivu žít na chráněném bydlení, které je též součástí ústavu.

7.3 Závěr šetření

Na závěr svého šetření bych chtěla ukázat rozdílné aspekty rodinné a ústavní péče na jednotlivých klientech.

Klienti Kristýna a David žijí celý život v rodinném prostředí. Oba dva nemají žádné výrazné problémy, pouze u Kristýny se objevují problémy, které souvisí s tím, že nemá sourozence ani žádné kamarády s kterými by mohla trávit svůj volný čas. Jinak z pozorování a z rozhovoru s jejich rodinami lze říci, že žijí spokojený a láskyplný život se svými rodiči a příbuznými, tak jak by měli žít všichni.

Klienti Zuzka a Honza využívají v našem ústavu službu týdenní stacionář, to znamená, že přes týden jsou v ústavu a o víkendech a prázdninách se vrací domů ke svým rodičům a sourozencům. Honza navštěvuje základní školu speciální, která se nachází v areálu našeho ústavu a Zuzka dochází do sociálně terapeutických dílen, které jsou též součástí našeho zařízení. U Zuzky ani u Honzy se neprojevují žádné negativní prvky ústavní péče, pouze u Honzy se občas ještě objevuje zlostné chování, které je možno částečně domluvou usměrnit. U Zuzky se zase setkáváme s tvrdohlavostí a paličatostí, které jsou přičítány jako součást Downova syndromu. Oba často spontánně vypráví o své rodině, o sourozencích, o životě doma, ale přesto se oba rádi vrací po prázdninách zpět ke svým kamarádům, spolužákům či spolubydlícím.

Klienti Lucka a Petr žijí celý život v ústavu nebo v podobném zařízení.

Lucka žije v ústavu od dětství, protože rodiče nebyli schopni se řádně o Lucku postarat a byla jí nařízena ústavní výchova. Cítí se v ústavu opuštěná, sama, i když má kolem sebe spoustu kamarádů. Chybí jí citové pouto k rodině (rodiče a bratr), která o ni ale nemá žádný zájem. Projevuje se u ní psychická labilita, bipolární afektická porucha – manické fáze.

Petr žije skoro od narození v ústavu, nejprve v kojeneckém ústavu v Kamenici nad Lipou, poté v dětském domově v Humpolci, kde byl též i jeho starší bratr. Zde pobýval až do svých šestnácti let, poté byl umístěn do DÚSP Černovice. Kontakt s rodiči neudržuje, pouze s bratrem, který mu pravidelně volá a občas ho i navštíví. O Petrovi by se dalo říci, že je emočně chladný, nemá potřebu žádného citového pouta, nejspíše důsledkem rané emoční deprivace.

Ústav sociální péče, byť poskytuje kvalitní servis služeb svým klientům, není jistě zdaleka nejlepším prostředím pro optimální rozvoj osobnosti a dosahování správné, normální kvality života lidí s mentálním postižením. Tím je bezesporu hlavně rodina. Stejně jako ve všech zařízeních ústavního typu, zde víceméně trvalé kolektivní soužití může vést k silným citovým deprivacím obyvatel ústavu a přispívat k prohlubování zvláště sociálního handicapu a izolace.

Snad v nejhorší situaci se nachází klienti, kteří ztratili prakticky všechny silnější kontakty s mimoústavním světem (smrt rodičů, příbuzných anebo nezájem rodiny). Nejsou sice opuštěni fyzicky, vždyť kolem sebe mají neustále spoustu lidí, s nimi je ale nemusí spojovat chtěné a záměrné přátelství. Často jde o vztah profesionální,

vrstevnický, někdy i rivalský. A to vše se odehrává ve víceméně uzavřeném světě ústavu, kde platí specifická pravidla. Opuštěnost tu má podobu niterné samoty, ze které klient nemůže jednoduše vystoupit, třeba tím, že by na nějaký čas změnil „prostředí a společnost“.

