



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Mentální postižení a PAS 1

Distanční studijní text

Kateřina Janků

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

- Obor:** Speciální pedagogika, výchova a vzdělávání,
- Klíčová slova:** *Člověk s mentálním postižením, poruchy intelektových schopností, poruchy autistického spektra, kombinované postižení, psychopedická diagnostika, osobnostní schopnosti a kompetence člověka s mentálním postižením, pedagogicko – psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum.*
- Anotace:** Studijní opora je adekvátním a obsahově simultánním textem vytvořeným pro studijní předmět Mentální postižení a PAS 1, oboru speciální pedagogika. Jejím cílem je orientace studenta v předmětové látce a problematice, získání odborných znalostí, dovedností, kompetencí, které se vztahují k obsahu předmětu a jsou vymezeny v jeho počátku. Kromě detailních informací ohledně cílové skupiny osob s mentálním postižením, poruchami autistického spektra a s kombinovaným postižením, se vztahuje k psychopedické diagnostice, kterou provádí školská poradenská zařízení (PPP, SPC), a která se zaměřuje na posuzování schopností a dovedností lidí s mentálním postižením a poruchami autistického spektra.

Autor: **Mgr. Kateřina Janků, Ph.D.**

Obsah

ÚVODEM.....	4
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNI OPORY.....	5
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A PSYCHOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA.....	7
1.1 Kontext mentálního postižení	8
1.1.1 Primární mentální postižení	10
1.1.2 Sekundární mentální postižení.....	12
1.2 Definování diagnostického procesu	13
1.3 Diagnostika psychopedická.....	17
1.3.1 Diagnostické manuály současnosti	18
1.3.2 Základní schémata a principy psychopedické diagnostiky.....	22
2 OSOBNOST ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	27
2.1 Specifika osobnosti člověka s poruchou vývoje intelektu	28
2.1.1 Oblast vnímání.....	35
3 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	42
3.1 Poruchy autistického spektra jako fenomén historie i dneška.....	43
3.2 Projevy poruch autistického spektra	47
3.3 Diagnostické a klasifikační škály PAS.....	55
4 PROBLEMATIKA KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ.....	61
4.1 Teoretické vymezení kombinovaného postižení.....	62
4.2 Cíl a obsah intervence	66
5 PSYCHOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA VE ŠKOLSKÝCH PORADENSKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	73
5.1 Školská poradenská zařízení	74
5.1.1 Pedagogicko - psychologické poradny	82
5.1.2 Speciálně pedagogická centra	84
5.2 Průběh vyšetření v pedagogicko psychologických poradnách.....	85
5.3 Průběh vyšetření ve speciálně pedagogických centrech	92
LITERATURA	119
SHRNUTÍ STUDIJNI OPORY	121
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	122

ÚVODEM

Mentální postižení a snížení intelektových schopností patří stále mezi jedny z nejčastějších odchylek vývoje centrální nervové soustavy. Jedinci s vrozeným mentálním postižením byli v naší i celosvětové historii segregováni, likvidováni a odmítáni zejména z důvodu nedostatečného společenského chování porozumět jejich životní realitě, potřebám a projevům. Novodobé přístupy k těmto lidem se dají charakterizovat humánním přístupem, který je doporučován i v mezinárodních dokumentech a legislativě. Přes velký pokrok, který společnost směrem k mentálně postiženým již udělala, zůstává množství otázek stále nezodpovězených. Velmi složité zákonitosti skrývají kombinované a těžké mentální postižení, neznáme fakta ohledně příčin vzniku vývojových intelektových poruch, vznikají nové kombinace stupňů a typů postižení, atd. Fenomémem dnešní doby je rovněž systém poruch autistického spektra, které se objevují samostatně i ve spojení s mentálním postižením jako vysokofunkční či nízkofunkční s vlastní symptomatikou i další komorbiditou poruch.

Tato studijní opora se snaží poukázat v základní rovině na složité souvislosti, které vznikají při diagnostikování mentálního postižení, poruch autistického spektra a kombinovaného postižení. Jejím smyslem je alespoň částečně přiblížit rozmanité jevy související s psychopedickou problematikou. Psychopedická diagnostika patří do rukou zkušeného speciálního pedagoga, jehož profesionalita a práce s lidmi s mentálním postižením je na vysoké a odborné úrovni. Ovšem, tato studijní opora je určena studentům, kteří již dosáhli základních kompetencí oboru speciální pedagogika osob s mentálním postižením a problematiku si rozšiřují o další úroveň znalostí právě v rámci dalších psychopedických souvislostí a psychopedické diagnostiky. Předpokládáme, že jde o studenty oboru speciální pedagogika navazujícího magisterského studia.

Studijní text je sepsán za pomoci mnoha distančních prvků stylem, který nutí čtenáře okamžitě prostudovat dané téma, vracet se a kontrolovat své znalosti. Studijní text je vázaný na obsah předmětu **Mentální postižení a PAS**, na jeho anotaci a podrobnější obsah seminářů a cvičení. V rámci možností rozsahových se na tento text váže zpracovaný LMS kurz se stejným názvem.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNI OPORY

Studijní opora s názvem *Mentální postižení a PAS* kontextuálně souvisí s předmětem stejného titulu. Jejím cílem je podpora studia a stručný nástin učiva daného předmětu. Předmět je zaměřen na teoretické i praktické seznámení studenta s psychopedickou problematikou, diagnostickými specifiky, která se týkají osob s mentálním postižením. Vzhledem k nutné širokospektrální analýze mentálního postižení a poruch autistického spektra je student veden k získání informací o oblastech, na které se diagnostika u osob s mentálním postižením zaměřuje a také o různých stupních a diagnostických kritériích a zásadách práce.

Témata, kterými se v rámci tohoto předmětu a také studijní opory zabýváme, jsou následující:

- Základní specifika, zásady práce s jedincem s mentálním postižením, definování druhů a typů mentálního postižení – poruch intelektového vývoje dle nejnovějších pohledů a světových klasifikací.
- Orientace v terminologii a posuzování diagnostického procesu, diagnostice pedagogické, speciálněpedagogické, psychologické, psychopedické a diferenciální.
- Problematika porucha autistického spektra z pohledu historie i současnosti, a se zaměřením na změny diagnostických škál.
- Skupina osob s kombinovaným postižením v psychopedickém kontextu, možnostmi zaměření edukačních intervencí a strukturu osobnosti dítěte/žáka s kombinovaným postižením.
- Konkrétní představa o podstatě diagnostického procesu v rámci školských poradenských zařízení a realita dokumentování psychopedické diagnostiky v PPP, SPC.

Student získá, za pomoci této studijní opory, následující kompetence:

Odborné znalosti:

- Student zná základní specifika a zásady práce s jedincem s mentálním postižením, zná současné klasifikační a terminologické systémy.
- Student umí definovat poruchy autistického spektra a zná jejich podstatu a podobu.
- Student se orientuje v problematice kombinovaných postižení, která souvisí s intelektovým postižením a, nebo také, poruchami autistického spektra.
- Student se orientuje v oblasti speciálněpedagogické diagnostiky psychopedické.
- Umí definovat a charakterizovat specifika a zvláštnosti psychopedické diagnostiky.
- Zná systém a možnosti práce ve školských poradenských zařízeních, která se specificky zaměřují na diagnostiku dítěte a žáka s poruchou intelektového vývoje a jeho vzdělávání – ppp, spc.

Odborné dovednosti:

- Umí využít znalostí o intelektovém postižení, poruchách autistického spektra i kombinovaných postižení k výběru intervenčního postupu a modelu edukace
- Umí posoudit využití diagnostických prostředků, metod a technik pro jedince s mentálním postižením.
- Umí využít specifických znalostí ohledně osobnosti člověka s mentálním postižením k diagnostickému usuzování a k výběru intervencí.
- Dovede aplikovat poznatky z psychopedie a vývojové psychologie k rozboru činností dětí a žáků s mentálním postižením a dětí a žáků s PAS.
- Umí popsat konkrétní proces, která se týká psychopedické diagnostiky ve školském poradenském zařízení PPP a SPC.
- Umí konkretizovat dokumentaci související s psychopedickou diagnostikou ve školských poradenských zařízeních.

Obecné způsobilosti:

- Zná souvislosti s konkrétními oblastmi vývoje člověka (kognitivní schopnosti, motoriky, sociální a emocionální schopnosti, komunikace, ad.)
- Umí využít nástrojů, technik, metod a diagnostiky a diagnostických materiálů.
- Orientuje se v činnostech a náplních práce odborníků školského poradenského zařízení PPP a SPC.
- Zná a umí modifikovat nástroje psychopedické diagnostiky využitelné v práci s lidmi s mentálním postižením.
- Umí komparovat přípravu na edukační proces u dítěte a žáka s PAS na rozdíl od dítěte a žáka s mentálním postižením nebo dítěte/žáka s kombinovaným postižením.

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A PSYCHOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



První kapitola nás uvádí do problematiky psychopedické a dílčí oblasti - psychopedické diagnostiky. Jsou zde vysvětleny základní souvislosti jak s definováním mentálního postižení, tak s obecnými zákonitostmi diagnostického procesu, deskripcí pedagogické i psychologické diagnostiky. Student je rovněž seznámen se současnými změnami, které se celosvětově týkají diagnostikování a klasifikování mentálního postižení a ukazuje je v novém světle moderního pojetí. V poslední podkapitole jsou zvýrazněny charakteristické znaky psychopedické diagnostiky, na kterou se dále text také zaměřuje v detailu školských poradenských zařízení.

CÍLE KAPITOLY



Student získá tyto následující informace, schopnosti, dovednosti a kompetence:

- Student zná základní specifika, zásady práce s jedincem s mentálním postižením, umí definovat druhy a typy mentálního postižení dle základní klasifikace.
- Student má definovat a charakterizovat diagnostické škály mezinárodní úrovně, které zařazují mentální postižení do souvislostí moderního definování a klasifikací.
- Student se orientuje v termínech diagnostika, diagnostický proces, diagnóza, diagnostika pedagogická, speciálněpedagogická, psychologická a psychopedická.
- Student umí popsat záměr a specifika psychopedické diagnostiky.
- Orientuje se ve vymezení diferenční diagnostiky mentálního postižení.
- Student má konkrétní představu o podstatě psychopedického diagnostikování v reálných situacích.

Cílem první kapitoly je představení tématu poruch intelektového vývoje v současném moderním a měnícím se pojetí a souvislostí psychopedické diagnostiky s výchozími informacemi, definicemi a charakteristikami, které se týkají diagnostického procesu.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Mentální postižení, porucha intelektového vývoje, primární a sekundární mentální postižení, diferenciální diagnostika, diagnostický proces, pedagogická diagnostika, psychologická diagnostika, speciálněpedagogická diagnostika, psychopedická diagnostika.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

8 hodin



PRŮVODCE STUDIEM

V úvodu této první kapitoly, a vlastně na začátku tohoto studijního materiálu, bych chtěla, abyste se zamysleli nad samotným mentálním postižením, dnes v kontextu definičních změn. Není vaše aktuální povědomí obestřeno nějakými nereálnými zastaralými informacemi, stejně jako pohled na osobnost člověka s mentálním postižením? Pokud si neumíme představit konkrétního člověka s tímto postižením, pak není možné bavit se o psychopedické diagnostice, kterou si zde, v první kapitole nadefinujeme. Informace budou na sebe v textu navazovat a vzájemně se rozvíjet, čtěte tedy pozorně, opakujte si text, dělejte si své vlastní poznámky. Psychopedie je jeden z nejzajímavějších oborů speciální pedagogiky a psychopedická diagnostika je jeho esenciální součástí.

1.1 Kontext mentálního postižení

Mentální postižení jako určitá determinanta, která ovlivňuje osobnost člověka, je jev nesmírně složitý. Vzhledem k celé řadě faktorů, vlastností a kritérií, kterými může být charakterizováno – posuzováním inteligenčního kvocientu (IQ) a typickými diagnostickými doménami, etiologickými faktory, psychickými funkcemi a sociálními hledisky, ad. - není možné jej popsat jednoduše a jednorázově.

Na tomto úvodním místě zřetelně vyplývá interdisciplinární charakter celé problematiky týkající se mentálního postižení a jeho diagnostických specifík, která se budeme snažit v rámci této studijní opory popsat.

Již na začátku si uvědomme, že ke stanovení diagnózy mentálního postižení nepatří jen selhávání člověka v testech inteligence (IQ), ale současně musí dojít k selhávání věku přiměřených očekávání a všeobecně přijatelnému chování a jednání podle platných společenských norem.

Pokud mluvíme o **mentálním postižení**, pak máme pravděpodobně na mysli:

DEFINICE

Df

Zastřešující výraz, širší pojem než je pouze mentální retardace, který vymezuje a orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85 bodů, tzn. v pásmu současně chápaném jako mentální retardace i s tzv. hraničním pásmem.

(Vašek a kol., 1994; Valenta a kol., 2012)

Mentální postižení, jakožto komplexní výraz dále klasifikujeme podle různých hledisek. Ovšem, abychom se přiblížili co nejvíce našemu cíli, a to diagnostickému pojetí mentálního postižení jako poruchy intelektu, pak upřednostňujeme dělit na primárně a sekundárně vzniklé mentální postižení:

- **primární mentální postižení**
- **sekundární mentální postižení.**

Za **primární mentální postižení** lze považovat určité poškození CNS, které je způsobeno abnormálním vývojem nervové soustavy, odlišnou strukturou nebo dalšími etiologickými faktory, které narušují systém CNS v průběhu období **od oplození do dvou let** života dítěte (přibližně). Jedná se tedy o mentální postižení **vrozené nebo získané časně**, následkem **orgánového poškození mozku**.

Primární mentální postižení je označováno běžně jako **mentální retardace**, dříve známé pod pojmem oligofrenie. Tento typ mentálního postižení má tedy organickou bázi, která je specifická globálním snížením kognitivních schopností. (srov. Vágnerová, 1997; Valenta, Müller, 2003; Valenta a kol. 2012)

Za **sekundární mentální postižení** považujeme na prvním místě **demenci**, která má v porovnání s mentální retardací **graduující charakter** s tendencí postupného zhoršování a prohlubování všech symptomů. Na druhém neméně podstatném místě je to **sociální deprivace, edukační deprivace**, která vede ke snížení kognitivních schopností člověka.

1.1.1 PRIMÁRNÍ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Pokud chceme mít komplexní nadhled nad fenoménem mentální retardace, pak bychom museli podrobně prozkoumat definice, které se vyjadřují k charakteristice **mentální retardace**. Tyto definice členíme minimálně dvou skupin, které se snaží popsat jev tohoto primárního postižení z různých hledisek a postojů diverzifikovaně.

První velká skupina definic nám říká, že základem a podstatou mentální retardace je její příčina, jsou to definice **kauzální**. Druhou podstatnou skupinu tezí tvoří definice autorů, jejichž cílem není vytknout příčinu, a tím podnět a pohnutku vzniku této poruchy, ale naopak **symptom, odraz a problém člověka v sociokulturních podmínkách**. Všichni odborníci, kteří se mentální retardací zabývají, se snaží vytknout vždy subjektivně důležitý faktor a hledisko popisující tento jev. Ne vždy jsou definice ucelené a komplexní. Někdy jde pouze o hledisko zdůrazňující inteligenční kvocient (IQ), někdy jde o zdůraznění biologických faktorů, někdy naopak sociálních, a některé z definic uvádějí hledisek více. V dnešní době humanizačního rozvoje společnosti **jde ale nejvíce o souvislosti a funkčnosti**, které vyjadřují těžkosti, zvláštnosti a specifika života člověka s mentální retardací uvnitř společnosti, se všemi důstojnostmi a vazbami na dokumenty a legislativní záležitosti. Diagnostickou charakteristikou bychom měli směřovat k vyjádření speciální podpory, reálných možností a funkčnosti daného jedince.



DEFINICE

Mentální retardace je primárně vzniklé mentální postižení, jehož podstatou je porucha vývoje mozku a následkem je komplexní snížení kognitivních a adaptabilních schopností člověka.

Lidé s mentální retardací vykazují nižší míru přizpůsobení se společenským normám, změny ve schopnostech, dovednostech a dosahovaných kompetencích za pomoci procesu učení, odlišnosti v osobnostní struktuře, které se projevují různě rozdílným chováním a jednáním.

Každý jedinec s mentálním postižením je svébytnou, individuální bytostí a naprostým originálem. Důležitým faktorem, který vytváří celkový obraz o mentálním postižení je druh, stupeň, rozsah a hloubka postižení, doba vzniku, etiologie, přidružené vady, poruchy a rovnoměrnost vývoje. Obecně můžeme říci jen to, že z různých důvodů podobností mentální retardace se osobnosti lidí projevují podobně. I přestože charakteristika jejich mozkových funkcí, charakteristika schopností a dovedností vykazuje určitou similaritu, jsou všichni unikátními osobnostmi.

Profesionálové z oblasti speciální pedagogiky a psychologie se shodují v těchto různě variabilních a hierarchicky uspořádaných specifických znacích osobnosti s mentálním postižením:

- zvýšená závislost na rodičích
- infantilnost osobnosti
- pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím
- sugestibilita a rigidita chování
- zpomalená chápavost, jednoduchost, konkrétnost úsudků
- snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opoždění a nerovnoměrnosti v psychosexuálním vývoji
- nerovnováha aspirace a výkonu
- snížená mechanická a zejména logická paměť
- těkavá pozornost
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- poruchy v interpersonálních a skupinových vztazích a v komunikaci
- emocionální labilita
- impulzivita, hyperaktivita nebo celková hypoaktivita v chování a jednání
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace
- snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům
- ulpívání na detailech.

(srov. Dolejší, 1978, Černá, 2005, Kysučan, 1990, Švarcová, 2011, Vágnerová, 1997, Valenta, 2003, Pipeková, 2010, Valenta, 2013 ad.)

1.1.2 SEKUNDÁRNÍ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ



DEFINICE

Za sekundární mentální postižení považujeme ta postižení, která primárně nesouvisí s vývojem mozku v raných stádiích, ale naopak se změnami, které se týkají dalších životních etap a komplikací. Patří mezi ně zejména demence a sociální deprivace.

V Defektologickém slovníku (2000) nalezneme pod termínem demence: „...později vzniklý úpadek duševních schopností rozumových i povahových, na rozdíl od oligofrenie, tj. trvalého snížení rozumových schopností od počátku života.“. Podle Vágnerové (2004) je demence označení pro syndrom, který je typický úbytkem komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Základním příznakem tohoto závažného organicky – psychického postižení je podle Jiráka (in Zvolský, 2003) tzv. intelektová deteriorace – ostrůvkovitý úbytek schopností a vědomostí jedince. Obecně je demence snížení intelektu od původní (premorbidní) kapacity minimálně o 20%. Podle Krejčířové (1997) se tento úbytek rozumových schopností velmi liší u dětí a dospělých. Proto odborně rozlišujeme demenci a demenci u dětí, která svými charakteristikami, rozložením postižených funkcí i průběhem, neodpovídá demenci jakožto jednotnému patologickému obrazu.

Demence se v populaci vyskytuje podle Vaška (1994) až čtyřikrát méně než mentální retardace oligofrenního typu. V dětském období se vyskytují velmi často demence infekční, traumatologické (vlivy úrazů), nádorové a epileptické. V dospělém věku pak nejčastější a nejnebezpečnější sekundární demenci zajišťuje Alzheimerova choroba.

Dalším významným druhem sekundárních mentálních postižení, která je získaného charakteru a má obraz čistě neorganické výchovné zanedbanosti, je pseudooligofrenie (vyjádřeno původní terminologií). Toto označení určitého typu mentálního postižení, které pokládáme za snížení kognitivní úrovně vlivem nepodnětného, kulturně a sociálně znevýhodněného prostředí či nesprávné výchovy a vzdělávání, dnes již nahrazujeme adekvátními termíny, jako je např. sociální deprivace dítěte, edukační deprivace. Tento jev není způsoben poruchou vývoje mozku, ani poškozením jeho struktury, její příčina je pouze exogenního charakteru. Nedostatečná stimulace z primárního prostředí dítěte může mít charakter zanedbávání, týrání a dlouhodobé deprivace, která má za následek snížení IQ až o 20 bodů.

Toto sekundární mentální postižení není stavem neměnným a trvalým, je dokázáno množství i laicky známých historických příběhů, ve kterých figurují osoby, které se ocitly

na okraji společnosti, popřípadě mimo lidskou společnost vůbec, a u kterých tyto dokonalé podmínky absence výchovné a vzdělávací složky způsobily zastavení nebo přerušování vývoje rozumové složky osobnosti (Viktor – divoch z Aveyronu, vlčí děti – Romulus a Remus, týrané děti dnešního třetího světa). Extrémním případem je mentální postižení způsobené těžkou deprivací (citovou, kulturně-sociální, senzorickou a motorickou, například vlivem kombinovaného těžkého motorického postižení, které brání vývoji mozku).

1.2 Definování diagnostického procesu

DEFINICE

Df

Diagnostický proces ve speciální pedagogice je poznávacím procesem, který se zaměřuje na co nejdokonalejší poznání člověka s postižením.

Zaměřuje se na získávání informací o osobnosti člověka, na jeho speciální výchovné a vzdělávací potřeby, na poznání úrovně socializace a následné zařazení do společnosti, na jeho profesní předpoklady, ad.

Podle Přinosilové (2007) zkoumá diagnostika průběh dosavadního vývoje člověka i s jeho etiologií. Poznatky diagnostiky a závěry slouží k umožnění co nejširšího rozvoje osobnosti člověka a k určení budoucích možností edukace a integrace do společnosti.

Důležitost a místo diagnostiky a diagnostického procesu ve speciální pedagogice určuje podle Vaška (2004) metodologie věd, ve smyslu poznávací funkce konkrétní disciplíny, a tedy je součástí metodologie speciální pedagogiky.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Lechta (1995) rozlišuje tři základní úrovně speciálně pedagogické diagnostiky:

První úroveň je tzv. **orientační diagnostika**, která poskytuje informace o přítomnosti nebo nepřítomnosti postižení, narušení nebo ohrožení, nebo talentu. Jejím cílem je identifikace konkrétních jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami, realizuje se screenin- gem v raném věku a depistáží.

Druhou úrovní je tzv. **základní diagnostika**, jejímž cílem je určit základní diagnózu, zjistit a identifikovat konkrétní druh postižení.

Třetí úroveň tvoří tzv. **speciální diagnostika**, která je zaměřena na co nejpřesnější identifikaci postižení, jeho formu, typ, stupeň a kombinaci s dalšími faktory a vadami.

Členění a dělení procesu diagnostiky se v rámci speciální pedagogiky liší i podle různých dalších kritérií, např. podle časového hlediska, věku jedince, délky trvání, rozsahu sledovaných cílů, etiologie, druhu postižení, apod. Pro naše účely, se zaměříme ještě na **charakteristiku pedagogické diagnostiky, dílčí speciálněpedagogickou diagnostiku a objasnění termínů diagnóza, psychologická diagnostika, pedagogicko – psychologická diagnostika**, které souvisejí s termínem psychopedická diagnostika.

Pedagogická diagnostika se zaměřuje na hodnocení vědomostí, dovedností, návyků, které si děti osvojily v procesu výchovy a vzdělávání, popř. dalších oblastí, které ovlivňují efektivnost výchovného působení (např. diagnostiku třídy, diagnostiku práce učitele, psychohygienických podmínek vyučovacího procesu apod.). Výsledkem pedagogické diagnostiky je **diagnóza vymezující nejvýznamnější znaky a vlastnosti jedince vzhledem k jeho výchově a vzdělávání**. (srov. in Zezulková, Kovářová, 2013)

Pedagogická diagnostika je primárním krokem, jak uvádí Zezulková (in Adamus et al, 2016), k individualizaci výchovně vzdělávacího procesu ve školách, a je nutná pro zřetelné rozpoznávání vzdělávacích potřeb, schopností a možností dětí a žáků. Pedagog zpravidla jako první identifikuje tyto potřeby a obtíže a jeho rozvahu a profesní zkušenost vedou k tzv. přímé podpoře, která vede ke zmapování možných forem podpory žáka. Mnoho obtíží se dá řešit právě při prvních náznacích problémů dítěte běžnými pedagogickými prostředky s pomocí primární rodiny dítěte. Jedním z nejdůležitějších aspektů diagnostiky je tedy **včasnost a první sondování a rozvahy**.

Diagnostický proces a jeho správná dynamika a start jsou **prvopočátkem podpory dětí a žáků ve školách** a souvisí s jednou ze základních priorit *Dlouhodobého záměru vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky na období 2015 – 2020*, který upozorňuje na vytváření prostoru pro inkluzivní, stimulující a motivující prostředí k učení po celý život. Cíleně je tedy podporována snaha měnit stávající systém diagnostického procesu ve školských poradenských zařízeních od statického k dynamickému modelu, který by se posunul od zjišťování konkrétní diagnózy dítěte ke zjišťování míry podpory, kterou děti a žáci potřebují ke vzdělávání a k navrhování konkrétních podpůrných opatření. Takto zaměřená diagnostika se následně opravdu týká relevantních aspektů společného vzdělávání s důrazem na deskripci symptomů, vyplývajících z určitých kategorií speciálněpedagogických oblastí a potřeb dětí. (srov. Kaleja, Zezulková, 2016)

Vzdělávací působení pedagoga musí vycházet z pozorování a dalších vhodných diagnostických metod, které jsou prostředkem uvědomění si individuálních potřeb a zájmů dítěte, z poznání jeho aktuálního rozvojového stavu a konkrétní životní a sociální situace, hodnocení jeho rozvojových i vzdělávacích pokroků. Jen tak je možné zajistit, aby pedagogické aktivity probíhaly v rozsahu potřeb žáků, aby každé dítě bylo stimulováno, citlivě podněcováno k učení a pozitivně motivováno k vlastnímu vzdělávacímu úsilí způsobem a v míře jemu vyhovující. (srov. Zezulková, Kovářová, 2013)

Na žáka se speciálními vzdělávacími potřebami se zaměřuje **diagnostika speciálně pedagogická**, která je východiskem sloužícím pro výběr metod a technik, reedukaci, kompenzaci a socializaci, popř. integraci a inkluzi.

Cílem speciálněpedagogické diagnostiky je zjistit úroveň dosažených schopností dítěte, jako je úroveň vycvovanosti, úroveň vzdělanosti, a rovněž potencionální možnosti žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. Speciální pedagog se musí více zaměřit na změny v dlouhodobém vývoji žáka, podmínky a příčiny jeho zdravotního stavu, na specifčnost jeho obtíží vyplývajících z jeho celkového tělesného, duševního a sociálního vývoje a nalézat na základě příčinných faktorů správné pedagogické rozhodnutí. Jen tak lze dospět k nosným závěrům a zvolit optimální postup.

Speciálněpedagogická diagnostika vychází z členění speciální pedagogiky na své podobory a tudíž na souvislosti týkající se konkrétních skupin osob s daným postižením, či znevýhodněním a poruchou. Př.: Psychopedická diagnostika, surdopedická nebo oftalmopedická diagnostika, somatopedická diagnostika, apod.

Speciálněpedagogickou diagnostiku jako vědní disciplínu je možné chápat jako systém poznatků, zaměřených na možnosti a prostředky poznávání individuálních zvláštností postiženého jedince, na odhalování podstatných souvislostí, které jsou příčinou těchto zvláštností. Současně tvoří východisko při individualizovaném programu speciálně pedagogického působení na diagnostikovaného jedince, který má optimalizovat jeho vývoj a uplatnění se v životě. (Vašek, 2007)

Ve speciálněpedagogické diagnostice je třeba zdůraznit komplexní a interdisciplinární přístup všech zúčastněných.

Ve školství, ve školách, a ve školských zařizováních, popřípadě ve školských poradenských zařizováních se také využívá **pedagogicko – psychologická diagnostika**, jejímž realizátorem je nejčastěji učitel, výchovný poradce, školní speciální pedagog, školní psycholog (ze školního poradenského pracoviště), ad.

Podobná svými procesy je také **diagnostika psychologická**, která je zaměřena na rozpoznání rozdílnosti stavů člověka v daném okamžiku oproti minulému stavu, či v porovnání s jinými lidmi a normou jejich chování či prožívání. Tato diagnostika umožňuje hodnotit psychické zvláštnosti jedinců (dispozice, psychické stavy a vlastnosti), vývojovou úroveň konkrétního dítěte, odchylky od věkové normy v chování či prožívání u konkrétního

dítěte, jejich příčiny apod. Uskutečňuje se v případě nutnosti řešit problém psychologickými prostředky. Jejím výsledkem je doporučení změn v přístupech k dítěti, popř. psychologická terapie.



VĚTA

Rozvoje dítěte s postižením od útlého věku se týká výchova a vzdělávání, která je vedena odborným a profesionálně individuálním způsobem. Předpokladem pro vytváření příznivých podmínek pro vzdělávání a učení takového dítěte jsou diagnostické kompetence pedagoga.

Obsah, forma i smysl diagnostického procesu, je v současnosti středem zájmu mnoha odborníků. Aktuální diskuze, která se týká diagnostických závěrů školského poradenského zařízení, která by měla pružně zareagovat na potřeby pedagogů, kteří se sami stávají základními pilíři orientační speciálněpedagogické diagnostiky dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami, je velmi obsáhlá. Diagnostický proces, a diagnostické závěry, jsou nutné pro účinné zařazení žáka a kvalitní podporu, která mu bude poskytnuta v inkluzivní škole.

Diagnostický proces probíhá v určitém **logickém sledu**, který je třeba zachovat, protože jednotlivé kroky procesu na sebe navazují a vyplývají jeden z druhého. (Hadj-Moussová 2002). Mohli bychom ještě dodat, že impulsem pro započetí diagnostického procesu, zvláště ve školním prostředí, je zpravidla pozorování určitého jevu, který **připoutá pozornost učitele** (např. problémové chování žáka) a který vyvolá potřebu dalšího zkoumání. Tento impuls může vyústit ve vlastní diagnostický postup ze strany učitele, ale může také vést k tomu, že se učitel obrátí na další odborníky.



K ZAPAMATOVÁNÍ

Etapy diagnostického procesu:

1. Formulace a upřesnění otázky a vstupní hypotézy.
2. Záměrné získávání diagnostických údajů pomocí adekvátních metod.
3. Analýza a zpracování získaných údajů.
4. Interpretace a hodnocení.
5. Syntéza dat o prostředí a osobnosti.
6. Stanovení diagnostického závěru a pedagogické opatření.

- **Formulace a upřesnění otázky a vstupní hypotézy.** Co se vlastně stalo či děje a jaké to má pravděpodobné příčiny? Potřeba zahájit diagnostický proces vyplynula z pozorování jevu, který je zapotřebí prozkoumat, diagnostické šetření má najít vysvětlení jevu, který se projevuje jako problém a zjistit jeho příčiny. Prvním krokem je položit si otázku, co máme vlastně zjišťovat. K tomu využíváme všech dostupných informací z pozorování i zkušeností s žákem a podobnými jevy. S touto otázkou souvisí první hypotéza, kterou formulujeme, tj. jak pravděpodobně lze vysvětlit pozorovaný jev.
- **Záměrné získávání diagnostických údajů pomocí adekvátních metod.** Jak se to můžeme dozvědět? Vybíráme metody, které podle otázky a vstupní hypotézy mohou vést k objasnění děje a příčin. Metody volíme jednak podle dostupných informací, vlastních zkušeností a také podle toho, zda jsou použitelné pedagogem. V případě nutnosti doplnění jinými metodami se obracíme na příslušné odborníky.
- **Analýza a zpracování získaných údajů.** Co jsme se vlastně dozvěděli? Použité metody obsahují způsob vyhodnocení a shrnutí výsledků. Kromě vyhodnocení každé jednotlivé metody v této etapě také porovnáváme jednotlivé výsledky mezi metodami.
- **Interpretace a hodnocení.** Získané výsledky mají většinou podobu kvantifikovaných dat (frekvence, úroveň intenzity projevu apod.) Musíme proto posoudit, co se za těmito daty skrývá, jak jim rozumět, jak popisují realitu, kterou se snažíme odhalit. U kvalitativních dat (rozhovor) je interpretace ještě důležitější (viz dále).
- **Syntéza dat o prostředí a osobnosti.** Všechna data, která jsme získali, ať kvantitativní nebo kvalitativní, musíme uvést do vzájemně propojené syntézy, abychom dosáhli celostního vidění dítěte, jeho problémů a kontextu, ve kterém se nachází.
- **Stanovení diagnostického závěru a pedagogické opatření.** Ze získaných výsledků, jejich interpretace a syntézy vyvozujeme na závěr doporučení dalším postupů: buď prohloubení diagnostiky ve směrech, které dosavadní výsledky naznačují, nebo rozhodnutí jak s dítětem nadále pracovat. Toto je vždy na učiteli, protože další odborníci, kteří mohou přispět k hlubšímu poznání problémů dítěte zpravidla nejsou pedagogy a nemají odpovídající kompetence. (srov. Hadj – Moussová, 2002)

1.3 Diagnostika psychopedická

Diagnostický proces, který se týká zkoumání jedince s mentálním postižením se záměrem jejího využití pro efektivní edukaci, zařazujeme pod speciálněpedagogickou disciplínu psychopedii, a tudíž ji označujeme jako psychopedickou diagnostiku.

DEFINICE

Speciálněpedagogická psychopedická diagnostika se zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků, metod a zásad efektivní edukace osob s mentálním postižením.

Psychopedická diagnostika vychází ze stanovené diagnózy mentálního postižení, což znamená - z psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, amnestických, exekutivních, vývojových škál), posouzení adaptivního chování, klinického posouzení míry zvládnání běžných sociálně-kulturních nároků. V rámci vyšetření by měl být realizován i podrobnější neuropsychologický rozbor. Samozřejmě je podrobná anamnéza zaměřena na biologické a psychosociální (sociální prostředí a vztahy) faktory a informace o dosavadním vývojovém tempu. (Valenta a kol., 2012)

Diagnostika rozpoznání mentální retardace, tedy v současnosti poruch intelektového vývoje, která stojí na začátku celého procesu psychopedické diagnostiky je v rukou psychologů, neurologů, psychiatrů, sociálních pracovníků a speciálních pedagogů. Komplexní závěr, který vytváří diagnózu intelektové vývojové poruchy, je postaven na souhře názorů a multidisciplinarity profesí do celého diagnostického procesu začleněných.

1.3.1 DIAGNOSTICKÉ MANUÁLY SOUČASNOSTI

Česká speciální pedagogika vychází v dnešní době z diagnostického stupňového členění mentálního postižení podle míry a rozsahu. Vycházíme z ustálené **evropské klasifikace MKN – 10 a americké varianty DSM IV. Přičemž obě tyto klasifikace jsou REVIDOVÁNY a povýšeny na MKN – 11 (ICD – 11) a DSM – V.**

Původní dělení stupňů mentálního postižení a jejich charakteristika vyplývá z Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO/MKN, 10. revize), která zařadila toto postižení pod **duševní poruchy** a označila je písmenem **F 7**. Výše mentálního postižení je dána orientačně měřitelným inteligenčním kvocientem. Nejvýznamnější kódování mentální retardace si shrneme takto:

- F 70: Lehká mentální retardace (IQ 50 - 69)
- F 71: Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49)
- F 72: Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34)
- F 73: Hluboká mentální retardace (IQ 0 - 19)
- F 78: Jiná mentální retardace
- F 79: Nespecifikovaná mentální retardace

Kromě stupně mentálního postižení rozlišuje tato klasifikace také **odlišné a poruchové chování** těchto osob (agrese, sebepoškozování, afekty, negativní citovou vazbu, ad.), a to způsobem přidání číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň poškození (př.: F 71. 0 bez poruch chování; F 71. 1 s výraznou poruchou chování).

(Pozorný student tímto jistě pochopil, že pokud nám diagnostik vyjádří již číslem za tečkou souvislost s poruchovým chováním, tak máme co do činění s následným etopedickým problémem.)

Zde je také nutné zdůraznit, že speciální pedagogika se již v minulosti s touto kombinací poruchy chování vypořádala diferenciací jedinců s mentální retardací na **eretický a torpidní** typ. Oba tyto názvy se používají výhradně v psychopedické terminologii a vyjadřují maximální a minimální osu problematického chování jedince.

VĚTA



V současnosti (2018-2019) byl mezinárodní manuál MKN – 10 povýšen o jeden další stupeň na manuál MKN – 11 (v angl. International classification of disabilities - ICD – 11, v češt. Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN – 11).

