



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



Název projektu	Zvýšení kvality vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě ve vazbě na potřeby Moravskoslezského kraje
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0/0.0/18_058/0010238

# Psychopedie

## Distanční studijní text

**Jarmila Pipeková, Jan Viktorin**

**Opava 2022**



**SLEZSKÁ  
UNIVERZITA**  
FAKULTA VEŘEJNÝCH  
POLITIK V OPAVĚ

**Obor:** Speciální pedagogika

**Klíčová slova:**

Psychopedie, pedagogika osob s mentálním postižením, mentální retardace, mentální postižení, etiologie a klasifikace mentálního postižení, stupně mentálního postižení, osobnostní specifika osob s mentálním postižením, rodina a dítě s mentálním postižením, edukace dětí a žáků s mentálním postižením, edukační systém, poradenský systém, raná intervence, sociální služba rané péče, základy obecné didaktiky, didaktické zásady, výukové metody, vyučovací formy, Downův syndrom, fyziognomické zvláštnosti, zdravotní obtíže, nondisjunkce, translokace, mozaika.

**Anotace:**

Cílem předmětu je poskytnout studentům ucelené informace o pedagogické disciplíně speciální pedagogika/pedagogiky osob s mentálním a psychickým postižením, text obsahuje teoretická východiska dílčího oboru pedagogiky osob s mentálním a psychickým postižením, jsou řešena témata pojetí mentálního postižení, etiologie a klasifikace, charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení a osobnostní specifika jedince s mentálním postižením, text se zabývá obecně tématem rodiny a rodinou s dítětem s mentálním postižením. Studenti se dokáží orientovat v historickém vývoji péče o osoby s mentálním postižením v kontextu současných trendů v přístupu k těmto osobám. Nedílnou součástí předmětu je také pochopit fungování rodiny s dítětem s mentálním postižením. Studenti budou seznámeni s tématy týkající se edukace a edukačního systému dětí a žáků s mentálním postižením, poradenským systémem, ranou intervencí a sociální službou rané péče a nabízí obecný vhled do základů didaktiky jedinců s mentálním postižením. Student umí charakterizovat Downův syndrom, charakteristické znaky, zdravotní obtíže, etiologii, formy, metody prenatalní diagnostiky a vývojová období jedince s Downovým syndromem.

**Autor:**

**doc. PhDr. Mgr. Jarmila Pipeková, Ph.D.  
PhDr. Mgr. Jan Viktorin, Ph.D.**

## Obsah

ÚVODEM.....	4
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	5
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ .....	6
1.1 Terminologické vymezení.....	7
1.2 Etiologie a klasifikace mentálního postižení.....	9
1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení .....	11
1.4 Osobnostní specifika jedince s mentálním postižením .....	14
1.5 Rodina a dítě s mentálním postižením .....	17
2 VZTAH SPOLEČNOSTI K OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	24
2.1 Období starověku .....	25
2.2 Období středověku .....	30
2.3 Období 17. až 19. století.....	36
2.4 Období počátku 20. století až do konce 40. let .....	42
2.5 Období od počátku 50. let 20. století .....	45
3 EDUKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	54
3.1 Raná intervence a poradenství.....	55
3.2 Předškolní vzdělávání .....	60
3.3 Základní vzdělávání .....	63
3.4 Střední školství.....	69
3.5 Základy didaktiky.....	72
4 DOWNŮV SYNDROM .....	77
4.1 Charakteristika a charakteristické znaky Downova syndromu .....	78
4.2 Zdravotní obtíže .....	79
4.3 Etiologie a formy Downova syndromu .....	82
4.4 Metody prenatální diagnostiky.....	84
4.5 Vývoj dítěte s Downovým syndromem od narození až po dospělost .....	85
LITERATURA .....	93
SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY .....	96

## ÚVODEM

V rámci projektu Zvýšení kvality vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě ve vazbě na potřeby Moravskoslezského kraje (CZ.02.2.69/0.0/0.0/18\_058/0010238) byla zpracována studijní opora k předmětu Psychopedie autory doc. PhDr. Mgr. Jarmilou Pipekovou, Ph.D. a PhDr. Mgr. Janem Viktorinem, Ph.D., která je určená studentům bakalářského studijního programu Speciální pedagogika.

Studijní opora obsahuje 4 kapitoly, každá kapitola obsahuje 5 subkapitol, včetně klíčových slov, anotace, kontrolních otázek k danému tématu a korespondenčního úkolu ke zpracování.

V první kapitole **Mentální postižení** jsou obsažena základní teoretická vymezení jednoho z oborů speciální pedagogiky, a to pedagogiky osob s mentálním a psychickým postižením, psychopedii. V podkapitole jsou řešena témata pojetí mentálního postižení, etiologie a klasifikace, charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení a osobnostní specifika jedince s mentálním postižením. Poslední podkapitola se zabývá obecně tématem rodiny a rodinou s dítětem s mentálním postižením.

Ve druhé kapitole **Vztah společnosti k osobám s mentálním postižením** je charakterizován přístup společnosti k jedincům s mentálním postižením. Jsou uvedena jednotlivá období zabezpečování životních podmínek jedinců s mentálním postižením a uspokojování jejich potřeb. Pozornost je věnována přístupům společnosti k jedincům s mentálním postižením v zahraničí stejně jako v Čechách a na Moravě. Závěrem jsou uvedeny významné osobnosti, které se podílely na formování pedagogiky osob s mentálním postižením.

V třetí kapitole **Edukace jedinců s mentálním postižením** se zabývají autoři tématy týkající se edukace a edukačního systému dětí a žáků s mentálním postižením, poradenským systémem, ranou intervencí a sociální službou rané péče. Poslední podkapitola nabízí obecný vhled do základů didaktiky jedinců s mentálním postižením.

Ve čtvrté kapitole **Downův syndrom** je uvedena problematika Downova syndromu. Pozornost je zaměřena na fyziognomické zvláštnosti a zdravotní obtíže jedinců s Downovým syndromem. Charakterizována je etiologie a formy Downova syndromu. Závěrem jsou charakterizovány metody prenatalní diagnostiky a vývojová stádia osob s Downovým syndromem.

doc. PhDr. Mgr. Jarmila Pipeková, Ph.D.

PhDr. Mgr. Jan Viktorin, Ph.D.

V Opavě 31. března 2022

## **RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY**

Obsah studijní opory Psychopedie je členěný do čtyř kapitol a je ve shodě s akreditací daného kurzu.

První kapitola obsahuje teoretická východiska dílčího oboru pedagogiky osob s mentálním a psychickým postižením, psychopedie. V podkapitole jsou řešena témata pojetí mentálního postižení, etiologie a klasifikace, charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení a osobnostní specifika jedince s mentálním postižením. Poslední podkapitola se zabývá obecně tématem rodiny a rodinou s dítětem s mentálním postižením.

Ve druhé kapitole je pozornost věnována vztahu společnosti k lidem s mentálním postižením. Uvedena jsou jednotlivá období přístupu k jedincům s mentálním postižením v zahraničí i na Moravě a v Čechách, včetně významných osobností, které participovaly na rozvoji a formování psychopedie.

Třetí kapitola se zabývá tématy týkající se edukace a edukačního systému dětí a žáků s mentálním postižením, poradenským systémem, ranou intervencí a sociální službou rané péče. Poslední podkapitola nabízí obecný vhled do základů didaktiky jedinců s mentálním postižením.

Ve čtvrté kapitole je věnována pozornost Downovu syndromu. Jsou specifikovány fyziognomické zvláštnosti a zdravotní obtíže jedinců s Downovým syndromem. Je charakterizována etiologie a formy Downova syndromu. Závěrem jsou prezentovány metody prenatální diagnostiky a vývojová stádia osob s Downovým syndromem.

# 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ



## RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

První kapitola obsahuje teoretická východiska oboru speciální pedagogiky, pedagogiky osob s mentálním a psychickým postižením, psychopedie. V podkapitole jsou řešena témata pojetí mentálního postižení, etiologie a klasifikace, charakteristiky jednotlivých stupňů mentálního postižení a osobnostní specifika jedince s mentálním postižením. Poslední podkapitola se zabývá obecně tématem rodiny a rodinou s dítětem s mentálním postižením.

---



## CÍLE KAPITOLY

- Student se umí orientovat v oblasti vědní disciplíny pedagogiky osob s mentálním postižením, umí ji charakterizovat.
  - Student zná základní terminologii oboru a orientuje se v ní.
  - Student umí definovat a charakterizovat jednotlivé stupně mentálního postižení, typy a druhy mentálního postižení dle různých klasifikací.
  - Student zvládá vyjmenovat osobnostní specifika jedince s mentálním postižením.
  - Student zná problematiku týkající se rodiny s dítětem s mentálním postižením.
- 



## ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

300 minut

---



## KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Pedagogika osob s mentálním postižením, psychopedie, pojetí mentálního postižení, etiologie a klasifikace mentálního postižení dle různých kritérií, charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení, osobnostní specifika osob s mentálním postižením, rodina a dítě s mentálním postižením.