Ústavní prostředí má negativní vliv na rozvoj osobnosti těch, kteří v něm žijí. Vlivy prostředí a výchovné působení jsou jedním z důležitých činitelů působících na rozvoj osobnosti jedinců žijících v ústavní péči. Tak jak pro každého z nás, i pro jejich správný rozvoj je důležité vytvoření citového pouta k jakékoli blízké osobě, protože to je záruka pocitu bezpečí a jistoty. V podmínkách ústavní péče ani tato potřeba není většinou naplněna. Výchovné problémy lidí s mentálním postižením vyrůstajících v ústavních zařízeních jsou častěji důsledkem celého souboru deprivací, zejména ale právě té citové, než samotné mentální retardace.

Přestože mnoho jedinců žije v ústavech, je jen na jejich pracovnících, aby zajistili klientům pohodové příjemné prostředí, kde by se cítili příjemně a bezpečně. Všichni, kdo s těmito lidmi pracují, vědí, že v podmínkách ústavní péče patří mezi činnosti působící na psychickou pohodu a pozitivní rozvoj osobnosti mimo jiné i možnost účasti na zájmové činnosti, vycházky do přírody, poslech hudby, návštěvy na kulturních akcích, rekreace mimo ústav i sportovní aktivity.

ZÁVĚR

V diplomové práci je analyzována problematika ústavní a rodinné péče, osob s mentálním postižením a zdůrazněna nutnost nastolení nových cest a trendů v péči o osoby. Je důležité upozornit na to, že k rozvíjení předpokladů jedinců s mentální retardací je zapotřebí nejen mnoho pochopení a trpělivosti, ale také velké množství odborných znalostí a praktických zkušeností.

V současné době je snahou společnosti, aby lidé s mentálním postižením mohli svůj život prožít v rodinném prostředí, co nejpřirozeněji, stejně jako jejich zdraví vrstevníci. Každý člověk by měl mít právo poznat lásku, péči a starost svých rodičů (blízkých), hřejivé teplo rodiny a svých nejbližších. Tuto skutečnost nikdy nemůže plně nahradit žádné, sebelepší kolektivní zařízení. Co by však zajistit mělo, dobrý a spokojený náhradní domov. Tam kde rodině dochází síly, či kde rodina selhává, nastupuje fungující ústavní péče.

Vzhledem k tomu, že v blízké budoucnosti nebudou ústavy sociální péče rušeny, není vůle a ani nejsou finance na jejich přetransformování. V poslední době naopak stále další ústavy přibývají, je proto nutno řešit kvalitu péče tak, aby ústavní prostředí co možná nejméně poškodilo osobnost jedince.

V současné době jsou některé ústavy vybaveny technicky i esteticky na vysoké úrovni a mohou svým obyvatelům poskytovat skutečně komplexní služby. Je známo, že ve špatných podmínkách se špatně žije i pracuje, že lidská spokojenost záleží především na lidech, kteří člověka obklopují a teprve potom na okolních věcech, totéž platí o spokojenosti lidí s mentálním postižením. Proto i kvalita života lidí v ústavech závisí více na lidské a odborné úrovni jejich pracovníků než na technické úrovni jejich vybavení.

I člověk s mentálním postižením je především lidská bytost - nadaná, s vlastní vůlí a potřebuje mít možnost ji uplatnit a v rámci svého vlastního prostoru se potřebuje svobodně rozhodnout nebýt po celý svůj život ovládán a manipulován. Míra jeho svobody rozhodování samozřejmě závisí na jeho možnostech a schopnostech posoudit následky svého jednání. Je třeba mít stále na paměti, že jedinci s mentální retardací realizují své schopnosti v situaci mnohonásobně náročněji než lidé bez postižení.

Kvalita života jedince v ústavech sociální péče je výslednicí působení objektivních a subjektivních faktorů a proniká všemi oblastmi lidské existence. Odvíjí se od celkové vyspělosti společnosti, která může uspokojit individuální potřeby a přání těchto jedinců. Společnost tedy nese díl odpovědnosti za to, jak umožní jedincům s mentálním postižením prožít kvalitní život.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŇOVÁ, M. – BAZALKOVÁ, B. – PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie:* Paido, Brno 2007. ISBN 978 – 80 - 7315 – 161 – 4.

2. BENKO, J. *Problémy diagnostiky oligofrenie z hlediska neurologie*. Martin: OÚNZ, 1971

3. ČADILOVÁ, V. – JŮN, H. – THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978 – 80 – 7367 – 319 – 2.