Jednou z nejvýznamnějších změn, která se nového manuálu týká, jsou souvislosti s tzv. duševními onemocněními a změna jeho názvosloví. Z původní mentální retardace, od které se již odkláníme z mnoha důvodů (pejorativní název, nesouvisí s významem a obsahem, ad.), se stala porucha intelektového vývoje, podobně jako je to již od roku 2013 u klasifikace americké.

V současné MKN – 11 najdeme naši oblast zájmu pod číslem a názvem: 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (Duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy), které se dále dělí na poruchy intelektového vývoje lehké, středně těžké, těžké a hluboké, prozatímní jiné a nespecifikované. (Viz níže tabulka v původní verzi ICD – 11, 2018)

Tab. 1: ICD – 11 (2018), Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

06 MENTAL, BEHAVIOURAL OR NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS
Neurodevelopmental disorders (Neurovývojové poruchy)
6A00 Disorders of intellectual development (Poruchy intelektového vývoje – dále PIV) <ul style="list-style-type: none">• 6A00.0 Disorder of intellectual development, mild (PIV lehké)• 6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate (PIV středně těžké)• 6A00.2 Disorder of intellectual development, severe (PIV těžké)• 6A00.3 Disorder of intellectual development, profound (PIV hluboké)• 6A00.4 Disorder of intellectual development, provision (PIV jiné)• 6A00.Z Disorder of intellectual development, unspecified (PIV nespecifikované)

Podle **Americké asociace pro intelektové a vývojové poruchy (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD)**, která považuje podstatu postižení za *významné omezení intelektových funkcí a adaptability člověka, která má zjevné projevy v oblasti pojmové, praktické a sociální*, se setkáváme s pojmem a klasifikací dle tzv. míry individuální podpory.

U tohoto amerického modelu se rozlišují čtyři stupně podpory – občasná, omezená, rozsáhlá, pervazivní (všepronikající), které se využívají místo čtyř tradičních stupňů klasifikace (tj. lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace). Stupeň potřebné podpory však nemusí nutně vyjadřovat hloubku postižení intelektu. Člověk s lehkým stupněm postižení může dočasně vyžadovat větší míru podpory při svém zapojení do náročnější pracovní činnosti než člověk s těžším postižením intelektu, který se rychle adaptoval na jednoduchou pracovní činnost. **Výhoda tohoto modelu spočívá ve větší využitelnosti v praktickém životě.** Popis možností (kompetencí) člověka, namísto popisu jeho omezení, umožňuje vytvořit si přesnější představu o jeho schopnostech zapojit se do určitého prostředí. Časová dimenze nás navíc nutí k vnímání člověka v kontextu dynamiky jeho individuálního vývoje. (AAIDD, 2018)

Zmíněná asociace AAIDD úzce spolupracuje s manuálem DSM (viz níže), který je v USA zároveň podobným dokumentem, jako u nás Evropská Mezinárodní klasifikace nemocí dle Světové zdravotnické organizace (ICD – MKN).

V pátém vydání **Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013, v překladu u nás od roku 2015)** je diagnóza intelektového postižení (intelektová vývojová porucha) revidována z DSM-IV a z diagnostiky mentální retardace. Významné změny se týkají toho, co se nazývá porucha, jejího dopadu na fungování člověka a zlepšení kritérií pro podporu komplexnějšího posouzení člověka.

Diagnostická kritéria intelektového postižení podle DSM-V se týkají tří oblastí adaptivního chování člověka. Tyto tři domény jsou určující pro fungování a vyrovnávání jedince v každodenních situacích:

- Obsahová oblast zahrnuje dovednosti v oblasti jazyka, čtení, psaní, matematiky, uvažování, myšlení, znalostí a paměti.
- Sociální oblast se týká empatie, společenského úsudku, schopností interpersonální komunikace, schopnosti vytvářet a udržovat přátelství a podobných schopností.
- Praktická oblast se zaměřuje na samostatnou správu v oblastech, jako je osobní péče, zodpovědnost za práci, správa peněz, využití volného času a organizování školních a pracovních úkolů.

Takto pojaté intelektové postižení nemá specifický věkový požadavek, symptomy jednotlivce musí začít během jeho vývojového období a jsou diagnostikovány na základě závažnosti deficitu adaptačních funkcí. Porucha je považována za chronickou a často se vyskytuje společně s jinými duševními poruchami, jako je deprese, porucha pozornosti a hyperaktivity a porucha autistického spektra, přičemž ovšem každá má svou vlastní důležitost a váhu.

VĚTA



Intelektová porucha (intelektová vývojová porucha) jako diagnostický termín DSM-5 plynule nahrazuje termín "mentální retardace" používaný v předchozích vydáních příruček.

Společně tyto revize přinášejí DSM do souladu s terminologií používanou a modifikovanou také Mezinárodní klasifikací nemocí Světové zdravotnické organizace (MKN – 11 dle WHO, 2018), i dalšími profesními disciplínami a organizacemi, jako je např. AAIMD ve Spojených Státech Amerických.

1.3.2 ZÁKLADNÍ SCHÉMATA A PRINCIPY PSYCHOPEDICKÉ DIAGNOSTIKY

Velmi důležitým kritériem pro posouzení edukační psychopedické péče (nejen výchovy a vzdělávání) dětí s poruchami intelektového vývoje, je **rozsah a míra změn struktury mozku a vývoje myšlení v průběhu vývoje**.

Speciální pedagogika jakožto vědní obor celosvětově poukazuje na důležitost jednotného třídění všech postižení podle rozsahu a stupně. Práce s lidmi s lehkým až hlubokým postižením, primárním a nekombinovaným postižením, nebo s mnohačetnými, i sekundárními variantami přidružených vad (v rámci různých klasikačních kritérií světových manuálů – viz výše) nám ukazuje jak široká je celá problematika.



VĚTA

Psychopedická diagnostika by se měla zaměřovat především na individuální schopnosti jedince s poruchami intelektového vývoje (s mentálním postižením), na jeho funkční kompetence a silné stránky a na jeho vývoj.

Diagnostické schopnosti **směřující k odhalení mentálního či vícečetného postižení**, nemůžeme podceňovat ani v minimální rovině, protože každá diagnostická chyba může směřovat k zastavení dílčího vývoje v jakékoliv oblasti osobnosti dítěte. Vše by mělo probíhat přísně **individuálním** způsobem za pomoci zkušeností a empatie diagnostika profesionála.



K ZAPAMATOVÁNÍ

Principy psychopedické diagnostiky:

- **Princip komplexního přístupu odborníků a různých hledisek**
 - **Princip etiologického hlediska (zvážení principu příčiny vzniku poruchy)**
 - **Longitudinální princip (nutnost dlouhodobého působení a časového odstupu)**
 - **Princip dynamiky (zvláštnosti stále se měnícího stavu a vývoje)**
 - **Princip individuálního přístupu (jedinečnosti organismu a jeho vývoje).**
-

Posuzování jedince už při prvních vyšetřeniích, kdy se stanovuje výše a rozsah mentálního postižení vychází nejen z psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, anamnestických, exekutivních, vývojových škál a další), ale také z posouzení adaptivního chování, posouzení míry zvládnání běžných sociálně kulturních nároků. V rámci prvních vyšetření by měl být realizován i podrobnější neuropsychologický rozbor. Samozřejmě je podrobná anamnéza zaměřená na biologické a psychosociální (sociální prostředí a vztahy) faktory a informace o dosavadním vývojovém tempu. (Valenta a kol., 2012)

Účel psychopedické diagnostiky je analýza podmínek, průběhu, výsledků výchovy a vzdělávání se záměrem optimalizace a modifikace následujících procesů edukace. Mezi hlavní podmínky psychopedické diagnostiky patří určení druhu a stupně mentálního postižení, které vychází, jak jsme si ukázali v předchozím textu zejména z profesionálně vedené psychologické a pedagogické diagnostiky, kterou provádíme nejčastěji v poradenském zařízení (viz následující kapitola 3). Ovšem kompetence, které má psychoped v rámci své psychopedické diagnostiky, jsou založené právě na tom, zda je schopen erudovaně vyhodnotit závěry a prognostické zprávy lékařské, psychologické a další. Jeho úkolem je aplikace závěrů do samotné konkrétní práce s individuálním jedincem a tím také zhodnocení správnosti diagnostických výstupů.

Pokud se týká edukace dítěte/žáka s diagnostikovanou poruchou intelektového vývoje, pak je to právě na speciálním pedagogovi – psychopedovi, který by měl dokázat kompetentně vyhodnotit zprávy lékařské, psychologické a jiné směrem k aplikaci a prognostickým jevům u konkrétního jedince.

Samotná zpráva odborníků nestačí ke stanovení edukačního plánu, je zapotřebí soustředit se na individuální rozdíly, které souvisí zejména se **symptomy a riziky**, ať už primárně vycházejícími z daného postižení, tak sekundárně vzniklými v průběhu vývoje.

Důvod a význam psychopedické diagnostiky spatřujeme v několika rovinách:

- **Zjišťování úrovně**, kvality a účelnosti vzdělávacího procesu – pedagog hodnotí, co žáky naučil, do jaké šířky a hloubky rozvíjí jejich schopnosti, dovednosti, kompetence, přičemž diagnóza ukáže kritická místa ve vzdělávacím plánu, na která se může učitel dále soustředit, a popřípadě také přizpůsobit určité témata individuálním potřebám, stejně jako čas, charakter úkolů a jejich šířku a podstatu.
- Průběžná **zpětná vazba** pro speciálního pedagoga i pro zákonné zástupce (popř. jedince samotného) – aktéři edukace potřebují zpětnou reflexi probíhajícího systematického vzdělávání a výchovy, na které dokáží vystavět a rozvinout modifikační a inovační strategie. Tato průběžná zpětná vazba je motivačním aspektem celého procesu edukace.
- **Motivační význam** diagnostiky pro samotného jedince – pokud se týká žáka ve školním prostředí a v průběhu určitého stupně vývoje, je tento prvek nutný pro rozvoj osobnosti a souvisí s dalšími aktivitami, které posilují sebedůvěru a další výkony žáka. Významnou roli hrají faktory, které souvisí s pozitivní seberealizací, sebeanalýzou a sebehodnocením, které se postupně zdokonaluje.

- **Poradenský záměr** psychopedické diagnostiky – souvisí s oboustranným procesem poskytování rad k optimálnímu upravení nejen vzdělávacího procesu, ale také směrem k jedincům samotným porozumění určitým situacím a kontextům ve vlastním životě.
- **Prognostika** budoucího předpokládaného stavu rozvoje člověka, jeho kvalit a schopností a **selekce** – počátek veškeré práce s člověkem s poruchou intelektového vývoje musí být průběžně hodnocen z důvodu různosti změn, které souvisí s jeho dalším životem, spokojeností, rozvojem, ale také specifiky a zaměřením dané práce. Selektivní záměry diagnostiky pak slouží k určitému třídění jedinců podle konkrétních kritérií, které se nemusí týkat pouze školního vzdělávání, ale také zájmových aktivit a volného času, pracovního uplatnění, možností seberealizace, přidružených poruch a kombinací primárně či sekundárně vzniklých rizik a symptomů, ad.

Psychopedická diagnostika předpokládá v celém svém komplexním rozsahu záměr, který je ucelený a netýká se pouze zjišťování aktuálního stavu schopností a dovedností jedince, ale má longitudinální charakter s dílčími výstupy a závěry pro zajištění kompetentní spolupráce všech zúčastněných aktérů.

Samostatným kritickým momentem psychopedické diagnostiky je odlišení mentálního postižení, tedy poruchy intelektového vývoje od jiných závažných, podobných a matoucích poruch a situací. Zde hovoříme o tzv. **diferenciální diagnostice**.

Nejčastější jevy, které se směrem k mentálnímu postižení vyskytují, jsou poruchy s kauzalitou v **deprivaci (dlouhodobému strádání v určité oblasti), v rámci jiného postižení – typicky smyslového či tělesného, funkčních poruch učení a chování (SPU, SPCH), poruch autistického spektra (PAS), duševních poruch (maniodepresivní porucha, bipolární porucha), aj.**

Jak uvádí Valenta (2012) je třeba odlišit děti emočně, podnětově a kulturně deprivované, například děti vyrůstající v zanedbávajícím rodinném prostředí a děti z domovů a s institucionální výchovou. V těchto případech se (kromě ne vždy dostatečně spolehlivé anamnézy) vychází především z pozorování dítěte – s výsledky testů je nutno komparovat schopnost učit se novému přímo při vyšetření. Děti zanedbané či deprivované se učí rychleji oproti očekávání (tj. stupni zjištěného rozsahu mentálních schopností). Dalším kritériem je nevyvážený profil výkonů – opoždění řečového vývoje a sociálních dovedností oproti jemné motorice, vizuomotorice u mladších dětí. U starších a kulturně zanedbaných dětí jsou relevantnější především „culture fair“ testy, výsledky verbálních zkoušek nemohou být mírou schopností dítěte. V případě deprivací je třeba si uvědomit, že nelze většinou stanovit objektivní kognitivní kapacitu dítěte, ale že je zachycena pouze aktuální úroveň výkonů – intelektové schopnosti je možno zhodnotit až v dostatečném časovém odstupu a v souslednosti na úpravu prostředí dítěte.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Znalost základní problematiky psychopedie vztahující se k edukaci osob s mentálním postižením vede zcela jistě ke zkvalitňování práce budoucích speciálních pedagogů, tedy studentů, pro které je text primárně určen. Správné porozumění dané tematiky je prvním krokem ke zlepšení a rozšíření aktivit speciálního pedagoga směrem k psychopedické diagnostice, která je podstatou veškeré psychopedické práce. V době, kdy se postupy a metody speciální pedagogiky mění, ať už mluvíme o transformaci péče o jedince s mentálním postižením nebo o transformaci celkové podpory a vzdělávání osob se zdravotním postižením, je nutné chápat základní definice, termíny a souvislosti správně. V této první kapitole jsme se proto zaměřili na jasné vymezení termínů, které souvisí se speciálněpedagogickou diagnostikou psychopedickou.

OTÁZKY



1. **Popište definici člověka s intelektovým postižením.**
2. **Vysvětlete změny současných klasifikačních systémů a pohnutky k jejich změnám.**
3. **Definujte diagnostický proces.**
4. **Specifikujte speciálněpedagogický diagnostický proces.**
5. **Jaké cíle a principy má speciálněpedagogický diagnostický proces?**

ZÁKLADNÍ LITERATURA



- HADJ MOUSSOVÁ Z. (2008) Žák a jeho učení. In: BENDL S. – KUCHARSKÁ A. (ed): Kapitoly ze školní pedagogiky a školní psychologie. Praha: UK PedF. ISBN 978-80-7290-366-5
- HADJ MOUSSOVÁ Z. (2008) Pedagogicko psychologická diagnostika v práci učitele. In: BENDL S. – KUCHARSKÁ A. (ed): Kapitoly ze školní pedagogiky a školní psychologie. Praha: UK PedF. ISBN 978-80-7290-366-5.
- ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2015. 224s. ISBN 978-80-246-3071-7.

- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče*. 4.přepřac.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
 - VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
 - VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 5. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
 - VALENTA, Milan a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. Diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením*. 1.vyd. Olomouc: UPOL, PdF, 2012. ISBN 978-80-244-3055-3.
 - ZEZULKOVÁ, Eva, Renata KOVÁŘOVÁ. *Speciálně pedagogická diagnostika v praxi*. 2.vyd. Ostrava: OU Pdf, 2013. ISBN 978-80-7464-321-7.
-

2 OSOBNOST ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Ve druhé návazné kapitole se dostáváme k detailnějšímu popisu obecných zákonitostí, které se týkají osobnosti člověka s intelektovým postižením. Jednotlivé stati jsou věnovány určitým oblastem osobnosti a souvislostem, které tyto oblasti modifikují. Pro člověka s mentálním postižením jsou typické určité zvláštnosti v myšlení, vnímání, pozornosti, paměti, emocionálním prožívání, jednání, motorických schopnostech, komunikaci, řeči a sociálním začlenění. Jistá pozornost je dále věnována zejména procesu vnímání – percepce – jako operaci, díky které si člověk osvojuje informace o realitě života, získává zkušenosti a učí se. Charakterizování těchto specifických a modifikovaných oblastí osobnosti úzce souvisí s diagnostickým procesem.

CÍLE KAPITOLY



Student získá tyto následující informace, schopnosti, dovednosti a kompetence:

- Student se orientuje v termínech kognitivní oblasti, myšlení, pozornost, paměť, motorika, psychomotorika, komunikace, řeč, adaptace, socializace, vnímání a percepce.
- Student zná základní specifika typicky modifikovaných oblastí osobnosti jedince s mentálním postižením.
- Student má definovat a charakterizovat jednotlivé oblasti v kontextu mentálního postižení.
- Student umí popsat detailně vnímání jedince s intelektovým postižením jako základ rozvoje kognitivních oblastí i adaptace na prostředí a realitu.
- Student má konkrétní představu o změnách v typické osobnosti jedince s mentálním postižením.

Cílem druhé kapitoly je charakteristika typicky modifikovaných oblastí osobnosti jedince s poruchou intelektového vývoje tak, aby student byl schopen zaměřit diagnostický proces právě na tyto oblasti a znal jejich předpokládanou strukturu a schémata.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

8 hodin



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Myšlení, kognitivní schopnost, vnímání, percepce, paměť, pozornost, vůle, emoce, komunikace, řeč, motorika, psychomotorika, senzomotorika, sociomotorika.



PRŮVODCE STUDIEM

Ve druhé kapitole pokračujeme k dílčím otázkám, které se týkají mentálního postižení, a to do hloubi osobnosti člověka. Osvěžte si informace získané v průběhu základního studia psychopedie, která je pro diagnostiku psychopedickou určující. Na základě předložených struktur, schémat a procesů si uděláte obrázek o tom, na co konkrétně se musí psychopedická diagnostika zaměřit, aby postihla určující edukační prostor. Informace získané v této kapitole budete dále využívat a jsou rozhodující pro praktický postup diagnostických metod a technik, které budeme řešit dále.

2.1 Specifika osobnosti člověka s poruchou vývoje intelektu

Lidský mozek a jeho činnost je nejsložitějším systémem našeho organismu. Odhaduje se, že člověk může mít v mozku až sto biliónů synapsí (spojů mezi jednotlivými neurony). Informace v synapsích si nervové buňky předávají chemicky, prostřednictvím nervových přenašečů, které tvoří přibližně šedesát různých chemických látek. Nikdo neví, proč jich lidský mozek užívá tak velký počet. Radost, smutek, štěstí, zuřivost, hlad i touhu podmiňují účinky chemických přenašečů v miliardách synapsí našeho mozku. Ovlivňujeme je léky, alkoholem i drogami, stresem a naším psychickým stavem, stejně tak dotyky, zvukem hlasu, slyšenými nebo viděnými obrazy a slovy. Ovlivňujeme je na dobu několika vteřin stejně jako na celý život. (Koukolík, 1997) Lidský mozek je křehký systém. Dosud není plně dokázáno množství příčin, které způsobují nemoci, poruchy a v neposlední řadě mentální postižení. Speciální pedagogika jakožto vědní obor nezkoumá synapse ani chemické přenašeče, i přestože si je vědoma důležitosti výzkumů vedených tímto neurologickým směrem. Zatím můžeme říci jen to, že z různých důvodů podobností mentálních postižení se osobnosti s mentálním postižením projevují podobně. I přestože charakteristika mozko-

vých funkcí, charakteristika schopností a dovedností těchto jedinců vykazuje určitou similaritu, je každý jedinec s mentálním postižením svébytnou, individuální bytostí a naprostým originálem.

Důležitým faktorem, který vytváří celkový diagnostický obraz o mentálním postižení je nejen druh, stupeň a rozsah postižení, ale také doba vzniku, etiologie, přidružené vady, poruchy a rovnoměrnost vývoje. Pro komplexní diagnostický závěr je zapotřebí prozkoumat jednotlivé oblasti osobnosti člověka a jejich vývoj profesionálně sledovat.

VĚTA



Diagnostické schopnosti psychopeda, nemůžeme podceňovat ani v minimální rovině, protože každá diagnostická chyba může směřovat k zastavení dílčího vývoje v jakékoli oblasti osobnosti člověka. Veškerá intervenční činnost se odvíjí od zkušeností, empatie a zainteresovanosti speciálního pedagoga – psychopeda.

PRŮVODCE TEXTEM



Mezi specificky vyvíjející se oblasti člověka s poruchou intelektového vývoje patří kromě kognitivních oblastí i oblast motoriky, emocí, vůle, adaptačního sociálního chování a vztahů. V rámci tohoto textu se společně podíváme na jejich zvláštnosti, a tím také očekávání závěrů z diagnostického procesu, které se těmito oblastem musí věnovat vzhledem k běžně známým generalizovaným závěrům, které se osobnosti člověka s mentálním postižením týkají. (Viz podkapitola 1.1 tohoto studijního materiálu.)

Základním předpokladem života je poznávání vnějšího okolí organismu. U jedince s mentálním postižením jde o omezení a opoždění neuropsychického vývoje, který způsobuje **odlišnosti ve vnímání reality a užívání smyslů** v prvotním poznávání.

Deficit vnímání a poznávání je pravděpodobně způsoben nesprávným, a hlavně neukončeným vývojem mozku dítěte, který se v okamžiku narození stále vyvíjí a strukturuje, místo aby svou činnost zaměřil na aktivní vnímání podnětů a poznávání. Švarcová (2006)

uvádí, že u kojenců s nedostatečně vyvinutou mozkovou kůrou je orientační činnost a potřeba nových vjemů a dojmů velice nízká. Bezprostřední poznávání je zajištěno smyslovou percepcí, pamětním fixováním a aktivováním paměťových stop. Podkladem této části lidské psychiky je funkčnost první signální soustavy, která zajišťuje odraz reality a představy sdružené s určitými jevy. Problémem je také **nediferencovanost podnětů**, která způsobuje nerozlišování vjemů, nenacházení rozdílů, špatně postihuje souvislosti a vztahy mezi předměty. Velmi znatelný rozdíl se také projevuje ve zvědavosti a chtění poznávat. Dítě nemá zájem sáhnout na obraz nebo předmět, který vidí, neprojevuje snahu jej zkoumat a prohlížet, nemá tendenci se pozorně dívat, poslouchat, nacházet rozdíly a diferencovat detailně okolí.

S bezprostředním vnímáním a poznáváním úzce souvisí kognitivní funkce osobnosti – **pozornost**, která vychází fylogeneticky z orientačně – pátracího nepodmíněného reflexu. Pozornost je možné rozlišovat podle záměrnosti na nepodmíněnou, která se mimovolně zaměřuje na silné podněty, a podmíněnou, která je vázána na vůli a má charakter podmíněného reflexu. (srov. Valenta, Müller, 2013; Krejčířová, Valenta, 1997, Janků, 2010) Záměrná pozornost lidí s mentálním postižením vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost zaměřit se na více činností. S nárůstem kvantity výkonu narůstá samozřejmě i množství chyb. Z hlediska speciálněpedagogického vzdělávacího procesu je velmi důležitá **relaxace**, která stabilizuje proces záměrné pozornosti a schopnosti soustředit se. Maximální délka udržení pozornosti se pohybuje u jedinců s poruchami intelektového vývoje v rozmezí 15 – 20 minut. Ovšem, je zde nutné počítat s dalšími faktory, které mohou tento časový úsek omezit, a to zvláště **přidružené kombinované vady** typu funkčních specifických vývojových poruch učení a chování, poruch pozornosti s hyperaktivitou i bez ní, mozkové obrny, zrakové a sluchové vady, ale také specifika časové křivky dne, aktuální psychomotorický stav dítěte, chronologický i mentální věk, ad.

Nástrojem myšlení a také důležitým lidským projevem je komunikace, **lidská řeč**. Komunikaci a sociálnímu chování se každá lidská bytost musí od narození učit. **Učení** dětí s kognitivními poruchami intelektu je převážně mechanické, asociální. Dětem s těžkým postižením trvá velmi dlouho, než se něco naučí. Stejně tak je u všech jedinců s mentálním postižením typické **nízké zaujetí prací**, zvýšená dráždivost, necílevědomá snaha plnění úkolů, zvýšená unavitelnost, ad. **Dovednosti** si děti osvojují rigidním způsobem, jejich fixace bývá neúplná, souvisí také s **nedostatečnou funkčností paměťové složky** osobnosti. Velké problémy působí změny prostředí, návyků a přizpůsobení. Typickým rysem osobnosti jedinců je také určitá poznávací pohodlnost, která souvisí se sklonem ke **stereotypnímu jednání**. Podle Vágnerové (1997) musí být učení podmíněno primárně emotivně, a jeho motivační hodnotou je **pozitivní vztah** k dospělému, čili můžeme říci, že efektivita učení je determinována **citovou vazbou**.

Rozvoj řeči a komunikace dítěte ovšem nezáleží pouze na správné schopnosti učit se, ale také na **rozvoji diferenciačních spojů** sluchového i zrakového analyzátoru, tedy také na **senzorické percepci**. U dětí s mentálním postižením se sluchové rozlišování i vyslovování slov a vět vytváří později než u dětí zdravých. Nedostatky fonemického sluchu se

prohlubují zpomaleným tempem vývoje artikulace. Motorické impulzy, nezbytné pro zřetelné vyslovování jednotlivých hlásek, musí být velmi přesné. Správné rozlišování hlásek sluchem obvykle přispívá ke správné výslovnosti. Je důležité podotknout, že také slovní zásoba je velmi chudá, děti používají zřídka různá přídavná jména, slovesa a spojky. Mluvnická stavba řeči je nedokonalá. Lze tudíž říci, že komunikační schopnost dítěte s mentálním postižením může být více či méně narušena ve všech jazykových složkách zastoupených **ve formální i obsahové stránce řeči**.

Skrze zprostředkování slova a skrze řeč, jakožto nástroj lidskosti, se dostáváme k zobecněnému poznání – ke kognitivní funkci **myšlení**. Základní schéma vývoje myšlení lze znázornit takto: na počáteční slovo (pojem) navazuje spojení pojmů (soud) a spojováním soudů pak docházíme k úsudku. Tyto vztahy se vytvářejí na základě indukci a dedukci, čili **zobecnováním z jednoduhosti a vyvozováním jednotlivostí z obecných faktů**. Mezi myšlenkové operace patří podle stupně: rozlišování a třídění, komparace (srovnávání), analýza, syntéza a zobecnění (generalizace). Podle druhů můžeme myšlení rozdělit na prvosignálně konkrétní a druhosignálně abstraktní a logické myšlení. Tento krátký výčet charakteristik lidského myšlení nám vytváří představu o specifických poznávací složky myšlení jedinců s mentálním postižením. Jejich myšlení je podle Valenty a Müllera (2013) zatíženo **přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, nepřesností a chybami v analýze a syntéze**. Právě na těchto nedostatcích stojí hodnota skutečného myšlení, které se v tomto případě ubírá cestou chudou, neproduktivní a nekreativní. Nejvýznamnějším následkem poškození mozku je právě neschopnost **zobecnování**, která souvisí se špatným osvojováním pravidel a pojmů. Tento fakt úzce souvisí také s nekritičností – s neschopností komparace činů, myšlenek a požadavků, a také se slabou řídicí úlohou myšlení – s neschopností použití již osvojených rozumových operací. (Pipeková in Vítková a kol., 2004) V neposlední řadě se vyskytuje v myšlení dítěte s mentální retardací také velmi znatelná unavitelnost, která podle Švarcové (2006) souvisí s nesoustavností, která se drží ruku v ruce s výkyvy v pozornosti, soustředění a kolísajícím tonu psychické aktivity. U jedinců s mentální retardací je funkce myšlení značně narušena, a i přestože souvisí se stupněm a typem postižení, nelze předpokládat „běžná“ schémata řešení „běžných“ situací bez podpory, kontroly a minimální pomoci.

Jednoznačně rozhodujícím systémem osobnosti člověka je **paměť**. V rámci diagnostiky a pro potřeby speciální pedagogiky je nutné rozlišovat krátkodobou a dlouhodobou paměť. V odborné literatuře můžeme najít grafické modely, které strukturu a paměťový proces znázorňují zjednodušeně kupříkladu takto: díky příjmu informací a podnětů, které procházejí skrze sensorický registr, dochází nejprve ke krátkodobému uchovávání s „rychlým výpadkem“, poté ke dlouhodobému uchovávání „bez rozpadu paměťových stop“, a následně k vybavování a reprodukci. Paměť nám zaručuje, že každým okamžikem nepoznáváme nové věci. Z hlediska vývoje mluvíme o geneticky uložených informacích a paměti individuální, která je v rámci vzdělávacího procesu podstatnější. Paměť je selektivní a nemá charakter technického záznamu. (Valenta, Müller, 2013). Jedinci vykazují množství specifických paměťových rysů. Již při primárním procesu zapamatování a vštěpování informací

sledujeme pomalé tempo a snahu o mechanické zapamatování. Děti se nesnaží učivu porozumět a vlivem nedostatku schopnosti abstraktního myšlení a představivosti, nejsou schopny dojít k logickým závěrům. Potřebují již v této fázi, samozřejmě v závislosti na hloubce postižení, množství opakování. Ve druhé fázi zapamatování a podržení v paměti se rovněž liší jak kvantita, tak kvalita operace. Zapomínání probíhá intenzivněji než u intaktní populace, přičemž také poměr zapamatovaného je mnohem nižší. Typické „nestálé uchovávání“, jak uvádí Švarcová (2006), se často označuje „zapomnětlivostí“, a je spojeno s nepřesnostmi v uchovávání. Vybavování a reprodukce probíhá u všech jedinců s mentálními deficity dlouho a často s chybami. Ke zvláštnostem patří zjevně také neschopnost třídění paměťových stop, které s vybavováním úzce souvisí, ať už máme na mysli třídění podle důležitosti, potřeby nebo významu, jak uvádí Pipeková (in Vítková, 2004). Na závěr je nutné říci, že cvičení paměti těchto jedinců by se mělo stát samozřejmostí speciálněpedagogické péče. Paměť napomáhá celkově rozvoji kognitivního procesu, při kterém je důležité umět třídit, hodnotit a srovnávat informace, které si na prvním místě musíme osvojit a vybavit. Všechny tyto výše uvedené nedostatky vychází ze zvláštností vyšší nervové činnosti, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji, než je běžné.

Jednou z nejdůležitějších oblastí osobnosti každého jedince je jeho **emocionální prožívání a chování**. Emoce se projevují ve dvou hladinách – první zážitkové a druhé somatické (doprovodné fyziologické změny, zejména útrobní, ale i motorické, pohybové, zahrnující i výraz obličeje a mimika). Jejich podstatným znakem je polarita, protikladný pól, který každá emoce má: radost – smutek, úcta – opovržení, závist – přejícnost, lítost – zlomyslnost, ad. Emocionální chování je charakterizováno zeslabením nebo vyloučením korové činnosti a kontroly a vyjadřuje apetenci nebo averzi k podněcující situaci, tedy typickou libost versus nelibost. Pokud jde o jedince s poruchami intelektového vývoje, pak ve většině případů jde celoživotně o emočně nevypělého jedince, který je vybaven menší schopností ovládat se v porovnání s ostatními jedinci stejného věku. Obecná psychologie dělí city a emoce na tzv. vyšší a nižší. U osob s mentální retardací se běžně rozvíjejí zejména nižší city, které slouží k uspokojování základních potřeb, na rozdíl od vyšších, které slouží k uspokojování duchovních potřeb. Spolu s kognitivní složkou a percepčními schopnosti regulují emoce chování a prožívání člověka. Podle Vágnerové (2005) vyvolávají emocionální prožitky zejména konkrétní podněty, avšak v důsledku nedostatečnosti racionálního hodnocení a sebeovládání přetrvává nutnost ovlivňovat chování takových lidí obvykle prostřednictvím druhé osoby. Zvýšená **sugestibilita** je jedním ze zásadních faktorů, který determinuje autoregulaci těchto jedinců. Podle současných odborníků můžeme uvést tato specifika emocionální sféry:

- dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je minimální, buď převládá jednostranné uspokojení či jednostranné neuspokojení, chybí jemné citové odstíny a detailní nuance
- neadekvátnost dynamiky a intenzity citů směrem k podnětům, vnímání je buďto povrchní nebo neúměrně silné
- egocentrismus, egoistické chování podstatně ovlivňuje hodnoty a postoje

- nedostatečné řízení citů intelektem (nekorigovanost citů vzhledem k situaci, neschopnost kompenzace neuspokojených potřeb náhradní činností)
- opožděnost obecně, obtížné vytváření vyšších citů (svědomí, pocit povinnosti, pocit odpovědnosti, soucit,...)
- živelné převládání nižších elementárních potřeb postupující s věkem (závisí samozřejmě na hloubce postižení)
- rozvoj patologických citových projevů – neadekvátní výkyvy nálad – dysforie – mohou směřovat až do euforických a manických stavů, popřípadě jsou doprovázeny lhostejností a apatií.

Velmi silnou emocionální potřebou je **pocit citové jistoty a bezpečí**, které taktéž ovládají chování a prožívání jedince. U lidí s mentálními deficity je citová jistota dána vztahem s blízkým člověkem a může sloužit, podle Vágnerové (1997), jako zdroj rovnováhy, narušované pocitem ohrožení okolním světem, který je pro postiženého už tak často obtížně srozumitelný. Potřeba emoční podpory se i v dospělosti projevuje určitou formou infantilismu. Nenastávají ani časově – hormonální změny, které mění vztahy, citové vazby a postoje k jednotlivým členům rodiny běžně v období puberty a dospívání. **Fixace na rodinu** přetrvává bez zjevných odlišností, člověk nemá potřebu emancipace. U některých jedinců (zvláště z prostředí domovů a rezidenčních zařízení sociálních služeb) můžeme pozorovat i velmi častou **psychickou deprivaci**, která v sobě skrývá nedostatek citů, vazeb, podnětů a také doteků (citová, senzorická, taktilní deprivace).

Na tento fenomén „ústavních dětí“ upozornil již Dolejší (1973), který zjistil, že intelektově podprůměrné děti jsou ve svém duševním vývoji citlivější na situace podmiňující citovou deprivaci, než je tomu u dětí s průměrným a nadprůměrným intelektem. Všechny tyto děti potřebují láskyplné, podněcující a celkově příznivé prostředí.

Velmi výrazný prvek **sugestibilita** (snadná ovlivnitelnost) je u takto postižených v rozporu s jejich rigidností a imunností ke změnám a požadavkům okolí. Tento protipól v jednání ukazuje typické příznaky **nedostatku vůle** (dysbulie, abulie), která je příznačná neschopností řídit své vlastní jednání a překonávat běžné překážky života. Podle Švarcové (2006) se slabost vůle projevuje v situacích, kdy děti vědí, jak mají jednat, ale nejsou schopny jednat požadovaným způsobem. Nerozhodnost a neschopnost odhadování svých možností s touto zmíněnou zvláštností úzce souvisí. Ve fázi rozhodování má pak přednost aktuálně atraktivní motiv, protože odstup od citového prožitku je pro tyto jedince příliš náročným procesem.

Motorické schopnosti dítěte s mentálním postižením, a jejich zatížení, souvisí ruku v ruce s rozsahem mentálního deficitu. Čím je mentální postižení těžší, tím znatelněji se obecně projevuje v motorických schopnostech, ostatně u předchozích oblastí osobnosti je to podobné.

Například u dítěte s těžšími stupni a kombinací mentálního a tělesného postižení, může být až už jemná nebo hrubá motorika ve fázi částečné mobility až úplné imobility. Její

rozvoj je nutný již v raném věku, protože její souvislosti leží v množství přijímaných podnětů a tudíž informací a rozvoji celého nervového systému. Motorickou oblast člověka můžeme klasifikovat v dílčí složce jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, motoriky artikulacních orgánů, smyslových orgánů, pohybové koordinace, a dalších součástí. Z hlediska hlubšího rozsahu postižení mentálního se detailněji zaměříme na kombinaci motorických schopností se smyslovým vnímáním, psychickým rozvojem a sociálními vazbami, tedy senzomotoriku, psychomotoriku a sociomotoriku (viz následující tabulka).

Tab. 2: Senzomotorika, psychomotorika, sociomotorika (srov. Müller, 2014)

Senzomotorika	Psychomotorika	Sociomotorika
<p>Taktilně kinetické vnímání</p> <ul style="list-style-type: none"> rozvíjení tělesné senzibility, motoriky úst, obličeje, končetin kontrola vlastního těla, pohyb z místa 	<p>Smyslové vnímání</p> <ul style="list-style-type: none"> vizuální podněty olfaktorické podněty gustatorické podněty auditivní podněty 	<p>Komunikace</p> <ul style="list-style-type: none"> vnímání řeči podpora funkcí porozumění – komunikační dovednosti
<p>Regulace tělesného napětí</p> <ul style="list-style-type: none"> uvolnění spastických částí těla, relaxace 	<p>Myšlení</p> <ul style="list-style-type: none"> analýza syntéza třídění a vytváření představ o pojmech 	<p>Sociální chování</p> <ul style="list-style-type: none"> sebeobsluha vytváření vztahu k sobě samému vytváření vztahu k okolí a orientace v něm
<p>Vestibulární vnímání</p>	<p>Představivost a paměť</p> <ul style="list-style-type: none"> záměrné vnímání – pozorování vjem – uchování – vybavení rozvoj představivosti a paměti 	<p>Relaxace a hra</p> <ul style="list-style-type: none"> hra na tělo a s předmětem hry námětové a konstruktivní hry s pravidly

Senzomotorika je spojením motoriky a smyslového vnímání různého stupně a fáze. Označuje například spojení vnímání zrakem nebo sluchem (vizuomotoriku, audiomotoriku), a dalšími smysly. Senzomotorika, jak již odkazoval Piaget na určitou etapu ontogenetického vývoje spojenou s raným dětským věkem (období senzomotorické inteligence), tvoří základní kámen rovnováhy lidského myšlení. Jednoduše je senzomotorika souhra, která vede ke koordinaci všech pohybů, správnému vnímání tělesného schématu, adekvátnosti pohybů řízenou smyslovou orientací, jejich směřování, odhadování a přesnost.

Psychomotorika je na rozdíl od senzomotoriky spojením pohybových aktivit jedince a psychického prožívání (psychického stavu). Často je tento termín užíván pro zastřešení i dalších pojmů, protože jak jistě čtenář chápe, spojení mezi nimi je velmi úzké a kontextové. (srov. Blahutková, 2007; Opatřilová, 2005) Psychomotorika je často pokládána za metodu s cílem ovlivnit duševní procesy člověka podněcováním motorických činností, tedy o výchovu pohybem. Záměrně se využívá pohybových prostředků, aby se docílilo pozitivních změn v chování, jednání, osobnostní struktuře a emocích. Napomáhá překonávat stres a únavu organismu, odbourává strach a negativní zážitky. (Vítková, 2004)

Třetí významnou oblastí vývoje související s motorikou jedince je **sociomotorika**. Tento termín se neobjevuje v domácích zdrojích optimálně často, ovšem v kontextových souvislostech jej definujeme jako spojení pohybu a chování člověka, aktivitu člověka ve vztahu ke svému okolí a k dalším subjektům. Významnou úlohu, oproti psycho a senzo - motorice, hraje setkání člověka s jinou osobou, čili navázání určité vazby, kontaktu, vztahu.

2.1.1 OBLAST VNÍMÁNÍ

Členění a dělení procesu diagnostiky se v rámci speciální pedagogiky liší podle různých kritérií, např. podle časového hlediska, věku jedince, délky trvání, rozsahu sledovaných cílů, etiologie, druhu postižení, apod. Pro naše účely, se zaměříme na speciálněpedagogickou diagnostiku **smyslové percepce**, čili diagnostiky za použití diagnostických metod a technik, které souvisí s **rozpoznáváním senzoriky, senzorické kooperace, úrovně a fázi smyslové percepce**. Důvodem zaměření na smyslovou percepci je u dítěte s těžkým vícenásobným postižením existenciální důležitost rozvoje smyslové percepce, jež souvisí s poznáváním a celkovým vývojem člověka.

Percepci, čili vnímání, řadíme mezi poznávací procesy, které zprostředkovávají informace z vnitřního a vnějšího okolí. Jednotlivé informace o světě získáváme v průběhu procesu, který souvisí se sběrem dat za pomoci smyslů a operací analýzy a syntézy, která souvisí se zpracováním jednotlivých vjemů centrální nervovou soustavou (dále jen CNS) člověka.

Schopnost CNS reagovat na zkušenost, a vnější i vnitřní podněty, je v odborné literatuře označována jako **plasticita**, která vede k rozvoji různých psychických oblastí, tedy i vnímání. Všechny tyto procesy probíhají individuálně rychle a specificky diferencovaně, ovšem, podle určitého řádu a systému již v prenatálním životě. Navíc jistá funkční struktura mozku zajišťuje specializaci mozkových hemisfér, jejichž funkční spolupráce je nutná pro rozvoj všech poznávacích procesů. (Vágnerová, 2004) Poznatky z neurovědy nám ukazují, jak je mimořádně důležité zabezpečit přísun signálů, a tedy aferentních procesů z vnějšího prostředí všemi možnými, náhradními nebo doplňujícími způsoby. Jedním z důvodů je potřeba nasycování CNS potřebným množstvím kvalitních podnětů ve správné posloupnosti (na úrovni motorické, senzorické, kognitivní, komunikační i sociální), a druhým je potřeba předcházení imobilitě a pasivitě jedince. (srov. Vančová in Gogová et al, 2013)

Neuroplasticita zpochybňuje myšlenku, že mozkové funkce jsou v určitých místech fixovány trvale. Pokud není jedna část mozku využívána, pak se zmenší a její funkce převezme jiná část mozku. Myšlenka neuroplasticity zahrnuje dynamický proces, který se prolíná s tzv. Hebbsovým zákonem. *Hebbův zákon* zvýrazňuje hlavní princip neuroplasticity a jeho podstata tkví v myšlence, že neurony, které se aktivují současně a společně, vytvoří mezi sebou pevné spojení synapsí. (srov. Pagliano, 2012) Interakce mezi neurony ovšem zahrnuje procesy dva, zahrnuje povzbuzování a zrychlování reakcí, ale i tlumení a zpomalování reakcí. Tento dynamický proces mezi neurony může být znovu a znovu modulován a re-modulován. Pokud dítě od svého narození trénuje smysly a cvičí své vnímání, pak se jeho smyslové vnímání zlepšuje, zdokonaluje a sofistikuje. Pokud ale, například dítě s těžkým kombinovaným postižením, nemá dostatek smyslových informací, možností a zkušeností, pak ta část mozku, která fakta nezískává, není aktivována, postupně degraduje, zmenšuje se a zaniká.

Pokud nelze z různých důvodů zajistit řádný psychický vývoj (znaky posloupnosti navazujících fází, určitého zákonitého pořadí změn, celistvosti a vzájemné interakci, kontinuální diferenciaci, plynulosti a rovnoměrnosti), pak se jedná o narušenou strukturu CNS a poruchu vývoje, která má nedozírné následky ve veškerém psychickém dění, procesu myšlení i vnímání. (Janků, 2010)

Vzhledem k tématu smyslové percepce hovoříme nejčastěji o zrakové (vizuální), sluchové (auditivní), hmatové (taktilní) a kinestetické (poloha, pohyb vlastního těla, rytmus) percepci, a také o orientaci v prostoru a čase, vnímání chuti a vnímání sebe sama.

Velkým rozdílem mezi lidmi je v oblasti percepce zapojení schopnosti aktivního myšlení a vědomí při zpracovávání jednotlivých podnětů. Podle odlišností ve zpracovávání jednotlivých podnětů rozlišujeme smysly na tzv. blízké a dálkové (distanční). Mezi smysly blízké řadíme například vnímání pohybu, rytmu, rovnováhy, chuti, sebe sama, tepla, naopak mezi distanční rozhodně vnímání sluchem, zrakem a čichem. (Vítková, 2006)

Vnímání je ovlivněno zráním nervové soustavy, vývojem jedince a v našem případě také druhem a typem postižení. **Je nutné, abychom pro diagnostikování úrovně percepce člověka znali fáze vývoje percepce zdravého jedince, a došli tak ke konkrétní fázi a úrovni, ve které se jedinec reálně nachází, a od které se můžeme ve výchově a vzdělávání jedince ubírat dále.**

Fáze smyslové percepce, které dále souvisí s výchovně vzdělávacím procesem ve smyslu **jednotlivých kroků posloupnosti učení**, se u každého člověka rozvíjí individuálně. Pagliano (2001) rozlišil tyto postupné zlomy:

1. předpřípravná fáze (umím vnímat některé podněty a získat nějaké informace z prostředí) – z angl. preacquisition;
2. získávání informací z prostředí (učím se vnímat cíleně) – z angl. acquisition;
3. rozvoj posloupnosti smyslového vnímání (umím vnímat stále přesněji) – z angl. fluency;

4. upevňování schopnosti vnímání v čase (jsem schopný vnímat a rozlišovat určité podněty po určitou dobu) - z angl. endurance;
5. rozvoj schopnosti vnímání i přes neoptimální podmínky (i přestože mě něco rozptyluje, vnímám to, co chci) – z angl. momentum;
6. generalizace smyslového vnímání (vnímám naprosto automaticky a bez nutných instrukcí a kdekoliv) – z angl. generalisation;
7. adaptace smyslového vnímání (přizpůsobuji proces vnímání svému myšlení a aktuální situaci) – z angl. adaptation;
8. uchovávání znalostí a dovedností v paměti - z angl. retence;
9. vlastní vedení (dosáhl jsem nezávislosti ve schopnosti smyslového vnímání) – z angl. maintenance.

VĚTA



Smyslová percepce, její posloupnost a dosahování jednotlivých fází, jsou základem veškerého učení.

„Poněvadž naše smysly jsou žlaby, jimiž vtéká poznání věcí do našich myslí, zapouští učení – jak je nezbytno – kořeny tím hlouběji, čím více, častěji a pečlivěji smyslů používáme.“ Navíc... „smysly jsou spojovány se svými předměty a tím těší. Rmoutí je, je-li bráněno v přístupu k nim, poněvadž odtud mají svou potravu. Proto děti slyší, že je tu něco nového, co ještě neviděly, neslyšely, neochutnaly, a ženou se, dychtíce to vidět, slyšet, ochutnat, jestliže jim zabráníš, ubiješ je. Smysly žáků musíme vždy dráždit tím, co je láká.“ (srov. Komenský, 2004, s. 58)

Senzorická aktivita a percepce je značně diverzifikovaná s každou originální lidskou bytostí. Schémata heterogenit percepce, která jsou známá, se týkají všech dílčích oblastí. Expresivně se s nimi setkáváme již od narození a samozřejmě se mění s rozvojem osobnosti zcela individuálně.

Ve velmi brzkém věku dítěte se objevuje fenomén **vnímání vlastního těla a tělesného schématu**, což z hlediska kategorizace pojmů souvisí s problematikou percepce jako takové velmi úzce, a závisí od souboru vnitřních představ, které zahrnují informace o částech těla, vzájemných vztazích a souvislostech, orientaci na vlastním těle a také možnostech aktivity, tedy mobility. Utváření tělesného schématu je vývojově ovlivnitelný proces, který děti s vícečetnými disabilitami provází.

Tělesné schéma tvoří systém tělesných zkušeností. Tělesné zkušenosti zahrnují: neuropsychologické a psychologické zkušenosti, veškeré percepčně-kognitivní výkony, emocionálně-afektivní výkony, orientaci na těle a uvnitř těla, vědomí těla, zkušenosti kinestetického vnímání, prožívání hranice mezi tělem a jeho okolím, diferenciací a rozlišování pravé a levé poloviny těla, vztah ke svému tělu (spokojenost a nespokojenost s vzhledem), ad. (srov. Zelinková, 2001)

Děti, které mají problém s tělesným schématem a vnímáním vlastního těla, mají samozřejmě potíže při osvojování pohybových vzorců a pohybových dovedností, zejména ve fázi automatizace, která je typická nejen samotným pohybem, ale také plánováním a předjímáním motorických vzorců. Úroveň tělesného schématu je závislá a přímo úměrná motorickým aktivitám a dovednostem člověka.

Vizuální percepce je u dětí s těžkým postižením, spolu se **sluchovou percepcí a haptickým vnímáním a jejich diagnostikou**, jednou z nejdůležitějších oblastí a diagnostických závěrů. Je zřejmé, že pokud máme před sebou dítě či žáka s vícečetným postižením, je pro nás primární zjistit, **jakým způsobem přijímá informace z okolí, jak vnímá vlastní tělo zrakem, jak funguje zpracovávání sluchových informací, a zda je jeho úroveň vnímání hmatem dostatečná.**

U zrakové percepce hodnotíme rozlišování světla a tmy, jednotlivých předmětů, vlastních částí těla, vzdálenosti, barvy. Hovoříme také o zrakové diferenciaci (schopnosti rozlišovat složitější obrazce), rozlišování figury a pozadí, konstantnosti vnímání (schopnosti poznávat předmět různé velikosti, polohy v prostoru, barvy a struktury), polohy v prostoru a zrakové paměti. (Kastelová in Kastelová, Németh, 2014) Zraková percepce souvisí více než s čímkoliv jiným s vnímáním barev, což je vysoce subjektivní zkušeností, na které se podílejí psychologické i fyziologické faktory vnímání. Barva je ryze subjektivní proto, že objektivně vlastně neexistuje, je vyjádřena pouze naším zrakovým vjemem, který je představou, tedy abstrakcí vjemu. Příkladem je představa zelené barvy, která je abstrakcí zeleného předmětu. Barvy vystupují vždy ve vzájemných vztazích, díky nimž získávají svůj konečný vzhled. Daná barva vždy leží vedle jiné barvy, ať už v prostoru nebo na barevné ploše. (Brožková, 1983 in Škobrtal, 2012; Eigendaal, 2017) Barvy ovšem hrají velmi důležitou roli při orientaci a při poznávání. Umožňují nám lépe vystihnout i drobné rozdíly mezi podněty a adekvátně na ně reagovat. Kdybychom nebyli schopni vnímat barvy, naše orientace v okolním světě by byla značně ztížena. (Frieling, Auer, 1974 in Škobrtal, 2012)

Neméně důležité je **spojení mezi hmatovým vnímáním a neuronální organizací CNS**, z něhož lze odvodit, že uchopování a veškeré vnímání podnětů hmatem a kůží jsou základem pro kognitivní struktury organismu (Vítková, 2006). Taktilní vnímání se prudce rozvíjí již v prenatálním stádiu a pak zejména v prvním roce života dítěte. Dotyk předmětu vnějšího světa hmatem ruky patří do objevné fáze vnímání, rozlišování a uvědomění rozdílů mezi sebou samým a vlastním okolím. Dotyk v životě dítěte s těžkým nebo mentálním postižením nehraje pouze úlohu související s péčí o jeho vlastní potřeby, ale výrazně se odráží na tělesné, sociální, emoční a intelektuální pohodě. (srov. Janků, 2010, Doherty-Sneddon, 2005). Hmatem hodnotíme velikost tvarů, jejich strukturu, teplotu, váhu. Při diagnostice

hmatu využíváme různých úkolů, které souvisí s tříděním předmětů, poznávání předmětů hmatem a chápání jejich vlastností.

Úroveň **sluchové percepce** u dětí s těžkým postižením je značně ovlivněna, modifikována a ozvláštněna. Souvisí s velmi brzkým vývojem sluchového receptoru i mozkových center, která se vyvíjejí v souladu se spolupůsobící mentální retardací nebo dalším postižením. Sluchové vjemy jsou výsledkem dříve podmíněných spojů, dítě se učí skládat jednotlivé zvuky, tóny hudby apod. To, co dítě slyší a vnímá jako zvuk, je v podstatě závislé na kvalitě i kvantitě podmíněných spojů, které se vytvořily v mozkové kůře. Podobně jako proces vidění, je i slyšení naučeným procesem rozlišování zvuků. (srov. Janků, 2010, Vágnerová, 2004, Švarcová, 2011) Stav sluchového vnímání ovlivňuje také vnímání času, prostoru a polohy vlastního těla. V rámci diagnostiky sluchové percepce hodnotíme rozlišování jednotlivých zvuků, vnímání různé intenzity, poznávání zvuků, schopnost lokalizovat zvuk, ale také rozpoznávání lidské řeči, slabik, slov, vět, sluchovou paměť, sluchovou diferenciaci, sluchovou analýzu a syntézu. (Kastelová in Kastelová, Németh, 2014)

VĚTA



Smysly dětí s těžkými poruchami intelektového vývoje mohou být značně limitovány, čili musí být neodkladně prozkoumány a stimulovány tak, aby k dítěti informace proudily co nejdříve od raného vývoje.

Před začátkem každého edukačního procesu je nutné provést právě adekvátní, kvalitní, minimálně orientační, speciálněpedagogickou diagnostiku schopností, dovedností a možností dítěte, které vyplývají z osobnostně – individuálních schémat a z procesů intelektového postižení, a úzce se dotýkají smyslové percepce.



SHRNUTÍ KAPITOLY

Diagnostika, diagnostický proces, jeho metody a techniky v oblasti psychopedie jsou úzce spjaty s posuzování kognitivních, volních a emocionálních oblastí osobnosti jedince s mentálním postižením. Důsledné prozkoumání specifík, zvláštností a modifikací, které se týkají dílčích oblastí osobnosti povede ke správně vedenému diagnostickému posuzování, které je podkladem pro práci a edukaci. Detailně jsme se zaměřili na oblast percepce a procesů vnímání, protože ty jsou základním kamenem v rozvoji myšlení, představivosti, pamatování, získávání zkušeností, jež jsou pro život nejen jedince s poruchou intelektového vývoje esenciální.



OTÁZKY

Doplňte přívlastky a popisy, které se týkají myšlení, pozornosti, vnímání a motoriky u jedinců s poruchou intelektového vývoje.

(Doplňování souvislých a odborných vět souvisí s prostudovaným textem této kapitoly.)

- Myšlení je....
- Pozornost je.....
- Vnímání je....
- Motorika je....
- Komunikace....



ZÁKLADNÍ LITERATURA

- ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2015. 224s. ISBN 978-80-246-3071-7.
- JANKŮ, Kateřina. *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vybraná základní témata*. Ostrava: Pdf, 2014. ISBN 978-80-7464-640-9.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče*. 4.přepřac.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
- VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

- VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 5. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
- VALENTA, Milan a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. Diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením*. 1.vyd. Olomouc: UPOL, PdF, 2012. ISBN 978-80-244-3055-3.

3 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Třetí kapitola je věnována fenoménu současnosti – poruchám autistického spektra, které jsou stále součástí psychopedie, jako disciplíny, která se zabývá lidmi s mentálními poruchami. V rámci této kapitoly si upřesníme jak historii a názvosloví, včetně definic a základního vymezení poruch autistického spektra, tak se zaměříme na symptomy, které jsou specifické pro tento typ poruchy, a na symptomy, které tuto poruchu mohou, ale nemusí doprovázet. V poslední části této kapitoly chceme upozornit na změny, které se celosvětově týkají diagnostických škál, a to v systému evropské MKN i americké DSM.



CÍLE KAPITOLY

Student získá tyto následující informace, schopnosti, dovednosti a kompetence:

- Umí definovat poruchy autistického spektra
- Zná základní, specifické i nespecifické symptomy, kterými se poruchy autistického spektra projevují ve změněné osobnosti člověka
- Orientuje se v klasifikačním systému MKN a DSM
- Zná historii objevování vybraných poruch a umí je chronologicky (podle doby svého objevení) postupně popsat
- Umí objasnit složitost fenoménu diagnostikování poruch autistického spektra a ví, na které odborníky se může obrátit.

Cílem třetí kapitoly je popsat poruchy autistického spektra se svými zvláštnostmi a zákonitostmi, které již známe, ale které jsou také velkou neznámou. Umí klasifikačně zařadit poruchy dle kritérií MKN a DSM. Student získává dovednost flexibilně využívat znalosti o poruchách autistického spektra.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



8 hodin

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Porucha autistického spektra, pervazivní vývojová porucha, autismus, Aspergerův syndrom, dětský autismus, specifické a nespecifické symptomy autismus, sociální interakce, komunikace, představitost, MKN, DSM.

PRŮVODCE STUDIEM



Ve třetí kapitole se setkáte s problémem, který trápi odborníky diagnostiky v rámci diferenciačního i orientačního diagnostického procesu po celém světě, protože mezi tzv. funkční poruchy, které se mohou velmi podobat v rámci svých symptomů, patří v současnosti právě poruchy autistického spektra. Doufám, že informacemi, které jsem do této kapitoly vložila, se více přiblížíte jasnému stanovisku, které o těchto poruchách získáte a rozhodnete se pro práci s těmito jedinci, kteří jsou tak specifíční a originální nejen ve svém chování, ale zejména ve svém myšlení a vnímání reality světa. Uvědomte si, kolik osobností s velkým „O“ bylo pokládáno, ať už správně nebo chybně za autisty.

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emoci. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“ (J. Sinclair)

3.1 Poruchy autistického spektra jako fenomén historie i dneška

Poruchy autistického spektra, neboli často zkratkou používané PAS, patří mezi poruchy, které prostupují celou osobností člověka, mezi poruchy, které nazýváme – všepřonikající. Vývoj dítěte s pervazivní vývojovou poruchou (Pervasive Developmental Disorder – v angl. zkráceně PDD) je hluboce narušen, a to v mnoha oblastech.

První zmínky o pervazivních vývojových poruchách souvisí s počátkem 20. století. Zásluhy na jejich deskripci patří vídeňskému pedagogovi Theodoru Hellerovi, který se ve své práci zabýval dětmi s tzv. infantilní demencí, kterou také ve své práci popsal. Porucha, kterou tehdy Heller popsal, byla v průběhu prvních období nazývána *Hellerův syndrom*, později byla označována jako *dětská psychóza a dnes ji známe jako Jinou dětskou desintegrační poruchu*. (srov. Adamus, 2014, Hrdlička, Komárek, 2004)

V roce 1911 se poprvé objevil pojem **autismus**, který zavedl Eric Bleuler, švýcarský psychiatr, a to k pojmenování jednoho ze symptomů schizofrenie (autismus - z řečt. „autos“ - sám). (Adamus, 2014) Autistické chování bylo samotným Bleulerem popsáno následovně: „*Autistické odtazení od reality bylo výrazem pro zvláštní druh myšlení, pohroužení se do vnitřního světa snů a fantazie. Toto myšlení bylo a je považováno za neproduktivní a pasivní, jednalo se spíše o výraz popisující druh snění, které je obráceno do vlastního nitra.*“ (Bleuler, 1911 in Thorová, 2012, s. 34)

Významným objevným základem, který zasáhl historii pervazivních vývojových poruch, byla výzkumná práce amerického psychiatra Lea Kanner z roku 1943. Podstatou jeho práce byl popis 11 lidí, kteří měli problémy v navazování lidských vztahů, komunikaci či utkvělou touhu po stereotypu, byli dle něho osamělí, a nebyli schopni lásky či přátelství, přičemž schopnosti, jako mechanická paměť u nich nebyly narušeny. Tyto společné symptomy považoval Kanner za projevy specifické poruchy, kterou objevil a nazval (Early Infantile Autism). Kanner tuto svou studii publikoval v časopise *Nervous Child* s názvem „*Autistic Disturbances of Affective Contact*“ (Autistická porucha afektivního kontaktu). Kanner byl zpočátku přesvědčen o svém autismu jako o vrozené diagnóze, ale bohužel později podlehl, pod vlivem rozvíjející se psychoanalýzy, názoru o jeho psychickém původu a to na základě zkoumání rodičů. Ve své práci se zmiňoval o odtazitéch, sobeckých a intelektuálně zaměřených rodičích pacientů. Tato zmínka byla později využita k mínění, že autismus je psychogenního původu. (srov. Hrdlička, Komárek, 2004, Thorová, 2012) I když to Kanner neměl od začátku v úmyslu, byl jeho autismus spojován později více než s vrozenou dispozicí se schizofrenií.

Na Kanneru navázal výzkumně v roce 1944 vídeňský pediatr Hans Asperger a popsal syndrom s podobnými projevy. Podkladem pro jeho článek (*Autističtí psychopati v dětství*) byla jeho disertační práce, ve které se zabýval výzkumem chování chlapců a došel k tomu, že syndrom, o kterém píše je pravděpodobně porucha osobnosti s obtížemi v sociálním chování, komunikaci a motorice. Jednotlivci, které sledoval, měli ale všichni vysoký intelekt. Překvapivě, i přestože s Kannerem v období války nekomunikoval, použil ve svém článku termín autismus, stejně jako Kanner. (Adamus, 2014) V roce 1949 pak vystoupil Asperger se svou prací a popisoval odlišnosti mezi jeho objevem a objevem Kanner. Později byl pojem autistická psychopatie přejmenován na *Aspergerův syndrom* a v roce 1981 ho poprvé použila britská lékařka L. Wingová. (Adamus, 2014) Kannerovy názory, ohledně rodičovského vlivu na dětský autismus přetrvávaly do šedesátých let 20. století. Zlom nastal ve světovém poznání právě mezi padesátými a šedesátými lety, kdy se začala pomalu

uplatňovat teorie o organickém poškození mozku. Jedním z průkopníků této teorie byl Van Krevelen, který se zasadil o zkoumání příčin autismu.

V dnešním pojetí je autismus posuzován jako důsledek genetických změn ve vývoji mozku. Chybné výchovné vedení rodičů už není považované za příčinu specifických projevů dítěte. Autismus se v současnosti řadí mezi pervazivní neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě. (Thorová, 2012)

K ZAPAMATOVÁNÍ



Za hlavní příčinu poruch autistického spektra jsou považovány vrozené abnormality mozku. Jedná se o neurologickou poruchu, která se projevuje specificky v kognitivním vnímání a v důsledku jeho narušení pak i v chování dítěte, posléze dospělého.

Přesnou příčinu se však prozatím nepodařilo odhalit. Předpokládá se, že určitou roli zde hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku. Moderní teorie tvrdí, že autismus vzniká až při kombinaci těchto faktorů.

PRO ZÁJEMCE



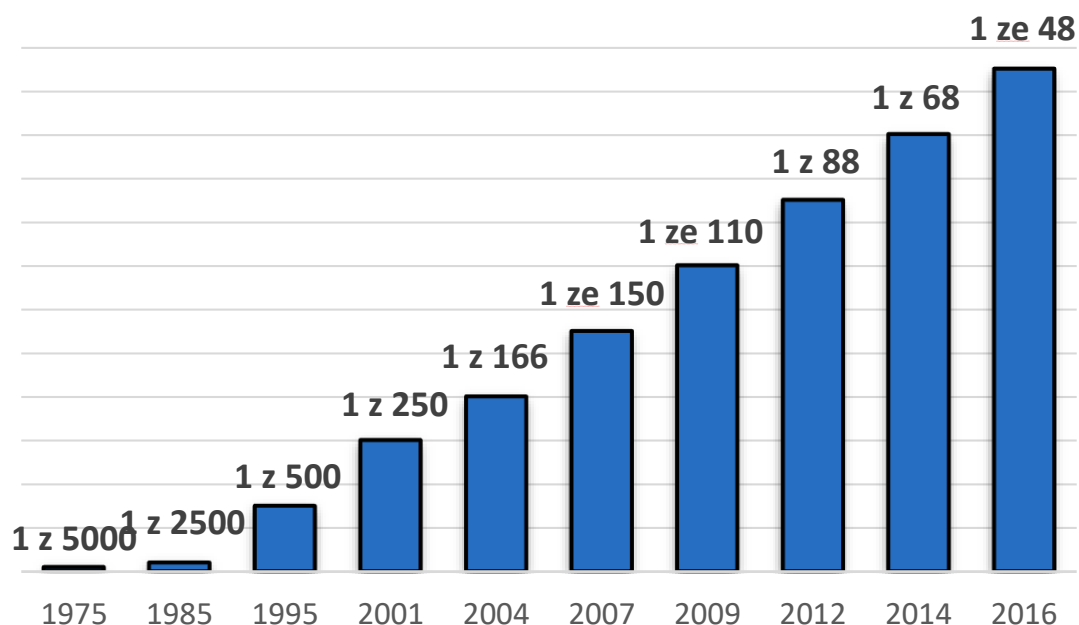
„....Nová studie z roku 2019 je zatím největší jednotlivou epidemiologickou studií, která vyšetřovala, zda existuje souvislost mezi očkováním a autismem. Sledovala všechny dánské děti narozené v letech 1999 až 2010. Celkem studie zahrnuje údaje o 657 tisících dětí...“

Prostudujte odkaz na článek a vytvořte si, na základně dalšího samostudia a zvážení informací, názor na problematiku vztahu vakcinace a vznik autismu.

https://www.idnes.cz/technet/veda/mmr-vakcina-ockovani-autismus-nezpusobuje-hviid.A190306_171828_veda_pka

Výskyt, čili jinak prevalence v průběhu poslední éry značně stoupla. Viz následující graf.

Graf 1: Prevalence autismu v průběhu let (Adamus, P., 2018)



Odhadovaná prevalence poruch autistického spektra může být podle údajů z roku 2014 je 2,24% (Zablotsky et al., 2015)

Epidemiologické studie uvádějí 1-2 případy poruch autistického spektra na 100 osob (podle šířky diagnostických kritérií).



VĚTA

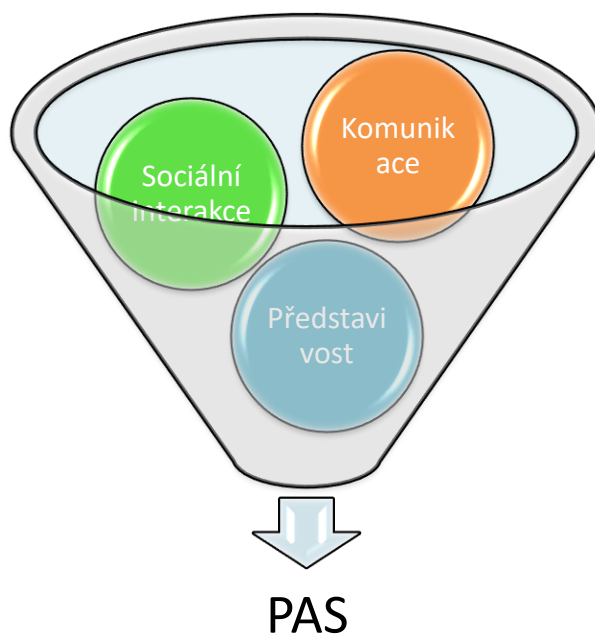
Potencionálně tedy žije v České republice 150 000 - 200 000 osob s poruchou autistického spektra! A každý rok se zde narodí +/- 110 000 dětí, z čehož může být cca 1500 – 2000 s poruchou autistického spektra. (Adamus, P., 2018)

3.2 Projevy poruch autistického spektra

Symptomatika poruch autistického spektra je velmi široká. Od běžně uváděné triády, která zařituje spíše oblasti, ve kterých se člověk s touto poruchou více odlišuje od běžné populace, a to **komunikace, interakce se sociálním prostředím a představivost**, jež nazýváme **nespecifickými projevy**, se poruchy autistického spektra mohou projevovat i dalšími velmi různorodými zvláštnostmi, které nazýváme **specifické**.

Nejprve se zaměříme na klasickou diferenční symptomatiku, která je vyjádřena v následující **triádě symptomů**.

Schéma 1: Triáda symptomů PAS



Představme si, že osobnost člověka vzniká z navzájem svázaných a promíchaných osobnostních složek a řídí ji procesy vnímání, myšlení a emoce a další.

Člověk, u kterého diagnostikujeme poruchy autistického spektra, vykazuje prvořadě **specifika v duševní činnosti, které říkáme představivost**. Představivost jako sekundární jev vychází z neurologické primární činnosti organismu, kterou označujeme vnímání. Vnímání je proces, jehož výsledkem je určitá informace, která za pomoci dalších zkušeností a zážitků na emocionální úrovni podněcuje oblast, kterou lze nejlépe vyjádřit jako představivost.

vost. Představivost dále podněcuje různé úrovně myšlení člověka, jako typický lidské vlastnosti – od konkrétního myšlení přes logické úvahy a tradiční myšlení k vysoce individuální abstrakci.



PRO ZÁJEMCE

*Pro bližší studium výše uvedeného systému „**vnímání – představivost – myšlení**“ doporučuji prostudovat **Fröhlichův ontogenetický trojúhelník**, který souvisí s prostupností výše uvedených i dalších duševních jevů a také s konceptem Bazální stimulace.*

(Odkazy nalezne student v originální německé literatuře (Fröhlich – Basale Stimulation) nebo např. v monografiích Vítkové.)

Představivost souvisí v konečné fázi s procesem **plánování**. V dětském věku má představivost vliv na **dětskou hru a na rozvoj fantazie**. Narušení tohoto procesu má tedy značný důsledek pro rozvoj dítěte, které se rozvíjí jinak a takzvaně *dle vlastních představ*.

Dětská hra jako jeden ze základních prvků vývoje dítěte je u dětí s poruchami autistického spektra problematická, jiná, zvláštní a není možné podle ní diagnostikovat vyzrálост dítěte.

V rámci samotné diagnostiky hledáme v dětské hře výskyt abnormních projevů, které jsou pro děti s poruchami autistického spektra charakteristické. Jedná se například o vysledování *repetitivních aktivit (aktivit opakujících se v čase), stereotypních (stejných, neměnných) modelů chování, projevů či forem činnosti, příliš silného myšlenkového zaujetí pro nějaké téma nebo činnosti doprovázené ulpíváním a neodklonitelností*. (Thorová, 2012)

Jedinci s PAS nejeví zájem o nové aktivity, pro ně neznámé. Mají problémy vyhledat si vhodnou činnost, ale hlavně takovou, která by rozvíjela jejich schopnosti. Hračky, se kterými se setkávají poprvé, jsou pro ně nezajímavé a zacházení s nimi je stereotypní a zvláštní. **Tato stereotypie se projevuje v mávání, točení, převrácení či házení daných předmětů**. Z dalších jevů můžeme uvést **řazení, třídění předmětů dle určitých kritérií** jako je barva, velikost či kritérium, které je osobní pro jedince samotného.

Osoby s PAS se stereotypně projevují i po zvukové stránce (např. pískání, broukání, křik). Zájmy osob s PAS jsou různorodé a liší se jedincem. Jejich činnosti jsou typické soustavným soustředěním se na danou aktivitu a těžkým odloučením se od ní, tyto činnosti často zasahují do chodu běžného života, jako je rodina nebo škola. Tyto zájmy se mohou s věkem měnit, mohou se stát propracovanějšími, ale jejich ulpívavá vlastnost zůstává. Ty-

pickým příkladem zájmové aktivity osob s PAS je kresba. Pokud se snažíme aktivitu přerušit či ji nějak změnit, může být tato snaha doprovázena křikem, agresivitou ze strany dítěte, ale také absolutní ignorací a nespoluprací.

Stereotypní chování se projevuje i v tzv. motorických stereotypech. Jedná se o opakované pohyby jedné nebo více částí těla. Objevují se přibližně okolo 1. roku života dítěte a často jsou připodobňovány tikům, se kterými si je lze i splést. (Gillberg, Peeters, 1998) Tik je však ve většině případů nevynucený pohyb, který vzniká za doprovodu svalů. Nejtypičtějšími stereotypy je plácání rukama, tleskání, mávání, kývání tělem či hlavou. Velmi obvyklým stereotypem je dlaň blízko obličeje s roztaženými prsty, skrz které se dítě dívá. S vývojem dítěte se z těchto motorických stereotypů mohou stát **sebezraňující aktivity**, jako je kousání do ruky, bouchání hlavou o předměty nebo do zdi či zatlačování očí. (srov. Adamus, 2014, Čadilová, Žampachová, 2015)

Dalším výrazným symptomem v nádobě poruch autistického spektra je **problematická sociální interakce**. Potíže v této oblasti se projevují zejména v **navazování kontaktu s jinými lidmi**.

Na příkladech diagnostických se snažíme pozorovat např. jak kvalitní je sociální kontakt dítěte s rodinou, cizími lidmi či dětmi a zda se u něho projevují problémy, když v jeho přítomnosti není matka. Pozornost se věnuje i tomu, jak dítě sociální kontakt navazuje, jak reaguje na vrstevníky a zda je schopno se zapojit do aktivit s nimi, zda sdílí s blízkými osobami svoje pocity, zájem. (Hrdlička, Komárek, 2004)

Problémy v sociální interakci jsou často počátkem toho, že sami rodiče přemýšlí o diagnostice vlastního dítěte. Dítě se nezajímá o vrstevníky a lidi celkově, to však nemusí být pravidlem. Děti ovšem také lépe snášejí samotu, nechťejí být za každou cenu středem pozornosti, ovšem pokud není PAS v kombinaci s jinou funkční poruchou, např. specifickou poruchou chování nebo poruchou chování, atd.)

Kontakt dítěte s PAS s lidmi se vyskytuje většinou jen v případech, kdy si dítě plní vlastní potřeby, a to zejména biologické, naopak se častěji můžeme setkat se situací, kdy dítěti kontakt nebo přítomnost druhé osoby ztlačně vadí a stává se tak agresivní a odmítavé. **Sdílení prostoru** s ostatními lidmi ještě neznamená, že se dítě bude automaticky zapojovat do běžných nebo žádaných aktivit (např. v prostoru třídy mateřské školy).

Není pravdou, že každé dítě s poruchou autistického spektra se vyhýbá tělesnému kontaktu. Bohužel, pravdou naopak je, že děti s PAS, díky zvýšené nebo snížené citlivosti vnímání podnětů (máme na mysli jak zejména hmatové, zrakové, sluchové, tak také čichové a chuťové) mají také snížený práh bolesti, a může se u nich vyskytovat sebezraňování a sebezpoškozování, právě z důvodu potřeby zvýšeného vnímání.

V období školních let se objevuje u jedinců v oblasti sociálních vztahů značný pokrok. Tato pozitivní změna přetrvává až do období puberty, kde může dojít k největšímu průlomů

v porovnání s dětstvím, ale také může dojít ke stagnaci, až k úplnému izolování se od společnosti. Gillberg a Peeters (1998) ve své knize uvádí, že dle některých studií, až 40 % jedinců s PAS má v době dospívání největší problémy. Někteří jedinci se vracejí svým chováním až do předškolního období. Jedinci jsou uzavření, dokonce mohou ztratit dovednosti, které v předešlých letech nabyli. Hrdlička, Komárek (2004) a Gillberg, Peeters (1998) ve svých knihách uvádí **tři základní typy sociální interakce** dle L. Wingové (in Hrdlička, Komárek, 2004, Gillberg, Peeters, 1998). **Jsou jimi 1. typ aktivní, ale zvláštní, 2. typ pasivní a 3. typ osamělý.**

1. Typ aktivní, ale zvláštní:

V sociálním kontaktu je dítě aktivní. Má problém s pochopením sociálního kontextu a pravidel společenského chování. V chování je velmi spontánní, nedodrжуje intimní vzdálenost mezi lidmi, hledí je, dotýká se jich. Objevit se může nepřiměřená gestikulace a mimika. V oblíbě mají sociální rituály jako pozdrav či opakování klasických otázek (*Jak se máš?*). Tito jedinci jsou ve společnosti často chápáni jako „problémoví“ a společnost je nepřijímá.

2. Typ pasivní:

Dítě nemá z kontaktu potěšení, chybí sdílení emocí. Společnost ostatních lidí snáší jedině dobře, pasivně. Komunikuje převážně pro uspokojení svých potřeb, s jejichž vyjádřením však má problém. Do hry s vrstevníky se zapojuje spíše pasivně, jelikož neví, jak se do ní účelně zapojit. Díky téměř bezproblémovému chování nebývají někdy tito jedinci společností bráni jako lidé s poruchami autistického spektra, ale spíše jako lidé introvertní nebo chladní a neempatičtí.

3. Typ osamělý:

Tento typ sociální interakce se také nazývá typem autisticky uzavřeným a vystihuje jedince, kteří jsou uzavřeni sami do sebe, odmítají opustit místnost a vyhýbají se často lidem. (Gillberg, Peeters, 1998) Tito jedinci jsou typičtí velmi malou snahou o fyzický kontakt. Projevují nezájem, jak o kontakt se společností, tak i komunikaci s ní. Dále se vyhýbají očnímu kontaktu, mají snížený práh bolesti a nezájem o kontakt s vrstevníky. S věkem se může kontakt s jinými osobami, zejména těmi blízkými zlepšovat.

Thorová (2012) doplňuje k těmto třem základním typům ještě dva, a to 4. typ formální, afektovaný a 5. typ smíšený, zvláštní.

4. Typ formální, afektovaný:

Pro tyto jedince je typické vyšší IQ. Schopnost dobře se vyjadřovat je pro tyto jedince typická stejně jako formální řeč, která působí strojeně a je velmi precizní. Tito jedinci mají rádi společenské rituály a jsou jimi přímo posedlí, avšak jejich chování je velmi konzervativní. Odažitost je jedním z nejtypičtějších prvků jejich chování, které projevují, jak k cizím lidem, tak v některých případech i ke své vlastní rodině. U jedinců se vyskytují velmi

často afektivní záchvaty, které vznikají při nedodržování určitých rituálů a pravidel, které jsou pro tyto jedince tak důležité. Mají problém s pochopením ironie, lidských vztahů či projevením empatie.

5. Typ smíšený – zvláštní:

Tento typ se často vyskytuje u jedinců s atypickým autismem či Aspergerovým syndromem. Jedná se o typ, kdy se jednotlivé příznaky z předešlých typů prolínají. Zásadní rozdíl můžeme pozorovat například na chování v kolektivu, kdy se dítě může chovat odtažitě a v rodině, kde již může očekávat situace, které mohou nastat a tak se projevuje aktivně. U jiných dětí můžeme naopak zpozorovat aktivitu ve společnosti vrstevníků, avšak kontakt s nimi nezvládnou navázat jen tak. Jedinec neprojevuje příznaky chování jen jedné z daných typologií.

Určitý typ sociální interakce se většinou projeví až v dospělém věku.

Rozlišujeme také stupeň nebo jinak míru poruchy u jednotlivých jedinců s PAS, a to na lehký (mírnou) a těžší. Mírná forma nezasahuje velmi do běžného života, děti bez větších potíží projdou povinnou školní docházkou. U těžší formy se mohou objevit již problémy, které zasahují značně jak do života jedince, tak i celé rodiny. Problémy se vyskytují v prostředí školy, ale i později v pracovním procesu. **Problémy** v sociální oblasti se projevují ve více oblastech. Jednou z nich je **napodobování**. Napodobování je vrozená vlastnost, která se projevuje již v prvních měsících života dítěte, např. vyplazováním jazyka. U jedinců s PAS pozorujeme, že napodobují rodiče či dospělé v mnohem menší míře a s menším zaujetím, než by měly. Další problémy se objevují v oblastech **sdílení pozornosti** a to jak zrakové, kde se objevují problémy v **udržení očního kontaktu či vůbec jeho navázání**, tak i sluchové, kde se objevují problémy týkající se zejména řeči. Děti s PAS však **velmi dobře reagují na hudbu**, tudíž má muzikoterapie při práci s nimi velkou roli. Problémy nastávají i u navazování kontaktu s vrstevníky a to zejména při nástupu do zařízení, kde se nachází vrstevníků více. Zde se začínají objevovat rozdíly v chování. Tyto problémy jsou však odvislé od toho, jaký typ sociální interakce jedince má.

Jednou z nejdůležitějších projevů osobnosti člověka je jeho komunikace, jak se světem všeobecně, tak v konkrétním duchu mezi ostatními lidmi, mezi blízkými vzájemně, mezi spolužáky, vrstevníky, spolupracovníky, ad.

Bohužel, právě komunikace je velmi problematická právě u jedinců s poruchami autistického spektra.

Poruchy komunikace jsou nejen hlavním problémem, ale jsou také nejčastějším důvodem toho, že si rodiče povšimnou abnormalit ve vývoji svého dítěte. „Zhruba polovina dětí s poruchou autistického spektra si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby sloužila ke komunikačním účelům.“ (Paul, 1987 in Thorová, 2012, str. 98) U těch, kteří si řeč osvojí, se však mohou objevovat komunikační problémy na úrovni verbální, neverbální, receptivní či expresivní.

Nejmenších zásahů do komunikační sféry si všímáme u osob s Aspergerovým syndromem. V mnoha případech, děti, u kterých je diagnostikována PAS, nemluví, to se však nevztahuje na Aspergerův syndrom. U jiných si povšimneme, že se řeč objevila, ale jejich repertoár je založen na tom, co odposlouchají a zopakují po lidech, se kterými tráví více času. Později, v období školních let, můžeme řeč popsat jako monotónní, doslovnou a někdy až přehnaně formální. Za zmínku stojí, že jedinci s PAS dávají přednost grafické podobě textu před verbální a to hlavně proto, že jí lépe rozumějí. (Thorová, 2012)

Zásadní změny nastávají v období puberty, kdy se jedinci stanou buďto v komunikaci velmi aktivní nebo naopak, a to je méně časté, že naopak jejich dosažená úroveň komunikace stagnuje. **Nejvýraznější problémy v oblasti neverbální komunikace se objevují při navazování očního kontaktu.** Všímáme si odlišností jako je příliš ulpívavý pohled, vyhýbání se samotnému očnímu kontaktu, pohled skrze osobu, se kterou komunikují či problém se sledováním směru pohledu druhé osoby. **Další problémy se mohou objevovat v oblasti gestikulace a mimiky.** Vyjadřování souhlasu či nesouhlasu pohybem hlavy není znatelný nebo méně častý, gesta jako „pst“ či „pojď ke mně“ také nejsou příliš časté a když už se objeví, tak danému gestu chybí spontánnost. Mimika je u osob s PAS málo znatelná. Dítě si osvojí pár základních výrazů v obličejí, které používá jen omezeně. Největším nedostatkem ve výrazu je úsměv, který se buďto nevyskytuje vůbec nebo je věnován jen určitým osobám (př. rodina). Mimika ve většině případů neodpovídá situaci, někdy se výraz v obličejí neshoduje se situací nebo je až přehnaný. Typickým znakem pro neverbální komunikaci u osob s PAS je vedení druhé osoby pro splnění toho, co chce, aniž by použili jiný prostředek neverbální komunikace (např. oční kontakt, gestikulace). Nejčastěji využívá jedinec ruku druhé osoby, aby ukázal nebo si podal to, co chce.

Dalším průvodním typickým znakem komunikace je **problémové chování jedince**, kdy se dítě chová agresivně nebo si může i ublížit, **se záměrem komunikace.** Dítě tuto volbu volí zejména proto, že není schopno se dorozumět s druhou osobou a snaží se vynutit si to agresivní cestou. Problémy v komunikaci se, ale objevují **i ve složce receptivní, tedy porozumění řeči druhých.** Osoby s PAS mají problém zejména s **pochopením výrazu obličejí druhého, s emocemi druhých, ale i sebe samých, také usuzovat dle gestikulace, mimiky či postoje těla nebo co si druzí myslí.** V oblasti verbální komunikace se problémy projevují jak v receptivní, tak v expresivní složce řeči. (Čadilová, Žampachová, 2015) Dítě buďto vůbec nemluví nebo je jeho řeč značně narušena, nechápe řeč nebo rozumí pouze jednoduchým pokynům. Zvuková stránka jazyka dělá osobám s PAS také značné problémy. Obtížně chápou intonaci a zabarvení hlasu, které vždy dokresluje celý projev, tudíž mají problém s pochopením celé situace. Ale i sami mají problém s intonací při svém vlastním projevu, leckdy zní jejich projev jako mluvení robota. Další překážkou jsou pro ně zájmena, kde často zaměňují 1. osobu s jinými osobami. Vynechávají předložky či spojky z vět a upřednostňují holé věty v infinitivu. Problémy se také vyskytují se zobecnováním slov (např. bota). Často se vyskytuje komunikace založená na opakování slyšených slov, např. z reklam či od jiných lidí. Problémy nastávají i v oblasti společnosti a společenských otázek, či konverzace s druhou osobou.

Kromě těchto projevů nacházíme i další, které ale nejsou typické pouze pro PAS, označujeme je proto jako nespecifické.

Jedná se například o poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, motorické obtíže, poruchy chování, úzkostné stavy, neurologické poruchy, poruchy v percepčním vnímání, ad.

Poruchy v percepčním vnímání jsou jednou z nejznatelnějších projevů nespecifických variabilních rysů. Řadíme sem kromě vnímání všemi našimi smysly i vnitřní citění či vestibulární systém jedince. V oblasti poruch percepčního vnímání se vždy objevuje hypersenzitivní (zvýšené vnímání), hyposenzitivní (snížené vnímání) složka, a také autostimulační vnímání, tedy typické projevy, které se v dané oblasti objevují. (Thorová, 2012)

Konkrétně se u lidí s poruchou autistického spektra objevují časté **problémy ve zrakovém vnímání**, i přesto, že u nich není přidružena jakákoliv oční vada. Typickým znakem narušeného zrakového vnímání je pozorování předmětu velmi zblízka či vnějším koutkem oka. Objevuje se i velmi dlouhodobé ulpívavé pozorování předmětu, objevit se však může i krátkodobé soustředění na předmět. Často se jedinci soustředí jen na konkrétní část předmětu a jsou jimi doslova fascinováni. Hypersenzitivita se projevuje v nezvyklém reagování na podněty, které nejsou na denním pořádku (např. blesk fotoaparátu, prudké záření počítače či televize). Naopak hyposenzitivita se objevuje u jedinců, kteří nejsou ve zrakovém vnímání až tak pružní. Těžko se upoutává jejich pozornost na předmět, který není v přímém úhlu jejich zorného pole. Také se objevuje obsese v pozorování světla, odlesků, stínů či částí svého těla.

Co se týče **sluchového vnímání**, je to podobné, lidé s poruchami autistického spektra reagují velmi citlivě na zvuky, které na běžnou populaci nepůsobí až tak silně, jako právě na ně. Přecitlivělá reakce na startování motoru, štěkot psa či zvuk motorové pily se projevuje silnou expresí, například strachem, křikem, odmítáním nebo až bolestí. Často se můžeme setkat i s tím, že lidé mají problém i s početnější skupinou lidí, která konverzuje a tudíž je v místnosti více hluku. Tito jedinci mají pak tendenci si zacpávat uši, to se může objevovat poté i v situacích, kdy nenastává velký hluk, ale jedinci mají z něčeho strach. Také se objevuje zvyklost povídání si či broukání, aby dítě „přehlušilo“ zvuk, který mu není příjemný. Snížená vnímavost na zvukové podněty není tak častá jako ta zvýšená, avšak jedinci nemusí leckdy reagovat třeba na zavolání. Typická je fascinace a nápodoba reklam, melodií písniček či zvuků hraček. (Žampachová, Čadilová, 2015)

Typickým znakem **chut'ové hypersenzitivity** je odmítání některých potravin a obliba určitých, které si záměrně vybírají, i přestože to nejsou běžné potraviny, a někdy to dokonce vůbec nejsou potraviny. Problémy poté nastávají v tom, že dítě odmítá jíst běžný jídelníček. Větší problém se tedy objevuje právě v hyposenzitivní složce, a dítě preferuje suroviny, které nejsou určeny ke konzumaci (např. mýdlo, plastelínu, trus, apod.). Typickými souvislými projevy je prohlížení jídla či čichání k němu. **Chut' velmi úzce souvisí s čichem.** Osoby s PAS mohou být přecitlivělé na určité pachy, i ty příjemné. Tato přecitlivělost může vést k agresivnímu chování či se projevovat zvracením. Snížené vnímání se může projevovat tím, že jedinec postrádá čichovou kontrolu, která je zásadním prvkem osobní hygieny.

Zvláštním projevem bývá čichání k různým předmětům, ale také k vlasům či pokožce. Chuťové i čichové stimulanty bývají velmi výrazným motivačním prvkem v edukaci dětí s poruchami autistického spektra.

Nezmínili jsme si ještě zásadní **vývojový smysl, a to hmat**, který se může projevovat tím, že dítě odmítá dotek jiné osoby, hlavně tehdy, kdy ho neočekává. Typickými projevy mohou být posedlost různými materiály, příjemnými na dotyk nebo také dotýkání se jinými částmi těla než rukama. V edukaci dětí se využívají hmatové tabule a prostředky, které dítě s poruchou zaujmou hmatem.

Narušeno je i **vnitřní cítění jedinců**, ti mají problém zejména s pocitem hladu, žízně či spánku, ale také mají posunut práh bolesti. U jedinců se může vyskytovat posedlost houpačkami či kolotoči, ale také jim mohou vadit. Problémy se objevují i v udržení rovnováhy, které vyplývá z **narušení vestibulárního systému jedince**.

V oblasti motoriky se největší problémy objevují asi u 50 % jedinců s Aspergerovým syndromem a 67 % jedinců s vysokofunkčním autismem. (Manjiviona, 1998 in Thorová, 2012) K abnormálním projevům v oblasti motoriky můžeme zařadit **stereotypní pohyby rukou a prstů**. Jedinci často kroutí, třepou, otáčejí rukama, prsty, zápěstím. Tyto projevy se většinou objevují v závislosti na náladě jedince. Mohou přetrvávat dlouhodobě, avšak je můžeme přerušovat například tím, že upoutáme pozornost jedince tak, aby se zabavil něčím jiným. Často jedinci propojují stereotypii s činností, kterou právě dělají, tudíž mohou házet míč o zeď, listovat knihou stále dokola či přetáčet oblíbenou hračku na všechny strany. Jedinci s PAS mají také sklon k sebezraňujícím se chování, které můžeme řadit k abnormálním projevům motoriky. Typické je bouchání hlavou o tvrdý podklad, drápaní, kousání, trhání vlasů. Tato oblast stereotypního chování není u jedinců s PAS tak častá. Motorická aktivita je buďto pasivní, ve smyslu, že jedinec polehává, pohyby nemají svižnost, návaznost nebo jsou naopak aktivní, prudké, zbrklé.

Další složkou, kde se projevují odlišné znaky chování jedince je **emoční stránka**. Problémy v emočním cítění jsou pro osoby s PAS typické a pro okolí povědomé. Jedinci s PAS projevují své emoce velmi omezeně, v některých případech vůbec. **Typické jsou projevy neadekvátní, projevy přehnaných emocí na banální situace nebo emocí, které se do dané situace nehodí**. Hypersenzitivita se projevuje nepřiměřenými reakcemi, jako je pláč, smích či vztek. Naopak snížené vnímání emoční stránky postrádá reakce na emoce. Nejtypičtější projev emoční stránky je však výbuch zlosti. **Tyto výbuchy zlosti a agresivita celkově pramení z nedostatku komunikace a sociální interakce**. Jedinec často zlostí vyžaduje něco, co chce. Čím více je jeho potřeba nepochopena, tím více může jeho zlost růst. Spouštěčem takového vzteku bývá často změna v denním rituálu jedince nebo jakákoliv změna, která zasahuje do běhu činností jedince. Nemusí to však být vždy nějaká změna. Problém může být i v barvě, druhu oblečení nebo účesu jiné osoby. Z toho vyplývají **problémy s adaptabilitou**. Typický je také strach ze zvuků, lidí či zvířat. Problémy v chování

vyplývají z emoční stránky jedince. Jejich poruchy jsou diagnostickým kritériem, hodnotí se jejich intenzita, způsob, příčina či frekvence.

3.3 Diagnostické a klasifikační škály PAS

Poruchy autistického spektra dělíme podle aktuálních klasifikačních kritérií do podskupin, které historicky vyplývaly zvláště z vlastního objevení dané konkrétní poruchy, ale také z odlišností, které mezi poruchami jsou.

V poslední době prochází klasifikační systém týkající se autismu velkými změnami. V České republice, stejně jako ve zbytku Evropské unie, se klasifikace poruch, které souvisí s autismem týkají klasifikace, kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) v manuálu Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). K 1.1.2018 byla tato klasifikace mezinárodně aktualizovaná z MKN – 10 na MKN – 11. (V České republice čekáme na adekvátně překlad této nové klasifikace, jak jsme uvedli již v kapitole ohledně změn u klasifikování mentálního postižení a jeho stupňů.) Druhou validní klasifikací je DSM - Manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace. I tato klasifikace doznala určitých změn, ovšem již dříve jako první z těchto dvou, a ze čtvrté verze již máme tedy klasifikační systém v páté, aktualizované verzi z roku 2013.

Podívejme se tedy společně na změny, které nastaly v rámci těchto klasifikací. Viz následující tabulky.

PRŮVODCE STUDIEM



*V rámci první tabulky upozorňujeme na **velkou rozdílnost** – v nové verzi MKN-11 se uvádí místo oficiálních typů autismu pouze: porucha autistického spektra v návaznosti na mentální postižení (v pojmenování nové klasifikace MKN-11 je to porucha intelektového vývoje – PIV) a funkční komunikaci (FK, což můžeme přeložit jako užívání jazyka pragmatickým způsobem a s podmínkami, které činí jazykovou komunikaci člověka srozumitelnou pro běžnou veřejnost). Různé stupně těchto dvou přidružených jevů tvoří klasifikaci nového systému MKN-11 (žádná, lehká/mírná, těžší stupeň) v obou případech, jak PIV tak FK.*

Tabulka 3 : MKN-10(2014) a MKN-11(2018)

(V tabulce neodpovídá na každém řádku porucha v první a druhé verzi!Ale jde o samostatnou klasifikaci novou!)

MKN-10 (2014)	MKN-11 (2018) English version
Dětský autismus (F84.0)	6A02.0 PAS bez poruchy intelektového vývoje (PIV) a s lehkou nebo žádnou poruchou funkční komunikace (PFK)
Atypický autismus (F84.1)	6A02.1 PAS s PIV a s lehkou nebo žádnou PFK
Rettův syndrom (F84.2)	6A02.2 PAS bez PIV a s těžší PFK
Jiná desintegrační porucha v dětství (F84.3)	6A02.3 PAS s PIV a s těžší PFK
Aspergerův syndrom (F84.5)	6A02.4 PAS bez PIV a s absencí funkční komunikace
Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)	6A02.5 PAS s PIV a s absencí funkční komunikace
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9)	
Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84,4)	

PRO ZÁJEMCE



V následujícím odkazu naleznete bližší informace o klasifikačním systému a definování poruch autistického spektra.

Samozřejmě zatím pouze v anglickém jazyce:

[http://www.researchautism.net/conditions/7/autism-\(autism-spectrum-disorder\)/diagnosis](http://www.researchautism.net/conditions/7/autism-(autism-spectrum-disorder)/diagnosis)

PRŮVODCE STUDIEM



Druhá tabulka ukazuje klasifikaci amerických psychiatrů a její aktualizace byla navržena pět let dříve než systém, který používáme v Evropě. Ovšem, jak jistě sami uvidíte, a máte možnost sami prostudovat, náš systém MKN je inspirován právě americkým systémem a klasifikacemi. I zde se již používá jen jeden termín – autism spektrum disorders – tedy poruchy autistického spektra a liší se pouze podle přidruženého mentálního deficitu a podle schopnosti využít jazyk a komunikaci. Stejně jako u systému MKN, i zde odkazuje na zahraniční zdroj.

PRO ZÁJEMCE



Opět v anglickém jazyce, prostudujte i další odkazy na výzkum, který se týká poruch autistického spektra a jejich nového řazení.

https://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5_DiagnosticCriteria_AutismSpectrumDisorder.pdf

Tabulka 4: DSM-IV(1994) a DSM-V (2012)

DSM - IV (1994)	DSM – V (2013)
Autistická porucha	Porucha autistického spektra (opět s/bez poruch intelektového vývoje a s/bez komunikačních poruch a obtíží)
Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná	
Rettova porucha	
Desintegrační porucha v dětství	
Aspergerova choroba	
Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná	
Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná	

Diagnostický proces poruch autistického spektra, zvláště ten orientační diagnostický proces, je velmi náročný. Můžeme se držet pouze specifických a nespecifických projevů charakterizovaných v 3.2. Diagnostika tedy probíhá právě z důvodu obtížené diferenciaci (odlišení od jiných poruch) v rámci speciálně pedagogických center pro děti s autismem, a ve specializovaných pracovištích (např. Národní ústav pro autistismus, APLA Asociace pomáhající lidem s autismem), a také za pomoci speciálně připravených odborníků – dětských psychologů a dětských psychiatrů.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Poruchy autistického spektra jsou velmi obtížně diagnostikovaným funkčním postižením, jež se projevuje nejen ve své specifické triádě, ale také nespecifickými dalšími znaky. Již z historie problematiky o autismu víme, že se jedinci s tímto postižením vyskytovali ve všech érách světových dějin. Pokud bychom se dnes zamysleli, dojdeme k názoru, že mnohé osobnosti výjimečných a známých lidí vykazují právě znaky poruch autistického spektra. Typologicky jsme se ovšem dostali po několika verzích klasifikačních manuálů k jednotnému pojmenování poruch autistického spektra, které se významně liší přítomností intelektových poruch a narušenou komunikační schopností. Jde tedy o porozumění fenoménu, který svými zvláštnostmi neodpovídá běžně a jednoduše diagnostikovanému postižením. Jde o specifický jev, který se posouvá s novými objevy a jistě na další ještě čeká.

OTÁZKY



- **Znovu prostudujte triádu specifických znaků PAS a odpovězte na otázku, jak spolu tyto znaky souvisí, a který pokládáte za hlavní, ze kterého vyplývají ostatní dva?**
- **Prostudujte klasifikační manuály MKN a DSM v původní i nové verzi. Dokážete vlastními slovy komparovat jejich rozdílnost?**

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- **Zaměřte se na příčinu PAS. Prostudujte odbornou literaturu a shrňte nejčastěji citované příčiny vzniku PAS.**
- **Znáte nějakou osobnost s PAS? Pokuste se vyhledat pět osobností, u kterých předpokládáme (pokud to s jistotou nevíme), že jsou to osobnosti s PAS. Zkuste si vytvořit jejich osobní specifický i nespecifický profil ze symptomů. Toto zpracujte písemně jako úkol pro pozdější skupinovou práci a diskuzní fórum.**



ZÁKLADNÍ LITERATURA

- ADAMUS, Petr. *Edukace žáků s poruchou autistického spektra v kontextu rozvoje klíčových kompetencí*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7464-661-4.
- ČADILOVÁ, Věra, ŽAMPCHOVÁ, Zuzana. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4669-1.
- ČADILOVÁ, Věra, ŽAMPACHOVÁ, Zuzana. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s poruchou autistického spektra nebo vybraným psychickým onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 98-80-244-4453-6.
- ČADILOVÁ, Věra, ŽAMPACHOVÁ, Zuzana. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-475-5.
- GILLBERG, Christopher, PEETERS, Theo. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-201-7.
- HRDLIČKA, Michal, KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7290-383-2.
- SCHOPLER, Eric, REICHLER, Robert, LANSINGOVÁ, Margaret. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-199-1.
- THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.
- VOCILKA, Miroslav. *Výchova a vzdělávání autistických dětí: pro učitele speciálních škol*. Praha: Septima, 1994. ISBN 80-85801-33-7.

4 PROBLEMATIKA KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Čtvrtá kapitola nás přivádí k tématu kombinovaného postižení, jak variantě postižení, které spadá pod disciplínu psychopedii. Máme zde na mysli postižení, která jsou kombinovaná právě z intelektových poruch a poruch autistického spektra. V současné době již máme poznatky o tom, jak je možné charakterizovat dítě s těžkým kombinovaným postižením, na co je zaměřen proces vzdělávání a z čeho vychází speciálněpedagogická intervence. Tato kapitola představí kombinované postižení v ucelené obecné podobě a ukáže specifika edukace dítěte s těžkým postižením pro další postupy.

CÍLE KAPITOLY



Student získá tyto následující informace, schopnosti, dovednosti a kompetence:

- Student se orientuje v definování, vymezení a charakteristice tzv. kombinovaného postižení.
- Student umí popsat v obecné podobě dítě/žáka s těžkým kombinovaným postižením.
- Student zná podmínky vzdělávání dítěte/žáka s těžkým kombinovaným postižením.
- Student umí posoudit náročnost edukační situace dítěte/žáka s těžkým kombinovaným postižením.

Cílem této čtvrté kapitoly je upozornit na jev, při kterém se spojí dvě a více postižení v kombinaci, která znamená originální novou situaci, jak pro využití intervenčních metod, tak pro individualizaci celého procesu edukace takto postiženého jedince.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Dítě/žák s kombinovaným postižením, žák s vícenásobným postižením, komplexnost, celistvost, individuální potřeba, alternativní a augmentativní komunikace, vnímání, raná péče, základní škola speciální.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

8 hodin



PRŮVODCE STUDIEM

I přestože nemáme s přesnými čísly statistiky, jakmile se dá člověk do detailního studia intelektového postižení a psychopedie, nutně se dostane k pojmům kombinovaného postižení. Už těžší stupně intelektových poruch jsou rizikem pro vznik kombinované vady, vícenásobného postižení. Je na místě zamyslet se nad pojmy kombinované a symptomatické postižení (rozdílnost leží v příčinách vzniku takových vad), ale také nad tím, zda a jak to ovlivňuje celkový obraz dominantního postižení. Vnímavý student, který má již určité zkušenosti praktického rázu si jistě vybaví dítě/žáka s kombinovaným postižením, ale otázka zní – jak se odlišuje dítě s kombinovaným postižením v dominanci s mentální a dítě s těžkým mentálním postižením...vlastní text této kapitoly se snaží na tuto problematiku poukázat.

4.1 Teoretické vymezení kombinovaného postižení

Skupina dětí a žáků s těžkým vícenásobným postižením je jednou z nejsložitějších a nejméně prozkoumaných skupin dětí a žáků se zdravotním postižením, definovaná právě svým obtížně uchopitelným kombinovaným limitem.

Určitou deskripci této skupiny bychom mohli vytvořit na základě poznatků z odborné literatury, a rovněž výzkumů zaměřených na tyto jedince. Ovšem, díky specifickým, která fenomén těžkého postižení obestírají, a díky individuálním zvláštnostem, která souvisí s širokým spektrem a kombinací disability, je nutné informace a dedukce přizpůsobit konkrétním způsobem pro daného jedince.

DEFINICE

Pokud se vyskytnou dvě nebo více vad současně, které mají různou příčinu, a jsou těžšího stupně, pak toto postižení nazýváme vícečetným nebo také kombinovaným.

Kombinované vady jsou termínem, který je stále v české odborné literatuře používán, avšak je důležité sdělit, že v mezinárodních souvislostech (v překladech) se nevyskytuje z důvodu nevhodného označení určité skupiny osob (osoby s kombinovanými vadami), nahrazujeme jej tedy alespoň termínem kombinované postižení (osoby s kombinovaným postižením) nebo souběžné postižení více vadami nebo vícenásobné postižení (taktéž v souvislosti s člověkem nebo lidmi). Na mezinárodní úrovni užíváme terminologie *multiple disability*, *severe multiple disability*, *multiple profound disability*, *apod.*

Pokud bychom se odklonili od jistých terminologických nejasností a zaměřili se přímo na podstatu věci, pak *lidé s vícenásobným postižením, s kombinovanou disabilitou* jsou velmi širokou skupinou lidí s daným postižením **sestavující z různých druhů, typů a stupňů svých potřeb.**

Stále a jednoznačně platí, že právě u těchto skupin se výrazně doporučuje používat v oblasti edukace ty přístupy, metody a koncepty, které jsou aplikovány primárně na základě **rozvoje smyslového vnímání**. Do značné míry je to právě smyslová percepce, která umožňuje těmto skupinám žáků poznat okolní svět a život, vůbec přijem informací o vnějším světě, a smyslový rozvoj pak pomáhá komunikaci, sociální interakci, aktivnímu chování a bezprostřednímu jednání s ostatními lidmi.

Každý jedinec s těžkou kombinovanou disabilitou vyžaduje individuální přístup a metody práce, které respektují jeho osobní souhrn postižení a dalších, zejména vývojových a sekundárních faktorů. Pojem kombinované postižení obsahuje takovou škálu vad či poruch, které se, už podle svého názvu, vzájemně kombinují a dosahují různého stupně fyzického, psychického i sociálního limitu.

K ZAPAMATOVÁNÍ

Na kombinaci vad a její důsledky není možné pohlížet jako na systém dvou a více různých postižení, ale jako na součinnost vad, které se sbíhají v naprosto odlišné a nové postižení, které je nutné řešit komplexně a ruku v ruce s odborníky různých profesí.

Vícenásobné postižení je komplex poruch, které nelze dělit, stejně jako nelze rozdělit osobnost dítěte se všemi svými schopnostmi, zvláštnostmi a originalitami.

Celou kvalitu života těchto jedinců velmi ovlivňuje doba vzniku postižení, vlastní osobnost člověka, odborná péče a její včasnost, rodina a edukační aktivity, léčebná raná rehabilitace, a další faktory.

Vítková (2006, s. 193) vyzvedla u charakteristiky těchto osob zejména **komplexnost**, jako charakteristiku, která souvisí s mnoha důsledky, kterými je těžké postižení specifické. Navíc zdůrazňuje přístup speciálního pedagoga, který musí být empatický a přísně individuální ve všech svých intervencích.

„Těžké vícenásobné postižení představuje komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové, není možné, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua.“ (Vítková, 2006, s. 193)

Pro potřeby speciální pedagogiky a obecně resortu školství považujeme za stále platnou definici vícenásobného postižení, která zní: *„Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.“ (Věstník MŠMT ČR č.8/1997, čj. 25602/97-22)*

Výše uvedená definice dělí žáky s vícenásobným postižením do těchto tří skupin:

- Skupina žáků s **mentálním postižením**;
- Skupina žáků s **kombinací tělesných vad, smyslových postižení a narušenou komunikační schopností** (specifickou podskupinu tvoří děti hluchoslepé);
- Skupina dětí s **poruchami autistického spektra**.

I přestože není možné najít všechny společné rysy žáků s těžkým kombinovaným postižením, společné pro všechny tyto jedince je:

- **poškození centrálních funkcí** - tzn. podstatné narušení nebo ztráta koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují **vnímání, pohyb** a jejich zpracování;
- všichni vykazují problémy s **orientací ve vlastním prostředí**, kterého se nedokáží zmocnit a vybudovat si tak vlastní „kognitivní struktury“;
- vždy je **narušena celistvost** osobnosti člověka (srov. Janků, 2018; Vítková, 2006).

Podle Vančové (in Gogová et al, 2013) a dalších odborníků existují určité diagnózy, které předpokládají výskyt vícenásobného postižení. Mezi tyto diagnózy patří mozková obrna, hypotyreóza, fetální alkoholický syndrom, Wolfův syndrom, Patauův syndrom, Edwardsův syndrom, epilepsie, Downův syndrom, ad.

Z hlediska **prevalence** se v rámci kombinovaného postižení vyskytuje nejčastěji **kombinace mentálního a tělesného postižení**. Komparací odborné literatury dojdeme k závěrům, že **čím těžší postižení mentální, tím častěji je u něj přidruženo další kombinované postižení, z čehož dominuje právě tělesné postižení, konkrétně mozková obrna**. (Kantor et al, 2015; Švarcová, 2011) Ovšem, jak dále uvádí Kantor (2015), mezi stupněm mentální retardace a subtypem mozkové obrny nelze predikovat žádný jednoznačný vztah, přestože stupeň mentální retardace do určité míry na subtypu mozkové obrny závisí. Například, u osob s atetózou se mentální retardace vyskytuje méně často než u osob se spastickými typy mozkové obrny.

Výskytu mentální retardace v populaci a výskytu mozkové obrny se věnuje množství výzkumů v jednotlivých zemích, uvádíme zde kupříkladu statistická data Spojených států amerických. Jak uvádí Maenner et al (2016) byla prevalence mozkové obrny v USA zjišťována dvěma různými organizacemi v letech 2011 - 2013. Data byla následně vyhodnocena jako prevalence 2,6 dětí na 1000 narozených dětí v National Survey of Children's Health (dále NSCH) a 2,9 dětí v National Health Interview Survey (dále NHIS). Prevalence mentální retardace byla 12,2 a 12,1 dětí na 1000 narozených dětí v NSCH a NHIS.

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- Je výskyt mentálního postižení ve spojení s mozkovou obrnou v amerických státech odlišně vyšší nebo nižší než u nás v Evropě? Najděte výzkum nebo statistické údaje, které odpoví na otázku, jak je v současné chvíli vysoká prevalence tohoto kombinovaného postižení u nás nebo v Evropě.

4.2 Cíl a obsah intervence

Vraťme se zpět ke kombinovanému postižení obecně, souhrnně můžeme jistě říci, že specifika, a tudíž edukace žáků s těžkým kombinovaným postižením, je tak specificky **odlišná a individuální**, že bez znalosti určitých postupů speciálněpedagogické diagnostiky, teorie a intervenčních strategií, se rozhodně neobejdeme.

Nejen speciálněpedagogickým úkolem, který se týká výchovy dítěte s těžkým postižením je **naplnění individuálních potřeb**, které povedou k maximálnímu možnému rozvoji jedince a nezabrdí jeho přirozený proces vývoje a stárnutí.

Pro jakoukoliv intervenci, navození pozitivních emocí a nálad a dosažení možné lepší spolupráce s dítětem již v raném věku, je důležité zabezpečení jeho individuálních základních potřeb. Ty mohou být vodítkem k navázání základního kontaktu s dítětem, jelikož dosažení uspokojení bez pomoci druhé osoby, je pro děti s kombinovaným postižením často nemožné.

Mezi tyto potřeby patří (srov. Vítková in Opatřilová, 2008; Janků, 2013, 2019):

- **Potřeba zamezení hladu, žízně a bolesti**
- **Potřeba podnětů, změny a pohybu**
- **Potřeba jistoty a stability – spolehlivost vztahů**
- **Potřeba vazby, přijetí a něhy**
- **Potřeba uznání a sebeúcty**
- **Potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení**

Tyto základní potřeby můžeme rozšířit o další specifické potřeby:

- **Potřeba tělesné blízkosti pro získání přímé zkušenosti**
- **Potřeba jednoduchého a jasného zprostředkování informace z okolí**
- **Potřeba pedagoga/terapeuta/průvodce/fyzioterapeuta (a dalších), jenž jim umožní pohyb a změnu polohy (např. vertikalizaci)**
- **Poslední uváděnou potřebou, je potřeba kontaktu s blízkým empatickým člověkem založená na emocionálním podkladu (rodiče, příbuzní, ale i vychovatel, pedagog, ad.)**

Poznatky, které máme z obecné psychologie, nám ukazují prvořadou **úlohu výchovy dítěte v prvních letech života v podmínkách pozitivního rodinného systému.**

V tomto prvním období se tvoří základy, na nichž stojí celá další stavba osobnosti dítěte. Tyto základy jsou dvojnásobně důležité zejména u dětí se speciálními potřebami, potažmo s těžkým kombinovaným postižením. Zahrnujeme mezi ně potřebu intimního kontaktu s

blízkými lidmi, a potřebu bezpečí a citového uspokojení ve stálém a stabilním prostředí domova. Dítě s těžkým vícenásobným postižením je stále dítětem, je proto nutné upřednostnit jeho **osobnostní rozvoj a motorický rozvoj** před řazením do „škatulek“ lékařů.

Je zřejmé, že velmi důležitou částí edukace dítěte v rodině je **raná intervence, raná péče a rehabilitace**, která se zaměřuje **zvláště na motoriku, psychiku a sociální rozvoj**. Proto je velmi nutné vhodně zkombinovat rehabilitační metody a včas se poradit se s celým týmem odborníků. Práce s dítětem s těžkým postižením je jednou z nejspecifičtějších zejména pro rodiče, kteří dnes již mají možnost využít **služeb středisek rané péče, odborníků a profesionálů z řad lékařů, zdravotníků i speciálních pedagogů**.

Při veškerých úvahách o důležitosti raného rozvoje se soustředíme na koncepci rané intervence, u které primárně vycházíme z poznatku, že raný věk dítěte je obdobím velice **rychlého psychomotorického vývoje**. Pro zajištění optimálního rozvoje dítěte v dalších vývojových etapách je důležité tohoto období co nejefektivněji využít, neboť absence potřebných podnětů, resp. jejich nedostatek, vede k nemožnosti vypěstování určitých dovedností, schopností a vlastností v pozdějším věku. (srov. Kovářová et al, 2015; Ludíková in Fialová, 2011)

K ZAPAMATOVÁNÍ



Služba rané péče obecně je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba napomáhá při realizaci práva na vzdělání a výchovu dětí se zdravotním postižením, podporuje integraci těchto dětí i jejich rodin do společnosti, zlepšuje informovanost veřejnosti o problematice péče o děti se zdravotním postižením pořádáním seminářů, přednášek, školení, vydávání odborných a účelových publikací, článků apod.

*Úkol rané péče spočívá ve vyhledávání potřebných dětí (depistáž), speciálně-pedagogické diagnostice, poskytování poradenství rodině postiženého dítěte, poradenství při jeho výchově a výběru vhodného výchovně-vzdělávacího zařízení. Služba rané péče má předcházet budoucí závislosti klienta na institucionální pomoci. Službu poskytují zdarma **pracoviště rané péče**, což jsou střediska rané péče nebo také speciálně-pedagogická centra.*

(Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., ve znění pozd.předpisů)

Střediska a služby rané péče se právě nejčastěji věnují takovému dítěti, jehož postižení je patrné ihned po narození nebo v časném vývoji věku. V České republice najdeme různorodé rozložení i složení týmů středisek rané péče, podle individuálních možností. Jejich zřizovatelem je většinou kraj, tak jako u služeb sociální péče. Pro děti s kombinovaným postižením jsou střediska obvykle zřizována jako výstup dominantního postižení – např. středisko pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením, středisko pro děti s mentálním postižením a autismem, středisko pro děti s tělesným a kombinovaným postižením.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

- Vyhledejte a vytvořte seznam středisek rané péče v Moravskoslezském kraji a popište problematiku dostupnosti služeb pro různá kombinovaná postižení v tomto regionu.

Souhra psychické stránky, fyzické stránky a součinnosti člověka se svým prostředím není často možná, pokud jej ovlivňuje těžké vícenásobné postižení. Takový člověk má změněné vnímání a poznávání, jeho hodnoty se koncentrují a organizují v jiná schémata, realizace jednání a chování je podřízena možnostmi limitů daného postižení.

Těžiště práce, jak uvádí Vítková (2006), **leží v komplexním působení na tělesný i psychický vývoj jedince**, samozřejmě s respektem k jeho individuálním potřebám.

Edukační výchovně vzdělávací podpora žáka s těžkým vícenásobným postižením je rozdělena do oblastí, které zahrnují: motorické schopnosti, percepce a přijímání podnětů a informací, komunikační schopnosti, sociální rozvoj, emoční rozvoj, hru, sexuální chování a senzomotorické dovednosti. (Vítková, Kopečný, 2014)

Patrně nejdůležitější synchronizační součástí edukace žáka ve škole je **komunikace, řečové a jazykové dovednosti žáka**, které jsou již v prvopočátku významným měřítkem školní připravenosti a zralosti dítěte pro školu.

Děti s těžkým kombinovaným postižením jsou obecně stimulovány k řečovému projevu méně než ostatní děti. Frekvence řečových podnětů ze strany rodičů a později pedagogů je značně zredukovaná. Tyto děti nebývají často oslovovány, dospělí se na ně neobracejí s dotazy, nečekají na jejich odpověď a hrozí tak riziko dlouhodobého snižování nároků nejen v oblasti komunikace.

Patrné nedostatky v dílčích způsobilostech CNS velmi ovlivňují jazykové kompetence a predikují menší frekvenci promluv, a zároveň nižší úroveň komunikační kompetence již před vstupem do základního vzdělávání. (srov. Zezulková, Kovářová, 2013) O to naléhavější je potřeba stimulace rozvoje řeči nejen v raném a předškolním věku, ale následně i v počátcích a průběhu povinného vzdělávání. Se vzrůstající úrovní komunikativní kompetence se zlepšují a rozšiřují možnosti kompetencí sociálních. Komunikace osob s těžkým vícenásobným postižením, a její zabezpečení, je piedestalem pro každou další činnost a stimulaci.

Možným řešením komunikačních nesnází mezi osobami s kombinovaným postižením a intaktní společností je **využití jiných způsobů komunikace, jež označujeme jako alternativní a augmentativní komunikační systém**. Alternativními systémy nahrazujeme mluvenou řeč, zatímco augmentativní způsoby komunikace využíváme tehdy, chceme-li doplnit a podpořit rozvoj existujících, ale nedostatečně rozvinutých, komunikačních kompetencí (Ludíková, 2005).

Výběr komunikačního systému je individuální, ovlivněný typem, stupněm, kombinací vad, stupněm porozumění řeči, sociálním prostředím dítěte a mnoha dalšími hledisky. Proces výběru bývá velmi náročný a často vyžaduje spolupráci několika specialistů s dítětem a jeho blízkými (Renotierová, Ludíková, a kol., 2004). Náhradní komunikační systémy můžeme dále klasifikovat podle různých hledisek, jež zohledňují například způsob přenosu informace, druh senzorkého kanálu, konečnost počtu znaků či využitelnost speciálních pomůcek (Ludíková, 2005).

K rozvoji dítěte v jeho komunikačních schopnostech ve všech jazykových rovinách využíváme obrázkových systémů – piktogramů, sociálního čtení, facilitované komunikace, Makatonu, systému Znaků do řeči, počítačových technologií za pomoci obrázků i slov (počítačové aplikace na tabletech, interakčních tabulích, osobních počítačích), metodu DOSA, a další.

Smyslem celé vzdělávací práce je nejen se s dítětem dorozumět, ale naučit jej vyjádřit své potřeby, touhy, přání, komunikovat s ostatními spolužáky, učiteli, rodinou.

Motorika, ať už jemná i hrubá, je takřka vždy ve fázi částečné imobility nebo úplné imobility. Její rozvoj je nutný již v raném věku, protože její souvislosti leží v množství přijímaných podnětů a tudíž informací a rozvoji celého CNS. Motorickou oblast člověka můžeme klasifikovat v dílčí složce jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, motoriky artikulačních orgánů, smyslových orgánů, pohybové koordinace, a dalších součástí. Z hlediska naší konkrétní skupiny osob s těžkým kombinovaným postižením se detailněji zaměříme na kombinaci motorických schopností se smyslovým vnímáním, psychickým rozvojem a sociálními vazbami, tedy senzomotoriku, psychomotoriku a sociomotoriku.

V rámci určitého rozsahu využívání edukačních aktivit a interakcí je důležitý poměr těchto aktivit a jejich častost. **Hyperstimulace, versus smyslová a aktivační deprivace**

může vyvolat negativní reakci či chování člověka. Adekvátní stimulace předpokládá respektování přirozených autoregulačních mechanismů, včetně zvýšené unavitelnosti, percepčních a integračních specifík vnímání, denních i individuálních biorytmů žáků, zdravotního stavu, psychické pohody, a dalších faktorů. (srov. Ludíková a kol., 2014)

Stimulovat v případě žáků s těžkým postižením znamená přizpůsobit individuálním způsobem aktivity dne a činnosti směrem k možnostem daného žáka, přičemž jedinečnými vlastnostmi jsou četnost, rytmus dne, opakování aktivit, čili časové faktory, a dále souvislosti, kontext, ukotvení v tematických celcích a komparace s realitou, čili určité situační faktory stimulace, a v neposlední řadě výběr podpůrných metod stimulace, technik, strategií, které organizují činnosti v určitém celku (Koncept Snoezelen, Bazální stimulace), tedy strategické faktory stimulace.



SHRNUTÍ KAPITOLY

Čtvrtá kapitola studijní opory směřuje studenta k zamyšlení nad specifiky kombinovaného postižení a vůbec přijetím tématu člověk těžkým kombinovaným postižením do oblasti psychopedie. (Každopádně máme na mysli ta postižení kombinovaná, která souvisí s dominantou intelektového postižení nebo dokonce kombinace s poruchami autistického spektra a intelektovým postižením.) Kromě obecného vstupu do problematiky obsahuje tato kapitola také poznatky, které jsou podstatné pro práci s dítětem s kombinovaným postižením, a které usměrňují postupy edukačně intervenčního typu. Je nutné, aby student vyvodil závěry o rozdílnosti skupin jedinců v psychopedii, a tudíž předpokládal odlišné a specifické metody práce a možnosti těchto lidí.



OTÁZKY

- Zamyslete se nad kombinacemi a variantami postižení v psychopedii. Definujte přesně tyto skupiny dle „*Věstníku*“.
- Popište cíle rané péče pro děti s kombinovaným postižením.
- Charakterizujte alternativní komunikační systémy, které jsou vhodné pro dítě/žáka s kombinovaným postižením.
- Definujte termín „hyperstimulace“.

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



- Vyberte si tři varianty kombinovaného postižení, přesně je nadefinujte, a vystihněte krátkou esejí jejich rozdíl, který vyplývá pro možnosti práce speciálního pedagoga – psychopeda.
- Vytvořte si vlastní ukázkou piktogramů (vlastní pomůcku!) pro dítě se středně těžkým postižením intelektových schopností a poruchou autistického spektra.

ZÁKLADNÍ LITERATURA



- FIALOVÁ, I. Analýza faktorů determinujících edukaci a profesní orientaci jedinců se zdravotním postižením. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5591-9
- GOGO VÁ, Tatiana; KASTELOVÁ, Alexandra; PREČUCHOVÁ ŠTEFANOVIČOVÁ, Andrea; ŠULOVSKÁ, Monika; VANČOVÁ, Alica. Pedagogika mentálne a viacnásobne postihnutých raného a predškolského veku. Bratislava: IRIS s.r.o., 2013. ISBN 978-80-89238-90-3.
- JANKŮ, K. Snoezelen v teorii, v praxi a ve výzkumu. Opava: SLU, FVP, 2018. ISBN 978-80-7510-335-2.
- JANKŮ, Kateřina. 2013. Terapie ve speciální pedagogice – zaměření na osoby s těžkým postižením. Ostrava: PdF OU, 2013. ISBN 978-80-7464-326-2.
- KANTOR, Jiří a kolektiv. Kreativní přístupy v rehabilitaci osob s těžkým kombinovaným postižením. Olomouc: UPOL, 2014. ISBN 978-80244-4358-4.
- KANTOR, Jiří; MICHALÍKOVÁ, Marcela; LUDÍKOVÁ, Libuše; KANTOROVÁ, Zuzana. Žité zkušenosti rodin dětí s těžkým kombinovaným postižením. Olomouc: UPOL, 2015. ISBN 978-80-244-4912-8.
- KOVÁŘOVÁ, Renata; JANKŮ, Kateřina; HAMPL, Igor. Poradenský systém pro osoby se speciálními potřebami v České republice. Ostrava: PdF OU, 2015. ISBN 978-80-7464-792-5.
- LUDÍKOVÁ, L. Kombinované vady. vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv. Netradiční pohledu na kvalitu života osob se speciálními potřebami. Olomouc: UPOL, 2015. ISBN 978-80-244-4869-5.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv. Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami. Olomouc: UPOL, 2014. ISBN978-80-244-4296-9.

- MAENNERS et al, 2016. prevalence of cerebral palsy and intellectual disability among children identified in two U.S. National surveys, 2011–2013. [online][cit. 15-6-2017] Dostupné z: [http://www.annalsofepidemiology.org/article/s1047-2797\(16\)30008-4/fulltext](http://www.annalsofepidemiology.org/article/s1047-2797(16)30008-4/fulltext).
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. vyd. 1. Brno : Masarykova univerzita, 2013. 186 s. ISBN 978-80-210-6221-4.
- ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče. 2.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-060-7.
- VANČOVÁ, Alica. Edukácia viacnásobnej postihnutých. Bratislava: Sapiencia, 2001. ISBN 80-968797-0-7
- Věstník MŠMT ČR č.8/1997, čj. 25602/97-22
- VÍTKOVÁ, Marie, Petr KOPEČNÝ. Strategies in the education of students with severe disabilities extending into young adulthood. Brno: MU, 2015. ISBN 978-80-210-7194-0.
- VÍTKOVÁ, Marie. Somatopedické aspekty. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 978-80-7315-134-0.
- ZEŽULKOVÁ, Eva a Renata KOVÁŘOVÁ. *Speciálně pedagogická diagnostika v praxi*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-321-7.
- Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., ve znění pozd.předpisů

5 PSYCHOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA VE ŠKOLSKÝCH PORADENSKÝCH ZAŘÍZENÍCH

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Ve páté kapitole se budeme zabývat popisem a rozбором diagnostického procesu uskutečňovaného ve školských poradenských zařízeních, tedy v pedagogicko – psychologických poradnách a speciálněpedagogických centrech. Nejprve se však stručně seznámíme s nejdůležitějšími činnostmi, které provádějí a s vyhláškami a zákony upravující jejich náplň práce. Pozornost je zde věnována i reviznímu šetření, které představuje legitimní možnost klientů vyjádřit nesouhlas s výsledky vyšetření. V další podkapitole je rozpracován celý průběh diagnostiky, a to nejdříve popisně, a poté z ukázek formulářů, aby si student mohl vytvořit celkovou představu nejen o tom, jak diagnostika probíhá, ale i jakou mají podobu její výstupy.

CÍLE KAPITOLY



Student získá tyto následující informace, schopnosti, dovednosti a kompetence:

- Student umí definovat pojmy poradenství, školská poradenská zařízení, podpůrná opatření, žák se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Student se orientuje v právních předpisech týkajících se školských poradenských zařízení.
- Student dovede vysvětlit základní rozdíly mezi pedagogicko – psychologickými poradnami a speciálně pedagogickými centry.
- Student umí charakterizovat základní činnosti pedagogicko – psychologických poraden a speciálně pedagogických center.
- Student zná a umí vysvětlit proces identifikace speciálních vzdělávacích potřeb žáků a proces revizního šetření.
- Student dovede popsat průběh diagnostického vyšetření a jeho výstupy uskutečňovaného ve školských poradenských zařízeních.

Cílem poslední páté kapitoly je popsat průběh komplexní psychopedické diagnostiky, která probíhá ve školských poradenských zařízeních, a to nejen v úrovni teoretické, ale i praktické. Student získá reálnou představu o možných výstupech z vyšetření díky uvedeným ukázkám



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

10 hodin



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Poradenství, školská poradenská zařízení, pedagogicko – psychologické poradny, speciálně pedagogická centra, podpůrná opatření, žák se speciálními vzdělávacími potřebami, zpráva z vyšetření, doporučení pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, revize, anamnéza, psychologické vyšetření, speciálně pedagogické vyšetření.



PRŮVODCE STUDIEM

V páté kapitole si budete moci prostudovat ukázky možných výstupů z psychologických a speciálně pedagogických vyšetření uskutečňovaných v rámci psychopedické diagnostiky ve školských poradenských zařízeních. Dozvíte se, jaké jsou postupy nejen při identifikaci speciálních vzdělávacích potřeb, ale také revizního šetření. Díky uvedeným formulářům si vytvoříte reálnou představu o využití znalostí z předchozích kapitol, ale i z jiných předmětů.

5.1 Školská poradenská zařízení

Poradenské služby spadají do systému ucelené rehabilitace a jsou poskytovány všem dětem, žákům a studentům, jejich zákonným zástupcům, dále školám a školským zařízením, kteří si tuto službu vyžádají. Realizují se jak ve školách, tak ve školských poradenských zařízeních. Jejich cílem je zmírnit, eliminovat či kompenzovat příčiny bránící osobám s postižením v integraci do společnosti. Formy a metody poskytované pomoci a péče určuje klientovo postižení. Poskytování poradenských služeb ve školských poradenských zařízeních upravuje vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů (např. vyhláškou č. 197/2016 Sb.).

DEFINICE

Poradenství, které školská poradenská zařízení poskytují, stojí právě na diagnostice a rozpoznání jedince a jeho problému, jeho podstatou je záměrná pomoc klientům a jejich rodinám, a všem ostatním, kdo s nimi pracují. Jedná se o poradenství týmové – při spolupráci psychologa, pedagoga, sociálního pracovníka, odborníků lékařů, právníků, ad.

Hlavním cílem poradenství je dosáhnout u klienta maximální samostatnosti a integrace do společnosti. Mezi další cíle patří pomoc s překonáváním psychických problémů, které mohou být vyvolány samotným postižením, změnou zdravotního stavu nebo konkrétní situace, která působí na klienta negativně. V neposlední řadě je podpora a pomoc směřována k rodičům nebo zákonným zástupcům klienta i všem dalším zainteresovaným do daného problému.

Poslední novela Školského zákona změnila pravidla naplňování speciálních vzdělávacích potřeb. Dítě, žák nebo student má zákonný nárok na podpůrná opatření a zákonnou povinností školy je tato opatření poskytnout. Podpůrná opatření jsou poskytována dle **vyhlášky č. 27/2016 Sb.**, o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů.

Podpůrná opatření prvního stupně jsou navrhována a poskytována samotnými pedagogy školy, kde si žák plní povinnou školní docházku. Školská poradenská zařízení identifikují speciální vzdělávací potřeby žáků a navrhnou podpůrná opatření **ve druhém až pátém stupni podpory**. Je samozřejmostí, že při realizaci navržených a poskytovaných podpůrných opatření spolupracují se školou a vyhodnocují jejich efektivitu. Seznam veškerých podpůrných opatření nalezneme v **Katalogu podpůrných opatření**, který je rozpracován pro:

- žáky s mentálním postižením a oslabením kognitivního výkonu,
- žáky s tělesným postižením a závažným onemocněním,
- žáky se zrakovým postižením a oslabením zrakového vnímání,
- žáky se sluchovým postižením a oslabením sluchového vnímání,
- žáky s poruchou autistického spektra a vybraných psychických onemocnění,
- žáky s narušenou komunikační schopností,
- žáky se sociálním znevýhodněním.

Podpůrná opatření jsou dítěti, žákovi nebo studentovi přiznávána na podkladě komplexního vyšetření, jehož základ tvoří psychopedická diagnostika, a proto si nyní přiblížíme průběh celého poradenského postupu. Nejprve musí rodiče, zákonní zástupci žáka, zletilý žák nebo orgán sociálně-právní ochrany dítěte podat **žádost** o přiznání a stanovení příslušného stupně podpůrného opatření na vybrané školské poradenské zařízení, které provede vyšetření, **jehož výsledkem jsou dva dokumenty:**

- 1. zpráva z vyšetření** obsahující závěry vyšetření, je určena rodičům, kteří ji mohou nebo nemusí poskytnout škole,
- 2. doporučení pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami** je zasílané automaticky škole, která žáka vzdělává. Toto doporučení obsahuje stručný popis příčin obtíží žáka a doporučenou úpravu jeho vzdělávání, tedy výčet podpůrných opatření. Nezbytnou nutností tohoto procesu je předchozí písemný informovaný souhlas zákonného zástupce nezletilého dítěte či žáka nebo zletilého žáka. V doporučení je stanovena doba poskytování podpůrného opatření, která **nesmí přesáhnout 2 roky**.

Dokumenty jsou vypracovány do 30 dnů ode dne vyšetření, nejpozději však do 3 měsíců od přijetí žádosti o poskytnutí poradenské pomoci. Tuto lhůtu lze prodloužit. Termín nového posouzení speciálních vzdělávacích potřeb musí být uveden tak, jak byl ve zprávě, tak v doporučení. Při vydání dokumentů musí být klient případně jeho zákonný zástupce poučen o možnosti podat žádost o **revizi**. (Bartoňová, Vítková, 2017; Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných)

Zde je na místě zdůraznit, že školská poradenská zařízení provádějí i mnohá další vyšetření, která se netýkají pouze určení speciálních vzdělávacích potřeb, ale například se jedná o:

- **Vyšetření k zařazení dítěte se zdravotním postižením do mateřské školy.**
- **Vyšetření za účelem vhodnosti odkladu povinné školní docházky**, jehož základem je celkové posouzení školní zralosti a připravenosti. U žáků se speciálními vzdělávacími potřebami záleží na druhu a stupni zdravotního postižení nebo zdravotního či sociálního znevýhodnění.
- **Doporučení k zařazení do optimálního vzdělávacího programu** se provádí před nástupem do povinné školní docházky nebo během ní v případě, že se u žáka projeví výrazné potíže vyžadující nutné změny ve výuce.
- **Vyšetření jako podklad k jinému způsobu plnění školní docházky** se týká naplnění zákonného práva na vzdělávání v několika modelech. První spočívá v tzv. individuálním vzdělávání, kdy žák chodí do školy pouze na přezkoušení ze školních výstupů a jeho zákonný zástupce ho vzdělává sám v domácím prostředí. Druhý typ řeší vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením, jejichž zdravotní stav často neumožňuje přepravu do školy, a proto je vzdělávání zajišťováno pracovníkem speciálně pedagogického centra nebo pedagogem školy, do které je žák zapsán. Třetí možnost je obdobná jako předchozí model s tím rozdílem, že je žák přijat do základní školy speciální a na základě doporučení speciálně pedagogického centra a ošetřujícího lékaře je mu určena doba, zpravidla čtyři až šest hodin týdně, po kterou je schopen se vzdělávat. Vyučování pak probíhá v základní škole speciální nebo u žáka doma.
- **Doporučení k přijímacím, závěrečným zkouškám, včetně zkoušky maturitní**, kdy pracovníci školského poradenského zařízení posuzují, zda je nezbytné upravit

žákovi podmínky pro konání uvedených zkoušek. V případě žáků využívajících podpůrných opatření během školní docházky, je potřeba uzpůsobit podmínky zkoušek tak, aby i u nich mohli využít stejného režimu.

- **Kariérové poradenství**, u kterého se vyšetření zaměřuje na stanovení silných a slabých stránek osobnosti a zohledňuje typ a stupeň postižení žáka a jeho celkovou možnost uplatnění se na trhu práce.
- **Jiná vyšetření**, jedná se o specifické zakázky nesměřující k nastavení výchovně – vzdělávacích opatření, např. posudky pro Českou správu sociálního zabezpečení nebo pro Odbor sociální péče a ochrany o dítě.

Jak jsme již uvedli, před každým z výše uvedeným vyšetřením musí rodič nebo zákonný zástupce podat na školské poradenské zařízení **písemnou žádost**, ve kterém specifikuje, za jakým účelem má být vyšetření provedeno. Další nezbytnou nutností je zákonným zástupcem nebo zletilým žákem podepsaný **informovaný souhlas**.

Dne 1. 9. 2016 vstoupila v účinnost již zmiňovaná novela školského zákona (Zákon č. 82/2015 Sb.), která nově umožňuje podat žádost o přezkoumání, tedy revizi, týkající se závěrů z vyšetření. Žádost o revizi do 30 dnů ode dne, kdy doporučení obdržel, může podat:

- dítě, žák, student,
- zákonný zástupce,
- škola,
- školské zařízení,
- orgán veřejné moci, který svým rozhodnutím doporučil využít odbornou poradenskou pomoc ve školském poradenském zařízení,
- Česká školní inspekce.

Důvodem k podání žádosti o zpracování revizního posouzení je pochybnost o komplexním, odborně správném závěru školského poradenského zařízení formulovaného ve zprávě nebo v doporučení pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. Z uvedeného jasně vyplývá, že žadatelé mohou vyjadřovat pochybnosti k:

- závěrům zprávy z vyšetření,
- závěrům posouzení speciálních vzdělávacích potřeb,
- doporučením podpůrných opatření a k jejich skladbě,
- doporučení vzdělávací cesty žáka, kam spadá i zařazení do škol, tříd, oddělení a skupin podle §16 odst. 9 Školského zákona.

Revizní zprávu zpracovávají pracovníci revizního orgánu, kteří pracují pro Národní ústav pro vzdělávání, ve spolupráci s externími pracovníky školských poradenských zařízení a s expertním týmem (např. klinický psycholog, soudní znalec ad.) Znalci a externí pracovníci jsou povolávání z celé České republiky a musí splňovat jisté profesní kompetence.

Revizní šetření je prováděno v místě sídla daného školského poradenského zařízení a jeho pracovníci se v průběhu mohou vyjadřovat k revidovaným podkladům. Do 60 dnů od obdržení žádosti o revizi je vydána revizní zpráva, která je buď souhlasná s revidovanou zprávou či doporučením, anebo obsahuje novou zprávu či doporučení podpůrných opatření. Než vydají revizní zprávu má platnost původní vydaná školským poradenským zařízením. V případě, že je žadatel nespokojený i se závěry revizního šetření, může se obrátit na soud.

Je potřeba si uvědomit, že revizní šetření využívá daleko více testových metod a je zaměřeno ještě víc do hloubky problému a může trvat klidně i šest hodin, což je pro dítě, žáka nebo studenta velice náročné, jak fyzicky, tak psychicky. Z tohoto důvodu se vždy pracovníci školských poradenských zařízení snaží nejdříve s případnými žadateli o revizi jejich pochybnosti projednat a nalézt řešení. Ovšem, jak se říká, *dvakrát měř a jednou řež*, v mnoha případech se může ukázat, že revizní šetření je nezbytné, a to ne z důvodu pochybení na straně poradenského zařízení, ale např. z důvodu vývoje klienta nebo skrytých informací.

Vše si následně prohlédneme ve schématech, která slouží k přehlednému ucelení dané problematiky a k zopakování nejdůležitějších obecně faktických informací o fungování školského poradenského zařízení.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Schéma 2: Návštěva ŠPZ za účelem identifikace speciálních vzdělávacích potřeb žáka

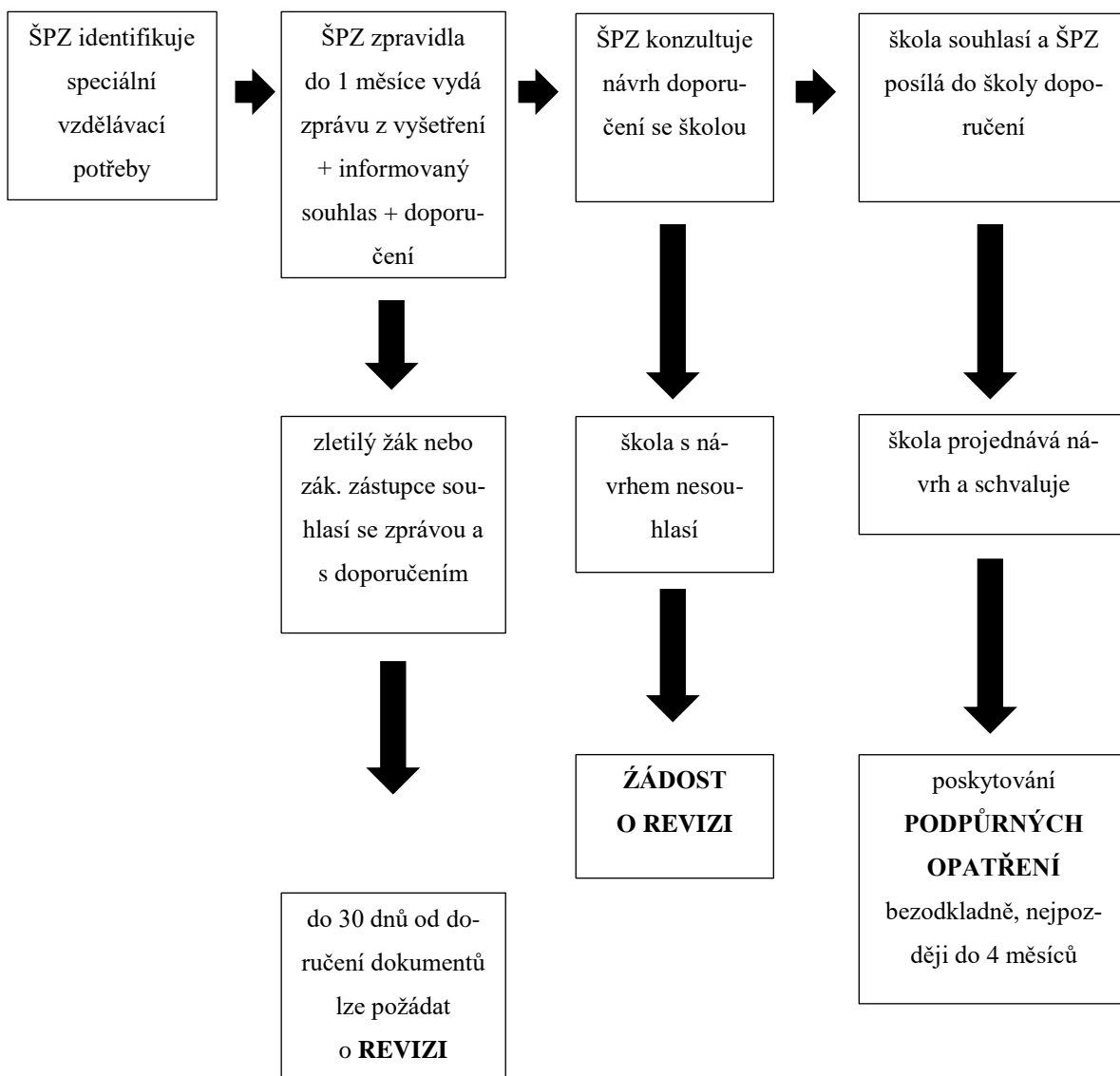


Schéma 3: Průběh revizního posuzování dokumentů vydaných ŠPZ revizním orgánem

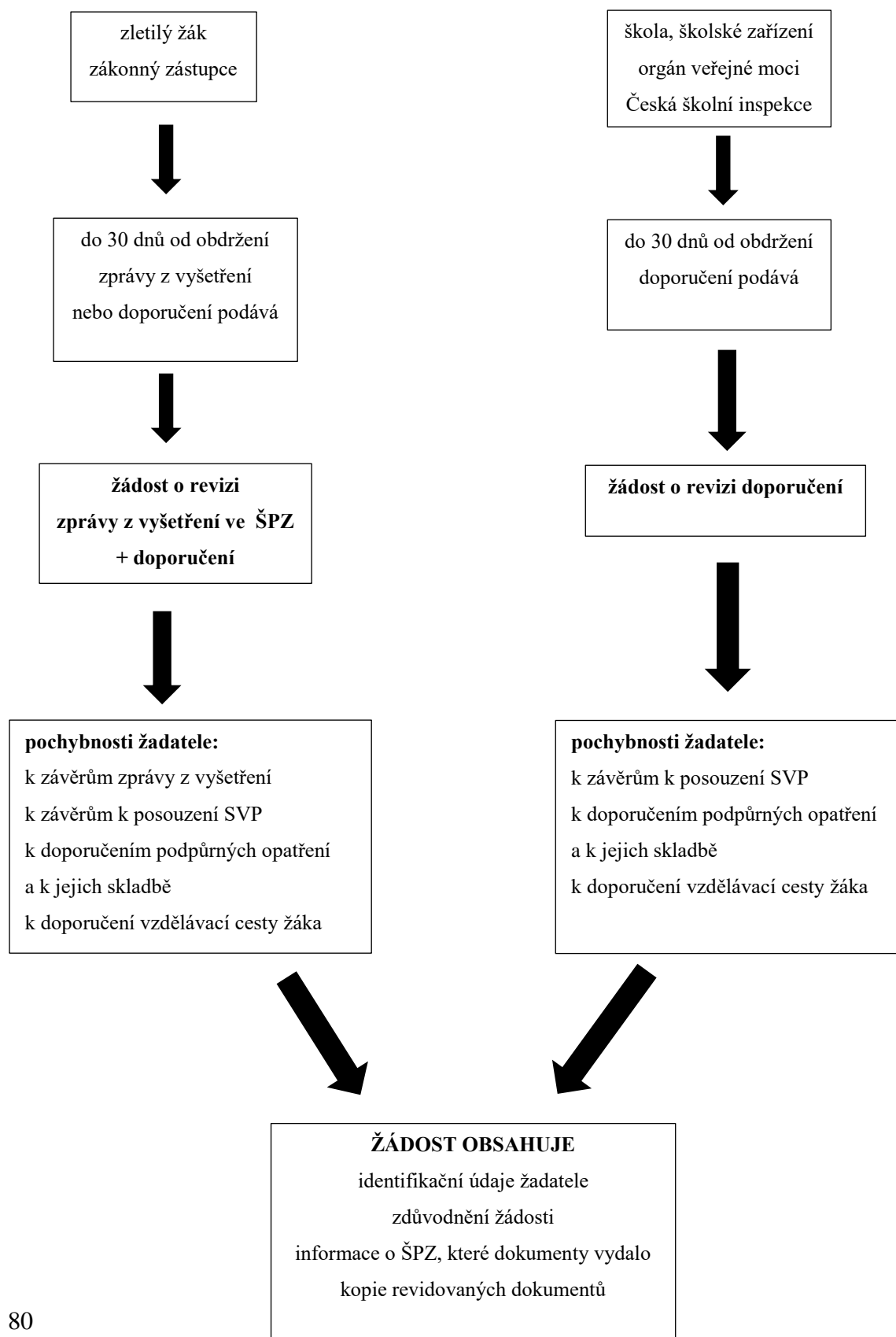
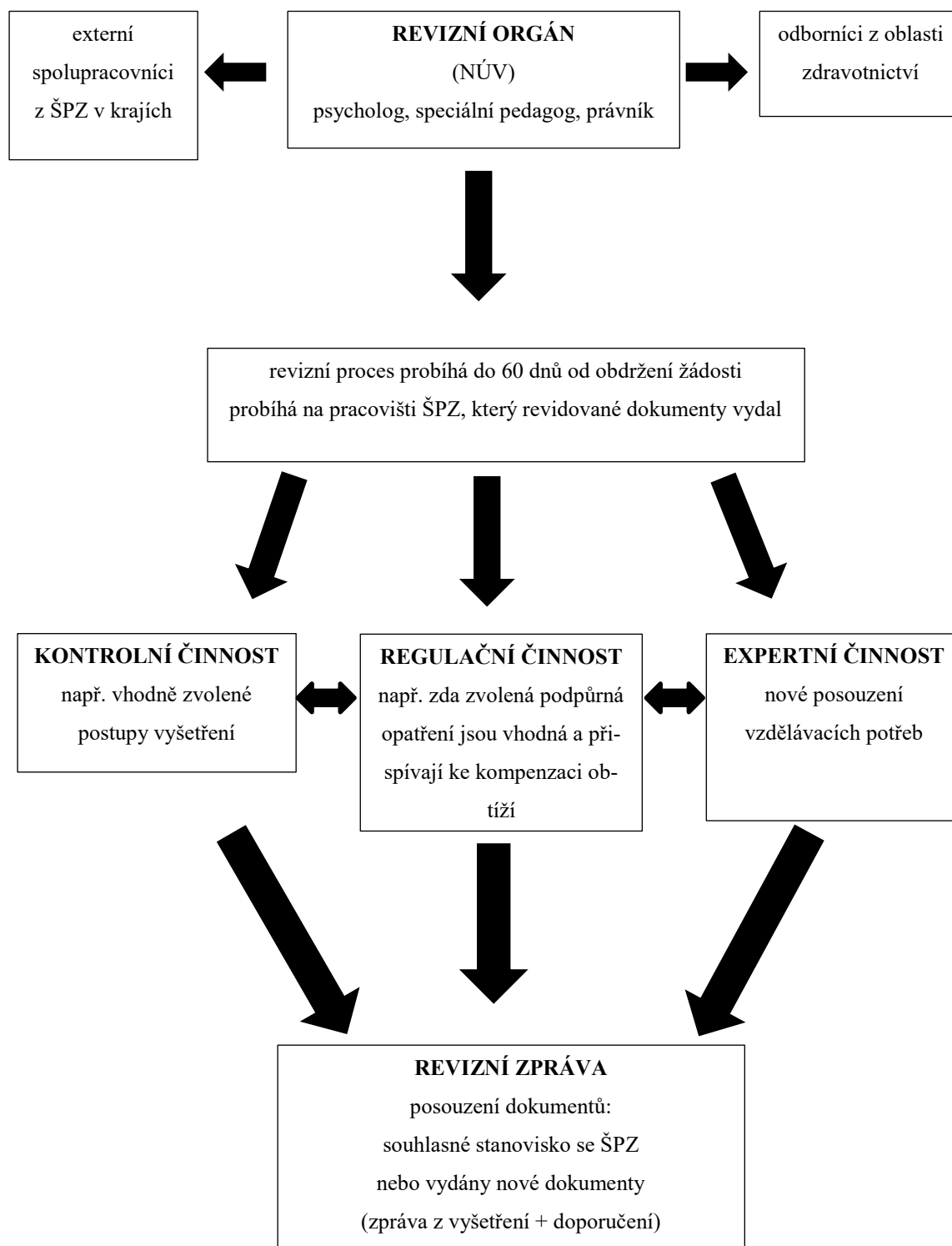


Schéma 3: Revizní proces:



5.1.1 PEDAGOGICKO - PSYCHOLOGICKÉ PORADNY

Obecně lze říci, že pedagogicko – psychologické poradny (dále PPP) se zaměřují na problematiku výchovy a školního vzdělávání dětí a mládeže od 3 – 18 let. Provádějí obecnou pedagogicko – psychologickou diagnostiku, vyšetřují školní zralost, posuzují vhodnost integrace, diagnostikují a reedukují specifické vývojové poruchy učení a chování, a další. Celý výčet standartních činností poraden nalezneme v příloze č. 1 vyhlášky č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Diagnostika, která je zde prováděna nemá zpravidla přímou návaznost na speciálně pedagogickou péči, ani se nevěnují dětem s těžkým postižením na rozdíl od speciálně pedagogických center, která se specializují právě na komplexní péči o děti a mládež s určitým druhem zdravotního postižení, případně s více vadami.

Vybrané nejdůležitější a nejčastější činnosti PPP dle věku dětí můžeme schematizovat následně:

V předškolním věku

- stanovují vývojovou úroveň dítěte,
- posuzují laterální a školní zralost, na jejímž podkladě vydávají doporučení o odkladu školní docházky nebo o vřazení dítěte do školy podle §16 šk. zákona,
- poskytují podporu při adaptačních problémech v mateřské škole,
- pomáhají při emočních a výchovných problémech v rodině a mateřské škole,
- rozvíjejí dílčí schopnosti a dovednosti formou individuální nebo skupinové péče (grafomotorika, vizuomotorika, zrakové a sluchové vnímání, početní schopnosti a dovednosti, prostorová orientace, řeč kromě nápravy vad výslovnosti).

Ve školním věku

- pomáhají při řešení výukových obtíží (na základě nerovnoměrného vývoje rozumových předpokladů nebo jeho snížené úrovně, specifických poruch učení, specifických poruch chování, osobnostních zvláštností a dalších rozdílností),
- napomáhají zvládat výchovné potíže (na podkladě poruch chování nebo v případě, že souvisí s aktuální či dlouhodobou nepříznivou situací v rodině),
- poskytují poradenství v oblasti volby povolání nebo volby typu školy v návaznosti na prospěch, schopnosti, dovednosti a zdravotní stav (kariérové poradenství, posouzení předpokladů ke studiu na víceletém gymnáziu, zvážení vhodnosti typu studia, případný přestup na jinou školu),
- řeší adaptační a vztahové problémy v třídních kolektivech (mapování vztahů mezi žáky ve třídě, programy na podporu zdravého sociálního klimatu ve třídě, prevence šikany),
- pečují o mimořádně nadané žáky (identifikace mimořádně nadaných žáků, poskytování poradenství rodičům těchto žáků, konzultace individuálních vzdělávacích plánů),

- řeší komplexní problematiku školního neprospěchu.

V období dospívání

- pomáhají při řešení výukových obtíží,
- napomáhají zvládat výchovné potíže,
- poskytují kariérové a profesní poradenství,
- pomáhají při řešení adaptačních a vztahových problémů v třídních kolektivech,
- poskytují pomoc při řešení osobních a vztahových problémů dospívajících,
- pečují o mimořádně nadané žáky a jsou ve spojení s institucemi, které jim nabízejí individuální i skupinovou podporu (např. Menza).

V rámci psychopedické diagnostiky provádějí v pedagogicko – psychologických poradnách inteligenční testy z důvodu vyloučení mentálního postižení. Pokud je úroveň intelektových schopností nižší, pak je klient doporučen k dalšímu vyšetření a postupu ve speciálně pedagogickém centru (viz dále).

Psychopedická diagnostika v PPP se dále zaměřuje na žáky s výukovými obtížemi a špatným školním prospěchem z **důvodu sníženého intelektového nadání**. Tímto termínem označujeme globální úroveň intelektových schopností **v pásmu od lehkého podprůměru přes hraniční pásmo a pásmo lehkého postižení intelektových schopností**. Teprve testové vyšetření prokáže, zda se skutečně jedná o opožděný mentální vývoj a do jakého stupně. Psychologové zde zjišťují:

- profil rozvíjejících se kognitivních schopností a dovedností,
- slovní zásobu, a to jak dítě zachází s verbálním materiálem,
- úroveň logického myšlení, představivosti, schopnosti abstrakce, pružnosti a samostatnosti myšlenkových operací a paměťových schopností,
- míru soustředění a kognitivní efektivnosti a psychomotorické tempo.
- podíl mimointelektových faktorů, kterými mohou být např. osobnostní rysy, podmínky prostředí, rodinné a širší sociální vztahy, motivace a další činitele ovlivňující proces učení a míru zvládnání nároků školy.

V případě prokázání diagnózy, která poukazuje na mentální postižení, doporučují PPP rodičům a pedagogům dítě přesunout do péče speciálně pedagogického centra specializovaného na tento typ postižení, při lehčím obrazu sníženého intelektového nadání doporučují PPP vhodné postupy při edukačním procesu jak opět rodičům, tak škole.

5.1.2 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ CENTRA

Speciálně pedagogická centra (dále SPC) se zaměřují na komplexní péči o děti a mládež s určitým druhem zdravotního postižení nebo s kombinacemi dvou a více vad, a to pravidelně a především dlouhodobě, **od tří let věku** až do ukončení vzdělávání (do 18 let, popř. do ukončení vysoké školy). Poradenské služby neposkytují pouze rodinám dětí s určitým druhem postižení, školám nebo školským zařízením, ale také domovům, orgánům státní správy i dalším resortům pečujícím o osoby se zdravotním postižením.



K ZAPAMATOVÁNÍ

SPC zabezpečují speciálně pedagogickou, psychologickou a další potřebnou péči klientům se zdravotním postižením a poskytují jim odbornou pomoc v procesu pedagogické a sociální integrace ve spolupráci s rodinou, školami, školskými poradenskými zařízeními a odborníky. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozd. předpisů)

Na rozdíl od pedagogicko – psychologických poraden jsou druhy SPC zřízeny samostatně pro děti, žáky a studenty s určitým typem postižení:

1. centrum poskytující služby žákům s **vadami řeči**, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky,
2. centrum poskytující služby žákům **se zrakovým postižením**, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky,
3. centrum poskytující služby žákům **se sluchovým postižením**, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky,
4. centrum poskytující služby žákům s **tělesným postižením**, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky,
5. centrum poskytující služby žákům s **mentálním postižením**, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky,
6. centrum poskytující služby žákům s **poruchami autistického spektra**, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky,
7. centrum poskytující služby žákům **hluchoslepým**, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky,
8. centrum poskytující služby žákům s **více vadami**, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky. (Vyhláška 72/2005 Sb.)

Ke standartním a speciálním činnostem SPC patří:

- vyhledávání žáků se zdravotním postižením ve spolupráci s lékaři a dalšími odborníky,
- provádění komplexní speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky,
- přímá práce s dítětem,
- poskytování pedagogické a metodické pomoci rodičům, zákonným zástupcům, pedagogickým pracovníkům a školským zařízením,
- podílení se na tvorbě individuálního vzdělávacího plánu,
- zapůjčování kompenzačních a rehabilitačních pomůcek podle potřeb dítěte,
- napomáhání při inkluzi,
- cvičení a posilování nepostižených smyslových funkcí dítěte,
- nabízení kariérového poradenství pro žáky se zdravotním postižením,
- všestranná podpora optimálního psychomotorického a sociálního vývoje žáků,
- rozvíjet motoriku, nácvik sebeobsluhy a sociální komunikaci,
- pomoc při přípravě na zařazení do vzdělávacího procesu,
- poskytování logopedické péče, případně se zaměřením na alternativní a augmentativní komunikaci,
- zapůjčování odborné literatury ad.

(Celý konkrétní a specifický výčet určitých činností nalezneme v příloze č. 2 dané vyhlášky č. 72/2005 Sb.)

V současném pojetí diagnostiky obecně, jak jsme si uvedli již v první kapitole, respektujeme jedince s jakýmkoliv druhem postižení **jako osobnost s potencionálem dalšího vývoje**. Psychopedická diagnostika uskutečňovaná v SPC, stejně jako v PPP, se zaměřuje především na individuální schopnosti dětí a žáků, na jejich silné a využitelné stránky. Následně se podíváme konkrétně na průběh diagnostických vyšetření v PPP i ve SPC.

5.2 Průběh vyšetření v pedagogicko psychologických poradnách

Samotnému vyšetření v pedagogicko – psychologické poradně **předchází orientační nebo základní diagnostická zpráva, kterou provádí pedagogický pracovník v mateřské nebo na základní škole (tomuto tématu je věnována samostatná kapitola)**, předchází také rozhovor s rodiči a jejich souhlas s vyšetřením stvrzený podpisem.

Ke stanovení diagnózy je velice nápomocná právě zpráva ze školy, kterou dítě navštěvuje, protože vychází z dlouhodobého pozorování a je podchycena konkrétními okamžiky, které, zvláště u dítěte s potenciálním snížením kognitivních schopností souvisí s běžnými denními situacemi a s učením dítěte/žáka a jeho charakteristikami.

Na komplexní diagnostice, kterou provádí pedagogicko psychologická poradna se podílí psycholog a speciální pedagog, dále sociální pracovník, popřípadě i další specialisté, například odborní lékaři (neurolog, psychiatr, otolaryngolog, ad.).

Před samotným vyšetřením má rodič či zákonný zástupce možnost informovat pracovníka o povaze problémů. Naopak rodiče jsou seznámeni o průběhu, rizicích a výhodách i nevýhodách poskytovaných poradenských služeb i o právu je odmítnout nebo vyhledat jiné zařízení. Veškeré informace jsou přísně důvěrné a jsou stvrzovány podpisy.

Vyšetření většinou děti absolvují samy, ale rodiče mají právo být u něho přítomni. Vždy je nutné provádět vyšetření v zájmu dobrého výkonu dítěte, tedy v dopoledních hodinách a dítě při něm musí být zdravé. Psychologické a speciálně pedagogické vyšetření trvá každé přibližně 2 hodiny. V závěru jsou rodiče nebo zákonní zástupci seznámeni s výsledkem vyšetření a s navrhovaným doporučením. Znovu zdůrazňujeme, že je nezbytné vzít při interpretaci výsledků v úvahu veškeré informace, které jsme získali z/ze:

- anamnézy,
- informací od rodičů či zákonných zástupců,
- informací ze školy,
- rozboru školních výsledků,
- analýzy dalších dokumentů (zprávy lékaře, jiná předchozí vyšetření)
- samotného vyšetření.

Postup při vyšetření je následující:

I. Nejprve sestavuje sociální pracovník **ANAMNÉZU** dítěte, ze které lze v některých případech vyvodit příčiny problému, ovšem někdy z ní pramení pouze symptomy poruch. Anamnéza je rozdělena do čtyř oblastí, **dělíme ji na rodinnou, osobní, sociální a školní.**

- **Rodinná anamnéza** představuje **informace týkající se problémů v rodině.** Může se jednat například o leváctví, poruchy v oblasti řeči, a to nejen u rodičů, sourozenců, ale i prarodičů či sourozenců rodičů. Pokud pochází dítě z institucionální péče, pak se uvádí: „ *aktuální informace o rodinné situaci klienta nejsou známy*“.
- **Osobní anamnéza** obsahuje údaje vztahující se přímo k žákovi. Týká se vývoje žáka, a to od doby početí, přes průběh těhotenství, porod až do vývoje v současné době. Je zaměřena na zjišťování onemocnění nebo úrazů matky v době těhotenství, zda byl porod v termínu, jaký byl, a jakou mělo dítě porodní váhu, a všechny komplikace. Dále se srovnává vývoj dítěte s vývojovou normou dětí v určitém věku v oblasti motoriky, řeči, sebeobsluhy, ad.
- **Sociální anamnéza** se týká výchovy v rodině, např. jaké výchovné styly rodina preferuje, jaké uděluje odměny a tresty, s kým dítě žije, kdo ho vychovává, v jakém sociálním prostředí žije, jaký je celkový status rodiny, velikost bytu apod.

- **Školní anamnéza** se zaměřuje na výchovu v oblasti školy, např. jak často se u žáka střídají učitelé, na koho se obrací ohledně potíží, kdy jeho „problémy“ začaly, zda má ve škole kamarády nebo jestli se věnuje také mimoškolním činnostem.

II. **PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ** provádí psycholog, který **sleduje především úroveň rozumových schopností**, v závěru neuvádí přímo počet bodů IQ, ale pásmo, ve kterém se schopnosti nacházejí (dle průměru – nad-, průměrné, lehce podprůměrné, podprůměrné, hluboko podprůměrné). Zaměřuje se zejména na vztah mezi **verbální a názorovou složkou** inteligence. V případě identifikování podprůměrného a hluboce podprůměrného pásma se nemohou diagnostikovat specifické poruchy učení, a je nutné provést vyšetření ve speciálně pedagogickém centru, kam se dítě odesílá.

Psychologické vyšetření je soustředěno na získání informací testovými metodami, nejčastěji se týká:

- **Diagnostiky za pomoci inteligenčních testů, např.:**
 - V předškolním věku:** SON-R – neverbální test k měření úrovně rozumových schopností ve věku 2,5 – 7 let, Stanford – Binetův test (S – B Test) ve IV. revizi na zjištění kognitivních schopností,
 - V mladším školním věku:** WISC III – Wechslerova inteligenční škála pro děti ve věku od 6 – 17 let v české verzi (Krejčířová, Boschek, Dan, Praha, 2002), WJ – IE – Standardizovaná baterie na odhalování vícečetných kognitivních schopností.
 - Ve starším školním věku:** WISC III, WJ-IE, S – B Test
 - V dospívání a rané dospělosti: WISC III, WJ-IE, S – B Test, WAIS-III – Wechslerova inteligenční škála pro dospělé, Test struktury inteligence I-S-T 2000 R,
- **Diagnostiky osobnostních charakteristik a rodinného zázemí, např.:**
 - Test kresby postavy pro děti předškolního věku (Vágnerová), Test kresby muže a ženy, T 101 Test rodinného zázemí (Herbert, Portešová), T – 210 Test rodinných vztahů (Antony – Bene, Mádrová), Test rodinného systému – FAST (Gehring, Sobtková) – diagnostika v rodinném poradenství,
- **Diagnostika paměti, např.:**
 - T – 95 Paměťový test učení (Preiss), Bentonův vizuální retenční test – pro děti od 7 let, adolescenty i dospělé – diagnostika organických poškození CNS,
- **Diagnostika pozornosti, např.:**
 - T – 52 Test koncentrace pozornosti pro děti i dospělé (Kučera), T - 78 Bourdonův test pozornosti pro děti i dospělé
- **Diagnostika psychopatologická, např.:**
 - Škála zjevné úzkosti pro děti CMAS, Sebeuposuzovací škála dětské depresivity - CDI,

- **Diagnostika zaměřená na kariérové poradenství, např.:**

Dotazník konstruktivního myšlení (Epstein, Balcar) – predikce výkonnosti, sociálních a vůdcovských schopností, Test pozornosti d2, DVP – dotazník volby povolání a plánování profesní kariéry, ad.

III. SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ VYŠETŘENÍ realizuje speciální pedagog, který v jeho průběhu vždy sleduje: chování, pracovní tempo, způsob řešení problémových situací, schopnost koncentrovat pozornost a efekt jeho pomoci. Vyšetření se skládá z několika částí:

- **Specifické zkoušky** se zaměřují, zda jsou jednotlivé oblasti, jako je motorika, zrakové a sluchové vnímání ad., v normě či nikoliv. V případě prvního vyšetření se zkouší všechny, u kontrolního vyšetření probíhají jen ty, ve kterých žák selhával. Většina zkoušek je standardizovaná na určitou věkovou kategorii. Patří zde:

Vyšetření řeči uskutečňující se již v průběhu rozhovoru s dítětem/žákem. U **expresivní složky řeči** (jak se vyjadřuje) sledujeme: *vyjadřovací schopnosti, artikulační obratnost, specifické asimilace, výslovnost hlásek a neurózy v řeči*. U **receptivní složky řeči** (jak rozumí) se zaměřujeme na: *sluchovou diferenciaci, auditivní analýzu a syntézu, logicko – gramatické struktury řeči*. Využívají se např. tyto standardizované testy: **Žlabův test jazykových schopností, Heidelberský test řečového vývoje**.

Při **vyšetření vizuální percepce** provádíme:

Zkoušku pravolevé a prostorové orientace (úroveň názorná) obsahující tři subtesty: Subtest A – plošná orientace: *ukaz pravý horní roh papíru*, Subtest B – orientace na vlastním tělovém schématu (od 7 let): *zvedni levou ruku*, Subtest C – stranová orientace na protilehlé rovině (od 10 let): *na osobě sedící čelem k žákovi ukazuje jeho pravou ruku* apod. Hodnotí se pohotovost, latence, nejistota, chybovost a kvalita provedení. Standardizovaný test: **Zkouška laterality – Matějček, Žlab**.

Zkoušku vizuální diferenciaci (úroveň jednoduchých symbolových schémat) sloužící ke zjištění nakolik je dítě připraveno se naučit číst a nakolik je schopno rozlišovat zrcadlové tvary. U mladších žáků ve věku 5 – 8 let se používá **Edfeldtův reverzní test** zjišťující úroveň zrakového vnímání. U žáků starších využíváme **42 párů obrázků** a jejich úkolem je přeškrtnout obrázek, který není stejný. Zaměřujeme se na způsob řešení, pohotovost, latenci a charakter chyb.

Test Rey – Osterriethovy komplexní figury (úroveň složitých symbolových schémat) tvořící samostatný diagnostický prostředek ke zjištění vizuopercepčních, grafomotorických a paměťových funkcí. Test můžeme zadávat ve věku od 5,6 – 17,5 let. Využívá se často také i k diagnostice matematických poruch. Jedná se o složitý obrazec, který žák obkresluje a následně ho reprodukuje z paměti. Komplexní figura byla navržena tak, aby nepřipomínala žádný existující objekt a zdála se na první pohled nová a neobvyklá. Selhání v tomto

testu napovídá o snížených kvalitách čtenářských dovedností, narušení v oblasti jemné motoriky, matematických schopností, ve vizuální diferenciaci, orientaci v prostoru a další.

Podkladem pro rozvoj řeči, čtení a psaní je **sluchová percepce** a při jejím vyšetření se zaměřujeme zejména na úroveň fonemického uvědomování. Sledují se schopnosti jako je naslouchání, figura a pozadí, sluchová diferenciacie, sluchová analýza a syntéza, sluchová paměť a vnímání rytmu. Používá se: **Moseleyův test, Zkouška sluchové diferenciacie WM.**

V případě zkoušky vnímání a reprodukce rytmických struktur se jedná o **vyšetření audiomotorické koordinace**, kdy posuzujeme procesy postupné analýzy a syntézy v oblasti neřečové. Pozorujeme schopnost identifikace jednoduché rytmizované a nerytmizované struktury krátkých a dlouhých tónů, dále schopnost integrace a koordinace auditivních podnětů s oblastí jemné motoriky dominantní ruky. Důležitým smyslem tohoto vyšetření je zhodnocení úrovně krátkodobé paměti pro neverbální podněty a správné identifikace délek, která je předpokladem pohotového rozlišování krátkých a dlouhých slabik v oblasti řeči. Využívají se dva typy zkoušek, a to percepce nebo reprodukce rytmické sestavy. Standardizovaným testem jsou **Žlabovy zkoušky rytmu.**

Vyšetření motorických funkcí se týká rychlosti, přesnosti a plynulosti prováděných pohybů. Zaměřujeme se na schopnosti zručně vykonávat naučené, účelné a cílevědomé provádění složitějších pohybů. Sledujeme například oblékání, psaní, kreslení, krmení, chůzi, skoky nebo lezení. Zkouška se skládá ze čtyř oblastí: dynamické organizace jednoduchých pohybů *např. utvoření špetky, stříhání druhým a třetím prstem*, orálně motorické organizace pohybů *např. střídavé nafukování pravé a levé tváře*, párové organizace pohybů *např. střídání pěsti a dlaně* (obě ruce současně, poté střídavě), řečové regulace pohybů *např. zvedání ruky na pokyn*. Využívaný je **Orientační test dynamické praxe – Míka.**

- **Diagnostika předškolních a školních schopností**, při které se používá **Test rizika poruch čtení a psaní – Švancarová, Kucharská**. Jeho cílem je včasné odhalení dětí, u kterých se mohou objevit problémy ve čtení a psaní a nastavit tak cílená opatření. **Prediktivní baterie čtení A. INIZANA od Lazarové** využíváme k odhalení školní zralosti, ale je vhodná i pro diferenciatní diagnostiku SPU nebo ADD/ADHD.
- Při **hodnocení pozornosti** se využívá **Test cesty a Jiráskův Číselný čtverec**. Zjistíme jím úroveň přijímání a zpracování informací a pohotovost dítěte. Tento test také umožňuje objektivizovat potíže s koncentrací a stanovit míru jejich podílu na školním neúspěchu. Je předkládán i dětem s neurologickým onemocněním či postižením CNS, s epilepsií a s ADHD.
- **Diagnostika úrovně čtení** probíhá vždy u každého vyšetření. Umožňuje vytvořit specifický obraz o čtenářské dovednosti a je nedílnou součástí vyšetření specifických poruch učení. Speciální postavení má zde **článek LATYŠ**, což je český text

beze smyslu a používá se od 5. třídy pro kontrolu toho, do jaké míry pomáhá žákovi porozumění a předjímání smyslu čteného textu. V rámci zkoušky sledujeme:

Rychlost čtení, na jejímž základě je stanoven tzv. **čtenářský kvocient**, který je výsledkem správně přečtených slov za 1 minutu a určuje normu rychlosti čtení. V praxi se jedná o součet slov za 3 minuty, od kterého se odečítají slova špatně přečtená a tento výsledek je vydělen 3 minutami a rovná se počtu slov přečtených za minutu, tedy čtenářskému kvocientu. Nejčastěji ovlivňuje rychlost čtení: vybavenost grafémy, pozornost vedení očních pohybů, aktuální stav a osobnostní předpoklady.

Dále se zaměřujeme na **stupeň rozvoje čtenářských návyků**, který je daný podle ročníku základních škol. *Např. od 2 ročníku* by žák měl číst většinou po slovech, čtení nejisté a bez plynulosti, zářky se vyskytují před těžšími a neznámými slovy, dělá zřetelné pauzy, některá slova slabikuje a čte 40 – 50 slov za minutu. *Od 3. ročníku* čte po slovech bez delších zářek, ještě bez větné intonace, zářky se vyskytují ojediněle, většinou před obtížnými slovy a čte 60 – 80 slov za minutu. *Od 4 ročníku* čte po skupinách slov, plynule se smyslem pro kontext a se správnou intonací, jde o normální vyspělé čtení, kdy přečte více než 80 slov za minutu.

Další diagnostickou hodnotu představuje **frekvence a charakter chyb**, i když počet chyb sám o sobě není přesným ukazatelem čtenářské vyspělosti, je však jedním z indikátorů poruch učení. Diagnostický význam mají chyby vyskytující se v 9% přečtených slov, kdy 8% chyb tvoří hranici únosnosti.

Podstatná je i **kvalitativní analýza chyb**, kterou musíme lokalizovat, to znamená určit, jestli se jedná o chyby na začátku, uprostřed nebo na konci slov. Všimáme si, zda žák vynechává nebo přidává hlásky, slabiky či krátká slova, což souvisí se zrakovou analýzou a syntézou. Zaměřujeme se na nepřesnosti měnící smysl textu. Sledujeme, jestli žák má obtíže v analyticko – syntetickém procesu projevující se těžkopádným čtením bez dalších příznaků. Také se může jednat o chyby v důsledku poruch expresivní složky řeči.

Další skupinou diagnostiky úrovně čtení jsou **chyby specifické**. Jedná se o:

- statické inverze, kdy dítě zaměňuje zrcadlově symetrická písmena, *např. b – d*,
- záměny tvarově podobných písmen, *např. m – n, l – i*,
- záměny funkčně podobných písmen (samohlásek), *nejčastěji a – o – e*,
- záměny zvukové podobných hlásek, *např. z – s, č – š*,
- kinetické inverze, zde se jedná o záměnu pořadí hlásek, *např. lomokotiva*,
- kontaminace, při které splývá více slov nebo tvoří z jednoho slova více částí slov.

Posledním předmětem tohoto diagnostického procesu je **porozumění čtenému textu**, protože naplňuje smysl umět číst. Jedná se o prezentování toho, co žák přečetl. V případě, že klient nechce reprodukovat děj spontánně, je nutné mu pomáhat otázkami.

- **Diagnostika písemného projevu** je prováděna vždy u každého vyšetření a v rámci komplexní diagnostiky a představuje obraz o této psychické aktivitě. Souvisí s jemnou vizuomotorickou a audiomotorickou koordinací, percepcí a integrační a kontrolní činností CNS. Zachycuje postižení kvalitativních rysů komplexní duševní aktivity na specifickém podnětovém materiálu a umožňuje konfrontaci systematických chyb se zjištěními v pedagogickém procesu. Při diagnostice písemného projevu využíváme standardizovaný test od **Matějčka Zkouška psaní a pravopisu** a tyto diagnostické nástroje:

Opis prezentuje grafomotorické zvládnutí tvarů písmen a jejich uspořádání ve slova nebo věty. V případě, že žák opisuje nesmyslný text a nemá tak možnost si pomáhat kontextem, zjistíme osvojení dovednosti v jeho čisté podobě.

U **přepisu** sledujeme totéž co u opisu a navíc i zvládnutí vztahu mezi tiskacími a psacími písmeny.

Diktát představuje komplexní dovednost, u které předpokládáme dostatečně rozvinutou sluchovou i zrakovou percepci, grafomotoriku, znalost spojení hláska – písmeno a znalost a aplikaci gramatických pravidel. Při diktátě je nutné respektovat individuální tempo a ponechat probandovi přiměřený časový prostor pro vlastní kontrolu.

U opisu, přepisu a diktátu je nutné provést rozbor výsledků, které mohou být následující:

- tempo psaní: *subjektivně velmi pomalé, pomalé, přiměřené, překotné s projevy impulzivitu;*
- grafický projev: *písmo nadměrně velké nebo malé, neurované, kostrbaté, špatně čitelné až nečitelné, nejistota tahů, sklon a tlak na psací náčiní, správné nebo špatné držení psacího náčiní a těla při psaní;*
- stupeň osvojení grafémů: *vzpomíná na jejich tvar, má obtíže v grafickém přiřazování tvaru příslušnému fonému;*
- záměny písmen a slabik: *zrcadlových, tvarově blízkých, zvukově blízkých, tvrdých a měkkých slabik;*
- kvalitativní rozbor chybovosti ve skladbě hlásek: *v obtížných souhláskových skupinách, ve snadných souhláskových skupinách, vynechávání hlásek, slabik, slov;*
- chyby v důsledku specifických poruch učení: *artikulační neobratnost, specifické asimilace sykavkové a spodoba měkčení;*
- ostatní možné chyby: *vynechávání diakritických znamének, únosná frekvence chyb, chyby z překotnosti a nepozornosti, chyby v důsledku nedostatečného osvojení si gramatických pravidel.*
- **Diagnostika matematických schopností** je realizována pouze v případě, kdy má učitel podezření, že se jedná o specifickou poruchu učení typu dyskalkulie, nebo když u vyšetření vyplyne, že by se o ni mohlo jednat. Matematické schopnosti jsou tvořeny celým souborem dovedností, a proto neexistují standardizované zkoušky, ale

využívá se soubor úloh např. na třídění dle barev a tvarů, uspořádání podle velikosti, čtení a psaní čísel, matematické operace, pokračování číselné řady, orientaci v čase apod. Examinátoři využívají testů Nováka – Matematické předpoklady dětí v mladším školním věku, Barevná kalkulie, Kalkulie IV., nebo Číselný trojúhelník a Rey – Osterriethovu komplexní figuru.



K ZAPAMATOVÁNÍ

Z popisu diagnostického vyšetření vyplývá, a na to nesmíme zapomenout, že samotné stanovení diagnózy je založeno na celkovém hodnocení klienta. V každém případě musí být použit některý z inteligenčních testů, ale také metody hodnotící specifické dílčí schopnosti. Neoddělitelnou součástí diagnostiky je pak i anamnéza zaměřující se jak na faktory biologické, tak psychosociální. Nesmíme opomenout i důležitost správné motivace klienta ke spolupráci, což nemusí být vždy snadné. Z tohoto důvodu je vhodné sestavit si například individuální stupnici odměn.

5.3 Průběh vyšetření ve speciálně pedagogických centrech



PRŮVODCE TEXTEM

Vyšetření ve speciálně pedagogických centrech probíhá velmi podobným způsobem jako v pedagogicko – psychologických poradnách, a proto se již v této podkapitole nebudeme zabývat teoretickým postupem tohoto vyšetření, ale ukážeme si přesné příklady formulací, které můžete nalézt v dokumentech, která obě tato školská poradenská zařízení vydávají. Obě zařízení se samozřejmě nejvíce liší v individualitě, která směřuje ke konkrétnímu dítěti/žákovi a tím pádem selekci určitých testů a diagnostických materiálů, ovšem často se, pro jistotu stanovení diagnózy testuje dítě podle celé baterie.

Dále si v této části textu budete moci prostudovat formuláře, které se automaticky vygenerují pomocí programů, kterými poradenská zařízení disponují. Jedná se o zprávu školského poradenského zařízení a doporučení školského poradenského zařízení pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole. Mezi formuláři naleznete i podobu informovaného souhlasu určeného zákonným zástupcům a zletilým žákům. Na konci podkapitoly je uveden formulář vydávaný před novelizací školského zákona v roce 2016 sloužící k porovnání.

Jak jsme již nastínili v předchozí podkapitole, vyšetření začíná vždy **anamnestickým procesem**, budeme podle toho postupovat i s našimi příklady a ukázkami. Následující text je **příkladem rodinné, osobní a sociální anamnézy**.

PŘÍPADOVÁ STUDIE



Rodinná anamnéza

- *Matka A. Ř., narozena 1965, vystudovala vysokou školu, pracuje jako účetní. Rodiče jsou rozvedeni, dítě žije s matkou, s otcem se nyní nestýká (během loňského roku se opakovaně s otcem vídala, Viktorka má otce velmi ráda). Z osobních důvodů matka kontakt s bývalým manželem přerušila.*
- *Matka K. V., narozena v roce 1973, pochází z dvojčat, vystudovala vysokou školu. V současné době je v domácnosti, protože pečuje o osobu blízkou. Otec, narozen v roce 1970, nemá sourozence. Vystudoval střední průmyslovou školu a nyní pracuje jako technik měření ve společnosti ČEZ. Rodiče se vzali v roce 1998. Rodinné prostředí je velmi dobré.*
- *Od roku 2002 jsou rodiče zbaveni rodičovské zodpovědnosti. Opatrovníkem byl ustanoven Úřad města Olomouc.*
- *Dítě žije v rodině se svou mámou, druhem matky a dvěma sourozenci. Rodiče jsou rozvedeni, otec se s chlapcem pravidelně stýká. Matka Růžena, roč. 1978, SZŠ, nyní POB, otec Jakub, roč. 1972, vyučen.*

Osobní anamnéza

- *Dítě z 1. gravidity, porod ve 41. týdnu, per S. C. (císařským řezem), dítě bylo 4 dny v inkubátoru, 3 100g/48cm, poporodně převoz na JIP, dg. mnohočetné vývojové vady – rozštěpová vada, Bottalova dučej, defekt komorového septa, pes equinovarus I.dx (vrozená koňská noha vtočená), pes adductus I.sin. (nepolohové vady nohy). Dle matky z 90% neslyší na pravé ucho a ze 70% neslyší na levé. Od září roku 2008 zkoušela sluchadla do obou uší. Asi po měsíci je přestala matka nasazovat, protože děvče je netolerovalo. Viktorka je v péči neurologa, kardiologa, ortopeda, foniatra a ORL.*
- *Chlapec se narodil jako třetí v pořadí z celkového počtu čtyř sourozenců. Je ve sledování pediatra, pedopsychiatra a klinického psychologa. V 9/2012 absolvoval pobyt v Psychiatrické léčebně Opava pro sexualizované chování vůči sourozenci. Poslední pedopsychiatrické vyšetření proběhlo 9/2013 se závěrem: Dětský autismus*

lehká MR, porucha aktivity a pozornosti se sklonem k agresivním projevům, korekce s odezníváním ADHD symptomů, specifická porucha artikulace a řeči. Užívá pravidelnou medikaci (Rorendo, Ritalin). V 1/2012 vyšetřen logopedkou se závěrem: Symptomatická porucha řeči u dítěte s dg. lehká mentální retardace - omezený vývoj řeči s prvky vývojové dysfázie (porušené sluchové vnímání řeči), dyslalická výslovnost. Chlapec dochází na pravidelnou individuální logopedickou péči v rámci našeho zařízení.

- Anička je z prvního těhotenství, kdy se narodila jako dvojče B. V těhotenství matka prožila stresové události, měla příliš plodové vody a necítila se dobře. Porod předčasný, ve 30 tt., per S. C., 750g/32cm., kříšena, 2 měsíce pobyt v inkubátoru s regulovaným přívodem kyslíku. V 5 měsících operace brániční kýly, pak 3x na reoperaci, poté přestala polykat. Ve 4 letech začala polykat tekutou a mixovanou stravu. Při jídle má bolesti, trvale zkrácený a zúžený jícen. Diag. DMO – lehká forma spastické diparézy, malabsorpční syndrom, enkopréza, chronické záněty středouší, hypermetropie, strabismus. A. má lehkou mentální retardaci a je v péči neurologa, gastroenterologa, ortopeda, alergologa, oftalmologa a otorinolaryngologa. Psychomotorický vývoj velice opožděný, sedla si ve 3 letech, chodit začala ve 4. Jednotlivá slova okolo 4. roku věku, jednoduché věty v 5 letech.
- Druhá fyziologická gravidita (1x UPT), 3 dny před porodem krvácení matky, porod v termínu, pro hrozící asfyxii plodu a alteraci ozev per S.C., nekříšen, jen odsáván, apatický. 3350g/52cm, slabý novorozenecký icterus, po porodu zjištěno krvácení do nadledviny. Nemoci – 10/05 suspektní herpetická encefalitida, jinak opakované infekty HCD. Úrazy 0. Od raného věku sledován neurologem, rehabilitačním lékařem, v předškolním věku pravidelná rehabilitace, logopedická péče. Sledován psychiatrem pro výraznou afektivní labilitu a agresivitu. Medikován: Depakine, Lamictal, Tisercin, Plegomazin. Současný somatický stav: DMO hemiparetická forma s pravostrannou lateralizací, sekundární paroxysmální syndrom par. rázu s generalizací u dítěte s neocerebellárním a paleocerebellárním syndromem (asi 2x měsíčně epi záchvat).

Sociální anamnéza

- Od 11/2004 dívka navštěvovala Dětský rehabilitační stacionář v Ostravě – Porubě, od 1. 9. 2008 vřazena do ZŠ speciální, pravidelně začala docházet do ZŠ speciální od října roku 2008. Je zařazena v přípravném stupni ZŠ speciální.
- Od 4 let Jakub navštěvoval logopedickou MŠ, měl odklad povinné školní docházky. Po odkladu nastoupil do 1. třídy ZŠ, poté přestoupil do Soukromé speciální školy. Od června 2011 je žákem ZŠ speciální s internátním pobytem a vzděláván dle IVP, který rámcově vychází ze vzdělávacího programu ZŠ speciální s využitím prvků TEACH programu.
- Sedm měsíců po narození byla dívka umístěna do kojeneckého ústavu ve Valašském Meziříčí. Ve 3 letech byla zařazena do Dětského centra Beruška v Ostravě – Zá-

břehu. Po ročním odkladu povinné školní docházky nastoupila do 1. ročníku ZŠ speciální. V současné době žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Ostravě.

- V předškolním věku docházel do Dětského rehabilitačního stacionáře. Od školního roku 2005/2006 vzděláván podle osnov ZŠ speciální, zvolnění osnov, trivium nezvládá, na žádost matky ponechán ve stávající třídě, nesouhlasí se zařazením do třídy rehabilitační.

VĚTA



Diagnostické, a zvláště psychologické vyšetření má svá úskalí, která se projevují právě v používané terminologii: rodič, který je laikem a neoborníkem v oblasti psychologie a speciální pedagogiky si nemusí umět některé termíny vysvětlit, a prostě závěrům ani průběhu vyšetření nemusí porozumět. Pak se dostává do situace, kdy se obrací znovu na poradnu nebo centrum nebo na školu a samotné pedagogy, a jeho podpora dítěti stagnuje ze zcela jasných a zjevných důvodů – z neporozumění celé situace.

FORMULOVAT správně diagnostickou zprávu, závěry a pozorování JE POUZE v ruce odborníků PPP nebo SPC.

Psychologické vyšetření, které jsme rovněž definovali v předchozí podkapitole, přináší kupříkladu tyto následující informace, které se samozřejmě liší nejen s daným dítětem/žákem, ale také s osobou psychologa, který může individuálně využívat nejen svého psychologického slovníku, ale také speciálněpedagogické terminologie. Následují ukázky, které se mohou objevit v psychologických vyšetřeních.

PŘÍPADOVÁ STUDIE – PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



- **Možný závěr:** kognitivní kapacita v pásmu středně těžké mentální retardace, převaha verbální složky nad názorovou, postupující rozvoj verbální exprese, nadále však omezení verbálního projevu, vývojová dysartrie. Spolupráce zkvalitněna, stále

však oscilující pozornost a krátkodobá zatížitelnost. Mírné zklidnění, afektivní labilita přetrvává.

- *A. je dívka statné postavy. Je bezprostřední, vítá se objetím. Vede „nevázaný rozhovor“. Ochota spolupracovat se odvíjí podle oblasti jejího zájmu, při nezdaru rezignuje. Brzy nastupuje únava, chce jít za maminkou. Dívka má obtíže s udržením koncentrace pozornosti. V testové situaci – pro ni zátěžové – se stupňuje třes rukou. Často se omlouvá „Promiňte“.*

Základní a časoprostorová orientace je vzhledem k věku neuspokojivá – dívka sdělí své jméno a věk, datum narození si po dlouhém přemýšlení vzpomene. Adresu bydliště má naučenou částečně. Čas na hodinách neidentifikuje, dny v týdnu vyjmenuje s nápovědou, měsíce v roce plete. Bankovky přečte do 500 správně, ale s jejich hodnotou manipulovat neumí.

Verbální komunikace probíhá ve větách, výslovnost dyslalická, místy artikulačně neobratná, především v souhláskových shlucích. Verbální myšlení se dnes pohybuje v dolní polovině pásma lehké mentální retardace. Definiuje slova rozvláčně, často bez vystižení podstaty. Reálná humorná situace na obrázku není zhodnocena kognitivně správně, s nepřiměřenou emocionální odezvou (vyvolává hlasitý až histriónský smích).

Kvantitativní myšlení – Anička vypočítá aritmetické příklady a slovní úlohy na elementární úrovni. Je však nejistá, stále se potřebuje ujišťovat a ověřovat si správnost odpovědi. Deficitní je zejména schopnost logického úsudku.

Abstraktně – vizuální myšlení, které odráží vrozený neverbální potenciál, je situován do horní poloviny pásma lehké mentální retardace.

Krátkodobá paměť je nejslabší složkou intelektu – v oblasti středně těžké mentální retardace. Výkon je ovlivněn dekoncentrací záměrné pozornosti.

Celková úroveň rozumových schopností dívky se aktuálně pohybuje na dolní hranici pásma lehké mentální retardace s nevyrovnanou strukturou v profilu. Deficitní je zejména krátkodobá pracovní paměť u dívky s fluktující pozorností. Kresba je infantilní, pod úrovní mentálního vývoje, podepíše se hůlkovým písmem. Snížená je schopnost frustrační tolerance akcentovaná obdobím puberty. Používá a využívá způsoby chování, které se jí opakovaně osvědčily (somatizuje).

- **použité metody:** pozorování, rozhovor, kresba, SB IV. rev. pro posouzení intelektu
Základní orientace: Chlapec nesprávně udává svůj věk, říká „5 loků“. Adresu udá, ale neúplnou. Zná dny v týdnu, ale ještě plete jejich pořadí. Po sobotě jmenoval středu.

Verbální myšlení je oslabeno na rozhraní lehké až středně těžké mentální retardace, aktivní slovní zásoba i porozumění sociálním situacím je na přibližně stejné úrovni. Výslovnost dyslalická, pro posluchače obtížně srozumitelná. V obrázkovém slovníku obrázky pojmenovává, v orálním slovníku již selhává, ani po návodných otázkách neobjasní význam slov. Chlapec zaměňuje nebo vynechává hlásky, má potíže s měkčením dívka – dývka. Na otázky odpovídá většinou jednoslovně. Spontánně hovoří také jednoslovně nebo v jednoduchých větách, s agramatismy, bez předložek, v infinitivech apod. Oproti minulému vyšetření se již lépe daří identifikovat absurdity na obrázcích. O sobě chlapec hovoří ve třetí osobě.

Abstraktně – vizuální myšlení je celkově oslabeno do pásma středně těžké mentální retardace, chlapec analyzuje vzory na max. 2 černobílých kostkách, s reverzními chybami (oproti předloze o 180 st. otočeno). Stavění staveb z kostiček podle předlohy se nedaří téměř vůbec, chlapec napodobí pouze komín a vlak. Také při obkreslování jednoduchých geometrických tvarů chlapec selhává. Linie jsou roztrženy, nepřesně napojené. Výkony v subtestech abstraktně – vizuálního myšlení poukazují na možnou organicitu.

Kvantitativní myšlení je nejsilnější stránkou chlapce. Daří se počítat puntíky na jedné kostce, ale nechápe již princip sčítání. Nespočítá dohromady po jednom puntíku na třech kostkách (1+1+1). Přiřazování kostek (i dvojice kostek) se stejným počtem puntíků se daří hezky, Marek vizuálně přiřadí vždy stejnou kostku. Doplnit logicky řadu kostek podle počtu puntíků (1, 2, 3, 4, _, _) již nedovede. Kvantitativní myšlení je oslabeno do pásma lehké mentální retardace.

Krátkodobá paměť je nejvíce oslabenou oblastí, a to jak paměť vizuomotorická (paměť na korálky), tak zejména paměť verbálně akustická (paměť na věty). Chlapec nepodrží v paměti a není schopen následně přesně reprodukovat jednoduchou tříslavnou větu, zopakuje první a poslední slovo. Sérii čísel nezopakuje, pouze výjimečně udrží v paměti 2 čísla, 3 již nezvládne. Vizuální paměť na korálky je lepší, snaží se v paměti podržet 2 korálky různé barvy a tvaru a správně je identifikovat na fotografii. Navlékání korálků na tyčku z paměti – podle fotografie administrované po dobu 5 sekund – se již nedaří přesně, chlapec je navléká oproti předloze v obráceném pořadí nebo v odlišných barvách.

Kresba postavy je simplexní, jednodimenzionální, obsahově i formálně chudá (hlavonožec), na úrovni okolo 3 let věku. Úchop tužky je správný, chlapec preferuje PHK. Pod kresbu se chlapec nedokáže podepsat.

Globální úroveň intelektových schopností se nachází v pásmu středně těžké mentální retardace, oslabení je patrné ve všech zkoumaných oblastech, nejvíce je oslabena krátkodobá paměť. Nejsilnější stránkou je naopak kvantitativní myšlení.

Speciálně pedagogickému vyšetření předchází rozhovor s rodiči či zákonnými zástupci, také rozhovor s třídním učitelem nebo jeho krátká písemná zpráva o klientovi. Z rozhovoru i ze zprávy je proveden zápis do formulářů, kde je i uvedeno z jakého důvodu a na co bylo vyšetření zaměřeno.



- **Český jazyk:**

Opis: Anetka zvládla opis s 1 chybou (neukončí větu tečkou).

Přepis: V přepisu slov chybují interpunkci.

Diktát: Anetka zapisuje některá požadovaná písmena velké abecedy. Nevybaví si tvar některých velkých a malých psacích písmen (např. L, Z, d, b apod.). Dvouslabičná slova složená ze dvou otevřených slabik zapisuje bez chyb. V tříslabických slovech vynechává a zaměňuje písmena. Chybují v měkčení, délkách a i/y po tvrdých a měkkých souhláskách. Větu píše s malým písmenem na začátku a neukončí ji tečkou.

Gramatické jevy: Samostatně vyjmenuje řadu tvrdých souhlásek. Měkké a obojetné pouze s dopomocí. Neumí zdůvodnit pravopis znělých a neznělých souhlásek. Vyjmenovaná slova se prozatím neučila.

Čtení: Anetka vázaně slabikuje. Ve čtení dominuje vysoká chybovost. Komolí slova, zaměňuje a vynechává hlásky. Domýšlí slova. Aneta během čtení chyby neopravuje. I přes vysokou chybovost byla schopna stručně reprodukovat část hlavní dějové linie. Detaily si nevybavuje. Text reprodukuje samostatně, bez návodných otázek.

Matematika: Anetka počítá v číselném oboru do 20. Jmenuje vzestupnou a sestupnou řadu desítek od 10 do 100. V číselném oboru do 20 čísla čte a zapisuje, určí číslo hned před a hned za daným číslem. Početní příklady na +, - řeší s pomocí počítadla. Střídá postřehování počtu s počítáním po jedné. S pomocí počítadla zvládá také odčítání. Násobilku se prozatím neučila. Umí určit desítku hned před a hned za danou desítkou. Jednoduchou slovní úlohu na odčítání v oboru do 20 bez přechodu desítky řeší po přečtení dospělým. Samostatně nevybere správnou početní operaci. Po společném rozboru a zápisu početního příkladu ho na počítadle správně vyřeší. Výsledek doplní do odpovědi.

- **Celkový dojem:** *Monika je tmavovlasá, štíhlá, stigmatizovaná dívka ve věku 6;11 let. Sociální kontakt navazuje spontánně. Do pracovny přichází s dopomocí, chodí s podporou za obě ruce, pohyb je vratký, neobratný, o široké bázi. Po místnosti se pohybuje šoupáním po zadečku. Spolupráce s Monikou je obtížnější pro poruchu pozornosti a rovněž její tvrdohlavost – prosazuje si oblíbené činnosti, nesouhlasně „mručí“ a odklání se od činností pro ni neatraktivních.*

Smyslová výchova: *Monika sleduje jak pohybující se osoby, tak předměty. Sleduje bublinky z bublifuku, rukou je „chytá“. V zrcadle se poznává, sleduje se i vyšetřující. Přetrvává silná stimulace dutiny ústní, vkládá si neustále ruce i hračky do úst. Vloží dřevěné tvary s úchyty do výřezů, nepřizpůsobí se rotaci. Manipuluje s různými hračkami, sama je uchopí nebo je vezme z ruky vyšetřující, krátce se na ně podívá. Ruce při činnosti střídá, preferuje pravou ruku. Sundává i navléká kroužky na trn. Vynadá i vkládá kostky do kyblíku. Skládá na sebe kelímky – podle velikosti pořadí nedodrží. Postaví komín s pomocí až ze 6-ti kostek, sundává kostky z komínu po*

jedné. Nedokáže zatím třídít předměty podle obsahu. Dřevěný obrázek ze dvou částí zatím nedokáže složit dohromady. Zaujme ji krátce kresba dospělého. Spontánně napodobí kruhové čárání, kreslí pravou rukou. Velmi krátce sleduje vlastní ruce při hře. Prostorová orientace není zatím vytvořena. Předměty vloží na výzvu do nádoby. Sluchové vnímání – Monika zpozorní při zvuku, otáčí se za zvukem, reaguje na oslovení, na jednoduché slovní pokyny. Reakce na pokyn není vždy spolehlivá, je omezená nejen opožděným rozumovým vývojem, ale také záleží na momentální náladě děvčátka. Dle objektivních metod by měla být prakticky neslyšící, ale jak ve třídě, tak na logopedii reaguje na běžně hlasitou řeč. Hlasy zvířat napodobit Klárka nedokáže, ale předvádí některá zvířata znakem. Ze zvukových hraček ji zaujaly: telefon, vibrační beruška, dopravní prostředky, blikající zvukové hračky.

Rozumová výchova: Monika zná své jméno, rozlišuje na sobě i druhé osobě části těl a- hlavu, ruku, nohu, oko, ucho, nos. Identifikuje předměty podle jejich názvu, ví, k čemu se věci používají – předvede gestem nebo znakem ze znakové řeči. Na fotografiích ukáže na sebe, maminku, své oblíbené hračky, na některé fotografie dětí reaguje úsměvem, rozzáří se při pohledu na své kamarádky. S obrázky zatím není schopna pracovat.

- **Hrubá motorika:** Pohybuje se v místnosti samostatně. Zvládá cvičení dle nápodoby, zvládne rovnovážná cvičení (stoj na jedné noze – jen krátce). Při chůzi ze a do schodů se přidržuje, nohy přisouvá.

Komunikace: Maruška se vyjadřuje verbálně, slovní zásoba je omezená, chudá, patrně nedostatkem podnětů. S examínátorem komunikuje spíše jednoslovně, s matkou pak na chodbě vyjadřování ve větách, souvislejší. Pokud nezná vhodný výraz, snaží se ukázat pohybem. Výslovnost je vcelku dobrá, umí „r“, má problém se sykavkami. Jednoduchým pokynům rozumí.

Zrakové vnímání: Roztřídí obrázky dle obsahu, tvaru (geometrické tvary), velikosti a barvy (základní barvy). Barvy zatím sama nepojmenuje ani na pokyn neukáže. Ne-přesvědčivě ukázala „žlutou“ s pomocným slovem – jako sluníčko. Na dvou obrázcích nachází ze tří odlišností jednu. U dvojic stejných obrázků dané k sobě správně přiřazuje, ale drobnější detaily neodlišuje (knoflíky na kabátku, jablíčko s listem, ...)

Sluchové vnímání: Maruška adekvátně reaguje na zvukové podněty, otáčí se ve směru zdroje zvuku. Reaguje na zavolání.

Vizuomotorika, jemná motorika, grafomotorika: Napodobí pohyb dle obrázku. Ne-přesně vloží obrázek do obrysu, složit obrázek ze dvou částí zatím nedovede. Po zá-cviku a ukázce složí obrázek (postavy) ze tří částí. Pěkně navléká větší platové ko-rálky na šňůru. Psací náčiní drží v pravé ruce ne zcela správným úchopem, po ukázce zvládá napodobit vodorovné a svislé čáry, směrové velmi nepřesně. V ob-kreslovacím testu napodobí pouze „kruh“.

Prostorová a pravolevá orientace: V rámci prostorových vztahů se Maruška orien-tuje částečně. Na obrázku ukáže, co je: nahoře/dole, za. Další pojmy v praxi neumí uplatnit (pod, před, na, první/poslední). Čte obrázky správně zleva doprava, rovněž řadí předměty v tomto směru. Z obrázků si správně ze tří pamatuje všechny ve správn-ém pořadí (když jsou následně zakryty).

Rozvíjení poznávacích schopností: *Pojmenuje dopravní prostředky. Na obrázku pozná lednici, telefon, u žehličky a vysavače ukáže pohyb. Z domácích zvířat pozná kočku, koně, psa, krávu, u ostatních zvířat hádá. U některých udá správný zvuk. Dle reálných obrázků předmětů z domácnosti pozná prášek na praní, prostředek na mytí nádobí a spray. Řekne celé své jméno, vyjmenuje všechny členy rodiny. Na ruce ukáže a řekne aktuální věk. Na pokyn pozdraví a poděkuje. Pojmenuje hlavní části těla, detaily zatím ne (brada, rameno, koleno, ...). Na obrázcích činností správně pojmenuje: koupe, spí, vaří; některé ukáže gestem, ale nepojmenuje (žehlí, vydává, lyžuje). Podle předlohy na pokyn vyhledá daný tvar písmene mezi ostatními (A, S, T, M, O, E, U). Na kartičkách s puntíky napočítá 1 – 2, avšak nepřesvědčivě. Na prstech na požádání napočítá mechanicky do 5.*

Logické myšlení a paměť: *V časových souvislostech se orientuje částečně, nahodile vyjmenuje dny v týdnu. Na obrázku na pokyn správně ukáže: malý/velký, větší/menší, všechno/nic. Na popleteném obrázku najde jeden „nesmysl“. Posloupnost tří předložených obrázků v rámci dějových souvislostí zatím nevytvoří. Na požádání zazpívá úryvek z písničky nějaké neznámé kreslené pohádky, kterou zná ze satelitu (dle matky). Dětské písničky zatím neumí, ale zaujatě poslouchá, když zpívá dospělý, snaží se na pokyn tleskat do rytmu.*

Na následujících stranách uvádíme jako příklady formuláře vydávané v poradenských zařízeních.

Jedná se o:

- **zprávu z vyšetření,**
- **doporučení školského poradenského zařízení pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole**
- **informovaný souhlas.**

Poslední příkladová ukázka představuje **zprávu z komplexního vyšetření** v podobě, která byla vydávána před novelizací školského zákona, tedy **před rokem 2016**, a slouží k identifikaci rozdílů mezi dokumenty vydávaných před a po této novele školského zákona. Student může posoudit rozdíl, který se dokumentů týká a vytvořit si vlastní názor na změny, ale také na historické dokumenty, které byly ještě v nedávné době vydávány.

Příklad zprávy z vyšetření SPC pro žáky s mentálním postižením:

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM

celý název a adresa

Naše Zn. (č. j.):

Adresa zákonného zástupce

Datum: 02. 10. 2018

Vyřizuje:

Evid. č. spisu:

IZO ŠPZ:

ZPRÁVA ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ

Pouze pro žáka nebo zákonného zástupce!

Dítě/žák/student

Jméno a příjmení: Ema Londýnová

Datum narození: 02. 06. 2004

Věk v den vyšetření: 14 let 4 měsíce 1 den

Bydliště:

Škola: ZŠ

Ročník: 6. ročník

Třída: plní 8. rok povinné školní docházky

Důvod vyšetření

Kontrolní komplexní vyšetření proběhlo na žádost a s písemným informovaným souhlasem zákonného zástupce z důvodu posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka a navržení vhodných podpůrných opatření. Zákonný zástupce byl seznámen s charakterem vyšetření v SPC, s právy a povinnostmi, které vyplývají z vyšetření.

Zpráva je určena zákonnému zástupci.

Podklady pro stanovení podpůrných opatření ve vzdělávání

Anamnéza:

RA: Aktuální informace o rodinné situaci klienta nejsou známy.

OA: Dívka je v letošním roce umístěna v DD pro neomluvenou absenci ve škole.

ŠA: Klientka měla odklad školní docházky. Dříve byla žákyní ZŠ ..., výuka zpočátku probíhala podle ŠVP ZV. Ve školním roce 2016/2017 opakovala 5. ročník. V našem SPC proběhlo komplexní vyšetření 08. 11. 2017 s doporučením dalšího vzdělávání dívky podle IVP vycházejícího z RVP ZV, kde obsahy a výstupy odpovídají „Minimální doporučené úrovni pro úpravu očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření“. V současné době je žákyní ZŠ Ve školním roce 2017/2018 navštěvuje 6. ročník, který opakuje (na konci 6. ročníku nebyla klasifikována z důvodu neomluvené absence). Zároveň plní 8. rok povinné školní docházky.

Z rozhovoru s asistentkou pedagoga DD paní ... ze dne 02. 10. 2018:

Ema je v DD od prázdnin. Pokud byla v rodině, nenavštěvovala školu. Ve škole pracuje bez zájmu, polehává po lavici, často neví, jaké má domácí úkoly. S rodinou se stýká pravidelně (cca 1x za měsíc). Ema je uzavřená, nemá kamarády. Je nutné jí často připomínat, co má udělat. Sebeobslužné dovednosti zvládá. DD navrhuje zařazení dívky do speciální třídy v rámci ZŠ ...

Průběh vyšetření: (záznam o průběhu vyšetření, popis použitých postupů a diagnostických nástrojů, záznam konzultace s dalšími subjekty, které se podílejí na péči o žáka)

1. Část psychologická

Použité metody: rozhovor, pozorování, SB IV. revize, pedagogické zjištění školy, spisová dokumentace.

Kontrolní psychologické vyšetření proběhlo **dne 02. 10. 2018** v prostorách SPC a bylo zaměřeno na zjištění intelektových schopností klientky.

Ema přichází k vyšetření v nepříliš pozitivní náladě. Sociální kontakt navazuje s výrazným odstupem. Od počátku působí demotivovaná a unavená, avšak vedení se podřídí. K zadaným úlohám přistupuje s nízkou motivací, při průběžném dohledu se je však snaží dokončit s požadovaným výsledkem. Nepracuje příliš vytrvale a velmi rychle se vzdává. Její pozornost je kolísavá.

Vyazuje se efektivní dívku průběžně podporovat, motivovat k činnosti a oceňovat její snahu. Během vyšetření u žákyně pozorujeme motorický neklid (klepání nohou o zem, opakované protahování se, podírání hlavy rukou, zívání). Hovoří pouze na vyzvání, odpovídá tiše a stručně, má tendenci spíše „mumlát“, všímáme si nesprávné výslovnosti některých hlásek.

Základní orientace: Dívka se plně orientuje svou osobou, zná adresu svého bydliště.

Verbální myšlení se nachází na horní hranici pásma lehkého mentálního postižení vzhledem k věkové normě. Rozsah slovní zásoby je nedostatečný a omezuje aktivní řečový projev dívky. Snížené porozumění náročnějším instrukcím vyžaduje jejich občasné přeformulování nebo podpoření názornou ukázkou. Sociální úsudek (tj. jak zareagovat v běžných sociálních situacích) se pohybuje v subnormě.

Abstraktně – vizuální myšlení odpovídá horní hranici lehkého mentálního postižení. Vzhledem k vrstevníkům výrazně vážně logický úsudek a schopnost abstrakce. Velmi oslabené se jeví také prostorová představivost, zaměření na detail (tj. určování podstatného od nedůležitého, postřehnutí důležitých maličkostí) a analyticko – syntetické operace (určování vztahu mezi celkem a jeho částmi). Ema v řešení úkolů preferuje jednoduchou metodu pokus – omyl, činnost dopředu neplánuje, nepostupuje systematicky.

Kvantitativní myšlení spadá do horní poloviny pásma lehkého mentálního postižení. V početních operacích prováděných z paměti žákyně chybuje, po upozornění se však téměř vždy opraví. Bez větších obtíží zvládá doplňovat jednoduché číselné řady podle určitého logického pravidla, u náročnějších však selhává.

Krátkodobá paměť představuje nejslabší článek měřených schopností dívky. Verbálně – akustická paměť (paměť pro smysluplný verbální materiál) se nachází na lehce vyšší úrovni než paměť vizuomotorická (využívá souhru oka a ruky). Dosažené výkony v této oblasti však mohou být negativně ovlivněny kolísavou koncentrací pozornosti.

Globální úroveň intelektových schopností Emy v současnosti odpovídá **horní polovině pásma lehkého mentálního postižení** vzhledem k věkové normě. Silnější stránku představuje verbální myšlení (tj. aktivní a pasivní slovní zásoba, sociální úsudek), naopak velmi slabá se jeví abstraktně – logická úvaha, prostorová představivost a zaměření na detail. Obtíže dívky umocňuje nedostatečná motivace, kolísavá koncentrace pozornosti a v důsledku toho také oslabená kapacita pracovní paměti.

2. Část speciálně – pedagogická

Použité metody: rozhovor, pozorování, speciálně pedagogická diagnostika, pedagogické zjištění školy, spisová dokumentace, telefonická konzultace s výchovnou poradkyní ZŠ.

Kontrolní speciálně pedagogické vyšetření proběhlo **dne 02. 10. 2018** v prostorách SPC a bylo zaměřeno na posouzení aktuálních školních vědomostí a dovedností žákyně 6. ročníku ZŠ v českém jazyce a matematice.

Emma působí při vyšetření unaveným dojmem (zívá, podpírá si hlavu), předkládané úkoly plní, pozornost mírně kolísá.

Český jazyk

Diktát, přepis: Tužku drží dívka v PHK třemi prsty, píše pomalejším tempem. V diktovaném textu je zvýšená chybovost, nezná mluvnická pravidla, chybí v doplňování i, y po jednotlivých souhláskách, nevyznačí délku samohlásek. Přepis krátkého textu zvládne s drobnými chybami (v přepise i diktátě nevyznačí začátek a konec věty). Podepíše se psacím písmem s chybami (emma londinova).

Gramatické jevy: Při doplňování i, y po jednotlivých souhláskách často chybí, většinou nezná zdůvodnění pravopisného jevu. S občasnou chybou doplní správný tvar slovesa mít, být v jednotlivých větách. Zná charakteristiku podstatného jména, určí s pomocí rod a číslo. U sloves určí většinou samostatně osobu a číslo.

Čtení: Čte po slovních spojeních, plynule, s dodržáním větné intonace. Z čteného článku si aktuálně pamatuje pouze útržkovité informace.

Matematika

V číselném oboru do 10 000: Čte a píše čísla v uvedeném číselném oboru. Řadí je sestupně s chybou, po upozornění se opraví. Pamětně sčítá a odčítá čtyřciferná a trojciferná čísla ($3\,250 + 250$, $8\,730 - 710$). Vypočítá příklady na písemné sčítání s přechodem přes desítku. Zapomněla postup písemného odčítání s přechodem přes desítku, uvedené příklady bez přechodu desítky zvládá. Slovní lohu na jeden početní úkon (písemné sčítání) řeší samostatně, zapíše výpočet a odpověď.

3. Část pedagogická (vyhodnocení plánu pedagogické podpory)

Z pedagogického zjištění třídního učitele:

Ve třídě se vzdělává 30 žáků, klientka navštěvuje běžnou třídu v ZŠ ... Ve třídě není přítomen asistent pedagoga.

Český jazyk: Znalosti Emy jsou na velmi nízké úrovni. Chybí v pravopise, neslyší hlásky ve slově, téměř nic neví o mluvnických kategoriích a větné skladbě. Písmo je poměrně čitelné. Žákyně čte celkem plynule, čtenému textu rozumí částečně. Problémy: Emma pracuje minimálně, tempu třídy nestačí.

Matematika: Znalosti Emy odpovídají nižším ročníkům 1. stupně. S problémy zvládne maximálně sčítání v oboru do 1 000 jiné početní úkony vůbec nezvládá. V učivu nelze na nic navázat.

Výchovné problémy se zatím neobjevují.

Závěr z vyšetření:

Dívka ve věku 14 let 4 měsíce je žákyní 6. ročníku ZŠ ... a je vzdělávána v běžné třídě. Ve školním roce 2018/2019 plní 8. rok povinné školní docházky (opakovala 5. ročník, v letošním školním roce opakuje také 6. ročník).

Psychologickým vyšetřením bylo potvrzeno, že Emíny aktuální intelektové schopnosti odpovídají **horní polovině pásma lehkého mentálního postižení** vzhledem k věkové normě. Silnější stránku dívky představuje verbální myšlení (tj. aktivní a pasivní slovní zásoba, sociální úsudek), naopak velmi slabá se jeví abstraktně – logická úvaha, prostorová představivost a zaměření na detail. Obtíže žákyně celkově umocňuje nedostatečná motivace, kolísavá koncentrace pozornosti a v důsledku toho také oslabená kapacita pracovní paměti.

Při ověřování školních znalostí a dovedností bylo zjištěno, že žákyně s menšími obtížemi zvládá požadavky konce 6. ročníku ZŠ podle upraveného vzdělávacího programu. Čtenářské dovednosti jsou vybudovány, porozumění čtenému článku je útržkovité.

V českém jazyce se objevují chyby v diktátech v důsledku nedostatečně osvojených mluvnických pravidel. V matematice se orientuje v číselných řadách do 10 000. Zvládá příklady na pamětné sčítání v uvedeném oboru.

Na základě telefonické konzultace s výchovnou poradkyní ZŠ ze dne 2. 10. 2018 byla projednána vhodná podpůrná opatření pro žákyni se speciálními vzdělávacími potřebami (pokračování ve vzdělávání podle upraveného vzdělávacího programu, vřazení do speciální třídy). Na základě výsledků komplexního vyšetření **doporučujeme vzdělávat žákyni podle Školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání upraveného podle „Minimální doporučené úrovně pro úpravu očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření“ uvedené v RVP ZV ve třídě, která je zřízena podle § 16 odst. 9 Školského zákona.**

Pokud žákyně bude nastupovat na střední školu po ukončení povinné školní docházky (splní 9 let povinné školní docházky již po ukončení 7. ročníku), proběhne vyšetření v rámci profesní orientace v dřívějším termínu na žádost zákonného zástupce žákyně.

Termín kontrolního vyšetření: 10.2020

V dne

Zpracoval(a):

.....
psycholog SPC

.....
speciální pedagog SPC

.....
ředitel SPC

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM

název a adresa ŠPZ

razítko pracoviště

Na vědomí: 1 x spis klientky
 1 x zákonný zástupce

Informovaný souhlas a prohlášení zletilého žáka / zákonného zástupce žáka

Žák nebo zákonný zástupce byl s výsledky vyšetření a s navrhovaným doporučením pro vzdělávání žáka osobně seznámen. Dále byl seznámen s dalšími postupy, které jsou nezbytné pro úpravy průběhu vzdělávání žáka, způsobem pro žáka nebo jeho zákonného zástupce srozumitelným.

Poučení: Žák nebo zákonný zástupce může do 30 dnů ode dne, kdy obdržel tuto zprávu školského poradenského zařízení, požádat právnickou osobu zřízenou a pověřenou ministerstvem prováděním revizí o její revizi.

Zprávu z vyšetření jsem převzal dne:

Příklad doporučení pro vzdělávání žáka se SVP:

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM

celý název a adresa

Naše Zn. (č. j.): Adresy (zák. zástupců, škol. zařízení)
Datum: 02. 10. 2018
Vyřizuje:
Evid. č. spisu:
IZO ŠPZ:

**DOPORUČENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ PRO VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA SE
SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI**

Dítě/žák/student

Jméno a příjmení: Ema Londýnová
Datum narození: 02. 06. 2004 Věk v den vyšetření: 14 let 4 měsíce 1 den
Bydliště:
Škola: ZŠ
Ročník: 6. ročník Třída: plní 8. rok povinné školní docházky

Souhrnné údaje k vyšetření a stanoveným PO

Převažující stupeň PO:4 Identifikátor znevýhodnění: 01M00Z0
Změna stupně: ne Další znevýhodnění: 000000
Návrh organizační formy vzdělávání:
 bez IVP třída, oddělení, studijní skupina v běžné škole podle §16, odst. 9 ŠZ
 s IVP zařazení do školy zřízené pro žáky podle §16 odst. 9 ŠZ
 vzdělávání v základní škole speciální podle RVP ZŠS díl 1
 vzdělávání v základní škole speciální podle RVP ZŠS díl 2

Datum přijetí žádosti o poskytnutí por. pomoci: 17. 09. 2018
Data vyšetření v ŠPZ: 2. 10. 2018 Datum konzultace se školou: 2. 10. 2018
Platnost doporučení do: 31. 10. 2018 Termín nového posouzení SVP: 10. 2020
Návrh poskytování pod. opat. (od – do): 2. 10. 2018 – 31. 10. 2020

I. Závěry vyšetření žáka podstatné pro vzdělávání a pobyt žáka ve škole

Dívka ve věku 14 let 4 měsíce je žákyní 6. ročníku ZŠ a je vzdělávána v běžné třídě. Ve školním roce 2018/2019 plní 8. rok povinné školní docházky (opakovala 5. ročník, v letošním školním roce opakuje také 6. ročník).

Psychologických vyšetření bylo zjištěno, že se **jedná o žákyni s oslabenou kognitivní kapacitou** do míry nadále vyžadující úpravu vzdělávacího programu. Myšlení Emy je méně pružné, její logická úvaha a schopnost abstrakce spadají do deficitu. V řešení úloh dává přednost jednoduché metodě pokus – omyl, činnosti neplánuje dopředu. Registrujeme výrazně oslabenou prostorovou představivost a zaměření na detail. Řečové dovednosti dívky omezuje chudší slovní zásoba a snížené porozumění náročnějším pokynům

(nutné ověřit, zda žákyně správně rozumí slovním instrukcím). Potíže Emy celkově umocňuje kolísavá koncentrace pozornosti, nízká výkonová motivace a v důsledku také nedostatečná kapacita pracovní paměti. Průběžný dohled na její činnosti, poskytování zpětné vazby a oceňování dosažených úspěchů se prokazuje jako efektivní.

Při ověřování školních znalostí a dovedností bylo vyšetřeno, že žákyně zvládá s menšími obtížemi požadky 6. ročníku ZŠ podle praveného vzdělávacího programu. Čtenářské dovednosti má vybudovány, avšak porozumění čtenému článku je útržkovité. V českém jazyce se vyskytují chyby v diktátech následkem nedostatečného osvojení si mluvnických pravidel. V matematice se orientuje v číselných řadách do 10 000. V uvedeném číselném oboru zvládá příklady na pamětné sčítání.

Na základě telefonické konzultace s výchovnou poradkyní ZŠ ze dne 2. 10. 2018 byla projednána vhodná podpůrná opatření pro žákyni se speciálními vzdělávacími potřebami (pokračování ve vzdělávání podle upraveného vzdělávacího programu, vřazení do speciální třídy).

Na podkladě výsledků komplexního vyšetření **doporučujeme vzdělávat žákyni podle Školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání upraveného podle „Minimální doporučené úrovně pro úpravu očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření“ uvedené v RVP ZV ve třídě, která je zřízena podle § 16 odst. 9 Školského zákona.**

V případě nastupování žákyně na střední školu po ukončení povinné školní docházky (splní 9 let povinné školní docházky již po ukončení 7. ročníku), proběhne vyšetření v rámci profesní orientace v dřívějším termínu na žádost zákonného zástupce žákyně.

II. Vyhodnocení Plánu pedagogické podpory/IVP (pokud byl poskytován)

IVP nemáme k dispozici.

III. Podpůrná opatření (Konkrétní postupy v kategoriích PO, které mají být aplikovány)

Metody výuky

4

Doporučujeme pracovat s těmito konkrétními didaktickými metodami:

- opakování a procvičování učiva,
- opakování učiva formou orientačních otázek,
- zpracování vnímaného materiálu – fixovat z vnímaného jen to podstatné a obecně platné – žákyně potřebuje naši pomoc,
- pravidlo globálního vnímání, tj. zapojení co možná největšího počtu analyzátorů, aby se mohly vytvořit mnohačetné spoje,
- zapojení co nejvíce smyslů,
- metoda dlouhodobého pozorování je vhodná např. pro hodiny vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět, např. pozorování změn v přírodě v ročním cyklu (kalendáře přírody),
- využívání exkurzí – pro mentálně postižené žáky jsou blízké pro svoji konkrétnost a praktičnost,
- ve výchovně vzdělávacím procesu žáků s mentálním postižením se využívají pracovní metody, důležitá je pro žáky s mentálním postižením orientace na rozvoj pracovních dovedností,
- využití manipulačních metod, hlavně v hodinách matematiky, pracovního a výtvarného vyučování apod.

- využití dramatických metod, které těží z dětské hry (např. žákyně v situaci nakupování v obchodě apod.)
- nácvik dovedností zaměřených na realizování manuálních, tělovýchovných i intelektových činností (žákyni verbálně i demonstrací informujeme o úkolu, v prvotním nácviku pozorně sledujeme, zda se žákyně vyvarovala chyb, následuje dlouhodobý nácvik doplňovaný a korigovaný instruktáží, poté dochází k automatizaci výkonu a přechodu pro praktické využívání). Motorický nácvik spadá převážně do hodin výchov, nejjednodušší formou nácviku je nápodoba, která vychází z přirozenosti osob s mentálním postižením a je jim proto velmi blízká.

Úpravy obsahu vzdělávání

4

Obsah učiva je modifikován a vychází z dosažených školních vědomostí a dovedností žákyně.

Další doporučení

V českém jazyce se zaměřit na osvojení mluvnického učiva a následné aplikaci gramatických. V českém jazyce se zaměřit na osvojení mluvnického učiva a následné aplikaci gramatických pravidel v praxi. Procvičovat diktáty. Pro zlepšení kvality diktátů je vhodně změřit se na rozvoj sluchového vnímání (sluchové diferenciaci). Nácvik bezchybného podpisu.

V matematice upevňovat pracovní postupy u matematických operací (např. u písemného odčítání s přechodem přes desítku

Forma vzdělávání

Denní

Úprava očekávaných výstupů vzdělávání

4

Očekávané výstupy jsou sníženy na „Minimální doporučenou úroveň pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření“ dle RVP ZV.

Organizace výuky

4

(úpravy v organizaci výuky ve školní třídě případně i mimo ni; požadavky

na práci pedagogů; podpora žáku, kterých nelze zajistit domácí přípravu; požadavky

na specifika domácí přípravy)

- Využívání speciální učebnic, didaktických pomůcek a postupů, které usnadní vzdělávání žákyně a které doporučilo poradenské zařízení.
- Dodržování hygieny vzdělávacího procesu (časté změny činností, střídání fyzické a psychické činnosti, střídání forem a činností během výuky ...).
- Trénovat soběstačnost otužovat v nových sociálních situacích.

Zařazení žáka do školy, třídy, oddělení, skupiny dle § 16 odst. 9 ŠZ

X

(odůvodnění)

Samotná podpůrná opatření poskytovaná ve třídě, která není zřízena podle § 16 odst. 9, nepostačují k naplňování vzdělávacích možností žákyně a k uplatnění jejího práva na vzdělání. Je v zájmu žákyně zařazení do školy nebo třídy zřízené podle § 16 odst. 9 ŠZ.

IV. Podpůrná opatření jiného druhu (dle zdravotního stavu, zátěžové situace v rodině či škole – vztahové problémy, postavení ve třídě, v jakých činnostech, jakým způsobem)

V. Úprava podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání (stupeň podpůrného opatření)

X

Další doplňující informace:

Ke kontrolnímu vyšetření se zákonný zástupce objedná telefonicky nebo osobně v časovém předstihu cca 2 měsíců. Tel. čísla SPC:

Kontrolní vyšetření proběhne na základě žádosti zákonného zástupce. V případě nezvládnutí výukových nároků a nedostačujících dosud nastavených podpůrných opatření se zákonný zástupce objedná ke kontrolnímu vyšetření dle potřeby.

V Olomouci dne 02. 10. 2018

Zpracoval(a):

.....
psycholog SPC

.....
speciální pedagog SPC

.....
ředitel SPC

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM

název a adresa ŠPZ

razítko pracoviště

Na vědomí:

1 x spis klienta

1 x zákonný zástupce

1 x škola

Poučení: **Žák nebo zákonný zástupce žáka může do 30 dnů ode dne, kdy obdržel toto doporučení školského poradenského zařízení, požádat právníckou osobu zřízenou a pověřenou ministerstvem prováděním revizí o jeho revizi. O revizi tohoto doporučení může požádat také škola, školské zařízení nebo orgán veřejné moci, který svým rozhodnutím uložil zákonnému zástupci dítěte nebo žáka, dítěti, žákovi nebo studentovi povinnost využít odbornou poradenskou pomoc ve školském poradenském zařízení, do 30 dnů ode dne, kdy doporučení obdržely.**

VI. Převzetí doporučení

Datum

Podpis žáka nebo jeho zákonného zástupce

VII. Źádost o povolení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu

V případě doporučení podpůrného opatření spočívajícího ve vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu Źádám o jeho zpracování školou.

ANO

NE

Datum

Podpis Źáka nebo jeho zákonného zástupce

VIII. Informovaný souhlas zákonného zástupce nebo Źáka s poskytováním navržených doporučených opatření

Prohlašuji, že:

- a) výslovně souhlasím s poskytováním v doporučení uvedených podpůrných opatření,
- b) byl/a jsem informován/a o důsledcích, které vyplývají z poskytování podpůrného opatření, zejména o změnách ve vzdělávání v souvislosti s poskytováním podpůrného opatření,
- c) byl/a jsem informován/a o organizačních změnách, které v souvislosti s poskytováním podpůrných opatření mohou nastat, a
- d) podpisem stvrzuji, že jsem informacím uvedeným v písmenech b) a c) porozuměl/a.

Pole pro dopsání vyjádření rodiče nebo školy:

Vyjádření informovaného souhlasu rodiče:

ANO

NE

S VÝHRADAMI

Datum

Podpis Źáka nebo jeho zákonného zástupce

Jak jste si jistě všimli, informované souhlasy jsou již součástí všech formulářů. Samostatný informovaný souhlas je pouze při podání žádosti o poskytnutí poradenských služeb, a následuje v ukázce dále.

Příklad formuláře informovaný souhlas:

INFORMOVANÝ SOUHLAS se závěry vyplývajícími z poskytnutí poradenské služby a s návrhem doporučení pro vzdělávání

Zákonný zástupce / zletilý žák nebo student (jméno a příjmení):	
Požadují poskytnutí poradenské služby na pracovišti PPP / SPC:	
pro (jméno a příjmení):	datum narození:
bydliště:	
Důvod žádosti (stručně popište):	

Prohlašuji, že jsem byl/a předem srozumitelně a jednoznačně informován/a o:

- a) všech podstatných náležitostech poskytované poradenské služby, zejména o průběhu, rozsahu, délce, cílech a postupech poskytované poradenské služby,
- b) prospěchu, který je možné očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby,
- c) svých právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb, včetně práva žádat kdykoli poskytnutí poradenské služby znovu, práva podat návrh na projednání podle § 16a odst. 5 školského zákona, práva žádat o revizi podle § 16b školského zákona a práva podat podnět České školní inspekci podle § 147 odst. 5 školského zákona.

Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které byly poradenským pracovníkem zodpovězeny.

- a) ANO b) NE

V případě, že má být poradenská služba poskytnuta nezletilému dítěti, bylo přiměřeně poučeno, dostalo možnost klást doplňující otázky s ohledem k svému věku a rozumové vyspělosti.

Souhlasím / nesouhlasím se zpracováním a uchováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Beru na vědomí, že doporučení školského poradenského zařízení bude rovněž poskytnuto škole nebo školskému zařízení.

Poučení provedl/a

Podpis:

Podpis zákonného zástupce / zletilého žáka nebo studenta:

V Dne:

Níže je uvedena ukázka předchozích zpráv z komplexního vyšetření, kterou dostávali, jak rodiče nebo zákonní zástupci, ale také školy nebo školská zařízení. V současné době v případě zprávy z vyšetření rozhoduje pouze rodič nebo zákonný zástupce, jestli ho ve škole předloží k nahlédnutí nebo ne.

Příklad historické zprávy ze SPC a komplexního vyšetření

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM pro žáky s mentálním postižením

Závěrečná zpráva o výsledku psychologického a speciálně pedagogického vyšetření ze dne 25. 5. 2014

Klient:

Narozen:

Adresa:

Škola

vyšetřující:

Důvod a iniciátor vyšetření: komplexní vyšetření proběhlo na žádost zákonného zástupce a s jeho písemným souhlasem z důvodu volby vhodného vzdělávacího programu.

Použité metody: rozhovor, pozorování, kresba, SB-IV. revize pro posouzení intelektu, speciálně pedagogická diagnostika, dokumentace.

Autobiografie klienta: odborné zprávy jsou součástí spisové dokumentace.

SA: Dívka má v tomto školním roce odklad povinné školní docházky. V předchozí době ani při realizaci OŠD předškolní zařízení nenavštěvovala. Probíhá dispenzarizace neurologem (medikována) a foniatrem (MUDr. Havlíková) pro dg. středně těžké sluchové postižení oboustranně. Odborné zprávy nemáme k dispozici. Dívka má přidělená sluchadla, která začala používat až téměř v 6 letech věku. Petra je v evidenci SPC pro sluchově postižené.

Z rozhovoru s maminkou: Petra žádné předškolní zařízení dosud nenavštěvovala. Nepravidelně dochází k individuální předškolní přípravě k Mgr. ... do SPC pro mentálně postižené. V rámci sebeobsluhy Petra zvládá toaletu sama, po stolici je třeba dotřít dospělým. Matka ji koupe a čistí jí zuby. Petra jí sama lžící, pije z klasického hrnečku. Vysvleče si oděv, některé věci sama i obleče (tepláky, bundu), často však naruby nebo naopak. Zip

sama nezapne, knoflíky také ne. U sledování pohádky se vrtí a odbíhá. Ráda si hraje s panenkami a kočárkem. Má strach ze psů. V noci křičí ze spaní, pak usne. Je živá, vzdorovitá, sama zvládne jízdu na trojkolce i schody bez pomoci.

PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Petra je milá dívka drobné postavy. Funkční sluchadla má nasazena v obou uších levá tvarovka je ucpaná ušním mazem. Dnes má rýmu, vysmrkat se umí. K vyšetření se nechá odvést bez protestů. Spolupracuje po celou dobu explorace, usazená na židli u pracovního stolu. Způsobně čeká na zadání úkolu. Ne vždy požadavku porozumí, proto je třeba jej opakovat, dotaz modifikovat. Pozornost zaměří, ale á obtíže s jejím udržením (max. 2 sec), dívka není zatím přivyká systematické práci.

Základní orientace: Petra sdělí své jméno bez příjmení. Správně říká, že má 6 let. Adresu bydliště nezná („ubytelna“). Pojmenuje správně základní barevnou škálu, plete si pouze modrou. Oranžovou označí přirovnáním jako „komeran“. Z geometrických tvarů překreslí kruh. Základy somatognozie zvládá částečně.

Verbální myšlení: se aktuálně pohybuje na úrovni cca 3 let a to jak v oblasti aktivní slovní zásoby, tak porozumění praktickým a sociálním situacím. Výslovnost dyslalická, ovlivněná sluchovým postižením, sluchadla používá krátce, rovněž je ovlivněna omezeným přísunem verbálních podnětů v nepodnětném prostředí. Jednoduchým pokynům dívka rozumí, se sluchadly reaguje na šepot bez odezírání. Výslovnost s výkyvy, místy bezchybná. Spontánní produkce v jednoduchých větách, např. „Nemám doma hračku“.

Abstraktně – vizuální myšlení je silnější složkou intelektu. Na úrovni lehkého mentálního postižení se dívka umí vypořádat s novými problémovými situacemi neverbální povahy. Při napodobování staveb z kostek se dopouští reverzních chyb – staví je zrcadlově obrácené.

Kvantitativní myšlení: Petra nemá zkušenost s manipulací s kostičkami, je však schopna učit se v průběhu testování. Pak přiřadí správný počet až do 6. Rovněž se jí podaří sečíst 5 puntíků na jedné straně.

Krátkodobá paměť je testována pouze v oblasti vizuomotorické, která je aktuálně kvalitnější než verbálně – akustická (na slova) ovlivněna rovněž z důvodu sluchového handicapu.

Kresba postavy je nepřesná, nekoordinovaná na úrovni 3 – 4 letého dítěte, což odpovídá úrovni mentálního vývoje dívky ve věku 6 let a 7 měsíců. Upřednostňuje PHK, úchop tužky nesprávný, t. č. v období nácviku.

Celková úroveň rozumových schopností je aktuálně situována při horní hranici pásma středně těžké mentální retardace. V profilu mírně převažuje názorová složka nad verbální. Deficitní je rovněž grafomotorika.

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Vyšetření bylo zaměřeno na zjištění aktuální úrovně vědomostí a dovedností v oblasti rozumové a smyslové výchovy u dítěte, u kterého aktuálně probíhá odklad PŠD.

Petra je usměvavá, v kontaktu milá, bezprostřední, spolupracuje bez výkyvů v pozornosti, na nabízené činnosti se přiměřeně soustředí. Petra nosí sluchadla, řeč je v rámci exprese poměrně srozumitelná. Výslovnost některých slov zřejmě z důvodu sluchové vady hůře srozumitelná, příp. nahrazuje či zaměňuje některé hlásky slov, protože v toku slyšené řeči nezachytí detaily. Porozumění je na dobré úrovni, občas nerozumí některým instrukcím, je třeba je popsat jinak či říci zjednodušeně, některé výrazy nezná. Často slova komolí: jahoda/javoda, pomeranč/komeran.

Smyslová výchova

Zrakové vnímání: Petra třídí prvky (ploché obrázky) dle velikosti, obsahu, tvaru i barvy. Pojmenuje správně barvu červenou, žlutou, zelenou, černou; modrou označí jako zelenou, oranžovou jako „pomeranč“. Správně sama pojmenuje prvek malý/velký, z geometrických tvarů pojmenuje „kolečko“. Na dvou obrázcích lišících se třemi detaily, sama správně najde dvě odlišnosti ze tří. Správně k sobě přikládá dvojice stejných obrázků, zachytí i drobné detaily, např. kabát s třemi/dvěma knoflíky.

Vizuomotorická koordinace: Napodobí pohyb dle osoby i předloženého obrázku, zvládá rovnovážná cvičení (poskok sounož, stoj na jedné noze). Vloží obrázky do obrysů, přiloží obrázky ke svým „stínům“. Má potíže složit obrázky rozstříhané pravidelně i nepravidelně z 2 – 4 částí, je nutná pomoc. Tužku drží spontánně v pravé ruce nesprávným úchopem, pokud je jí ukázán správný špetkový úchop, zvládá bez potíží. Zvládá vodorovné, svislé i směrové čáry. V obkreslovacím testu napodobí jen kolečko.

Sluchové vnímání: Petra na zvuky z okolí reaguje přiměřeně, otočí se ve směru zvuku, reaguje na oslovení.
Prostorová a pravolevá orientace: Sama dle obrázku pojmenuje: nahoře/dole. U ostatních pojmů z oblasti prostorových vztahů pouze na pokyn ukáže: nahoru/dolů, dopředu/dozadu. Petra „čte“ správně obrázky zleva doprava. Zapamatuje si správně jejich pořadí, když jsou zakryty.

Rozumová výchova

Petra pěkně pojmenuje reálné obrázky potravin (mléko, maso, salám, olej, kečup, sodovka, některé ovoce (banán, jablko, pomeranč) a zeleniny (cibule, zelí, paprika, rajče, brambory). Z předmětů denní potřeby pojmenuje: telefon, lednička, u některých ukáže adekvátní pohyb, např. u žehličky (na věci), u vysavače (na koberec). U obrázků potřeb z domácnosti správně pojmenuje „šampon“ a prášek na praní – „do pračky“. Z domácích zvířat pojmenuje jen některé i s jejich zvuky (pes, kočka, kůň), slepice a husa – „ptáček“. Řekne své jméno, vyjmenuje členy rodiny, na pokyn poděkuje. Pěkně pojmenuje hlavní části těla, např. ruce, nohy, břicho, vlasy, uši; detaily ne (rameno, koleno).

Na obrázcích činností pěkně pojmenuje většinu z nich (např. hraje si, spí, vaří, píše). Na požádání dle vzoru najde ve skupině ostatních některá velká tiskací písmena (T, S, M, A, U, E). V časových souvislostech se zatím neorientuje (dny v týdnu, činnosti v režimu dne, roční období). Dle obrázku správně ukáže: malý/velký, hodně/málo. Sama nechronologicky napočítá do 7. Přečte číslici 1. Na kartičkách s puntíky postřehuje počet 1 – 3. Na popleteném obrázku správně ukazuje nesmysly, nedokáže je však pojmenovat a vysvětlit. Zatím neumí zazpívat žádnou dětskou písničku, nechce zkusit ani s dospělým.

ZÁVĚRY VYŠETŘENÍ

Dívka ve věku 6;7 let v tomto školním roce 2013/2014 realizuje odklad povinné školní docházky. V anamnéze je dg.: středně těžké postižení sluchu oboustranně. Dispenzarizace foniatrem, neurologem – medikována. Odborné zprávy nejsou k dispozici.

Globální úroveň intelektových dispozic je aktuálně situována **při horní hranici pásma středně těžké mentální retardace**. V profilu mírně převažuje názorová složka, která mapuje vrozený neverbální potenciál, nad verbální u dívenky se sluchovým postižením s korekcí sluchadly. Deficitní je rovněž grafomotorika, výslovnost dyslalická. Dívenka je vděčná za nové podněty, motivována k výkonu, spolupráce kvalitní.

Jedná se o žákyni se speciálními vzdělávacími potřebami, která je osobou se zdravotním postižením – mentálním. Rozsah a závažnost vzdělávacích potřeb je důvodem zařazení žákyně do režimu speciálního vzdělávání (§9 odst. 1 vyhl. č. 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Vzhledem k výsledkům komplexního vyšetření doporučujeme **vřazení žákyně do ZŠS a její vzdělávání podle školního vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální – díl I. vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením pro šk. r. 2014/2015.**

S matkou byly konzultovány všechny varianty forem vzdělávání její dcery. Rozhodla se pro: Vzdělávání Petry v ZŠS podle školního vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální – díl I. vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením (§ 48 Školského zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

DOPORUČENÍ: viz příloha

Platnost zprávy z vyšetření: 1 rok.

Termín kontrolního vyšetření: v případě potřeby kontrola za jeden rok, jinak dle účelu vyšetření kdykoliv na žádost rodičů či školy po předchozí domluvě.

Byla jsem seznámena se závěry z vyšetření ze dne 25. 5. 2014 a s navrhovanými doporučeními. Uvedeným údajům rozumím a s jeho závěry souhlasím.

Zpráva s doporučením byla předána zákonného zástupci.

Datum:

Místo předání: SPC

Podpis zákonného zástupce:

.....
speciální pedagog SPC

.....
psycholog SPC

.....
ředitel

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM pro žáky s mentálním postižením

Doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (součástí doporučení je zpráva z vyšetření)

Jméno a příjmení: Petra

Datum narození:

Datum vyšetření: 25. 05. 2014

Jedná se o žákyni se speciálními vzdělávacími potřebami, která je osobou se zdravotním postižením – mentálním. Rozsah a závažnost vzdělávacích potřeb je důvodem zařazení žákyně do režimu speciálního vzdělávání (§9 odst. 1 vyhl. č. 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Vzhledem k výsledkům komplexního vyšetření doporučujeme vřazení žákyně do ZŠS a její vzdělávání podle školního vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální – díl I. vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením pro šk. r. 2014/2015.

DOPORUČENÍ

- Trénink sebeobslužných dovedností (oblékání, stolování, toaleta).
- Rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby.
- Důsledné, avšak laskavé vedení s jasným vymezením hranic.
- Dodržování pravidelného denního režimu.

DALŠÍ DOPORUČENÍ

VIZUOMOTORIKA

- Navlékání korálků (možno navlékat dle předlohy).
- Vhazování klíčů do krabice přes úzký otvor ve víku.
- Stavění kostek podle předlohy.
- Skládání puzzle, stavebnic, kostek, korálků a obrázků podle předlohy.
- Mozaika Miniland – vkládání jednotlivých dílků mozaiky podle vloženého vzoru.
- Přidělávání kolíkových paprsků na sluníčko z kartonu (kolíky na prádlo na karton).
- Obtahování prstem cesty zanechané v krupici, písku nakreslené na papíře.
- Vytrhávání z papíru, lepení.
- Šroubování.
- Obtahování tvarů, obrázků, písmen atd.

- Dokreslování, překreslování obrázků podle předlohy, omalovánky.
- Bludiště.

ZRAKOVÉ VNÍMÁNÍ

Zraková diferenciac

- Při práci se stavebnicemi vyhledávání shodných dílů, nebo naopak oddělit odlišný díl.
- Práce s mozaikami, puzzle.
- Vyhledávání daných prvků na obrázku a dvou prvků na obrázku (např. Kde jsou domečky?).
- Loto: přiřkládání stejných obrázků k sobě.
- Řazení obrázků do řady podle předlohy.
- Vyhledávání obrázků písmen, číslic na pozadí.
- Rozlišování jiného obrázku v řadě stejných, rozlišování reverzních tvarů.
- Uvědomovat si část a celek. Půlené obrázky, obrázky z více částí.
- Zrakové vnímání – figura a pozadí.
- Prohlížení obrázkových knížek, vyhledávání a pojmenovávání jednotlivých objektů.
- Hledání rozdílů na dvou obrázcích.

Zraková paměť

- Pexeso.
- Povídání o tom, co dítě vidělo venku, v obchodě, na výletě, v ZOO ...
- Povídat si o tom, co vidělo v knize.
- Hry: Co se v místnosti změnilo? Co se na obrázku změnilo?
- Kimova hra – pod šátek umístíme 3 – 5 i více předmětů, na půlminuty odkryjeme, necháme dítě předměty pozorovat, poté zakryjeme šátkem a dítě jmenuje předměty, které si zapamatovalo.

Pracovní listy: Bednářová, J.: Rozvoj zrakového vnímání. 1., 2., 3. díl., Computer Press 2009.

SLUCHOVÉ VNÍMÁNÍ

- Využívání písniček, říkanek, rytmizace.
- Přiřadit zvuk k předmětu bez zrakové kontroly (klíče, nůžky, papír).

GRAFOMOTORIKA

Předgrafomotorické dovednosti a uvolňování horní končetiny

- Hledání drobné hračky schované v hrachu s vyloučením zraku.
- Vkládání kuliček do úzkého otvoru apod. (např. hrách do hrdla PET láhve).
- Práce s plastelínou, těstem, moukou, krupicí ...
- Obtiskování houbiček, razítek.
- Každodenní činnosti, pomoc v domácnosti (míchání, přesypání, cukrování, solení)
- Uvolňování a procvičování ruček pomocí soft míčku (koulení mezi dlaněmi, koulení po stole, mačkání v dlaní, přendávání z ruky do ruky).
- Procvičování prstů a ruky pomocí jednotlivých cviků (např. střídavě ťuknout o stůl dlaní a hřbetem ruky, nebo dlaní a pěstí, tleskání, postupné vysouvání prstů ukrytých v dlaní na podložce, postupné dotyky palce s ostatními prsty apod.)
- Využívat rytmizaci při práci (říkanky, písničky do rytmu).
- Větší formát na zem, na stěnu – pohyb vychází z ramenního kloubu.

- Využívat různé materiály, výtvarné techniky.

Grafomotorické dovednosti

- Správné návyky při manipulaci s tužkou (správné sezení, správný úchop tužky, vhodná psací potřeba).
- Správné držení tužky – obě ruce spočívají na papíru. První článek prostředníčku podpírá tužku, palec přidržuje tužku z levé strany a ukazováček shora. Prsty jsou mírně ohnuty. Tužku držíme lehce, cca 2,5 cm nad špičkou hrotu tak, aby svírala s plochou papíru úhel přibližně 45°. Horní konec tužky má směřovat k pravému rameni. Prsteník a malíček jsou mírně ohnuty dovnitř dlaně. Celá ruka spočívá na papíru na dvou článcích malíku tak, aby se při psaní mohla volně posunovat.
- Trojhranné psací potřeby, podložka pod papír.
- Základní grafomotorické prvky (kruh, vertikální a horizontální čára, obloučky ...) v různých obměnách, spojování dvou bodů.
- Nácvik činností: udržování směru čáry, vybarvování, obtahování, dokreslování, obkreslování, napodobování, vlastní kresba a malba.
- Kosočtverec nebo kosodélník, dále potom postavu se všemi částmi těla.

Pracovní listy: Bednářová, J.: Mezi námi pastelkami., Co si tužky povídaly., Na návštěvě u malíře., Kreslení před psaním. ad.

MATEMATICKÁ A PŘEDMATEMATICKÁ PŘEDSTAVIVOST

- Na obrázku pojmenovávat: malý x velký, krátký x dlouhý, hodně x málo, vysoký x nízký, prázdný x plný, úzký x široký.
- Porovnávání více x méně x stejně.
- Pojmy: první, poslední, hned před, hned za.
- Poznávání a pojmenování geometrických tvarů (kruh, čtverec, trojúhelník).
- Přiřazovat počet k puntíkům, k reálným předmětům do 5.
- Postřehování do 5.
- Spočítat reálné předměty do 4.

Pracovní listy: Bednářová, J.: Počítání soba Boba.

PROSTOROVÁ A PRAVOLEVÁ ORIENTACE

- Pravolevá orientace na sobě.
- Pojmy: nahoře, dole, mezi, uprostřed.
- Předložkové vazby: na, za, před, vedle, do.

DALŠÍ V RÁMCI ROZUMOVÝCH SCHOPNOSTÍ

- Časové souvislosti.
- Příčinné souvislosti.
- Lidské tělo.
- Zobecnování, konkretizace (rodina, zvířata, potraviny, oblečení, nábytek ...).
- Logické myšlení (vyhledávání absurdit).

Byla jsem seznámena s doporučeními, rozumím jim a souhlasím s nimi.

Doporučení byla předána zákonnému zástupci:

Datum:

Místo předání: SPC

Podpis zákonného zástupce:

Kontakt na SPC:

Děkujeme za spolupráci.

.....

.....

.....

speciální pedagog SPC

psycholog SPC

ředitel

Díky těmto praktickým ukázkám si můžeme udělat jasný obrázek o tom, jak je takové vyšetření pro klienta náročné, a to jak fyzicky, tak psychicky. Dále z nich vyplývá co vše je nutné u vyšetření sledovat, na co všechno se examinátor musí zaměřovat a soustředit. Odpovídáme zde také na otázku proč je tolik důležitá anamnéza dítěte a jeho rodiny, a všechny ostatní okolnosti související s problémy dítěte.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Třetí kapitola nás seznámila detailně a poctivě s prací pedagogicko – psychologické poradny a speciálně pedagogického centra. Po jejím prostudování je student schopen adekvátně posoudit nejen procesy, které se zde dějí na profesionální úrovni, ale rovněž výstupní formuláře a dokumentaci, která je součástí komplexní diagnostiky žáků. Tato diagnostika jejíž výstupem je vlastní diagnóza dítěte či žáka tvoří nedílnou součást procesu edukace a je základem pro tvorbu individuálního vzdělávacího plánu a realizace podpůrných opatření, jež jsou pro žáka naplněním jeho speciálních potřeb.

OTÁZKY



- Dokážete odlišit práci ve speciálně pedagogickém centru a pedagogicko – psychologické poradně? Jaký je mezi těmito školskými poradenskými zařízeními rozdíl?
- Popište podstatu, zaměření, dílčí oblasti diagnostického vyšetření v ppp a v spc.
- Prostudujte příklad doporučení pro vzdělávání žáka se svp a konkrétně metody výuky, které jsou zde doporučeny, a doplňte i další možnosti, které by pro žáka s mentálním postižením byly využitelné.



ZÁKLADNÍ LITERATURA

- BARTOŇOVÁ, Miroslava; VÍTKOVÁ, Marie et al. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma*. Brno: Masarykova univerzita, 2017. 270 s. ISBN 978-80-210-8140-6.
- ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2015. 224 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
- JANKŮ, Kateřina. *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vybraná základní témata*. Ostrava: Pdf, 2014. ISBN 978-80-7464-640-9.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogicko – psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče*. 4. přeprac.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
- VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 5. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
- VALENTA, Milan a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. Diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením*. 1.vyd. Olomouc: UPOL, Pdf, 2012. ISBN 978-80-244-3055-3.

LITERATURA

- BARTOŇOVÁ, Miroslava; VÍTKOVÁ, Marie et al. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma*. Brno: Masarykova univerzita, 2017. 270 s. ISBN 978-80-210-8140-6.
- ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2015. 224 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
- FIALOVÁ, I. *Analýza faktorů determinujících edukaci a profesní orientaci jedinců se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5591-9
- GOGO VÁ, Tatiana; KASTELOVÁ, Alexandra; PREČUCHOVÁ ŠTEFANOVIČOVÁ, Andrea; ŠULOVSKÁ, Monika; VANČOVÁ, Alica. *Pedagogika mentálně a viacasobne postihnutých raného a předškolského věku*. Bratislava: IRIS s.r.o., 2013. ISBN 978-80-89238-90-3.
- HADJ MOUSSOVÁ Z. (2008) *Pedagogicko psychologická diagnostika v práci učitele*. In: BENDL S. – KUCHARSKÁ A. (ed): Kapitoly ze školní pedagogiky a školní psychologie. Praha: UK PedF. ISBN 978-80-7290-366-5.
- HADJ MOUSSOVÁ Z. (2008) *Žák a jeho učení*. In: BENDL S. – KUCHARSKÁ A. (ed): Kapitoly ze školní pedagogiky a školní psychologie. Praha: UK PedF. ISBN 978-80-7290-366-5
- JANKŮ, K. *Snoezelen v teorii, v praxi a ve výzkumu*. Opava: SLU, FVP, 2019. ISBN 978-80-7510-335-2.
- JANKŮ, Kateřina. 2013. *Terapie ve speciální pedagogice – zaměření na osoby s těžkým postižením*. Ostrava: PdF OU, 2013. ISBN 978-80-7464-326-2.
- JANKŮ, Kateřina. *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vybraná základní témata*. Ostrava: Pdf, 2014. ISBN 978-80-7464-640-9.
- KANTOR, Jiří a kolektiv. *Kreativní přístupy v rehabilitaci osob s těžkým kombinovaným postižením*. Olomouc: UPOL, 2014. ISBN 978-80244-4358-4.
- KANTOR, Jiří; MICHALÍKOVÁ, Marcela; LUDÍKOVÁ, Libuše; KANTOROVÁ, Zuzana. *Žité zkušenosti rodin dětí s těžkým kombinovaným postižením*. Olomouc: UPOL, 2015. ISBN 978-80-244-4912-8.
- KOVÁŘOVÁ, Renata; JANKŮ, Kateřina; HAMPL, Igor. *Poradenský systém pro osoby se speciálními potřebami v České republice*. Ostrava: PdF OU, 2015. ISBN 978-80-7464-792-5.
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv. *Netradiční pohledu na kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: UPOL, 2015. ISBN 978-80-244-4869-5.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: UPOL, 2014. ISBN978-80-244-4296-9.

- MAENNERS et al, 2016. *Prevalence of cerebral palsy and intellectual disability among children identified in two U.S. National surveys, 2011–2013*. [online][cit. 15-6-2017] Dostupné z: [http://www.annalsofepidemiology.org/article/s1047-2797\(16\)30008-4/fulltext](http://www.annalsofepidemiology.org/article/s1047-2797(16)30008-4/fulltext).
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami*. vyd. 1. Brno : Masarykova univerzita, 2013. 186 s. ISBN 978-80-210-6221-4.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogicko – psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče*. 4.přepřac.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
- VALENTA, Milan a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. Diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením*. 1.vyd. Olomouc: UPOL, PdF, 2012. ISBN 978-80-244-3055-3.
- VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky. Rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 5. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
- VANČOVÁ, Alica. *Edukácia viacnásobnej postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2001. ISBN 80-968797-0-7
- Věstník MŠMT ČR č.8/1997, čj. 25602/97-22
- VÍTKOVÁ, Marie, Petr KOPEČNÝ. *Strategies in the education of students with severe disabilities extending into young adulthood*. Brno: MU, 2015. ISBN 978-80-210-7194-0.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 978-80-7315-134-0.
- Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., ve znění pozd.předpisů
- ZEŽULKOVÁ, Eva a Renata KOVÁŘOVÁ. *Speciálně pedagogická diagnostika v praxi*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-321-7.

SHRnutí STUDIjNÍ OPORY

Studijní text s názvem Mentální postižení a PAS 1 podává informace ohledně aktuálních témat, týkajících se skupin osob, které do oblasti psychopedie patří. V prvním případě jsou to jedinci s mentálním postižením, které v duchu nových trendů nazýváme poruchami intelektového vývoje. Druhá část se týká osobnostních specifik a charakteristik osob s mentálním postižením a vyzvedává možnosti využití těchto informací pro budoucí praxi studentů a jejich profesní uplatnění. Třetí kapitola se týká fenoménu současnosti, a to poruch autistického spektra, jejich diagnostických škál a kritérií, symptomů, charakteristik. Ve čtvrté kapitole se dotýkáme tématu kombinovaného postižení s dominancí mentálního postižení, zjišťuje, že prevalencí se nejčastěji kombinované postižení týká tělesného postižení, mozkové obrny a shrnujeme si kritéria obecné charakteristiky jedince s těžkým kombinovaným postižením. Důležitým oddílem textu se stává poslední kapitola, která díky svým praktickým ukázkám uvádí studenta do problematiky dokumentace a diagnostiky ve školských poradenských zařízeních a přesně ukazuje, jaké formuláře, verze, formulace a závěry, jsou v rámci zpráv z těchto zařízení používány. Tuto část textu pokládáme za zvláště praktickou a využitelnou pro budoucí praxi studenta.

Studijní opora se může stát pro studenta originálním průvodcem a podporou, pakliže bude i vlastní informace komparovat a blíže analyzovat konkrétní problémy psychopedického charakteru.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON



Čas potřebný ke studiu



Klíčová slova



Průvodce studiem



Rychlý náhled



Tutoriály



K zapamatování



Řešená úloha



Kontrolní otázka



Odpovědi



Samostatný úkol



Pro zájemce



Cíle kapitoly



Nezapomeňte na odpočinek



Průvodce textem



Shrnutí



Definice



Případová studie



Věta



Korespondenční úkol



Otázky



Další zdroje



Úkol k zamyšlení

Název: **Mentální postižení a PAS 1**

Autor: **Mgr. Kateřina Janků, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 123

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.