## 1.1 Terminologické vymezení

**Pedagogika osob s mentálním postižením** (psychopedie) je jedním s důležitých oborů speciální pedagogiky, protože se týká nejpočetnější části osob se zdravotním postižením. Paradigma současné speciální pedagogiky (tedy zásadní pojetí této disciplíny) je zaměřeno na podporu osob s jakýmkoliv znevýhodněním po celé období jejich života. Mentální postižení patří mezi zdravotní postižení, které má problémy etického rázu s vlastní terminologií oboru, většina pojmů, které se historicky v tomto oboru používaly a používají, jsou po určitém období, které je různě dlouhé, potřeba obnovit, najít termíny nové. Všeobecná humanizace vědních oborů se demonstruje právě v jejich terminologii, v oblasti oboru speciální pedagogiky se to týká nejčastěji pedagogiky osob s mentálním postižením a následně i názvů institucí pro osoby s mentálním postižením v jednotlivých rezortech, které se zabývají podporou osob s mentálním postižením (rezort školství, zdravotnictví a sociálních věcí). Z tohoto stavu vyplývá terminologická, pojmová nejednotnost, jiné termíny, pojmy se používají v komunikaci lékařů, psychologů a také speciálních pedagogů.

Velmi zajímavé je nahlédnout do odborné literatury různých autorů v historickém kontextu, najdeme tam velké množství odborných termínů, které se pojí s problematikou osob s mentálním postižením – duševně postižení, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektivní, rozumově zaostalí, slabomyslní, oligofrenní atd. Snaha o sjednocení terminologie v oblasti tohoto oboru speciální pedagogiky vyvrcholila v minulém století, v roce 1959 na konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně, kde se zástupci jednotlivých vědních oborů zabývající se problematikou jedinců s poruchami intelektu dohodli na používání zastřešujícího termínu **mentální retardace**. Tento termín byl použit i v **Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN)**. Je to publikace Světové zdravotnické organizace (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD), která kodifikuje systém označování a klasifikaci lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. V její **desáté revizi z roku 1992** byl termín mentální retardace určen k označení jednotlivých stupňů mentální retardace, v lékařském oboru psychiatrie, má jako první označení písmeno F, oddíl F70 až F79 je věnován jednotlivým stupňům mentální retardace (F70 - lehká mentální retardace, F71 - středně těžká mentální retardace, F72 - těžká mentální retardace, F73 - hluboká mentální retardace) a dvěma dodatkovým kódům mentální retardace (F78 - jiná mentální retardace, F79 - nespecifikovaná mentální retardace).

V posledním období byl v oblasti speciálněpedagogické terminologie nahrazován termín mentální retardace termínem **mentální postižení, korektní je používat slovní spojení dítě, žák, osoba jedinec s mentálním postižením** (Bartoňová, 2012; Valenta, Michalík, Lečbych 2018). Tento termín a slovní spojení je využíváno i ve školských legislativních normách.

Světová zdravotnická organizace (WHO) připravila **11. revizi MKN**, která byla schválena na 72. Světovém zdravotnickém zasedání v květnu 2019 a vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím.

Přijetím 11. revize MKN byla navržena změna u diagnóz F70 – F79, termín mentální retardace je nahrazen pojmem **poruchy intelektového vývoje** (Disorders of intellectual development).

Tab. 1: ICD-11 (2018), Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (Janků, 2019)

06 MENTAL, BEHAVIOURAL OR NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS
Neurodevelopmental disorders (Neurovývojové poruchy)
6A00 Disorders of intellectual development (Poruchy intelektového vývoje – dále PIV)
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)

Pojem **poruchy intelektového vývoje** (neoficiální překlad anglické verze MKN-11, česká verze není v současné době k dispozici) je termín, který se zřejmě bude používat v oblasti speciální pedagogiky u osob, které budou vykazovat neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy) i při přijatelném způsobu edukační stimulace.

Vedle MKN (ICD) je využívána americká klasifikace Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5), který byl vytvořen Americkou psychiatrickou asociací, české vydání je z roku 2015.

Tab. 2: DSM-5 (2015) Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

DSM-5
Neurovývojové poruchy
Poruchy intelektu (Vývojová porucha intelektu)
317 Mírná
318.0 Středně těžká
318.1 Těžká
318.2 Hluboká
315.8 Celkové vývojové opoždění
319 Nespecifikovaná porucha intelektu (Vývojová porucha intelektu)



Terminologicky se nyní tyto dva klasifikační systémy ve vztahu ke klasifikaci osob se sníženými intelektovými schopnostmi velmi podobají, termín **Poruchy intelektu a Vývojová porucha intelektu** se jeví jako vhodný termín pro nahrazení termínu mentální retardace, který byl používán v MKN-10.

V terminologii speciální pedagogiky týkající se jedinců s mentálním postižením se setkáváme s termíny, které se týkají období povinného vzdělávání, jedná se o termín **oslabení kognitivního výkonu**, jedná se o snížení intelektové výkonnosti, v tradičním pojetí se jedná o žáka s hraničními rozumovými schopnostmi (IQ 70 až 85).

## 1.2 Etiologie a klasifikace mentálního postižení

Etiologie (příčina vzniku) mentálního postižení je způsobena nebo ovlivněna mnoha faktory (činiteli) je tedy ve většině případů multifaktorová.

Klasifikace vzniku mentálního postižení:

### 1. Příčiny endogenní (genetické, hereditární)

- mentální postižené na podkladě genových mutací, na podkladě chromozomových aberací

### 2. Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí)

- v raném období těhotenství, např. poškození oplodněného vajíčka
- v období těhotenství, např. intrauterinní infekce embrya nebo plodu jsou nejčastěji vyvolány viry, bakteriemi a prvoky, přítomnost intrauterinní infekce u žen zvyšuje pravděpodobnost potratu a předčasného porodu, velká rizika anomálií a deformací formace dítěte, poškození jeho orgánů a systémů, zejména nervových
- špatná výživa matky
- Rh inkompatibilita, je zdravotní stav, který vzniká v době těhotenství ženy, kdy byla žena identifikována jako osoba s Rh-negativní krví a dítě, které nese v děloze, je známo, že má Rh pozitivní krev, Rh faktor neovlivňuje celkový zdravotní stav člověka, i když může ženě v těhotenství představovat určité problémy
- intranatální (vzniklý při porodu), abnormální porod
- postnatální onemocnění nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy nebo prostředí, v kterém dítě žije

**Nejčastější příčiny vzniku mentálního postižení:**

- dědičnost
- sociální faktory
- environmentální faktory
- specifické genetické příčiny
- nspecificky podmíněné poruchy

Podle **časového faktoru** dělíme příčiny vzniku mentálního postižení na období:

- prenatální (před narozením dítěte) – vlivy genetické a hereditární, metabolické a výživové poruchy, intoxikace matky a plodu, infekční onemocnění, nedostatek plodové vody
- perinatální (v období porodu a těsně po něm) – hypoxie, nedonošenost, nízká porodní hmotnost, těžká novorozenecká žloutenka, překotný nebo protrahovaný porod
- postnatální (po porodu, do 2 let věku dítěte) – infekční onemocnění mozku, traumata, nádory mozku, otravy, intoxikace, silná deprivace, podvýživa

Obecně se uvádí členění mentálního postižení na:

- vrozené
- získané
- sociálně podmíněné

**Systémy klasifikace nemocí či duševních poruch:**

- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů - MKN (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD)
- Diagnostický a statistický manuál duševních poruch - DSM (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders - DSM).
- Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)

Pro speciálněpedagogickou praxi zatím využíváme klasifikaci dle stupně mentálního postižení (WHO-10), jednotlivé stupně se ohraničují inteligenčním koeficientem (IQ) a

mentální postižení se charakterizuje jako disproporce chronologického a mentálního věku. Stupeň mentálního postižení se měří **standardizovanými testy inteligence nebo škálami** (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007).

### 1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení

Pro charakteristiku jednotlivých stupňů mentálního postižení vycházíme z Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů MKN-11, která vstoupila v platnost 1. 1. 2022, v České republice v současné chvíli nemáme k dispozici oficiální překlad z anglické normy, používáme tedy pro stupně mentálního postižení anglické názvy.

6A00.0 Disorder of intellectual development, mild (Poruchy intelektového vývoje - lehké)

- vliv dědičnosti, sociokulturní deprivace, nedostatek stimulace
- do tří let lehké opoždění psychomotorického vývoje, mezi třetím až šestým rokem je opoždění vývoje nápadnější, zejména v oblasti komunikativních dovedností, malá slovní zásoba, vady řeči, nedostatečná zvědavost, stereotyp ve hře
- v období povinné školní docházky výraznější problémy, převládá konkrétní myšlení, omezená schopnost logického myšlení, vážne analýza a syntéza, problémy se všemi fázemi paměti, lehká a hrubá motorika je lehce opožděna, dochází k poruše pohybové koordinace
- vzdělávání v období povinné školní docházky v běžných základních školách formou individuální nebo skupinové inkluze za podpory podpůrných opatření, žák je diagnostikován jako žák se speciálními vzdělávacími potřebami, jsou mu přiznána podpůrná opatření, obsah vzdělávání je dán RVP ZV (minimální doporučená úroveň pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření)
- rozvoj sociálních dovedností zpomalen, v sociálně nenáročném prostředí většinou bez problémů
- v oblasti emocionální se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita
- výchovné působení a rodinné prostředí je zásadní pro socializaci
- profesní orientace je důležitá pro sociální inkluzi, střední vzdělávání na profesních a neprofesních typech středních škol (střední odborné učiliště, odborné učiliště, praktická škola)
- pracovní uplatnění na méně náročných pracovních pozicích, sociální inkluze v méně náročném prostředí

6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate (Poruchy intelektového vývoje - středně těžké)

- velmi často organická etiologie
- častý výskyt epilepsie, PAS a dalších neurologických onemocněních
- rozvoj myšlení, kognitivních funkcí a řeči je výrazně opožděn a tento stav přetrvává do dospělosti
- vývoj řeči omezen, řeč je jednoduchá, slovník obsahově chudý, časté agramatismy, používání jednoslovných vět a jednoduchých slovních spojení, využívání alternativních a augmentativních systémů zejména pro podporu vývoje řeči
- vývoj jemné a hrubé motoriky je celkově zpomalen, trvale je problém v oblasti jemných úkonů, zůstává celková neobratnost a nekoordinovanost pohybů
- samostatnost v sebeobsluze jen částečná, nutná dopomocť další osoby
- emocionální labilita, nepřiměřené afektivní reakce
- neschopnost řešit samostatně náročnější situace, možné je dlouhodobým systematickým působením dosáhnout určité úrovně nezávislosti a soběstačnosti
- vzdělávání v období povinné školní docházky v běžných základních školách formou individuální a skupinové inkluze za podpory podpůrných opatření, žák je diagnostikován jako žák se speciálními vzdělávacími potřebami, jsou mu přiznána podpůrná opatření, obsah vzdělávání je dán RVP pro obor vzdělání základní škola speciální, Díl I Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením
- střední vzdělávání na neprofesních typech středních škol (praktická škola)
- pracovní uplatnění nejčastěji na chráněném trhu práce, volný trh práce pod supervizí určené osoby (podporované zaměstnávání)

6A00.2 Disorder of intellectual development, severe (Poruchy intelektového vývoje - těžké)

- organická, genetická etiologie
- příznaky celkového poškození CNS, časté somatické vady
- psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v období předškolního věku, pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů, imobilita v dospělém věku

- omezený vývoj psychických procesů, minimální rozvoj komunikačních dovedností, vývoj řeči omezen na jednoduchá slova, řeč se nemusí vůbec vyvinout
- výrazné narušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita
- osvojení základních hygienických návyků a prvků sebeobsluhy při dlouhodobé podpoře druhé osoby, ve vztahu k etiologii je možná inkontinence i v dospělém věku
- úroveň socializace je velmi nízká, orientuje se ve svém nejbližším okolí, poznává blízké osoby
- vzdělávání v období povinné školní docházky, žák je diagnostikován jako žák se speciálními vzdělávacími potřebami, jsou mu přiznána podpůrná opatření, obsah vzdělávání je dán RVP pro obor vzdělání základní škola speciální, Díl II. Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, je možný jiný způsob plnění povinné školní docházky individuální vzdělávání dle § 40 školského zákona
- střední vzdělávání na neprofesních typech středních škol (praktická škola)
- nutná podpora po celý život (v rodině, v zařízeních sociálních služeb)

#### 6A00.3 Disorder of intellectual development, profound (Poruchy intelektového vývoje - hluboké)

- organická etiologie, těžké neurologické poruchy s kombinací postižení zraku a sluchu, poškození zrakového a sluchového vnímání
- nonverbální komunikace beze smyslu
- těžké omezení motoriky, neschopnost vytváření návyků sebeobsluhy
- totální narušení afektivní sféry
- sebepoškozování
- ve svém okolí se neorientuje, nepoznává blízké osoby
- vzdělávání v období povinné školní docházky, žák je diagnostikován jako žák se speciálními vzdělávacími potřebami, jsou mu přiznána podpůrná opatření, obsah vzdělávání je dán RVP pro obor vzdělání základní škola speciální, Díl II. Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, je možný jiným způsobem plnění povinné školní docházky, individuální vzdělávání dle § 40 školského zákona, vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením

#### 6A00.4 Disorder of intellectual development, provision (Poruchy intelektového vývoje - jiné)

- Tato kategorie je využívána tehdy, pokud je obtížné určit stupeň mentálního postižení za pomoci obvyklých metod, např. u osob s těžkými smyslovými vadami, osob s poruchou autistického spektra v kombinaci s těžkým a hlubokým mentálním postižením, závažné kombinované postižení více vadami

6A00.Z Disorder of intellectual development, unspecified (Poruchy intelektového vývoje - nespecifikované)

- Tato kategorie je využívána tehdy, kdy je prokázáno mentální postižení, ale není dostatek informací k tomu, aby se dala určit jedna z výše zmíněných kategorií (Barthoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007; Valenta & Müller, 2013).

### 1.4 Osobnostní specifika jedince s mentálním postižením

*„Psychický vývoj lze charakterizovat jako proces postupné proměny jednotlivých psychických funkcí i celé osobnosti“ (Vágnerová, 2004).*

Činitelé psychického vývoje:

- dědičnost
- prostředí
- způsob realizace psychického vývoje prostřednictvím zrání a učení

Centrální nervová soustava tvoří organický základ psychických funkcí, mozek je tedy centrem lidské psychiky. Vývoj mozkových struktur a s nimi spojených funkcí je důležitým předpokladem rozvoje psychických vlastností a procesů (Vágnerová, 2004). Narušení vývoje a funkčnosti centrální nervové soustavy, které je typické pro osoby s mentálním postižením, přináší celou řadu specifík v jednotlivých oblastech jejich osobnosti. Poznávací procesy slouží k poznávání, umožňují člověku orientovat se ve svém prostředí, získávat různé informace, zpracovávat je, uvažovat o nich a rozhodovat se v určitých situacích. Do kategorie poznávacích funkcí patří vnímání, myšlení, paměť, učení a řeč (jazyk). Jsou součástí komplexní schopnosti, inteligence (Vágnerová, 2004).

Specifika **vnímání** u jedince s mentálním postižením:

- proces vnímání je zpomalen, inaktivita vnímání
- snížený rozsah zrakového vnímání, příčinou jsou zvláštnosti pohybu zraku, nediferencovanost počítků a vjemů, je narušena diskriminace figury a pozadí
- narušená sluchová diferenciací, sluchová analýza a syntéza

- menší zájem prohlédnout si zkoumaný materiál podrobně do nejmenších detailů, pochopit všechny vlastnosti materiálu
- nedostatečně rozvitě prostorové vnímání
- snížená citlivost hmatových vjemů
- deficity ve vnímání času a prostoru (Valenta, 2014)

Specifika procesu **myšlení** u jedince s mentálním postižením:

- většinou konkrétní s nemožností abstrakce, analýzy, syntézy, zobecňování neboli generalizace
- rigidní, stereotypní, nekritické, je většinou vázáno na aktuální dění
- je narušená řídicí úloha myšlení
- nedokáže přemýšlet o možnostech svého jednání a není schopen předvídat jeho důsledky

*„Základní cestou k rozvíjení myšlení dětí s mentální retardací je jejich systematické vzdělávání prostřednictvím postupného osvojování vědomostí, dovedností a návyků odpovídajících úrovni jejich rozumových schopností a aktuální úrovni již získaných poznatků“* (Švarcová, 2006, s. 48).

Specifika **vývoje řeči** u jedince s mentálním postižením:

- řeč je úzce spjatá s procesem myšlení
- je narušena ve všech jejích složkách – v komunikaci motorické, jazykové a kognitivní (Valenta a kol., 2012)
- vývoj řeči je opožděn, narušen kvalitativně i kvantitativně
- vývoj řeči nikdy nedosáhne normy
- narušený fonemický sluch je odpovědný za nesprávné rozlišování jednotlivých hlásek, což sekundárně ovlivňuje správnou artikulaci (vyslovování hlásek, slabik, slov; Valenta, 2014)
- slovní zásoba je obsahově chudá, objevují se velké rozdíly mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, chybí přídavná jména, slovesa, spojky, naopak jsou hojně využívána zájmena (Bartoňová a kol., 2007)
- obtíže jsou ve schopnosti porozumění řeči, problémy jsou s pochopením složitějších slovní obrátů, ironií, žertem (Fišer & Škoda, 2008)

- v řeči se objevují agramatismy, stavba řeči je nedokonalá (Valenta, 2014)
- je omezena zvuková, gramatická i obsahová stránka řeči
- vývoj řeči dosahuje určité úrovně a ta souvisí se stupněm mentálního postižení (Klenková, 2006; Lechta, 2002)
- specifický vývoj řeči je jeden z nejnápadnějších symptomů mentálního postižení (Klenková 2006)

Valenta, Michalík a Lečbych (2012, s. 231) upozorňují, že „vývoj gramatické stavby odráží úroveň vývoje intelektu dítěte.“

Specifika **paměti** u jedince s mentálním postižením:

- proces paměti probíhá ve třech fázích, přičemž u osob s mentálním postižením dochází k narušení každé z těchto fází, ve **fázi zapamatování**, vstřípení je paměť specifická svým zdlouhavým a komplikovaným osvojováním si nových informací, ve fázi **podržení v paměti a zapamatování** je nutné mnohačetné opakování, velmi rychle dochází k zapomínání získaných informací (Valenta & Müller, 2013), ve **fázi vybavování**, reprodukování paměti, se nedokážou orientovat v množství informací, které jsou jim poskytovány (Valenta, 2014)
- je spíše mechanická, konkrétní a krátkodobá
- osvojování si abstraktních pojmů je obtížnější než pojmů konkrétních (Valenta a kol., 2012)

Valenta, Michalík a Lečbych (2012, s. 215) přirovnávají paměť u osob s mentálním postižením k mozaice: „*disponují sice určitým množstvím paměťových informací nebo jejich zlomků, ale tento roztržštěný soubor nejsou schopni v běžném životě využít.*“

Specifika **emocionální složky** osobnosti jedince s mentálním postižením:

- dlouhodobá nediferencovanost citů
- absence citových odstínů, buď převládá naprostá spokojenost nebo naopak naprosté neuspokojení (Valenta, 2014)
- rychlé střídání nálad, emoční labilita s tím, že jednotlivé citové prožitky jsou primitivnější a protikladné (Švarcová, 2006)
- jsou vzhledem k podnětům z vnějšího světa neadekvátní svou dynamikou a intenzitou, jsou přehnaně silné nebo naopak neúměrně povrchné (Valenta, 2014)
- s rostoucím věkem se snižuje intenzita emočních reakcí (Bendová & Zikl, 2011)



- citová deprivace (Bartoňová a kol., 2007)

„Častější výskyt dysforie (chorobné poruchy nálad, jejichž nástupy jsou překvapující vzhledem ke stávající situaci), hlavně u jedinců s traumatickou etiologií a epilepsií. Neadekvátní výkyvy nálad mohou ovšem směřovat i do euforie. Další formou dysforie je apatie provázená lhostejností (Valenta & Müller, 2013, s. 43).

Specifika **volních vlastností** u jedince s mentálním postižením:

- volní vlastnosti jsou výrazně ovlivňovány zvýšenou sugestibilitou, nízkou iniciativou, citovou a volní labilitou, impulzivitou, agresivitou, úzkostlivostí a pasivitou (Valenta, 2014)
- nedostatek iniciativy a schopnosti řídit své jednání v souladu se vzdálenějšími cíli
- vůle a volní vlastnosti velmi úzce souvisejí s rozmanitými projevy nezralé osobnosti (Pipeková, 2006)
- úroveň sebehodnocení ovlivňuje výkon jedince, je nutné se zaměřit na pozitivní posilování sebevědomí, motivaci k činnosti
- projevy hypobulie až abulie (snížení až úplná absence volních kompetencí; Bendová & Zíkl, 2011)
- u aspirace dochází k extrémnímu výkyvu na jednu (nízká, podhodnocená aspirace) či druhou (vysoká, nereálná aspirace) stranu (Valenta, 2014)

## 1.5 Rodina a dítě s mentálním postižením

„Nejdůležitější roli ve **výchově a socializaci** dítěte by měla hrát jeho rodina. Rodina je totiž prvním nejpřirozenějším prostředím, s nímž dítě přichází do styku – toto prostředí má navíc předpoklady ovlivnit některé limitující faktory vyplývající z jeho postižení“ (Valenta & Müller, 2013, s. 236).

**Funkce rodiny** jsou chápány jako úkoly, které rodina plní jednak vůči sobě, ale také vůči společnosti. Ve většině případů se autoři shodují na následujících základních funkcích rodiny:

- biologicko – reprodukční (sexuální) funkce
- socializačně – výchovná funkce
- ekonomicko – zabezpečovací funkce
- emocionální funkce

Představy o očekávaném dítěti **byly pozitivní** a na novou, nečekanou situaci **nejsou** rodiče připraveni. Dítě s mentálním postižením bude těžko rozvíjet **rodičovské ambice**, obtížně si bude vybudovávat vztahy k členům rodiny, jeho osobní vývoj bude pomalý, srovnání s nepostiženými sourozenci či vrstevníky bude pro dítě s mentálním postižením vždy nepříznivé (Matoušek, 2003). „*O adekvátních rodičovských přístupech se dá hovořit až po zvládnutí tíživé situace, která vznikem postižení nastává*“ (Valenta & Müller, 2013, s. 237).

Při zvládnutí této situace procházejí rodiče tzv. **krizí rodičovské identity**.

Vágnerová (2004) dělí fáze vyrovnávání se rodičů s postižením dítěte následovně:

1. **Fáze šoku a popření** - představuje první reakci na vzniklou skutečnost, že je dítě postižené. Popření toho, že je dítě postižené, je projevem obrany vlastní psychické rovnováhy a znamená jakýsi předstupeň „boje“ za normální život dítěte. V této době se musí rodiče s danou informací nejprve vyrovnat (což může trvat různě dlouho, přičemž důležitou primární roli zde hraje zdravotnický personál) a teprve potom přemýšlí o budoucích krocích.
2. **Fáze postupné akceptace a vyrovnání se s problémem** - představuje vznik a nárůst rodičovského zájmu o potřebné informace. Rodiče v této fázi „balancují“ mezi emočním a racionálním zpracováním problému, což je do jisté míry závislé na jejich vlastních zkušenostech, osobnostní výbavě, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu společných dětí, druhu a příčině postižení, ale i na vnější informovanosti o postižení jejich dítěte a o možnostech jeho rozvoje. Subjektivní zvládnutí onoho zpracování má nezastupitelný význam pro další postoje a přístupy k dítěti.
3. **Fáze realismu** - představuje skutečnost postupného rodičovského smíření se s problémem a vznik chování přiměřenějšího situaci. Teprve s fází realismu by měla být plně připravena „půda“ nejen pro adekvátní výchovné přístupy k dítěti, ale i pro budování žádoucího rodinného klimatu.

To, jak se rodiče vyrovnají s postižením svého dítěte, jaké jsou reakce a chování okolí se odráží na výchovných přístupech k dítěti.

Prinosilová (2006) uvádí následující nevhodné přístupy:

1. **Zavrhuující výchova** - nejčastěji se vyskytuje skrytě. Projevem je nadměrné trestání, omezování nebo útlak, na což dítě reaguje buďto vzdorem, protestem nebo rezignací a projevy pasivity. Objevuje se v případě, kdy dítě není schopné splnit jejich očekávání.
2. **Zanedbávající výchova** - projeví se většinou neuspokojováním potřeb dítěte – buď jen některé nebo celkovým zanedbáváním. Tento postoj obvykle vyplývá z rezignace rodičů na možnosti budoucího uplatnění dítěte.

3. **Rozmazlující výchova** - taková výchova, při které rodiče na dítěti až nezdravě citově lpí, hodnotí jej nekriticky a oceňují každý jeho běžný projev a nepatrný vývojový pokrok. Snaží se přemírou lásky nahradit dítěti to, o co bylo podle jejich představ v životě ochuzeno. Snaží se udržet jej v citové závislosti na sobě, brání mu ve společenském osamostatnění, zcela se mu podřizují a posluhují mu. Děti tak mají uměle prodloužené dětství, v dospělosti se pak obtížně samostatně orientují a prosazují v pracovních, partnerských a společenských vztazích. Rozmazlování se projevuje egoismem a panovačností dítěte.
4. **Úzkostná výchova** - je nadměrně ochraňující. Rodiče brání dítěti v činnostech, které by podle nich mohly dítěti ublížit. Základem je také nezdravé lpění na dítěti. Projeví se zbavením dítěte jeho vlastní přirozené iniciativy a neustálým omezováním jeho snahy po ní. Dítě je tak frustrováno v neuspokojení potřeby stimulace, aktivity a poznávání prostřednictvím své iniciativy a brání se této situaci nebo naopak rezignují a přijímají plně jejich péči. Rodiče se takto mohou snažit kompenzovat své vnitřní nepřijetí dítěte, nesmíření se s jeho postižením, které navenek demonstřují jako obětování se dítěti.
5. **Perfekcionistická výchova** - rodiče se příliš snaží o dokonalost dítěte. Jde jim o to, aby postižené dítě bylo co nejdokonalejší ve všem, v čem to lze vzhledem k jeho postižení očekávat. Rodiče bývají nejvíce zaměřeni na úspěch ve škole, což je projev snahy kompenzovat před společností narušení vlastní identity jako rodičů postiženého dítěte. Často přitom nedokáží realisticky zhodnotit možnosti dítěte a nedoceňují jiné, stejně důležité oblasti, jako je samostatnost dítěte, schopnost adaptace na kolektiv, přijetí autority učitele a jiné. Pro rodiče je nesmírně důležité dosažení kompenzace a ocenění v očích společnosti tím, že se jejich dítě vyrovná a případně ještě i předčí své vrstevníky, čímž je z pohledu rodiny **zachován sociální status**.
6. **Protekční výchova** - se nesnaží o dokonalost dítěte, ale aby dosáhlo těch hodnot a postavení, které rodiče považují za výhodné a významné. Způsob dosažení těchto met není pro ně důležitý, proto se rodiče snaží odstranit dítěti překážky a vyžadují takové chování i od všech, kteří jsou s dítětem v kontaktu. Takové chování vede u dítěte **k nezdravému očekávání**, že všechno bude zajištěno v jeho prospěch, že na to má nárok. Dítě je pak nesamostatné a domnívá se, že má právo na různá privilegia.

#### **Podmínky usnadňující život rodinám s dítětem s mentálním postižením:**

- Rodiče mají o svém dítěti vědět co nejvíce – nejlépe z odborných zdrojů.
- Dítě s mentálním postižením potřebuje značnou dávku obětavosti (porozumění, výchovného vedení), ale **ne „obětování se“**- péči o dítě je třeba rozdělit mezi členy rodiny.

- Vztah k dítěti s mentálním postižením nemá mít charakter pasivního prožívání neštěstí, spíše aktivního řešení úkolů, který je třeba zorganizovat, rozpracovat do dílčích činností, získat pro něho odborné i laické spolupracovníky.
- Rodiče musí znát a přijmout pravdu o budoucnosti vývoje svého dítěte.
- Pro zdárný vývoj dítěte je důležitější mu pomáhat k radostnému životu (včetně vedení k samostatnosti, překonávání překážek, řešení úkolů), než je litovat.
- Každý cílevědomý krok ve výchově, v učení, rehabilitaci chce svůj čas a náležitou míru.
- Rodiče dítěte s mentálním postižením by se neměli izolovat od okolního světa ani od rodin s podobným osudem.
- Rodiče dítěte s postižením by se měli zbavit přecitlivělosti na reakce okolí.
- Je nutné si do maximální míry chránit manželství a rodinu.
- Je třeba realisticky vyhlížet do budoucnosti (zajistit potřeby dítěte i reálné pomoci okolí, institucionálního zajištění edukace, pracovního uplatnění apod.).

Styl rodinné výchovy významným způsobem ovlivňuje vztah **zdravého sourozence** k dítěti s mentálním postižením. Na vývoj jedince s mentálním postižením má přítomnost dalšího dítěte v rodině většinou neuvěřitelně pozitivní dopad. Dítě s mentálním postižením se většinou snaží svého sourozence ve všech oblastech napodobovat, přirozeným způsobem se naučí řešit různé sociální situace. Díky tomu se lépe přizpůsobuje kolektivu vrstevníků a v sociálních situacích je obratnější a přirozenější. Sourozenecký vztah přináší ideální příležitosti pro nácvik řešení různých sociálních interakcí. Běžně se stává, že oba aktéři jsou v jednu chvíli nejlepší kamarádi, ale za chvíli se objevují spory, které je nutno vyřešit (Vágenerová, 2012). V případě dětí s postižením dochází velmi často k tomu, že děti nemají možnost si konflikty vyřešit sami, protože do sporů mezi sourozenci vstupují rodiče a zachovávají se typicky podle zavedeného stylu výchovy, většinou situaci řeší ve prospěch hendikepovaného dítěte. Proto pro zdravého sourozence dítěte s postižením mohou být mnohé zdánlivě běžné rodinné situace zdrojem negativních zkušeností. „*Zdraví sourozenci dětí s postižením čelí nejen běžným sourozeneckým problémům, ale jsou konfrontováni s řadou nevšedních situací, které specifika jejich bratrů/sester přinášejí. Oproti jiným dětem mohou být částečně vystaveni jedinečným psychickým a osobním výzvám spojeným s dlouhodobým prožíváním stresu*“ (Havelka & Bartošová, 2019, s. 21). Zvláště v dospívání mohou častěji zažívat pocit studu z toho, že jejich sourozenec je jiný, nezřídka se stávají terčem posměchu, někdy až šikany ze strany svých zdravých vrstevníků. K nedorozumění dochází častěji i mezi samotnými členy rodiny, protože zdravé děti nechápou, proč se rodiče chovají jinak k nim a jinak k sourozenci s postižením. Následkem pak u nich může být vznik pocitu méněcennosti a dlouhodobě mohou trpět úzkostí. Je prokázáno, že je vyšší četnost výskytu

emočních problémů u sourozenců dětí s postižením než u běžné populace. Naopak v rodinách, kde rodiče aplikují optimální styl rodinné výchovy a s celou situací už v počátku zdravé dítě seznámí, dochází k tomu, že sourozenec jedince s postižením je i v dospělosti empatičtější a zodpovědnější (Havelka & Bartošová 2019).

## SHRNUTÍ KAPITOLY



Kapitola se zabývá terminologickým vymezení odborných termínů, které se pojí s mentálním a psychickým postižením, charakterizuje specifika jednotlivých stupňů mentálního postižení, zabývá se etiologií a klasifikacemi, které se používají ve vztahu k oboru pedagogiky osob s mentálním a duševním postižením. Důležitým tématem pro pochopení a nastavení přístupů k jedincům s mentálním a psychickým znevýhodněním je zvládnutí tématu osobnostních specifik jedince s mentálním, popř. psychickým znevýhodněním. Daná témata jsou doplněna problematikou rodiny s dítětem s mentálním postižením.

## KONTROLNÍ OTÁZKA



1. Bez pomoci textu definujte termíny mentální retardace, mentální postižení, MKN-11, žák s obtížemi v učení.
2. Vyjmenujte jednotlivé klasifikace, které se pojí s problematikou mentálního postižení.
3. Vyjmenujte funkce rodiny, fáze vyrovnávání se rodičů s postižením dítěte dle Vágnerové (2004).
4. Jaké jsou nevhodné výchovné přístupy k dítěti s mentálním postižením?
5. Jaké jsou podmínky usnadňující život rodinám s dítětem s mentálním postižením?

## KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Zpracujte recenzi na populárně naučnou publikaci týkající se tematiky rodiny s dítětem s mentálním postižením.



## K ZAPAMATOVÁNÍ

Pedagogika osob s mentálním a psychickým postižením, psychopedie, mentální retardace, mentální postižení, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, oslabení kognitivního výkonu, etiologie, charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení, osobnostní specifika, funkce rodiny, rodina a dítě s mentálním postižením, krize rodičovské identity.

---



## DALŠÍ ZDROJE

Bartoňová, M., Bazalová, B., & Pipeková, J. (2007). *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.

Bazalová, B. (2014). *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál.

Bendová, P., & Zikl, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada.

Čapek, J., & Čapková, M. (2010). *Pozitivní výchova sourozenců v rodině*. Praha: Portál.

Černá, M. a kol. (2015). *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum.

Dolejší, M. (1978). *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicium.

Fitznerová, I. (2010). *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál.

Janků, K. (2014) *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vybraná základní témata*. Ostrava: Pedagogická fakulta OU.

Lečbých, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc:

Lechta, V. (2005). *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.

Leman, K. (2016). *Sourozenecké konstelace*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (1997). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Novák, T. (2007). *Sourozenecké vztahy*. Praha: Grada.

Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních*

Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2004). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.

Rubinšteinová, S. J. (1986). *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.

Švarcová, I. (2011). *Mentální retardace*. Praha: Portál.

*trendů*. Brno: MSD.

Univerzita Palackého.

Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

Valenta, M., & Müller, O. (2013). *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta.

Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M. (2012) *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.

---

## 2 VZTAH SPOLEČNOSTI K OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM



### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Cílem kapitoly je seznámit studenty se vztahem společnosti k jedincům s mentálním postižením. Jsou uvedena jednotlivá období zabezpečování životních podmínek jedinců s mentálním postižením a uspokojování jejich potřeb. Pozornost je věnována přístupům společnosti k jedincům s mentálním postižením v zahraničí stejně jako v Čechách a na Moravě.

---



### CÍLE KAPITOLY

- Charakterizovat represivní období.
  - Charakterizovat charitativní období.
  - Charakterizovat humanitní období.
  - Popsat osobnost Jana Amose Komenského ve vztahu k jedincům s mentálním postižením.
  - Vyjmenovat významné evropské osobnosti působící v oblasti péče o lidi s mentálním postižením v 17. a 18. století
  - Specifikovat péči o osoby s mentálním postižením v Evropě na přelomu 19. a počátku 20. století.
  - Popsat péči o jedince s mentálním postižením po vzniku Československé republiky.
  - Popsat změny v oblasti sociálního zabezpečení jedinců od 50. let 20. století.
  - Popsat vývoj vzniku Deklarace práv mentálně postižených osob.
  - Popsat zásadní změny v přístupu k lidem s mentálním postižením po roce 1989.
- 



### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

300 minut



## KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Stadium represivní, stadium zotročovací, stadium charitativní, stadium renesančního humanismu, stadium rehabilitační, stadium sociální, stadium prevenční, Mezopotámie, Egypt, Indická kultura, starověké Řecko, antický Řím, středověk, démonologie, inkvizice, Jan Amos Komenský, osvícenství, Philipp Pinel, Karel Slavoj Amerling, Ernestinum, Josef Zeman, František Čáda, Deklarace práv mentálně postižených osob, integrace, normalizace.

### 2.1 Období starověku

Miloš Sovák, nestor oboru speciální pedagogika, uvádí snad jediný pokus o periodizaci dějin péče o osoby s postižením. Jádrem jeho schématu je idea stálého a v podstatě nezadržitelného pokroku. Stadia péče o jedince s postižením můžeme uvést v následující podobě (Sovák, 1986):

- **stadium represivní** – společnost jedince s postižením zavrhovala, resp. se jich zbavovala,
- **stadium zotročovací** – osoby s postižením byly využívány jako otroci,
- **stadium charitativní** – bylo pod vlivem křesťanských idejí,
- **stadium renesančního humanismu** – bylo spojeno s rozvojem věd, umění a zájmem o člověka, začínal se projevovat zájem i o osoby s různými druhy postižení,
- **stadium rehabilitační** – bylo spojováno s možností výcviku osob s postižením s následným pracovním uplatněním,
- **stadium socializační** – prostřednictvím rehabilitace byla snaha o společenské uplatnění osob s postižením v duchu „socialistického humanismu“,
- **stadium prevenční** – snahy předcházet vzniku postižení a společenské izolace u osob s postižením.

Sovákovo schéma není vnitřně jednotné. Jednotlivé epochy v rámci daného třídění nelze systematicky porovnávat. Pokrok v péči se vyvíjel po linii od egoismu k altruismu, měnil se i způsob ekonomické využitelnosti lidí s postižením. Přístupy k osobám s různými druhy postižení je podmíněn i rozvojem speciálních věd, které se zabývají problematikou osob s postižením (Pipeková, 2006).

Všechny práce týkající se dějin oboru **psychopedie** začínají zmínkami o existenci jedinců s postižením již ve starověku, zvláště v období antického Řecka a Říma. Jsou to stále stejným způsobem tradovaná tvrzení o tom, že v prehistorické či raně historické společnosti se lidí s postižením zbavovali. Starověkem označujeme období, které je charakteristické existencí otrokářské společnosti. Konec starověku je datován k zániku říše západořímské roku 476. Na počátku vývoje lidského rodu můžeme o lidech se znevýhodněním objektivně

usuzovat jen jako o lidech s postižením. Po celou prehistorii musíme vystačit s doklady hmotné povahy, především s kosterními nálezy. Ty vypovídají o zdravotním stavu populace, v důsledku čeho lidé umírali, resp. s jakým postižením přežívali. O jiných znevýhodněních, pokud se v prehistorii nějak projevovala, lze jen spekulovat (Eisová, 1983).

Na počátku historického období je to poněkud jinak. Člověk s postižením je často ukryt v kategoriích personifikujících slabší a pomoci potřebné sociální skupiny. Nejčastěji jsou to vdovy, sirotci, cizinci, lidé bédní, chudí. Od začátku si musíme být vědomi základního faktu. Podpora slabších, závislých, nemocných a lidí s postižením má velmi podobné charakteristiky jako péče o děti, jejichž závislost vyplývá z dlouhodobého období bezmocnosti na počátku jejich individuálního vývoje. V **prvobytně pospolné společnosti** s abstraktním náboženským názorem vzniká u lidí magické myšlení. Jeho vedoucím obsahem byl afekt strachu před hněvem a zlobou nadpřirozených mocností a sil. Jediným etiopatogenetickým činitelem pro vznik jakéhokoliv (tělesného či duševního) onemocnění byla víra v posedlost člověka zlým duchem. Zdravotnická péče spočívala především v nošení magických ochranných symbolů, talismanů a amuletů, nebo v kurativním magickém obsahu tzv. **exorcismu**, tj. rituálním zařikávání, vyhánění zlých démonů z těla. Hlavním léčitelským ceremonielem šamanů byl obřadní tanec, symbolická gesta, recitování zařikávacích formulí, zpěv kouzelných písní doprovázený monotónními údery na buben apod., jak se s tím můžeme i dnes setkat u některých primitivních kmenů. Lidové léčitelství přešlo během vývoje lidské společnosti a během vzniku polyteistického náboženství na kněze. Ti se stali profesionálními prostředníky mezi jednotlivými bohy a lidmi. Vzniká **chrámové lékařství**. Nejstarší období, pravěk, je z hlediska studia dějin člověka a společnosti příznačné tím, že nemáme z této doby žádné písemné památky. Vycházíme pouze z hmotných kosterních nálezů, dokládajících lidskou existenci. Tato okolnost působí značné potíže při zkoumání mentálního života pravěkého člověka. Tělesná postižení jsou v mnoha případech jasně prokazatelná. V 6. století na území osídleném Slovyany může malý počet nalezených dětských koster svědčit pro utracování části novorozenců (Valenta & Müller, 2013).

Titzl (1998, s. 17) s odvoláním na historické prameny uvádí, že „*na konci doby pohanské se u Slovanů vyvinul zvyk zabíjení přebytečných dětí.*“

Není možno vysvětlit hlavní pohnutku tohoto obyčeje. Lze předpokládat, že i Slované se zbavovali dětí slabých a neduživých, aby se rod udržel silný a zdravý. O vztahu k lidem nemocným, slabým a lidem s postižením z této doby se nic konkrétního nedovíme. Přetrvávaly pohanské zvyklosti doby, lidé uctívali různá božstva, pánem všech a všeho byl bůh, tvůrce hromu. Výrazně rozšířená byla démonologie, víra v různé duchy a demony, převládal strach z nadpřirozených sil.

Otrokářské despotie vznikaly v nejvyspělejších oblastech starověkého světa. Vznik nejstarších států v Mezopotámii, Egyptě a v Orientu byl výsledkem dlouhodobého vývoje. Během 6. tisíciletí před n. l. se objevují první starověké kultury v oblasti řek Eufrat a Tigrid. Ze 4. tisíciletí před n. l. už známe jako první městské státy například lokality Uruk, Ur aj. V těchto útvarech byla plně vyvinuta třídní společnost, moc panovníka byla neomezená, despotická. Klasická otrokářská společnost rozvíjela kromě zemědělství hojně řemesla a obchod. Rostl počet otroků, byli využíváni pro všechny pracovní oblasti. **Mezopotámie**

byla starověká kulturní oblast, kde jižně od dnešního Bagdádu sídlili Sumerové a Akkadové. Na začátku 2. tisíciletí před n. l. mizí Sumerové jako národ a nastupuje období staré Babylónie s nejvýznamnějším vládcem Chammurapim (1795-1750 před n. l.). **Chammurapiho zákoník** je nejceněnější zachovalý doklad o stavu babylonského lékařství. Ochrana slabých byla principem, který byl nejen proklamován, ale zákonnými normami zabezpečován. Tak v případě ochrany těch nejvíce potřebných – nemluvňat – se dospělo k tomu, že bylo možno přijmout tyto děti do jiné rodiny. Duševní choroby byly v Mezopotámii obecně pokládány za posedlost zlými démony. Léčba spočívala v zaklínání, modlitbách a v náboženských obřadech, jejichž smyslem bylo vypudit démona z těla nemocného, nebo jeho okolí (Eisová, 1983).

Zmínky o lidech s různými druhy postižení se objevují v sumerských, akkadských a chetitských mýtech, např. v sumerské skladbě **Enku a Ninmach** je popsán stvořitelství problém: „*První lidé nebyli zdravotně v pořádku a musela jim být vymyšlena náhradní obživa. Bohové chtěli vytvořit bytosti, které měly být schopny zvládnout manuální práci, ale ani to se jim nepodařilo. Umul, kterého Ninmach porodila, byl tak postižený, že si nedokázal ani vložit chléb do úst. Teprve třetí pokus přinesl úspěch*“ (Titzl, 1998, s. 39).

Kulturní historie starého **Egypta** – a tím i jeho medicíny – je rozložena časově do rozsáhlého údobí 30 dynastií. Představuje přibližně období 3500 let před n. l. Představu o staroegyptském léčení nemocných a lidí s postižením si lze učinit ze studia staroegyptských papyrů. Objeveny a rozluštny byly mj. tyto papyry (s přihlédnutím k našemu tématu): **Papyrus Smithův** pochází z doby asi 1700 před n. l., pojednává o chirurgické péči úrazů hlavy, kostí a páteře. **Papyrus Ebersův** pochází z doby asi 1500 před n. l. Svým obsahem zasahuje prakticky do všech odvětví tehdejšího lékařství, včetně péče o jedince s postižením. Jsou zde obsaženy první zmínky o duševních chorobách v Egyptě vůbec. Chrámů zasvěcené bohu Saturnovi byly útočištěm pro jedince s duševním postižením (Edelsberger, 1976).

Vencovský (1996, s. 17) uvádí, že „... na obou koncích starého Egypta nalézaly se dva zasvěcené chrámy, kde nacházeli se ve velkém počtu melancholické a kde kněží, využívající důvěřivosti nemocných, podporovali podivuhodnou léčbu... V těchto chrámech byly provozovány hry a rozptylující tělesná cvičení všeho druhu. Byly tu rozkošnický smyslné a svůdné obrazy, na které musel padnout zrak nemocných, jejich sluch okouzlovaly líbezné zpěvy a harmonické tóny, procházeli se v kvetoucích zahradách, plovouce na ozdobných člunech dýchali čerstvé a zdravé ovzduší Nilu.“

Během tisícileté historie egyptské říše pozorujeme, jak s příchodem Nové říše mizí ze staroegyptského lékařství složka primitivně vědecká a na její místo nastupují pověry, víra v nadpřirozené síly a démony. Lékaři jsou nahrazeni kněžími – zařikávači. Hlavním léčebným postupem byl zařikávací ceremoniál, modlitby a chrámový spánek, navozený za pomoci vůně kadidla a monotónního odřikávání náboženských formulí. Léčení a zejména jednorázové uzdravování se v této době neobešlo bez čarodějných návodů a léků. Ochrana slabých a jedinců s postižením byla univerzálním tématem. Konání dobra tohoto druhu mělo účelový význam pro toho, kdo se takto chová. Podstatné je, že verbální plnění mravních zásad nestačí, doporučuje se mravné chování během života. Lze se odůvodněně do-

mnívat, že v průběhu společenského vývoje starého Egypta a vývoje staroegyptské medicíny je možné pozorovat určité náznaky cílené péče o osoby s duševním postižením. **Indická kultura** vznikla při horním toku řeky Indus ve 3. tisíciletí před n. l., na území země Hinduš. V rámci indické vzdělanosti dosáhlo lékařství značné úrovně. Podle hinduistického učení má člověk duši, která se po smrti vtěluje do jiných lidí a zvířat a nesmrtelně žije dále (Valenta & Müller, 2013).

Duševní choroby jsou způsobovány nadpřirozenými silami, tj. zlými duchy a démony, kteří „vstoupili do těla člověka a posedli jeho rozum“ (Vencovský, 1996, s. 29).

Staří Indové rozeznávali několik forem duševních postižení, např. postižení vzniklé z hněvu ducha mrtvého člověka, z hněvu obrů, d'áblů apod. Mimo to rozeznávali několik démonů, kteří vyvolávali přímo specifické, charakteristické příznaky psychóz, event. mentálního postižení (ztrátu paměti, blábolivou řeč, neschopnost sebeobsluhy apod.). Slavní indiští lékaři této doby nám zanechali popis vzniku epilepsie zvané apasura. Duševní choroby mohly být léčeny jedině kněžími – lékaři, kteří jediní znali tajemství těchto nadpřirozených sil. Jestliže magické zařikávání nepomáhalo, zvyšovali kněží účinnost **očišťováním těla**, které natírali různými zápachajícími živočišnými přípravky. Tento ceremoniál byl prováděn v chrámech přímo určených k léčebným účelům. Obecně bylo doporučováno v průběhu léčby jednat s jedinci s duševním postižením laskavě, vlídně a s porozuměním. Jedinci s postižením požívali zvláštního práva na život proto, že se stali nezbytnými žebráky na chrámových stupních. V Indii stejně jako v Číně patřilo k dobrému vychování vládnoucí třídy, že prokazovali potřebným okázalé dobrodiní, že jim v určité dny dávali almužnu (Pipeková, 2006).

Ve **starověkém Řecku** v nejstarším období se vyvíjela péče o jedince s postižením a nemocné pod vlivem kultury staroegyptské, babylonské aj. Podle nejstarších mytologických starořeckých pramenů byl za boha lékařství uctíván **Asklepios**, který dovedl vyléčit všechny nemoci a křísit mrtvé. Přešel natrvalo do tradice starořeckého lékařství, takže lékařům – kněžím se pak obecně říkalo **asklepiovci**. Ti šířili jeho kult a při chrámech zasvěcených Asklepiovi zřizovali pro nemocné útulky zvané **asklepiony**. Nemocní byli léčeni během chrámového spánku masážími, dietou, koupelemi, hrami. Šlo o kombinaci náboženské léčby s přírodní léčbou, v mnohém připomínající léčbu balneologickou. Vyléčený nemocný šířil dále slávu svatyně, nevyлéčený člověk byl vykázán z chrámu jako prokletý. Řekové dlouho nezůstali v zajetí medicínské mytologie. Od 7. století před n. l. začali vytvářet a šířit nové přírodovědecké koncepce, které výrazně ovlivnily vývoj řeckého lékařství a péče o jedince s postižením. **Alkmaión** (kolem pol. 5. století před n. l.) prováděl pitvy zvířat. Tvrdil, že mozek je centrem našich smyslů, duševního života a rozumu. Rozlišil myšlení od smyslového vnímání. **Anaxagorás** (500-428 před n. l.) proslavil názor, že straní komory mozkové jsou sídlem duše a zvláštní látky, bez které nelze myslet. Dalším byl **Hippokratés** (460-377 před n. l.), největší lékař řecké antické kultury a zakladatel vědeckého lékařství. Jeho názory na vznik, podstatu a léčení tělesných i duševních nemocí nebyly dlouho překonány. Jeho koncepce přetrvala až do středověku. Vyvrátil mystické, náboženské a nevědecké představy o člověku ve zdraví a nemoci. Příčinu nemocí nehledal v nadpřirozených silách, nýbrž ve vnitřních podmínkách lidského života, ve vlivu vnějšího prostředí a zevních podmínek působících na člověka. Tvrdil, že je třeba léčit celého nemocného, nikoliv jen nemoc. Od Hippokrata pochází řada dodnes používaných psychiatrických

termínů, např. mánie, melancholie, hysterie. Po Hippokratově smrti se starořecká filozofie ocitá pod idealistickým vlivem řecké filozofie. Hlavními představiteli byli **Sokrates** (469-399 před n. l.), **Platon** (427-347 před n. l.) a **Aristoteles** (384-322 před n. l.). Platon tvrdil, že duševně choří, kteří jsou zuřiví a nevyčlepně nemocní, se mají zahubit, poněvadž je tomu tak lépe jak pro ně samotné, tak pro stát. Klidní jedinci s duševním postižením nemají být ponecháni sami sobě bez dozoru. Mají být svěřeni příbuzným, kteří jsou povinni je hlídat a opatrovat. Lékaři – filozofové mají léčit výhradně vládnoucí otrokáře. Otroci, kteří jsou duševně nedokonalí, nepotřebují během své nemoci vůbec žádné vědecké ošetření, nanejvýš mohou být léčeni nevědeckým zařikáváním. Platon také zmiňuje jeden z rozšířených způsobů léčení, individuální lékařskou péči. Vedle ní ostře kontrastuje **rituál vyobcování** jedince ze společnosti, který znamenal jistou smrt (Monatová, 1998).

Úspěšní lékaři zakládali ve svých domovech soukromé kliniky, tzv. **iatreia**. Zde byli hospitalizováni nemocní, o které se lékaři starali společně s pomocníky. Později přešla tato zařízení pod správu městského státu. Lékařství a péče o jedince s postižením v **antickém Římě**, až do příchodu řeckých učenců ve 2. století před n. l., spočívalo na nevědeckých základech. V nejstarším období římské republiky (510-31 před n. l.) byl základním pramenem práva **Zákon dvanácti desek**.

Ve IV. desce je uvedeno: „...rychle usmrtit lze zvláště obludné dítě...“ V V. desce: „...nad šilencem, který nemá opatrovníka, mají moc nejbližší příbuzní a členové rodu“ (Titzl, 1998, s. 95).

Je evidentní, že usmrcení „zrůdy“ bylo považováno za dobré pro společnost. Je otázka, zda již tehdy bylo považováno za „dobré“ usmrcení dítěte s postižením. Při narození dítěte otec pozvedl dítě ze země a tím ho přijal do rodinného společenství. Pokud tak neučinil, mohlo být dítě utraceno či pohozeno. V jiných pramenech (Dionýsos z Halikarnasu, po roce 30 před n. l.) je uvedeno, že otec i k odložení zmrzačeného dítěte musel mít jednohlasné svolení pěti sousedů. V patriarchální rodině měl otec nad dětmi právo – i nad jejich životem a smrtí. Výkon tvrdých trestů sankcionován nebyl. Až za vlády Konstantina Velikého (306-337) se usmrcení dítěte začalo posuzovat jako vražda příbuzného. Praxe zbavování se dětí byla známa i za republikánského zřízení, častá byla za císařství v době společenských otřesů a krizí. Pro takové jednání mohla být důvodem i těžká ekonomická situace rodiny nebo fakt, že se dítě narodilo jako monstrum. Narození zrůdy nemělo jen závažné následky pro dítě s postižením, spatřovala se v tom i předzvěst zlé události vážného celospolečenského dosahu. Dokládá to zejména **Kniha zlověstných znamení**, jedna z částí Liviových Dějin. Nejčastějšími případy zde popsány byly děti s více údy, event. hlavami či dalšími orgány. V římské legendě o Romulovi prý Romulus zakázal hubení dětí mladších tří let, pokud nebyly zjevně deformované. Rodily se samozřejmě i děti, které zjevně postiženy nebyly, ale přesto umíraly. Nápadní byli především lidé šílení, blázni. V Římě se konaly tzv. **trhy bláznů**, kde se tito blázni prodávali k obveselí bohatých. Zákon dvanácti desek také stanovoval poručenství nad slabomyslnými. Dále bylo stanoveno rozlišení osob podřízených cizímu páru (nesvéprávných) od osob svéprávných. Pomoc lidem s postižením přicházela od jednotlivců, ale i od představitelů státu. Převažovala materiální forma pomoci

– rozdávání peněz, obilí, potravin (při různých příležitostech – zvolení panovníka, vojenské vítězství apod.). Na přelomu letopočtu dochází ke zjevnému úpadku otrokářského zřízení klasického Říma a vzniká **křesťanství**. Křesťanství se v této době vrátilo ke staré nevědecké představě, že nemoc a postižení není věcí přirozenou, ale že má nadpřirozené příčiny, je božím trestem za spáchané hříchy. Vyléčení bylo jen projevem lásky boží a božího usmíření. S rozvojem křesťanské ideologie vznikaly postupně kulty jednotlivých světců, kteří měli být „ochránci před nemocemi“. V 1. století našeho letopočtu se zabýval duševním postižením významný lékař **Sorános** (78-138). Byl zakladatelem lůžkového režimu. Doporučoval izolovat jedince s postižením v pokoji, na lůžku, pod stálým dohledem druhé osoby, tj. ošetřovatele. Pokoj má být světlý, v místnosti nemají být tvrdé předměty, okna mají být vysoko. S osobami s postižením se má nakládat vlídně, mají s nimi být vedeny rozhovory dle jejich zájmu. Léčba spočívá ve cvičení, v procházkách, masážích, hry v šachy, hry divadla, rozptylování apod. Odmítal hippokratovské terapeutické postupy, jako pouštění žilou, dávidla, projímadla a jakékoliv omezování. Nejslavnějším římským lékařem byl **Galénos**, který přišel do Říma a Malé Asie asi roku 164. Jím končí dějiny římského lékařství. V roce 395 se římská říše rozpadá na západořímskou, s hlavním městem Římem, a východořímskou – byzantskou říši, s hlavním městem Konstantinopolí. Byzantské lékařství navazuje na učení Hippokratovo a Galénovo. Byzantští lékaři doporučovali jako léčbu duševních chorob zařikávání, nošení amuletů, přikládání pijavic, pouštění žilou apod. Z této doby známe počátky lůžkové péče o jedince s duševním postižením. Z původních nocleháren pro nemocné, cizince a poutníky – **xenodochion** – vznikly jakési nemocnice, kde byla zajištěna i lékařská péče. Při těchto nemocnicích byly lidem s duševní nemocí vyhrazeny zvláštní místnosti, což byly v podstatě první azyly pro ošetřování duševně chorých. Xenodochia představují bezesporu vůbec první instituce věnované lůžkové zdravotnické psychiatrické péči. První bylo založeno v Cařihradě roku 400, další v Jeruzalémě roku 401 (Pipeková, 2006).

Roku 476 zaniká západořímská říše a v Evropě dochází k úpadku vědeckého poznání, jenž trvá prakticky celé tisíciletí. Nastupuje náboženská feudální ideologie, která má negativní vliv na rozvoj pokrokových směrů v lékařství, zejména ve výkladu vzniku, léčení a péče o osoby s psychickým postižením.