4. ČERNÁ, M. A KOL. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum nakladatelství UK, 2009. ISBN 978 – 80 – 246 – 1565 – 3.

5. ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK, 1995.ISBN 80 – 7066 – 899 – 7.

6. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973.

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

8. HLADÍLEK, M. – JENŠÍ, J. *Doplňky k psychopedické praxi*. 1. vydání. Pelhřimov: OV SPMP, 2000.

9. JANATA, J. *Agrese, tolerance a intolerance*. Praha: Grada, 1999.
ISBN 80 – 7169 – 889 – X.

10. JOHNOVÁ, M., STUPKOVÁ, V., TRAMPOVÁ, M. & VITÁKOVÁ, P. *Podporované zaměstnávání*. Praha: APZ RYTMUS, 1999.

11. JUROVSKÝ, A. *Osobnost člověka při práci*. Bratislava: Nakladatelství Práce, 1980.

12. KOHOUTEK, R., ŠTĚPANÍK, J. *Psychologie práce a řízení.* Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1999. ISBN 80 – 214 – 1552 – 5.

13. KREJČÍŘOVÁ, O., MEDVECOVÁ, A., OPATŘILOVÁ, D., STUPKOVÁ, V. & VOJTOVÁ, V. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80 – 903598 – 1 – 7.

14. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených.* Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80 – 201 – 019 – 9.

15. LANGER, S. *Mentální retardace*. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80 – 900254 – 8 – X.

16. LANGMEIER, J. KREČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80 – 7169 – 195 – X.

17. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství.* 4. vydání, Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978 – 80 – 246 – 1983 – 5.

18. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80 – 7178 – 572 – 5.

19. MALÁ, E. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80 – 7178 – 700 – 0.

20. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80 – 85850 – 76 – 1.

21. MATULAY, K. *Mentálna retardácia*. Martin: Osvěta, 1986.

22. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1. vydání Praha: Portál, 2000. ISBN 80 – 7178 – 197 – 5.

23. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80 - 86633 – 40 – 3.

24. PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978 – 80 – 7262 – 606 – 9.

25. RENOTIÉROVÁ, M. – LUDVÍKOVÁ, L. A KOL. *Speciální pedagogika.* 4. vydání Olomouc: univerzita Palackého, 2006. ISBN 80 – 244 – 1475 – 9.

26. RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka.* Praha: SPN, 1986

27. SOBEK, J. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus, 2007. ISBN 978 – 80 – 239 – 9400 – 1.

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

29. ŠVARCOVÁ, I. *Aktuální otázky psychopedie*. Liberec: TU, 1998. ISBN 80 – 7083 – 272 – X.

30. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vydání Praha: Portál 2006. ISBN 80 – 7367 – 060 – 7.

31. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: UK Karolinum, 2004. ISBN 80 – 246 – 0841 – 3.

32. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80 – 7178 – 214 – 9.

33. VÁGNEROVÁ, M., HAJD-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80 – 7184 – 929 – 4.

34. VALENTA, M. A KOL. *Přehled speciální pedagogiky a školní integrace.* 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 9 – 80 – 244 – 0698 – 5.

35. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické zásady a metodika.* Praha: Parta, 2003. ISBN 80 – 7320 – 063 – 5.

36. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80 – 7315 – 071 – 9.

37. ZVOLENSKÝ, P. A KOL. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum nakladatelství UK, 1996. ISBN 80 – 7184 – 203 – 6.

38. Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách

39. Zákon č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – DÚSP Černovice..... I
Příloha B – Zdravotní a rehabilitační péče..... II
Příloha C – Sociálně terapeutické dílny.....III-VI

PŘÍLOHY

Příloha A – DÚSP Černovice

Příloha B – Zdravotní a rehabilitační péče

Příloha C – Sociálně terapeutické dílny

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Zdenka Čekalová

Obor: speciální pedagogika oborová

Forma studia: kombinované

Název práce: Osoby s mentální retardací v ústavu sociální péče nebo v rodině

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh:[1]**79**

Celkový počet stran příloh:[2] **4**

Počet titulů českých použitých zdrojů: 39

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann