

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské kombinované studium
2011 - 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ilona Štollová

Problematika psychopedie předškolního věku

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Josef Novotný, CSc.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies
2011 - 2012

BACHELOR THESIS

Ilona Štollová

Problems of pre-school age psychopaedia

Prague 2012

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PhDr. Josef Novotný, CSc.**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1.3.2012

.....

Anotace

Tématem bakalářské práce je problematika dětí s mentálním postižením v předškolním věku. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Kapitoly teoretické části vymezují pojmy a východiska v psychopedii, popisují jednotlivé kategorie mentálního postižení a příčiny vzniku mentálního postižení, charakterizují jednotlivé oblasti a specifika vývoje dítěte, jeho rodinu a možnosti předškolní výchovy a vzdělávání jedince s mentálním postižením. Praktická část popisuje kazuistiky dětí zařazených do předškolního vzdělávání. Použité výchovně vzdělávací programy jsou příkladem podpory a celkového rozvoje osobnosti dítěte s mentálním postižením.

Klíčové pojmy

psychopedie, dítě s mentálním postižením, předškolní věk, výchova, předškolní vzdělávání

Annotation

The subject of the Bachelor Degree Thesis is problems of children with mental affection at the pre-school age. Degree Thesis is divided into the theoretical and practical parts. The chapters of the theoretical part define the notions and starting points in psychopaedia, describe the individual categories of mental affection and causes of its origin, characterize the individual areas and specifics of the child's development, his or her family and possibilities of pre-school upbringing and education of the individual with mental affection. The practical part describes the casuistries of children included in the pre-school education. The used upbringing-education programmes are an example of the support and the overall development of personality of the child with mental affection.

Key words

psychopaedia, child with mental affection, pre-school age, upbringing, pre-school education

Obsah

Úvod.....	7
I TEORETICKÁ ČÁST	
1 Pojetí psychopedie.....	9
1.1 Východiska a pojetí psychopedie.....	9
1.2 Problematika pojmů v psychopedii.....	11
1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace a příčiny jejího vzniku.....	13
2 Ontogenetický vývoj jedince s mentální retardací v předškolním věku... 17	17
2.1 Charakteristika jednotlivých oblastí vývoje v předškolním věku.....	17
2.2 Specifika jedinců s mentálním postižením.....	20
3 Rodina dítěte s mentálním postižením.....	22
3.1 Přijetí dítěte s postižením.....	22
3.2 Podpora rodin dětí s mentálním postižením.....	25
4 Předškolní výchova a vzdělávání dětí s mentálním postižením.....	28
4.1 Institucionalizace předškolní výchovy.....	28
4.2 Výchovné působení prostřednictvím terapeutických přístupů.....	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	
5 Kazuistika dívky s lehkým mentálním postižením.....	35
5.1 Kazuistika	35
5.2 Příklady výchovně vzdělávací činnosti.....	39
6 Kazuistika chlapce s kombinovaným postižením.....	42
6.1 Kazuistika.....	42
6.2 Příklady výchovně vzdělávací činnosti.....	46
Závěr.....	48
Seznam použité literatury.....	49
Seznam příloh.....	51

ÚVOD

Období předškolního věku dětí je klíčovým obdobím pro jejich další vývoj. V průběhu prvních šesti let se osobnost zdravého dítěte rozvine do takové míry, že podobně dynamické období v jeho vývoji již nenastane. Proto je také předškolní věk dětí s mentálním postižením tak významný a zcela zásadní pro jejich další vývoj. U dítěte s nerovnoměrným vývojem je předškolní výchova a vzdělávání důležitým předpokladem pro pokračování v dalším vzdělávání, napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti jeho vývoje. Poskytuje dítěti speciálně pedagogickou péči, dává mu možnost uspět v dalších vzdělávacích procesech a uplatnit se v dalším životě.

Tématem mé bakalářské práce je problematika psychopedie v předškolním věku, možnosti a prostředky speciálně pedagogické podpory u dětí s mentálním postižením. Vybrané kazuistiky se snaží poukázat na důležitost předškolního vzdělávání. Výběr tématu ovlivnilo mé profesního působení v této oblasti. Sledované děti jsou z předškolních zařízení, které jsem dlouhodobě navštěvovala.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zaměřuji na pojmy a východiska psychopedie, popisuji jednotlivé stupně postižení, vývoj jedince v předškolním věku a odlišnosti u dětí s mentálním postižením. V kapitole Rodina dítěte s mentálním postižením se zabývám jednotlivými fázemi přijetí dítěte s postižením a podporou poskytovanou těmto rodinám. Poslední kapitola teoretické části je věnována předškolní výchově a vzdělávání dětí včetně podpůrných terapeutických přístupů, prostřednictvím kterých lze na děti s mentálním postižením výchovně působit. Obsahem praktické části jsou dvě kazuistiky dětí s mentálním postižením a příklady výchovně vzdělávacích činností.

Cílem praktické části je na konkrétních případech doložit, že předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte, podílí se na jeho zdravém citovém,

rozumovém a tělesném rozvoji, a tím se dítě s mentálním postižením snadněji se svým nerovnoměrným vývojem vyrovnává.

Při zpracování vybraného tématu jsem použila analýzu odborného textu; souhlas rodičů vybraných dětí mi umožnil zpracovávat dokumenty, zprávy z odborných vyšetření a záznamy z přímého pozorování dětí. Doplnujícím prostředkem ke zpracování tématu byly rozhovory s rodiči, pedagogy a dalšími odborníky.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Pojetí psychopedie

1.1 Východiska a pojetí psychopedie

„Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby.“ (Pipeková, 2006, str. 269)

Podle Renotiérové (2006, str. 161) je psychopedie vědní obor speciální pedagogiky, jehož předmětem je specifická a početná skupina mezi zdravotně postiženými občany – děti, mládež a dospělí s mentálním postižením.

Valenta, Müller (2007, str. 4) nahlíží na pojem psychopedie v ještě širších souvislostech. Jde podle nich o interdisciplinární obor zabývající se prevencí, prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) s důrazem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, integraci a socializaci klienta s mentálním postižením.

Psychopedie je společně se základy speciální pedagogiky součástí systému speciálně pedagogických disciplín (etopedie, logopedie, surdopedie, tyflopédie, somatopedie), jež jsou jejími příbuznými obory. „Speciální pedagogika je pak včleněna do soustavy pedagogiky jakožto základního vědního oboru.“ (Valenta, Müller, 2007, str. 5) Nejblíže k psychopedii má etopedie (nejmladší speciálně pedagogická disciplína), dále logopedie a somatopedie.

Z mezioborového hlediska se psychopedie dotýká kromě již zmíněné pedagogiky také psychologie, sociologie a medicínských oborů. Z obecné psychologie využívá pojmy, vývojová psychologie poskytuje ontogenezi psychiky jako normu nutnou ke srovnávání a v patopsychologii lze nalézt specifika osobnostní struktury mentálně či jinak duševně postiženého jedince. Sociologie je zdrojem informací o chování jedince ve vzájemném působení se společenským prostředím

(např. ve třídě, v rodině). Nejbližšími medicínskými obory pro psychopedii jsou psychiatrie, pediatrie, neurologie a další. (Valenta, Müller, 2007, str. 4-6)

1.2 Problematika pojmů v psychopedii

„Předmětem psychopedie je nejen mentální retardace či jiné duševní postižení, ale především klient s mentálním postižením či jinak duševně postižený klient a jeho socializace v nejširším slova smyslu.“ (Valenta, Müller, 2007, str. 5)

Současné pojetí psychopedie zdůrazňuje celkové pojetí klienta se zdravotním postižením (nejenom somatopatologické pojetí - zaměření na organické poškození), upřednostňuje zvláště to, co je u jedince funkční a neporušené (intaktní).

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.“ (Renotierová, 2006, str. 162)

Švarcová (2006, str. 29) označuje mentální postižení nebo mentální retardaci jako „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“

Valenta, Müller (2007, str. 12) definuje mentální retardaci jako „vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“

Pojem mentální retardace se nedá jednoznačně definovat, lze na něj pohlížet z mnoha hledisek (biologické faktory, faktor stupně intelektu, sociální hledisko). Tato nejednoznačnost se promítá v množství definic, lze v nich však najít společné zaměření na *celkové snížení intelektových schopností jedince*.

Mezinárodní organizace zabývající se problematikou mentálního postižení se shodují na užívání označení *člověk s mentálním postižením* na rozdíl od označení *mentálně postižený*, *mentálně retardovaný člověk*. Pojem *člověk s mentálním postižením* označuje toto poškození pouze jako jeden z osobnostních rysů. na rozdíl od původního stigmatizujícího označení. Užívá se také výraz *člověk nebo dítě se zvláštními potřebami*, klade důraz na člověka, osobnost jako takovou, a teprve pak na jeho postižení.

V souvislosti s těmito pojmy je třeba zmínit i další související termíny. Květoňová (2004, str. 17) v souvislosti s Mezinárodní klasifikací poruch, postižení a handicapů (WHO) z roku 1980, uvádí, že je třeba „chápat postižení v celé jeho šíři s ohledem na všechna terapeutická opatření od medicínské intervence přes rehabilitaci, výchovu a vzdělávání až k sociální péči.“

- porucha (angl. „disorder“) - medicínsky definovaný stav, nemoc
- postižení (angl. „impairment“) - ztráta psychické, fyziologické nebo anatomické funkce
- omezení schopností (angl. „disability“) - omezení, které plyne z postižení a zabraňuje provádět činnosti
- handicap - vliv poruchy či postižení člověka na jeho společenské uplatnění

Někdy jsou v odborné literatuře rozlišeny termíny postižení, omezení, handicap a pod pojem postižení je zařazen i výraz porucha. (Květoňová, 2004, str. 17)

1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace a příčiny jejího vzniku

Pomocí inteligenčního kvocientu vyjadřujícího úroveň rozumových schopností je možné určit hloubku mentální retardace. Měřítkem pro hodnocení kvantity úbytku rozumových schopností je srovnání schopností mentálně postiženého jedince s normou - průměrný výkon má hodnotu IQ 100 a hranicí mentálního postižení je IQ 70. Toto hodnocení inteligence je pouze kvantitativní a poskytuje jen globální odhad schopností.

Ke klasifikaci mentální retardace se používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (ICD-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Valenta, Müller (2007) uvádějí čtyři stupně postižení:

- lehká mentální retardace – IQ 50-69
- středně těžká mentální retardace – IQ 35-49
- těžká mentální retardace – IQ – 20-35
- hluboká mentální retardace – do 19 IQ

Pipeková (2006) k výše uvedeným stupňům ještě uvádí:

jinou mentální retardaci – stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus a *nespecifikovanou mentální retardaci*.

Pro jedince s *lehkou mentální retardací* je charakteristické dosažení úplné nezávislosti v osobní péči (hygienické návyky, jídlo) a v praktických domácích dovednostech. Jsou schopni dodržovat základní pravidla logiky, ale nejsou schopni myslet abstraktně – myšlení i řeč jsou konkrétní. Jejich řečový projev je jednodušší a užívají kratších vět. Mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním. Velmi prospěšná je výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců lze zaměstnat manuální prací, ke které potřebují pouze dohled a oporu.

Jedinci se *středně těžkou mentální retardací* bývají schopni si osvojit běžné návyky a jednoduché dovednosti v oblasti sebeobsluhy. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, jejich verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Někteří se nenaučí mluvit nikdy (mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím) a mohou se naučit používat gestikulace a jiných způsobů neverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se verbálně. Učení je limitováno na mechanické podmiňování, je nutné četné opakování. Někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. Osoby se středně těžkou mentální retardací mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, při kterých není vyžadována přesnost a rychlost. Potřebují trvalý dohled.

U osob s *těžkou mentální retardací* jde často o kombinované postižení (mnozí z nich mají postiženu i motoriku, trpí epilepsií atd.) v souvislosti s tím pak často zvládají pouze základní úkony sebeobsluhy. Jsou závislí na péči jiných osob. Jejich učení je velmi limitováno, jsou schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy. „I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.“ (Švarcová, 2006, str. 35)

Pro úroveň hluboké mentální retardace je typické kombinované postižení. Jedinci jsou většinou imobilní, bývají inkontinentní a vyžadují stálou pomoc a dohled. Poznávací schopnosti jsou většinou omezené na schopnost rozlišovat známé a neznámé předměty a reagovat na ně libostí a nelibostí (nevytvoří se ani základy řeči). „Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních

dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech.“ (Švarcová, 2006, str. 36)

Mentální retardace může mít celou řadu různých příčin, které na sebe vzájemně spolupůsobí. Při hledání příčin vzniku mentálního postižení se uvádějí dvě rozdílná hlediska. Jeden pohled klade důraz na dědičnost a spíše podceňuje vlivy prostředí a výchovy na vývoj osobnosti člověka. Druhé hledisko naopak zdůrazňuje vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, ale důraz na dědičné vlivy neklade.

Mentální opožďování mohou způsobovat příčiny vnitřní (*endogenní*) a vnější (*exogenní*). Vnitřní příčiny jsou zakódované již v době, kdy vzniká nový jedinec - jedná se tedy o příčiny genetické. Vnější příčiny způsobující mentální postižení působí od početí do narození (období prenatální), během porodu (perinatální) a po narození (postnatální).

Švarcová (2006) uvádí tyto nejčastější příčiny mentálního postižení:

Následky infekcí a intoxikací

- prenatální infekce (např. zarděnky, toxoplazmóza)
- postnatální infekce (např. zánět mozku)
- intoxikace (např. otrava olovem)

Následky úrazu nebo fyzikálních vlivů

- mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie)
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie

Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. fenylketonurie)

Makroskopické léze mozku (degenerací, novotvarem)

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

Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom)

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

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

Jiné a nespecifické etiologie

Pipeková (2006) uvádí, že proces zastavení mentálního vývoje *po 2. roce života* je příčinou *deteriorizace* (dětské demence). Postupně se prohlubují a zhoršují jednotlivé zasažené složky osobnosti (schopnost abstraktního myšlení, paměť, orientace, úsudek). Deteriorizace bývá zapříčiněna *pozdější* nemocí nebo úrazem mozku. Nejčastěji jde o zánět mozku, zánět mozkových blan, nádor na mozku. Bývá někdy nazývána *získaná mentální retardace*.

Hledání příčin mentální retardace není konečné, vývoj v této oblasti pokračuje v odhalování dalších neznámých příčin. „Výzkum příčin mentální retardace zdaleka není ukončen, ...nachází se spíše na počátku než v závěrečných fázích svého vývoje.“ (Renotírová, 2006, str. 163)

2 Ontogenetický vývoj jedince s mentální retardací v předškolním věku

2.1 Charakteristika jednotlivých oblastí vývoje v předškolním věku

Předškolní období je obvykle vymezováno od 3 do 6 let, toto vymezení lze rozšířit do nástupu školní docházky. V České republice se školní docházka zahajuje po dovršení 6 let věku dítěte. Nejdéle je možné odložit docházku do zahájení školního roku, ve kterém dítě dovrší 8 roků. (Školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) “Předškolní období, které trvá od 3 do 6 let u zdravé populace, se u dětí s mentálním postižením prodlužuje o čtyři až pět let“ (Pipeková, 2006, str. 289). Hlavním úkolem tohoto období je stanovit výhled do budoucna s důrazem na sebeprosazení a aktivitu dítěte. Prostřednictvím dlouhodobé diagnostiky (zjišťování vývojové úrovně), která zaznamenává odlišnosti ve vývoji dítěte, se stanovuje prognóza (výhled, odhad vývoje). Pod pojmem vývoj dítěte je myšlen psychomotorický vývoj, který souvisí s rozvojem motorických (pohybových) a mentálních (duševních) schopností dítěte.

Hrubá motorika je charakterizována úrovní pohybové koordinace a hbitosti:

- Dítě ve věku 4-5 let zvládá dobře utíkat, seběhne hbitě ze schodů, skáče, leze po žebříku, seskočí z nízké lavičky, stojí déle na jedné noze, hází míčem, v 5 letech ovládá jízdu na koloběžce.
- V oblasti sebeobsluhy se projevuje jeho větší zručnost, tím je soběstačnější: 4-5leté dítě samostatně stoluje, samo se svléká a obléká, pouze pro některé části oděvu potřebuje malou pomoc, obuje si boty, zkouší zavazovat tkaničky, při toaletě potřebuje jen malou pomoc: umyje si ruce, samo se s dohledem vykoupe.

Oblast jemné motoriky se rozvíjí kresbou a hrou:

- V kresbě nejprve dítě zvládá různé směry čar (vertikální, horizontální, křížek), později kreslí čtvercové a trojúhelníkové tvary, postupně se dostává ke znázornění lidské postavy (proporce těla neodpovídají skutečnosti).
- Hra, podobně jako kresba, je způsobem poznávání skutečnosti: manipulace s kostkami, skládačkami, hry s pískem a plastelínou jsou prostředkem k rozvíjení zručnosti.

Kognitivní proces zahrnuje bezprostřední (smyslové) a zprostředkované (myšlení a řeč) poznání. Získávání a zpracování nových informací začíná vnímáním (percepce). „Vnímání je poznávací proces, kterým zachycujeme to, co v přítomném okamžiku působí na naše smyslové orgány.“ (Čáp, 1993, str. 38) Dítě v předškolním věku vnímá prostor, čas a počet ze svého egocentrického (jedině možného správného) pohledu na okolní svět. Má problém odhadnout prostorové vztahy, blízké předměty vnímá jako skutečně větší, vzdálené zase jako menší. Dítě časové úseky ve svém vnímání přeceňuje, žije přítomností a nechápe ještě pojmy jako minulost nebo budoucnost. Manipulace s čísly je součástí kognitivního vývoje, v předškolním období je vázána na názorné myšlení (zaměření jen na to, co dítě vidí, bez ohledu na přesnost).

„Myšlení je poznávací proces, kterým získáváme zprostředkované a zobecňující poznání skutečnosti, jejích podstatných znaků a vztahů.“ (Čáp, 1993, str. 50) V procesu myšlení se dítě zaměřuje na to, co vidí a je ve svých úsudcích vázáno na poznávanou realitu. Myšlení v období předškolního věku je ulpívavé na jedné vlastnosti objektu, protože dítě není ještě schopno posoudit situaci z více hledisek, je útržkovité a nepropojené, chybí mu komplexní přístup.

Řeč je spjata s myšlením a s vývojem nejrůznějších psychických procesů. Slouží především ke sdělování a dorozumívání mezi lidmi. „Umožňuje lidem značně diferencovanou sociální komunikaci, logické myšlení, uvědomělé (záměrné) vytyčování cílů a plánů...“ (Čáp, 1993, str. 48)

Důležitou oblastí vývoje je také paměť. Jde o soubor psychických procesů umožňujících osvojení zkušeností a jejich zapamatování. „Fyziologicky se paměť vysvětluje tak, že nervové procesy v nejvyšších částech centrálního nervového systému, kterými se uskutečňuje vnímání, myšlení, obecně zpracování informací, zanechávají po sobě určité *stopy*. Nejde o stopy v mechanickém smyslu, ale o složité biochemické změny v nervových buňkách.“ (Čáp, 1993, str. 46)

Ukončení předškolního období je u každého jednotlivce obtížné časově vymezit, odvíjí se totiž od stupně postižení.

2.2. Specifika jedinců s mentálním postižením

Odlišnosti dítěte s mentálním postižením jsou v jednotlivých oblastech vývoje nerovnoměrné. Vývojové změny v hrubé a jemné motorice mohou být podle Opatřilové (2006, str. 41) v tomto období méně nápadné, ale významné. Rozvíjení pohybové obratnosti ovlivňuje postavení jedince ve skupině vrstevníků. Omezení pohybu nebo mobility v předškolním věku může vést k dlouhodobým nedostatkům smyslových a tělesných podnětů a potřeb.

Pro děti s poškozenou nervovou soustavou je charakteristická opožděná a omezená vnímavost, která má velký vliv na celý další průběh jejich vývoje. Pro tento proces jsou typické uvedené nedostatky (Švarcová, 2006, str. 45):

- inaktivita vnímání (nezájem o podstatu a funkci předmětů, nezájem o detail),
- nedostatečné sluchové vnímání (vlivem nedostatečné funkce sluchového analyzátoru je narušeno rozlišování hlásek, následně je narušeno i utváření řeči a tím se opoždí psychický vývoj dítěte),
- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání (jedinec není schopen vidět globálně, ale jen postupně, zrakový odhad vzdálenosti se vytváří pomalu a orientace v prostoru je ztížena),
- snížená citlivost hmatových vjemů.

Švarcová (2006, str. 46) uvádí, že u předškolních dětí s mentálním postižením pozorujeme velmi nízkou úroveň rozvoje myšlení. Souvisí především s nedostatečným rozvojem řeči jako základního nástroje myšlení. Způsob myšlení a řeči závisí na stupni postižení a může mít různou úroveň:

- omezená schopnost abstrakce a zobecňování (jedinec nedovede používat obecné pojmy; myšlení většinou zůstává na úrovni názorných obrazů a je problémem pochopit v nich skryté společné znaky),
- nekritičnost myšlení (neschopnost pozorovat své chyby nebo chyby v myšlení ostatních lidí) a slabá řídicí úloha myšlení (chybí schopnost použít již osvojené rozumové operace a promýšlet a předvídat důsledek svého jednání),

- nesoustavnost myšlení (časté přerušování pozornosti, které souvisí s rychlou unavitelností),
- chybějící kvalita myšlení (chybí schopnost koordinovat, řadit, provádět a dokončovat jednotlivé činnosti).

Podle Vágnerové (2004, str. 293) je řeč dítěte s mentálním postižením postižena po formální i obsahové stránce. V komunikaci je nápadná jednoduchost ve vyjadřování (malá slovní zásoba, užívání krátkých gramaticky nesprávných vět). Dítě má potíže pochopit celkový kontext (nechápe např. metaforu, žert) a je tedy pro něj nevhodnější stručná konkrétní formulace.

Pomalé a nekvalitní osvojování nových vědomostí a návyků spočívá ve vlastnostech nervových procesů mentálně postižených dětí. Slabost spojovací funkce mozkové kůry podmiňuje omezený rozsah a pomalé tempo vytváření nových podmíněných spojů. Charakteristickým znakem paměti dětí s mentální retardací je pomalé tempo v osvojování nových poznatků a nestálost jejich uchování spojená s nepřesností vybavování (označuje se jako zapomnětlivost). „Fyziologickým základem takovéto zapomnětlivosti může být jednak vyhasínání jednotlivých spojů, jednak dočasný útlum korové činnosti.“ (Švarcová, 2006, str. 49) Příčinou výrazně snížené kvality paměti u dětí s mentálním postižením je i nízká úroveň myšlení, která jim ztěžuje schopnost spojit mezi sebou podstatné prvky zapamatovaného materiálu a oddělit prvky vedlejší. Obvykle si tyto děti snadněji zapamatují *vnější znaky* předmětů a jevů v jejich náhodných spojeních a nepamatují si vnitřní *logické souvislosti*.

3 Rodina dítěte s mentálním postižením

3.1 Přijetí dítěte s postižením

...zlá sudička, se kterou nikdo nepočítal, někdy dá dítěti do vínku nemoc či postižení... a rodina, která se zatím potýkala jen s běžnými problémy, jaké život přináší každému z nás, stojí tváří v tvář situaci, která ji nutí přijmout skutečnost, že jejich dítě není jako ostatní...(Chvátalová, 2001, str. 11)

Problematika dítěte s postižením se netýká jen dítěte samotného, ale bezprostředně také jeho vlastní rodiny (rodičů, sourozenců). Rodina s postiženým dítětem má jiné sociální sebeuvědomění, je něčím výjimečná. Tato výjimečnost ovlivňuje sebepojetí všech členů rodiny – rodičů i zdravých sourozenců. Skutečnost, že se narodí dítě s postižením, je příčinou změny životního stylu rodiny, vše je nutné přizpůsobit potřebám postiženého dítěte a jeho možnostem. Vágnerová (2004, str. 164) uvádí, že v důsledku toho se mění chování nejen uvnitř rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti, kde se tito lidé mohou v rámci obranných reakcí projevat jiným způsobem než dřív, než je obvyklé, nebo se od ní dokonce izolovat.

Vliv na chování rodičů má i postoj společnosti: např. jde-li o vrozené a nápadné postižení nejasného původu, rodiče se často mohou setkat s negativními projevy svého okolí. Tyto projevy jen prohlubují u rodičů jejich pocity selhání v rodičovské roli a pocity viny, které se vztahují k postiženému dítěti. Za těchto okolností se rodičovské postoje a chování k dítěti projevují jinak, než kdyby bylo zdravé. Rizikem bývají dva extrémní postoje rodičů: hyperprotektivní (přehnaně ochranný) přístup či naopak odmítání postiženého potomka.

„Pro vývoj dítěte s postižením je podstatné, jak rodiče přijmou skutečnost, že jejich dítě se liší od ostatních, jaké postoje zaujmou a jaký styl výchovy zvolí. Často se z důvodů neznalosti uchýlí k některému z nevhodných výchovných

přístupů, ať se jedná o příliš ochranný, rozmazlující, či naopak zanedbávající, zavrhuje nebo perfekcionalistický výchovný styl.“ (Renotierová, 2006, str. 149) Postoje a chování rodičů dítěte s postižením se během času mění. Valenta, Müller (2007, str. 206-207) je charakterizují následujícími fázemi:

- *fáze šoku a popření* (jde o první reakci na vzniklou skutečnost, popření je projevem obrany vlastní psychické rovnováhy, rodiče ještě nechtějí nic slyšet o možnostech péče a výchovného vedení svého dítěte)
- *fáze postupné akceptace a vyrovnávání s problémem* (narůstá rodičovský zájem o informace např. proč postižení vzniklo, jak pečovat o své dítě; emoční zpracování – vypořádání se s případným vnějším viníkem, a racionální zpracování problému jsou však ještě stále proti sobě v nerovnováze)
- *fáze realismu* (rodiče postupně přijímají skutečnost takovou, jaká je; chovají se přiměřenějším způsobem, jejich plány jsou splnitelnější; postoj rodičů může kolísat v závislosti na jeho vývoji a s ním spojených nově vzniklých zátěžích)

Jankovský (2006, str. 61) ve fázi postupné akceptace blíže popisuje stavy agrese (zloby), které ústí do stadia deprese. Rodiče napadají (obviňují) sebe navzájem (včetně autoagrese), popřípadě své okolí. Případné stadium deprese a úzkosti může vést až k naprostému vyčerpání rodičů, k jejich pocitům bezvýchodnosti. Právě v této fázi velmi záleží nejen na odborné erudici odborníka, ale na porozumění, schopnosti naslouchat bolesti, úzkosti a zklamání rodičů.

Renotierová (2006, str. 149) upozorňuje na to, že „zastoupení a průběh těchto fází jsou v každé rodině jiné a jsou závislé na řadě faktorů, přičemž typ a hloubka postižení může, ale nemusí hrát významnou roli.“

Dítě s postižením není zátěží jen pro rodiče, ale i pro sourozence postiženého dítěte. Se zátěžovou situací se musí vyrovnat nejen oni, ale i sourozenec postiženého dítěte si postupně osvojuje zvládání ne zcela vyváženého sourozeneckého vztahu. Vzájemný vztah postiženého a zdravého sourozence je

výjimečný tím, že pro zdravého sourozence není obvyklou zkušeností. Zdraví sourozenci obvykle přijímají dominantně ochrannou roli jejíž součástí je nutnost ochrany postiženého sourozence. Důsledkem je skutečnost, že dítě s postižením není považováno za zcela rovnocenného partnera (potřeba neustálé podpory). „Rodiče jsou často tolerantnější k projevům dítěte s postižením, a to i v oblastech, které s postižením nesouvisí. V rodině s postiženým dítětem je nebezpečí pro zdravého sourozence buď v tom, že rodiče soustředí svou pozornost a zájem na dítě s handicapem, nebo naopak centrem jejich pozornosti se stává dítě zdravé.“ (Opatřilová, 2006, str. 67)

Dále Opatřilová (2006) uvádí, že koncentrují-li rodiče svoji pozornost na dítě s postižením, je od zdravého sourozence vyžadováno zralejší chování než je obvyklé v jeho věku. Rodiče zpravidla od svého zdravého dítěte očekávají stálou podporu a to, že je v budoucnu v náročné péči nahradí. „Sourozenci dítěte s postižením potřebují cítit, že oni sami nejsou diskriminováni, musejí být seznámeni s problémy jejich sourozence, protože často čelí poznámkám ostatních dětí.“ (Pipeková, 2006, str. 42)

3.2 Podpora rodin dětí s mentálním postižením

Podpora poskytovaná rodičům dětí s postižením přichází k rodině z několika stran. Valenta, Müller (2007) rozlišuje:

- *legislativní podporu* (jde o platné zákony, vyhlášky a metodické pokyny; rodiče se nesmí obávat prosazovat práva svého dítěte),
- *finanční podporu* (sociální příspěvky a dávky i další formy finanční podpory),
- *operativní podporu* (materiální podpora osob s mentálním postižením např. kompenzační pomůcky, osobní asistence),
- *poradenskou podporu* – zdravotní, psychologická (vývojové poradenství, rodičovské skupiny a služby pro sourozence) a pedagogická (speciálně pedagogická centra, pedagogicko – psychologická poradna),
- *vzdělávací podporu* (učitelé, poradenské instituce, důležitou formou podpory je individuální vzdělávací plán – umožňuje rodičům podílet se na tvorbě vzdělávacího plánu pro své dítě),
- *informační podporu* (jde o zdroje informací o typu postižení, jeho symptomech a možnostech práce s dítětem; rozhovor s pedagogem, odborné i populární publikace, internetové odkazy k problematice mentálního postižení),
- *svépomocnou podporu* (aktivity samotných rodičů, sdružení a kluby rodičů s mentálním postižením – šíření osvěty ve společnosti a podpora legislativních změn ve prospěch zlepšení úrovně vzdělávání dětí).

V České republice se speciální poradenství uskutečňuje prostřednictvím státních institucí, které jsou řízeny resorty zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí, ale podílí se na něm i různé soukromé, charitativní, svépomocné organizace. Vzhledem k tomu, že výchova mentálně postiženého dítěte v předškolním věku probíhá zpravidla v rodině, mohou rodiče využít podporu v podobě tzv. rané či včasné péče. Raná (též včasná) péče je určena především dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám, a to v době od narození dítěte zpravidla do tří let jeho věku. Střediska rané péče pro děti s mentálním postižením vznikala v 90.

letech 20. století v nestátním sektoru. Služby rané péče by měly zahrnovat včasnou diagnostiku dítěte, jeho rehabilitaci a stimulaci, terénní práci v rodině a též návazný přechod dítěte do výchovně vzdělávacího systému (institucionalizovaná předškolní výchova).

Další formou podpory jsou speciálně pedagogická centra (SPC), která poskytují poradenskou činnost dětem s jedním typem postižení či dětem s více vadami. SPC jsou speciální školská zařízení, která zřizuje ministerstvo školství (obvykle jako součást speciálních mateřských nebo základních škol). Činnost SPC je legislativně zakotvena ve Školském zákoně č. 561/2004 Sb. a Vyhlášce č.72/2005 Sb. Hlavní náplní speciálně pedagogického centra je dlouhodobá práce s dítětem s postižením od nejranějšího věku až do ukončení školní docházky a s jeho rodiči. SPC se snaží řešit náročné situace spojené s výchovou a vzděláváním dítěte s mentálním postižením. Tato centra vznikla na základě potřeby propojené speciálněpedagogické, psychologické a zdravotní péče pro děti a jejich rodiče. Ve speciálně pedagogických centrech pro děti s mentálním postižením obvykle působí speciální pedagog – psychoped, psycholog a sociální pracovník. Na činnosti centra se mohou podílet i další odborníci: speciální pedagog – logoped, pediatr, rehabilitační pracovník, někdy spolupracuje neurolog, psychiatr apod. Pracovníci centra zajišťují zejména uvedené činnosti:

- zabezpečují ucelenou speciálněpedagogickou a psychologickou diagnostiku a tvorbu plánu péče,
- poskytují poradenský a metodický servis rodičům, pedagogickým pracovníkům a široké veřejnosti při začleňování dítěte s postižením do společnosti,
- pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základní a středních škol, instruktáž a úprava prostředí,
- zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů,
- zpracování návrhů k zařazení dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do vzdělávání,
- sociálně právní poradenství (sociální dávky, příspěvky apod.),

- zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek.

Právní předpisy umožňují podporu osob s mentálním postižením nejen státním institucím, ale i nestátním neziskovým organizacím. V nedávné době vznikla řada iniciativ občanské i církevní povahy, které rozvíjejí různé alternativní způsoby péče o osoby s mentálním postižením. (Švarcová, 2006) Věnují se především spolkové činnosti, která mimo jiné zahrnuje osvětovou a publikační činnost, spolupracují na tvorbě legislativním norem. Dále se tyto organizace věnují zakládání a provozování různých zařízení (např. škol, stacionářů, poradenských zařízení).

Nejdelší tradici v této činnosti má *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o.s.* (1974 - 2007 Sdružení pro pomoc mentálně postiženým). V průběhu třiceti let pomáhali členové (rodiče, příbuzní, přátelé osob s mentálním postižením a odborníci) této organizace vlastními silami při realizaci zařízení pro osoby s mentálním postižením, denních i týdenních pobytů. Organizace dále podporovala zájmové a tělovýchovné činnosti, taneční a hudebně pohybové kroužky. K organizacím, které se výrazně prosadily v činnosti neziskového sektoru, patří Diakonie Českobratrské církve evangelické. Diakonie po roce 1990 na celém území ČR mimo jiné iniciovala založení mnoha denních a týdenních stacionářů pro děti s mentálním postižením a s více vadami. Další sdružení vznikala např. s posláním podpořit rodiny při narození dítěte se zřetelným původem mentálního postižení – Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem aj. Užitečným zdrojem informací o asociacích, klubech a sdruženích pro rodiny dětí s mentálním postižením jsou internetové stránky těchto organizací. Tento zdroj informací doplňuje podpůrný servis rodinám dětí s mentálním postižením.

4 Předškolní výchova a vzdělávání dětí s mentálním postižením

4.1 Institucionalizace předškolní výchovy

Na ranou péči navazuje možnost institucionalizované předškolní výchovy. „Úkolem institucionálního předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a v úzké vazbě na ni pomáhat zajistit dítěti prostředí s dostatkem mnohostranných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení.“ (Švarcová, 2006, str. 67) Předškolní vzdělávání se organizuje pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti (sedmi) let (Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 14/2005 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.). Podle zákona o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání je předškolní vzdělávání legitimní součástí systému vzdělávání. Představuje počáteční stupeň veřejného vzdělávání organizovaného a řízeného požadavky a pokyny MŠMT. Poskytování předškolního vzdělávání je podle školského zákona veřejnou službou.

Předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací institucionálně zajišťují mateřské školy a mateřské školy speciální, dále mohou být zřízeny speciální třídy při běžné mateřské škole. Mateřská škola se organizačně dělí na třídy. „Do tříd lze zařazovat děti stejného či různého věku a vytvářet třídy věkově homogenní či věkově heterogenní. Stejně tak do tříd běžných mateřských škol zařazovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami a vytvářet třídy integrované.“ (Švarcová, 2006, str. 67) Předškolní vzdělávání by mělo nabízet vhodné vzdělávací prostředí, pro dítě vstřícné, podnětné a obsahově bohaté, v němž se bude cítit bezpečně a nabízet možnost projevit se v něm svým přirozeným způsobem. Vzdělávání dětí probíhá podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, který je podkladem pro přípravu konkrétního výchovně-vzdělávacího obsahu daného zařízení. Rámcový vzdělávací program (dále jen RVP) je kurikulární dokument státní úrovně platný pro veškeré předškolní vzdělávání.

RVP pro předškolní vzdělávání vymezuje:

- rámcové cíle předškolního vzdělávání (vyjadřují všeobecné záměry předškolního vzdělávání, např. rozvíjení dítěte, získávání osobní samostatnosti),
- klíčové kompetence (představují obecnější způsobilosti dosažitelné v předškolním vzdělávání, např. kompetence k učení, ke komunikaci).

Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřských školách se uskutečňuje na základě školních vzdělávacích programů upravených podle speciálních potřeb dětí. Pipeková (2006, str. 278) uvádí, že „podmínky pro vzdělávání dětí se zdravotním postižením se vztahují k druhu a stupni postižení dítěte a jsou plně vyhovující, jestliže je u dětí s mentálním postižením zajištěno.“

- osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy,
- osvojení základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení,
- jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky,
- přítomnost asistenta pedagoga (podle míry a stupně postižení),
- počet dětí ve třídě je snížen.

Vzdělávání dětí se zdravotním postižením v mateřských školách se vzdělávacím programem upraveným podle speciálních potřeb dětí je personálně posíleno v osobě dalšího pedagogického pracovníka a zabezpečeno podle potřeby souběžným působením dvou pedagogických pracovníků ve třídě. (Pipeková, 2006, str. 278). Švarcová upozorňuje na to, že „úkolem předškolního vzdělávání není vyrovnat výkony dětí, ale přispívat k vyrovnávání jejich vzdělávacích šancí.“ (Švarcová, 2006, str. 68). Tímto je usnadněna integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, které vyplývají ze snížené úrovně jejich rozumových schopností.

Předškolní vzdělávání by mělo usnadňovat dítěti s mentálním postižením jeho další životní a vzdělávací cestu. Konec předškolního období, který je časově diferencován podle stupně postižení, je důležité stanovit prognózu vývoje dítěte a

navrhnou rodičům typy školských zařízení vhodných pro jejich dítě pro plnění povinné školní docházky. Plynulá návaznost předškolního a základního vzdělávání předpokládá to, aby základní škola na počátku práce s dítětem byla připravena na přirozené rozdíly ve vzdělávacích možnostech i výkonech dítěte.

4.2 Výchovné působení prostřednictvím terapeutických přístupů

Terapeutické přístupy můžeme charakterizovat jako záměrné působení na chování, prožívání a fyzický výkon člověka, kterým se snažíme zmírnit či odstranit nežádoucí potíže, případně odstranit jejich příčiny. Terapeutické přístupy používané v předškolní výchově dětí s mentálním postižením se vyznačují zvláštnostmi, které se odvíjejí od:

- charakteru postižení (jeho vznik, závažnost, projev atd.) a z něho plynoucích potřeb,
- vývojových zvláštností a z nich vyplývajících potřeb,
- osobnosti a schopností odborného pracovníka používajícího terapeutické přístupy,
- zaměření instituce, v níž jsou terapeutické přístupy realizovány (stacionář, celoroční pobyt atd.).

Terapeutické přístupy, které se využívají v péči o osoby s mentálním postižením mají především činnostní charakter. Znamená to, že ke svým cílům prvotně využívají lidských činností (např. hry, psychomotoriky, práce, kontaktu se zvířetem apod.). Činnostní základ těchto terapeutických přístupů v předškolní výchově dětí s mentálním postižením napomáhá k jejich členění do základních kategorií: *terapie hrou, činnostní a pracovní terapie, psychomotorické terapie, terapie s účastí zvířete, expresivní terapie (muzikoterapie)*. (Valenta, Müller, 2007)

Terapie hrou – hra, která patří mezi nejdůležitější formativní prostředky ve vývoji člověka, slouží už od raného věku dítěte k poznávání okolního světa a k formování jeho psychických funkcí. Jde o důležitý prostředek komunikace a významný nástroj přístupu ke klientovi. U terapie hrou prováděné s dětmi s mentálním postižením platí nutnost počítat s omezujícími specifiky jejich motivace ke hře. Specifika se odvíjí od primárních nedostatků v psychomotorice (snížená schopnost manipulace s objekty, nedostatek představivosti a tvořivosti) i

od negativních vlivů prostředí. Ke zmírnění těchto nedostatků může přispět vhodné sociální prostředí a přiměřeně aktivizující výchovné podmínky. „Součástí přístupu ke hře klientů s mentálním postižením musí být dlouhodobě pozitivně laděné sociální prostředí využívající pravidelného a strukturovaného podněcování a uspořádávání vjemů – nejlépe formou činností dostatečně srozumitelného a proveditelného funkcionálního charakteru...S použitím činností konstruktivního či fiktivního charakteru se dá počít jen do značně omezené míry.“ (Valenta, Müller, 2007, str. 127) Velkým vzorem pro terapii hrou dětí s mentálním postižením v předškolním věku je práce *Marie Montessori*. Klade důraz na spontánní rozvoj dítěte a význam strukturovaného prostředí pro motivaci ke hře, používá vhodné didaktické pomůcky a materiály - tyto poznatky jsou dodnes uznávány.

Činnostní a pracovní terapie – oba terapeutické přístupy můžeme vymežit jako manipulaci s předměty, surovinami a materiály, která slouží ke změně chování, myšlení, emocí a utváří osobní předpoklady společensky přijatelnými. Praktický rozdíl mezi činnostní a pracovní terapií je nepatrný – pracovní terapie (ergoterapie) směřuje ke konkrétnímu výrobku (k výsledku práce). U dětí předškolního věku činnostní (pracovní) terapie využívá dětské hry. Formou hry se napodobují profese a každodenní aktivity, patří sem také sebeobsluha a hygiena.

Psychomotorická terapie – jde o různorodé činnosti, kterými je stimulována a podporována tělesná aktivita. Je charakteristická tím, že zde dochází k ovlivňování duševních funkcí a osobnosti člověka prostřednictvím jeho tělesné aktivity. Tímto se odlišuje od fyzioterapie, která má vliv převážně na somatické funkce. Psychomotorický vývoj je předpokladem dalšího učení a celkového rozvoje dítěte – jde o prvotní smyslové informace, které se vztahují k vlastnímu tělesnému schématu. „Z vývojového hlediska s psychomotorikou nakládala i Marie Montessori, která kladla důraz na možnost respektování tzv. senzitivních period – hlavně na respektování období mezi 2. – 6. rokem života (k němuž

směřovala veškerá její cvičení, didaktické pomůcky a materiály rozvíjející zručnost), jež je spojeno s vývojem prostorových a časových představ, se zjemňováním motoriky a vnímání apod.“ (Valenta, Müller, 2007, str. 129). U dětí s mentálním postižením je v psychomotorické terapii třeba brát zřetel na zvláštnosti jejich psychomotoriky (opožděná schopnost sedět, stát, chodit, opožděný vývoj ve vizuomotorice, v uchopení předmětu). V důsledku těchto zvláštností dochází též k omezení poznávacích a sociálních schopností. Cílem činností v psychomotorické terapii je tedy znovurozvinutí výše uvedených schopností (prostorové postřehy a vnímání, úchopy, manipulace s předměty, používání řeči).

Terapie s účastí zvířete – terapeutickým prostředkem je zde kromě člověka jiný živý tvor. Nejčastějšími terapeutickými prostředky jsou psi (hovoříme o *canisterapii*) a koně (hovoříme o *hipoterapii*). Zvířata mohou uspokojovat potřebu bezpečí a jistoty, napomáhat psychické stimulaci a rozvoji sociální komunikace. Hipoterapie se podílí na rozvoji všech motorických schopností člověka, hlavním cílem je udržení polohy těla. Hipoterapie využívá přirozené chůze koně jako motorického vzoru - dítě je nuceno neustálým vychylováním těžiště udržovat stabilní polohu těla. Neméně důležité je působení živočišného tepla koně k uvolnění napětí stehenního svalstva dítěte. Pozitivní působení na rozvoj dítěte sledujeme také u canisterapie. Jde zejména o rozvoj v oblasti prožívání, navazování vztahů, kognitivních funkcí (např. při získávání informací o pohybu a polohách psa v prostoru), motorických funkcí (např. při cílených hrách se psem) a stimulace tělesných funkcí (např. při polohování za účelem prohřívání a uvolňování svalového napětí). Terapeutické působení předpokládá uvolněnou atmosféru – dítě by nemělo pociťovat strach (jako nejvhodnější se uvádí pes z rasy retriever). Je možné volit činnosti jako: motorické uvolnění (dítě je pokládáno na ležícího psa, jsou mu pokládány horní i dolní končetiny na tělo psa i pod tělo psa), hry se psem (vyhledávání předmětu nebo polohování), verbální doprovodné projevy (nácvik jména psa a jeho výslovnost).

Expresivní terapie – jsou založené na expresi neboli výrazu. Expresivní terapie je možné rozlišovat podle cíleně realizované lidské činnosti, která je hlavním prostředkem k odstranění nežádoucích potíží v chování a prožívání člověka. Lze působit např. činnostmi hudební, taneční, výtvarnou aj., podle toho rozlišujeme muzikoterapii, tanečně-pohybovou terapii, arteterapii aj. (Valenta, Müller, 2007) Důležitými prvky hudební činnosti v *muzikoterapii* jsou: melodie, rytmus, zvuková barva, tempo, dynamika. Jak uvádí Šimanovský: „Terapeutické a socioterapeutické kvality hudby byly (a doposud také jsou) u mnohých národů pokládány za to hlavní při její tvorbě, interpretaci i percepci.... Zabýváme se hlavně tím kdy, jak a proč je hudba krásná, a nikoli zda, kdy a jak dokáže léčit jednotlivce, skupinu a vztahy v ní.... Je tedy třeba zabývat se také tím, kdy, jak a proč dokáže hudba snižovat psychickou tenzi, koncentrovat naši mysl a příznivě ovlivňovat řadu procesů v našem těle.“ (Šimanovský, 2007, str. 15-16) Muzikoterapie má podobu aktivní (aktivní hudební tvorbu) a receptivní (vnímání a prožívání hudby). *Aktivní muzikoterapie* se většinou uskutečňuje formou práce s vokálním projevem (zpěv) a instrumentálním (hra na tělo či hudební nástroj). *Receptivní muzikoterapie* pracuje především s poslechem živě hrané nebo reprodukováné hudby (poslech může být prostředkem k uvolnění emocí, rozšíření vnímavosti apod.). U dětí s mentálním postižením je vhodné působení formou *skupinové aktivní muzikoterapie*. Terapeutické působení zde pracuje se schopnostmi (nebo se zbytky schopností) jakýmkoliv způsobem komunikovat a spolupracovat se skupinou. Hudebním materiálem může být vlastní hlas či tělo nebo různé hudební nástroje např. instrumentář Carla Orffa. Dochází zde k uvolnění různých druhů napětí (psychického a tělesného), úzkosti a strachu, ale také k vybití nahromaděné energie.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Kazuistika dívky s lehkým mentálním postižením

5.1 Kazuistika

Vybraným jedincem je dívka ve věku 7 let s opožděným vývojem řeči při intelektových schopnostech v pásmu lehké mentální retardace. V letošním školním roce navštěvuje Speciální mateřskou školu ve Štíbrově ulici v Praze 8 a v září 2009 nastupuje do Základní školy logopedické v Praze 8.

Rodinná anamnéza:

Dívka vyrůstá v úplné rodině, sourozence nemá. Otec je ročník 1976, má základní vzdělání, nedokončil SOU obor zedník, pracuje jako pomocný dělník na stavbách. Je slovenské národnosti, hovoří převážně slovensky a romsky, a to i v domácím prostředí. Pochází ze sedmi sourozenců, celá jeho rodina žije na Slovensku, rodiče otce žijí ve společném svazku, jsou v úzkém kontaktu, často se navštěvují. Otec dívky je silně citově vázán na svou původní rodinu, pro kterou bylo, dle jeho tvrzení, narození dívky velkou událostí. Matka je narozena v roce 1981, má ukončenou povinnou školní docházku, od 16-let byla umístěna ve výchovném ústavu pro útěky a drobné krádeže. Nedokončila tříletý učební obor cukrářka. Po propuštění v 18-letech z výchovného ústavu se vrátila ke své matce, která ji a další tři sourozence vychovávala sama. Pracovala v pohostinství jako pomocná síla v kuchyni. Rodiče dívky se poznali v létě roku 2000, po půl roce začali vést společnou domácnost, v lednu 2002 uzavřeli manželství a v květnu 2002 se jim narodila dcera. Matka i otec mají ke své dceři velmi vřelý vztah, míra výchovného působení rodičů odpovídá úměrně jejich intelektovým a sociálním schopnostem.

Osobní anamnéza:

Dívka se narodila z 1.gravidity, matka byla předčasně hospitalizována pro krvácení a zvracení, byla vyživována intravenózně. Porod proběhl v termínu, spontánně, bylo však kříšeno. Dívka měla porodní váhu 3200g a měřila 48cm.

Od počátku vývoje bylo dítě pasivnější, málo se motoricky projevovalo. Chodit začala v 16 měsících. Ve 12 měsících začala používat první slova, spojovat je dokázala ve třech letech. Matka uvádí, že se jí „nechtělo nikdy moc mluvit“, dlouho si vystačila s jednoduchými výrazy, používala gesta a posunky. Do 2,5 let nosila pleny celodenně, do 3,5 let jen na noc. Od narození trpěla častými katary nosních cest dýchacích, ve čtyřech letech jí byly odstraněny nosní mandle. Četnost zánětů se však nezměnila. V té době nastoupila do běžné mateřské školy. Zde nastaly potíže s přizpůsobením se kolektivu dětí, dívka se ostatních dětí stranila, nesnažila se navazovat kontakty s ostatními. Dle hodnocení učitelek byla její komunikace omezená, problémy měla i s porozuměním řeči. Na základě doporučení z této mateřské školy rodiče vyhledali odbornou pomoc logopeda ve speciálně pedagogickém centru. Výsledkem logopedického vyšetření bylo zjištění, že aktivní i pasivní komunikační schopnosti dívky jsou lehce pod úrovní věku. Používá převážně podstatná jména, hůře slovesa a přídavná jména. Má problémy s tvorbou slov i vět, obtíže má i se sluchovou a pojmovou pamětí. Řeč je zpomalená, občas značně nesrozumitelná, dyslalická. Tato zjištění vedla k domněnce, že jedním z důvodů problematického porozumění složitějším větným celkům, je jazykové prostředí, ve kterém dívka vyrůstá (příloha č.I). Logoped doporučil následnou pravidelnou logopedickou péči a doplňující psychologické vyšetření ve speciálně pedagogickém centru. Ze zprávy psychologa vyplynulo, že dívka má opožděný vývoj řeči a její intelektové schopnosti jsou v pásmu lehkého mentálního postižení. Psycholog rodičům doporučil přestup z běžné mateřské školy do speciální mateřské školy. Na základě žádosti rodičů začala dívka od svých pěti let docházet do speciální mateřské školy, kde jí je poskytována pravidelná logopedická a další speciálně pedagogická péče. V šesti letech dítěte byl speciálně pedagogickým centrem, které při této mateřské škole působí, doporučen odklad školní docházky.

Povinnou školní docházku zahájí v 7 letech na základní škole logopedické.

Současný stav:

Přestup z běžné mateřské školy do speciální mateřské školy byl, vzhledem k možnosti větší individuální péče a sníženého počtu dětí ve třídě, pro dívku přínosný. Pro rodiče spočíval přínos také v tom, že mohli kdykoli využívat poradenských služeb speciálně pedagogického centra při speciální mateřské škole, do které začala jejich dcera docházet. Obraceli se např. na sociální pracovníci, která je provázela při zajišťování sociálních dávek a příspěvků, na které měli nárok, dále mohli např. v rámci logopedické péče využívat půjčovny speciálních pomůcek a hraček určených k rozvoji řeči a celkového psychomotorického vývoje.

Adaptace na denní režim proběhla u dívky rychle, do všech činností se začala zapojovat spontánně a prodloužil se interval pracovní zátěže (v běžné mateřské škole byl problém se zapojením do činnosti a se schopností činnost dokončit). Individuálně výchovně – vzdělávací plán, podle kterého dívka pracuje, respektuje její dosaženou vývojovou úroveň. Dívce vyhovuje harmonogram týdne, podle kterého návaznost jednotlivých činností je stejná každý den (dochází tedy k zautomatizování činností). Jednotlivé činnosti dne jsou určeny zástupným piktogramem, a tím napomáhají v orientaci v čase a prostoru. U dívky se takto výrazně podpořil rozvoj samostatnosti, došlo zejména k žádanému rozšíření slovní zásoby (zpočátku byla její slovní zásoba spíše pasivní). Dokáže pracovat samostatně, zlepšilo se její soustředění. V kolektivu dětí se sice stále nijak výrazně neprosazuje, ale v jejich přítomnosti projevuje spokojenost. Zpočátku byla ostýchavá, kontakt navazovala pozvolna. V zadaných úkolech se orientovala obtížně, byla snadno unavitelná, často proto ztrácela o činnost zájem. Chyběla jí vůle úkol dokončit, a proto bylo třeba neustálého povzbuzování. Dívka během docházky do speciální mateřské školy měla zajištěnou pravidelnou logopedickou péči (věnoval se jí logoped ze speciálně pedagogického centra, které při speciální mateřské škole působí). Rozvoj a podpora řeči byl vzhledem k její omezené

schopnosti užívání podněcován cvičeními zaměřenými na napodobování různých zvuků, rozvoj fonemického sluchu, komentování dějové posloupnosti za pomoci obrázků a cvičeními na rytmizaci a rozvoj slovní zásoby. Dívka se v předškolním zařízení zapojila do odpoledních kroužků grafomotoriky (příloha č.II) ukázalo se, že ráda skládá předměty podle vzoru, navléká korále a obtahuje předepsané vzory – horní a spodní oblouk, klubička apod. Její úroveň matematických představ spočívá ve znalosti počítání do deseti, srovnává velikosti (hodně-málo, první-poslední), chápe pojmy: nahoře-dole, zleva doprava. Během docházky do speciální mateřské školy je podporována jakákoli její spontánní hra a komunikace s dětmi. Prostředkem k tomu jsou mimo jiné rovnovážná cvičení s míči, cvičení na žebřinách, základy gymnastiky, masáže, pravidelné návštěvy plaveckého bazénu, jízda na koních a zapojení se do odpoledních hudebně – pohybových kroužků a také kroužků keramiky.

5.2 Příklady výchovně vzdělávací činnosti

Podkladem pro individuální výchovně - vzdělávací plán námi sledované dívky, bylo předchozí psychologické a logopedické vyšetření a z něho vycházející doporučení. Výchovně vzdělávací obsah tohoto plánu respektuje dosaženou vývojovou úroveň dívky včetně specifíků, která z jejího typu a stupně postižení vyplývají. Z dostupných materiálů je patrné, že cílená podpora u ní klade největší důraz na rozvoj komunikace a narušenou komunikační schopnost. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání vymezuje v podoblasti Jazyk a řeč několik dílčích vzdělávacích cílů:

- rozvoj řečových schopností a jazykových dovedností receptivních (vnímání, naslouchání, porozumění) i produktivních (výslovnosti, vytváření pojmů)
- osvojení si poznatků a dovedností, které předcházejí čtení i psaní, rozvoj zájmu o neverbální podobu jazyka (hudební, pohybová, výtvarná forma).

Vzdělávací nabídka v této oblasti dívce nabízí např.:

- artikulační, řečové, sluchové a rytmické hry, hry se slovy, vokální činnosti
- hry a činnosti zaměřené k poznávání a rozlišování zvuků a gest

Hry s Orffovými nástroji

Kufřík s Orffovým instrumentářem obsahuje sadu bubínků, činely, ozvučná dřívka, triangl, metalofon, paličky atp. S těmito nástroji provozujeme řadu her a činností rozvíjejících smysl pro rytmus, intonaci, odvahu projevit se přede všemi přirozeně a po svém. Umožňují také vybití nahromaděné vnitřní napětí, tak vedou k uvolnění a motivují ke komunikaci.

Příklady rytmizačních cvičení

- napodobujeme na různé nástroje rozmanité zvuky z reálu (bicí hodiny, dupot koní, kvákání žabek apod.)
- doprovázíme zpěv známé písničky („pochodující píseň“ – v kruhu si skupina dětí zazpívá nějakou dynamickou píseň např. „Šly panenky silnicí“ a

jednotlivé děti postupně pochodují sami v prostoru kruhu, až se všechny vystřídají)

- hrou na nástroje doprovázíme skandování textu např.:

Sedí liška pod dubem,
má píšťalku a buben.
Na píšťalku píská
a na buben tříská.

Jedna, dva, tři
my jsme bratři,
který je to mezi námi,
co si zalez do tý slámy,
ten, ten, nebo ten,
pošleme ho z kola ven!

- rytmizační skupinové cvičení spojené s rozvojem pohybové paměti (píseň „Hlava, ramena, kolena, palce“ zpíváme ji na nápěv polky „Jaká by to hanba byla“)

děti se v rytmu a v souladu s textem písně chytají za jmenované části svého těla oběma rukama:

hlava, ramena, kolena, palce,
kolena, palce, kolena, palce,
hlava, ramena, kolena, palce,
čelo, uši, ústa, nos.

Text zpíváme opakovaně a tempo se snažíme pokaždé zrychlovat.

Cvičení zaměřená na rozvoj slovní zásoby:

„*Jak se lidé zdraví*“ (nacvičujeme s dětmi různé druhy pozdravů vhodných k různým příležitostem, denní době atp.)

„*Na co to je?*“ (předkládáme dětem předměty, obrázky a ony odpovídají, k čemu slouží; lopata-kladivo-klíč..)

„*Co jsem udělal?*“ (předvedeme dítěti několik pohybů, dítě popíše, co jsme udělali)

6 Kazuistika chlapce s kombinovaným postižením

6.1 Kazuistika

Vybraným jedincem je chlapec se středně těžkým mentálním postižením ve věku 7 let s dětskou mozkovou obrnou, vývojovou dysfázií a poruchou pozornosti. Dosud navštěvuje Speciální mateřskou školu v Litvínovské ulici v Praze 9.

Rodinná anamnéza:

Chlapec vyrůstá v úplné rodině. Matka je ročník 1978, v současné době je na mateřské dovolené. Má středoškolské vzdělání (Obchodní akademie), byla zaměstnána ve farmaceutické firmě. Chlapec se narodil v roce 2001 jako první z dvojčat (druhé je dívka). Matka se krátce po narození dvojčat s jejich otcem rozvedla, provdala se za nového partnera, má s ním 6 měsíční dceru. Rodiče matky jsou rozvedeni. Pravidelně se s vnučaty stýkají, zejména babička se podílí na náročné výchově chlapce. Současný manžel matky je ročník 1972, má vysokoškolské vzdělání ekonomického směru, je vlastníkem stavební firmy, rodina je dobře finančně situovaná. Biologický otec chlapce je ročník 1978, má vysokoškolské vzdělání humanitního směru, je otcem pouze uvedených dvojčat, jiné děti zatím nemá. Biologický otec má dva sourozence, pochází z úplné rodiny, on i jeho rodiče se o dvojčata zajímají, pravidelně si je berou (víkendy, dovolené). Biologický otec dětí má s matkou i s jejím manželem korektní vztahy, vycházejí spolu v zájmu dětí co nejlépe. Osobní a nejbližší péči o dvojčata a nejmladší dceru však zajišťuje matka, je tedy i nejdůležitější osobou v přímé péči o chlapce. Přestože manžel matky zajišťuje především finanční a technickou stránku chodu domácnosti, svůj volný čas tráví aktivně společně s dětmi.

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil z druhé gravidity matky (první gravidita předčasně ukončena), porod proběhl předčasně v 28. týdnu těhotenství císařským řezem. Chlapec se narodil jako první z dvojčat s porodní váhou 940g a výškou 38cm, byl kříšen a

byla mu prováděna masáž srdce. Byl převezen na jednotku intenzivní péče, kde byl necelé tři měsíce. Jeho zdravé dvojče (sestra) byla po celou tuto dobu s matkou doma. Chlapcův psychomotorický vývoj byl již od počátku narušený. Od počátku byl pasivnější, lekavý a málo se motoricky projevoval, nezvedal hlavu, podařilo se mu to jen na velmi krátkou dobu. V devíti měsících sám neseseděl. V neonatologické poradně byla neurologem sdělena diagnóza: dětská mozková obrna (DMO). Na doporučení neurologa začala matka se synem chodit na rehabilitaci, cvičil 3-5krát denně Vojtovu metodu. Od jednoho roku jezdí chlapec pravidelně na rehabilitační pobyty. Po dovršení jednoho roku se chlapec plazil po rukách, postupně začal sedět bez opory. Ve 2,5 letech začal sám chodit, od třech let dochází pravidelně s matkou na hipoterapii. Po třetím roce byl chlapec celodenně (i v noci) bez plen. Vývoj řeči do této doby probíhal velmi omezeně, komunikoval většinou neverbálně – ukazováním, přikývnutím, některá slova pouze mechanicky a nesrozumitelně opakoval. Přibližně ve 3,5 letech jeho věku matka vyhledala pomoc logopeda při speciálně pedagogickém centru. Logoped sdělil podezření na vývojovou dysfázii a doporučil pravidelnou logopedickou péči. V rámci speciálně pedagogického centra matka také využila služeb sociálně právního poradenství (zažádala o průkaz ZTP/P) a zároveň se tam dozvěděla o možnosti zařazení svého syna do speciální mateřské školy v blízkosti jejich bydliště. Do této speciální mateřské školy byl na žádost rodičů a na základě pedagogicko psychologického vyšetření ve svých čtyřech letech přijat (příloha č.III).

Současný stav:

Chlapec pravidelně dochází od čtyř let do speciální mateřské školy (v blízkosti jeho bydliště). Zpočátku docházel třikrát týdně, postupně začal docházet do zařízení denně, s adaptací neměl větší potíže. Zařízení navštěvuje společně se svojí sestrou, která mu pomáhá v tom, že je jeho vzorem. Chlapec sestru napodobuje, ona mu zprostředkovává podněty a aktivity, které jeho samotného nenapadnou. Je např. nadšený z toho, když za sestrou chodí její kamarádi (maminka je zve domů). Chlapcův vývoj probíhal opožděně a nerovnoměrně.

Důsledkem diparetické formy DMO bylo negativní ovlivnění vývoje řeči (vývojově opožděná po receptivní i expresivní stránce), hry, kresby a grafomotoriky (kreslí zatím na úrovni čárání). V kolektivu dětí je dobře naladěný, hraje si však spíše sám, ostatní děti raději pozoruje. Pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu. Jeho zvýšená unavitelnost a porucha pozornosti vyžaduje pravidelné střídání činností a relaxaci.

Vzhledem k výraznému vývojovému opoždění řeči (chlapec se dorozumí ukazováním, přikývnutím), je u něj tato oblast významnou složkou jeho vzdělávacího programu. Chlapci se několikrát týdně věnuje logoped. V případě námi sledovaného chlapce se dlouhodobá logopedická intervence neomezuje pouze na správnou hláskovou výslovnost (opakuje pouze jednotlivé slabiky). Terapeut se u něj snaží podněcovat spontánní mluvení, rozvoj slovní zásoby (příloha č.IV) a její porozumění, rozvíjet smyslové vnímání a tvořivé myšlení. Ke stimulování řeči i k relaxaci (zvýšené svalové napětí) je u chlapce využívána metoda orofaciální stimulace, kdy se pomocí reflexivních bodů v obličeji ovlivňuje postavení jazyka a svalové napětí. Dalším podpůrným komunikačním prostředkem jsou pro chlapce piktogramy. Jsou to obrázky, které zastupují jeden věcný význam. Např. piktogramy slouží k označení místností, k orientaci v denních činnostech (návod k tomu, co a v jakém pořadí si obléci) atp. K jejich poznávání, rozlišování a procvičování využívá logoped také počítačový program. Odměnou za soustředěnou činnost jsou pro chlapce úkoly v počítačovém programu (např. Méd'a 99), díky zjednodušenému ovládání si může zahrát své oblíbené pexeso či skládat jednoduché puzzle.

S vývojem řeči úzce souvisí rozvoj myšlení. Důležité je rozvíjet chápání časových vztahů, schopnost oddělit část od celku, vnímání protikladů a vztahů příčiny a následku. Oblíbenou činností chlapce v této oblasti je vkládání základních geometrických tvarů, třídění předmětů podle velikosti a základních barev. Tato cvičení se u chlapce často prolínají s cvičeními na rozvoj smyslového vnímání – vzájemně se prolínají. Při cvičeních zaměřených na rozvoj motoriky

používá chlapec silnější tužky, voskové pastelky nebo molitanové houbičky a kulaté křídly – vše co neklade odpor. Často pracuje na velké ploše (balicí papír, tabule). Dále jemnou motoriku rozvíjí manipulací se stavebnicemi, sestavováním skládaček, mozaiek. Zkouší dlouhodobější koncentraci pozornosti při práci s modelínou a keramickou hlinou. Sebeobslužné činnosti jsou zaměřené na dosažení plné samostatnosti zvláště při oblékání a jídle. Chlapec se účastní třikrát týdně léčebně tělesné výchovy, jednou týdně hipoterapie a jednou týdně navštěvuje plavecký bazén a vířivku.

Rodiče zažádali v 6 letech věku dítěte o odklad povinné školní docházky (příloha č.V). Další pokračování ve vzdělávání chlapce konzultují rodiče se speciálně pedagogickým centrem. Uvažují o formě individuální integrace v běžné základní škole nebo o nástupu do základní školy speciální. Chtěli by zvolit takovou školu, kde by byly maximálně respektovány individuální rozvojové možnosti jejich dítěte.

6.2 Příklady výchovně vzdělávací činnosti

Nejčastější metodou a formou práce v oblasti rozvoje narušené komunikační schopnosti je hra (jako motivační prostředek) a hudebně pohybové činnosti, které hravou formou ve spojení s pohybem rozvíjí vokalizační projev dítěte, od něhož se postupně přechází k tvoření artikulace a nápodobě jednoduchých slov.

Herní aktivity zaměřené na nácvik pozornosti a celkové koncentrace

„*Hra na zrcadlo*“ (posadíme se proti dítěti a děláme znamení rukama; dítě se na nás dívá a opakuje totéž) např.

- upažování a připažování
- roztahování prstů
- kývání hlavou dopředu a dozadu
- zavírání a otvírání pěstí
- bubnování pěstí na kolena atp.

„*Hra na zvuky*“ (zklidněné dítě položí hlavu na stůl a snaží se poslouchat zvuky uvnitř místnosti i mimo ni, potom společně popisujeme a třídíme, jaké zvuky dítě slyšelo)

Herní cvičení na rozšiřování matematických představ

„*Najdi a zařaď barvu*“ (dítě musí najít v místnosti červené, modré, žluté a zelené předměty; jestliže si na jednotlivé barvy nevzpomíná, požádáme ho, aby našlo všechno, co je např. červené jako knoflík)

„*Co kam patří?*“ (dítě vyjmenovává všechno co se nachází v kuchyni, v obývacím pokoji, v koupelně atp.; v případě potřeby mu pomáháme a používáme přesné termíny; u dětí s narušenou komunikační schopností používáme piktogramy)

Sluchová a rytmizační cvičení

„Rytmus slov a vět“ (hra rozvíjí cit pro rytmus jazyka)

- ukazujeme na jednotlivé předměty a děti po nás opakují nahlas či vytleskávají rytmus jejich názvů: např. ži-dle, u-my-vad-lo, ok-no atp. místo tleskání můžeme hrát na Orffovy nástroje a přehrajeme si tak třeba celé zařízení v místnosti
- podobně s dětmi vytleskáváme rytmus otázek a odpovědí: např. „Jak-se-jme-nu-ješ?“ dítě s tleskáním v rytmu odpovídá: „Já-jsem-Hon-zík“ atp.

„Barevná světla a vůně“ (receptivní metoda)

Při relaxačním poslechu hudby použijeme nasvícení místnosti barevnými světly (máme-li možnost) např. modrou barvu pro celkové uvolnění a růžovou nebo červenou barvu pro vyjádření tepla atp. Při poslechu zkusíme působit i na další senzory, např. na čich – vůní vonných tyčinek, aromatických olejů. Smyslové vnímání tím bude obohaceno.

Závěr

Tématem bakalářské práce je zpracování problematiky psychopedie v předškolním věku, seznámení s možnostmi a prostředky speciálně pedagogické podpory u dětí s mentálním postižením a na sledovaných případech ukázat důležitost předškolního vzdělávání.

V bakalářské práci jsou rozpracovány teoretické základy psychopedie předškolního věku. Na základě analýzy odborných textů vybrané literatury jsou zde popsány a srovnávány obecné pojmy, individuální vývoj jedince s jeho specifiky. Kapitola, která se věnuje roli rodiny dítěte s mentálním postižením a možnostmi její podpory doplňuje zpracovávané téma.

V bakalářské práci je kladen důraz na pojmy předškolní výchova a vzdělávání. Ty by měly totiž zajišťovat dětem s mentálním postižením v předškolním věku rozvoj jejich individuálních předpokladů. Systém kulikulárních dokumentů i jednotlivých individuálních vzdělávacích plánů je koncepčním základem předškolního vzdělávání.

Na základě uvedených teoretických poznatků jsem zpracovala příklady předškolního vzdělávání dětí s mentálním postižením. Domnívám se, že uvedený případ dívky s lehkým mentálním postižením i chlapce s kombinovaným postižením potvrzuje důležitost institucionalizace v tomto období. V souvislosti se získanými teoretickými i praktickými poznatky se domnívám, že metody uplatňované v uvedených speciálních zařízeních napomáhají těmto dětem k vyrovnávání jejich nerovnoměrného vývoje a umožňují jim prostřednictvím individuálních vzdělávacích programů plnit úspěšně povinnou školní docházku.

Seznam použité literatury

- ČÁP, Jan. *Psychologie výchovy a vyučování*. 1.vyd. Praha: Karolinum,1993. 415s. ISBN 80-7066-534-3
- DOYON, Louise. *Hry pro všestranný rozvoj dítěte*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 184s. ISBN 80-7178-754-X
- CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 184 s. ISBN 80-7367-013-5
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2.vyd. Praha: Triton, 2006. 168s. ISBN 80-7254-730-5
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea, et al. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8
- MÜLLER, Oldřich a VALENTA, Milan. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 378 s. ISBN 978-80-7320-099-2
- OPATŘILOVÁ, Dagmar, et al. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 292 s. ISBN 80-210-3977-9
- PIPEKOVÁ, Jarmila, et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404s. ISBN 80-7315-120-0
- RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9
- ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. 146s. ISBN 978-80-7367-0
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

VYHLÁŠKA MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. *O poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních.*

VYHLÁŠKA MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. *O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí žáků a studentů mimořádně nadaných.*

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

Seznam příloh

Logopedické vyšetření dívky v SPC.....	I
Kresba postavy v 5 letech věku dívky.....	II
Rozhodnutí o přijetí chlapce do MŠ speciální.....	III
Ukázka praktického cvičení chlapce.....	IV
Psychologické vyšetření chlapce v SPC.....	V

PRÍLOHA č. I

Dívka většího somatického vzrůstu, plnější postavy. Naším klientem je od 3/06, kdy začala docházet na individuální lekce psychomotorického rozvoje. Od září 2007 zařazena do naší MŠ speciální. Od té doby také individuální logopedická péče v zařízení, bez účasti rodičů.

je velmi milá a klidná dívka, která se vyznačuje schopností přenést klid a laskavost i na spolužáky. Na počátku spolupráce a v méně známém prostředí se v jejím chování projevuje ostých a snížená chuť ke komunikaci, po čase získává jistotu.

Formální stránka řeči: vyvozeny a realizovány všechny hlásky s výjimkou nefixovaného L.

Obsahová stránka řeči: dívka má ztíženou situaci tím, že v domácím prostředí je dominantním jazykem romšтина. V širším příbuzenstvu i slovenština. To je pravděpodobně důvodem jejích obtíží v porozumění složitějším gramatickým strukturám. Pasivní i aktivní slovní zásoba je lehce pod úrovní věku. Lépe ovládá pojmy z oblasti konkrétních podstatných jmen, hůře slovesa a přídavná jména. V řeči jsou patrné četné dysgramatismy slovní i větné, častý anakolut. Obtíže jsou i se sluchovou a pojmovou pamětí, což lze ale vzhledem k základnímu postižení ještě charakterizovat jako vývojovou záležitost.

Aktuálně: rozšiřujeme aktivní i pasivní slovní zásobu, zaměřujeme se na slovesa. Procvičujeme syntax, snažíme se o adekvátní reakce na otázky a o udržení tématu při vyprávění a řízeném rozhovoru. Zúčastňuje se zkrácené verze Tréinku jazykových schopností podle Elkonina, zatím si vede dobře.

Zařazení do Základní školy logopedické pŕp. Základní školy praktické považují za vhodné řešení.

V Praze, 9.května 2008

PhDr. Renata Škaloudová
školský logoped

ŠKOLSKÝ LOGOPED

110

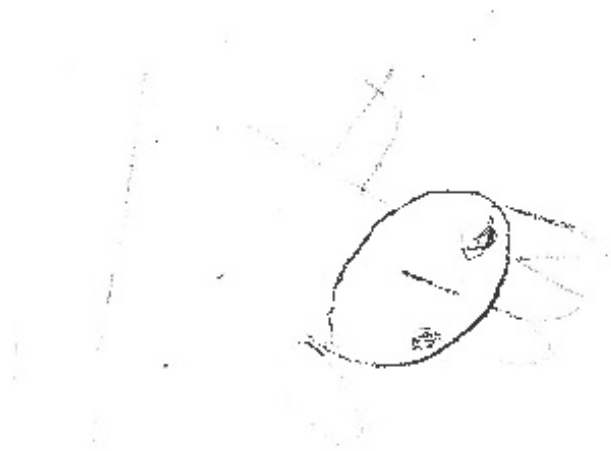
110

110

110

110

PRÍLOHA č. II



9

PRÍLOHA č. III

**MATEŘSKÁ ŠKOLA SPECIÁLNÍ,
ZÁKLADNÍ ŠKOLA PRAKTICKÁ A
ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ**
Bártlova 83, Praha 9, tel. 281 920 835

Č.j.: 300/05/ŠKL
V Praze dne 1. 11. 2005

ROZHODNUTÍ O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO PŘEŠKOLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Adresa zákonných zástupců dítěte:

rodiče [redacted]
[redacted]
[redacted]

Ředitelství školy MŠS, ZŠP a ZŠS podle § 34 odst. 3 a podle § 165 odst. 2b zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona a Vyhlášky MŠMT ČR 14/2005 o předškolním vzdělávání a souvisejících právních předpisech rozhodlo takto:

Dítě: [redacted]

narozen: [redacted]
bydliště: [redacted]

Je přijato k 1. 11. 2005 do MŠ speciální, Litvínovská 300, Praha 9

se zkušební dobou 2 měsíce ode dne nástupu

Odůvodnění:

Na základě žádosti zákonných zástupců dítěte, po odkladu školní docházky ředitelství ZŠ Litvínovská 500, Praha 9 a na základě pedagogicko-psychologického vyšetření, ředitelka školy rozhodla o přijetí do Mateřské školy speciální ke dni 1. 9. 2005. Dítě je zdravé a věkem odpovídá zařazení v mateřské škole. Byly dodrženy podmínky § 50 zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, podrobilo se stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní.

Poučení:

Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat podle § 183 zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona a v souladu s § 53 zákona č. 71/1967 Sb., správního řádu, do 15 dnů ode dne doručení prostřednictvím k odboru školství Magistrátu hl.m. Prahy.



[Handwritten signature]
Mgr. Alžběta Cibochová
ředitelka školy

[Handwritten signature]
8. 11. 05

[redacted]

-2-05-2008

Formy první písmenko

A



auto



E



ementál



I



indian



O



oko



U



učivo



PRÍLOHA č. V

Střední škola, Základní škola, Mateřská škola

Praha 10, Chotouňská 476

Speciálně pedagogické centrum

tel / fax: 274 772 945, e-mail: spechotounska@volny.cz

Věc: Zpráva o psychologickém vyšetření [redacted], narozeného [redacted]
bytem [redacted]
Vyšetření na žádost mateřské školy.

Osobní anamnéza:

Druhá gravidita matky, porod v 28. týdnu. První z dvojčát, por. Váha 940 g. Raný psychomotorický vývoj opožděný. Rehabilitoval Vojtovou metodou. Dg. DMO – spastická diparéza, vývojová dysfázie.
Vyrůstá v úplné rodině. Od 4 let navštěvuje Mateřskou školu speciální v Praze 9.

Psychologické vyšetření:

[redacted] je v sociálním kontaktu pozitivně laděný. Zpočátku spolupracuje, později jeho pozornost vyznána na vedlejší podněty. Tenacita pozornosti snižena. Snadnější unavitelnost NS.

Vzhledem k dg. Je narušena HM i JM. Sklon k hyperaktivitě. Laterálnita nevyhraněná, tužku bere do PRK. Kresba tě. ve stadiu čáranice.

Řeč je vývojově opožděná po receptivní i expresivní stránce. Chlapec rozumí jednoduchým, jasným pokynům. Komunikuje neverbálně (přikývnutím, ukazováním). Verbálně užívá jen několik slov.

Aktuální mentální výkony se pohybují na rozhraní lehké a středně těžké mentální retardace. Jeho výkon je negativně ovlivňován poruchou pozornosti. (Vkládá základní geometrické tvary. Předměty třídí podle barvy a velikosti.)

Odměnou a motivací je pro něj oblíbená činnost (počítat, zájem o techniku).

Závěr:

Jde o chlapce s kombinovaným postižením – DMO, vývojová dysfázie, porucha pozornosti. Jeho mentální schopnosti se aktuálně pohybují na rozhraní lehké a středně těžké mentální retardace.

[redacted] je na prostředí mateřské školy speciální dobře adaptován. Vzdělávání v malém kolektivu je vzhledem k jeho osobnostním charakteristikám optimální. Je zřejmě v pravidelné logopedické péči (rozvoj motoriky mluvidel, nácvik komunikace pomocí obrázků). Vyžaduje stálý dohled a péči dospělé osoby.

Dne 10. 6. 2008

Střední škola, Základní škola a Mateřská škola
Praha 10, Chotouňská 476
Speciálně pedagogické centrum
IČ: 70820678

Martina
Mgr. Martina Bezpalcová
psycholog SPC

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Ilona Štollová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: Problematika psychopedie předškolního věku

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 42

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů použité literatury a pramenů: 15

Vedoucí práce: PhDr. Josef Novotný, CSc.