## **2.2 Období středověku**

Začátek středověku klademe do období rozpadu západořímské říše roku 476 a nástupu barbarských říší, kdy se postupně vytvářela raně feudální společnost. Na rozpadu západořímské říše se podílela řada faktorů. Především rozklad otrokářského zřízení, vyčerpání a degenerace etnika, nemoci, epidemie, dochází k morální krizi, rozkladu morálky, rodiny. Na zánik Říma působí křesťanství, které později vítězí jako církev a teologie. Orientačně můžeme středověk rozdělit na raný, vrcholný a pozdní. Jedná se přibližně o 10 století. Konec středověku můžeme datovat přibližně v 15. století s nástupem renesance a zámořských objevů. Lze předpokládat, že v době raného středověku nebyla péče o jedince s postižením nijak zajištěna. Jedinci s postižením a nemocní byli ošetřováni v domácím prostředí.

Mühlpachr (2001, s. 30) uvádí s odvoláním na P. J. Šafaříka, že „*pohanští Slované vynikali v péči o staré, nemocné, bezmocné a ubohé nebo opuštěné a poskytovali jim ochranu.*“

Podle tohoto zdroje nebylo mezi pohanskými Slovany tuláků a žebráků. Byli soustředěni do kostelů a chrámů. Toto zjištění se rozchází s údaji, které uvádí Titzl (1998). V Čechách nebylo ve středověku o jedince s duševním postižením vůbec pečováno. Nebyli již fyzicky likvidováni jako ve starověku, ale jejich život nebyl rozhodně příznivější. S postupným pronikáním křesťanství na naše území přichází i do Čech nový duch, nové umění, nová etika. Vzrůstající moc římského papeže se odráží v bohatství klášterů a chrámů. Klášter se stává střediskem nejen duchovním, ale i centrem vzdělanosti. V období raného středověku vznikala při jednotlivých křesťanských kláštorech v celé Evropě nemocniční zařízení, tzv. **hospitály**. Poskytovaly azylovou a nemocniční péči nikoliv z hlediska medicínského, nýbrž sociálněcharitativního, jako projev nutnosti chránit společnost. Léčebnou péči zde poskytoval řeholní bratr zvaný **infirmarius**, který se řídil pokyny lékařsky vyškoleného mnicha. První taková **klášterní infirmaria**, zvaná také „útulky Páně“ nebo „boží hotely“ (Hotel Dieu), byla zřízena v Lyonu roku 520, v Paříži roku 660, v Římě roku 715, v St. Gallenu roku 820 a jinde. V této době také vznikl první klášterní azyl pro osoby s duševním postižením v Metách, založený roku 830. Tento městský azyl pro jedince s duševním postižením byl roku 1000 přeměněn ve speciální nemocnici určenou výhradně psychiatrické zdravotnické péči. Na počátku 12. století vznikla v Kolíně nad Rýnem další klášterní nemocnice pro osoby s duševním postižením. Byla vybudována údajně z dřívějšího hospitalu, založeného již roku 560. Mniši směli použít všech vhodných prostředků, aby co nejrychleji zbavili osoby s duševním postižením jejich onemocnění (Titzl, 1998).

Další kvalitativní sociální změna v internační problematice středověku vedla k zakládání xenodochií. Původně xenodochium z prvního století křesťanství byl útulek, forma pomoci, pohostinství, které klášter nebo chrám poskytoval pocestným, poutníkům, žebrákům, starcům, sirotkům, vdovám a lidem pronásledovaným, ale také nemocným, choromyslným a bláznům.

Xenodochia se ve středověku vyvinula z prvotních **diakoníí**, útulků první doby křesťanství. Diakonie byly pokračováním podobných zařízení starořeckých a židovských, zvaných **agapy**.

V těchto útulcích se poskytovalo tělesné osvěžení, nasycení a propagovalo se učení církve. Zde také vznikla potřeba profesionálních ošetřovatelů. Tuto funkci vykonávali duchovní, mniši, řádoví bratři.

**V Čechách a na Moravě** byla obdobná situace. Při kláštorech a kostelech byly zakládány domy zvané „domus hospitum“, druh středověkého hotelu pro poutníky, cizince a všechny, kdo potřebovali pomoc. Kromě Prahy a Olomouce, kde máme zprávy o podobném zařízení již v 11. století, vznikaly tyto domy v roce 1238 v Brně, v Jihlavě roku 1250, v Krumlově 1290 a jinde. Zdá se, že raný středověk duševně choré toleroval. Koncem tohoto období mizí v Evropě vědecký výklad a přírodovědecké nazírání na duševní choroby. Osoby s psychickým postižením, šílenci se stali symbolem strachu, obdobně jako všudypřítomné „memento mori“ – pamatuj na smrt. Snadno se z nich stávali tuláci. Městské úřady ve snaze zajistit pořádek a klid ve městě vyháněly tyto osoby za hradby města a nechaly je

volně bezcílně putovat krajinou. Běžným zvykem to bylo především v Německu. Tato **lykantropie** dosáhla ve své době pouze lokálních, nevýznamných rozměrů (Mühlpachr, 2001). Náplň kulturního života v této době představovala šlechta, zejména šlechta církevní, která v té době byla také jediným intelektuálním centrem. Její mluvčí – kněží – byli jedinou vrstvou inteligence v tehdejší společnosti. Vedoucí postavení církve rovněž znamenalo, že lékařství, včetně výkladu vzniku duševních chorob, se ocitlo pevně v rukou církevní intelektuální hierarchie. Mocenské postavení panské církevní šlechty se cítilo poníženo a ohroženo výroky a činy duševně nemocných. Ti byli proto postaveni mimo zákon, nebyli léčeni, nebyli pokládáni za nemocné, ale za posedlé d'áblem a satanem. Tyto pekelné mocnosti jim propůjčovaly schopnost „čarovat“. Oficiálně byla přijata nauka o **démonologii**. Démonologie představovala jedinou možnou a scholasticky přijatelnou koncepci o vzniku duševních chorob a postižení, tj. šílenství. Středověká scholastická medicína vycházela z biblických a církevních dogmat, tzn., že v bibli je jednoznačně vyřešen vznik světa a člověka. Každý jiný výklad byl stíhán jako kacířský. Uvnitř scholastické medicíny vznikaly rozpory, protože scholastická dogmata byla neslučitelná s lékařskými poznatky, zkušenostmi a výsledky vyvíjejícího se přírodovědeckého bádání. Odrazem těchto rozporů o vzniku duševních chorob byli četní lékaři, kteří pronášeli „kacířské“ názory na scholastickou medicínu a její démonologickou koncepci. Panská i církevní šlechta byla působením kritiků oficiální démonologické koncepce vzniku duševních chorob znepokojena, a vyhlásila proto čarodějnictví a kacířskému myšlení boj. Vznikla **inkvizice**, jejímž úkolem bylo tyto současné odpůrce démonologie a všechny příští bezohledně likvidovat. Největší roli v praktikování inkvizičních procesů hráli **jezuité**, řeholní řád zvaný též Tovaryšstvo Ježíšovo, založený roku 1534 bývalým španělským důstojníkem Ignácem z Loyoly (Pipeková, 2006).

K významným kritikům církve patřili např. **Cornelius Agrippa** (1486-1535) a jeho žák **Johann Weyer** (1515-1588).

Cornelius Agrippa proslul svým odhodlaným potíráním a kritikou démonologického výkladu duševního postižení. Prohlašoval, že žádní démoni neexistují, což znamená, že neexistují ani žádné duševní poruchy, které by byly vyvolány posedlostí člověka demony. Za své názory byl pronásledován inkvizicí a smrti upálením unikl jen díky tomu, že odjel do Anglie. Johann Weyer byl nejostřejším kritikem a satirickým odpůrcem démonologické podstaty vzniku šílenství. Byl to vysoce vzdělaný žák Cornelia Agrippy, neohrožený a záslužný bojovník proti inkvizičnímu týrání a upalování žen-čarodějnic a osob šílených. Ve svém díle **O klamech démonů, o zařikáváních a travičství** projevuje mnoho ušlechtilých a vysoce humánních myšlenek. Za své názory byl pochopitelně pronásledován inkvizicí, byl obžalován z kacířství a před inkvizičním rozsudkem smrti ho zachránil útek do vyhnanství (Mühlpachr, 2001).

Dalším známým odpůrcem pronásledování a inkvizičního odsuzování byl **Reginald Scott** (1538-1599).

Vydal knihu **Odhalení podstaty čarodějnictví**. Zde popírá jakoukoliv možnost spojení člověka s d'áblem. Kritizuje nelidské zacházení a mučení obviněných osob. Uvedení lékaři zavrhovali oficiální učení o démonologické podstatě duševních chorob a jejich léčení exor-



cismem, tj. zaklínáním a modlitbami, aby démoni opustili tělo člověka s postižením. Kritizovali nevědecké církevní lékařství. Církevní hierarchie jim proto vyhlásila boj a schválila vyhlazovací postupy.

Již v 11. století se objevuje první „**Demonologie**“ napsaná v tomto smyslu. Jejím autorem byl **Michael Psellus**. Obsahově se nedá srovnávat s jiným, významnějším dílem, který je spis **Kladivo na čarodějnice – Malleus Maleficarum**. Autory jsou dva němečtí dominikánští mniši **Jakob Sprenger** a **Heindrich Kraemer**.

Tuto bulu schválil a vydal papež Inocent VIII. v Římě v prosinci roku 1384. Knižně vyšla v roce 1487 ve Štrasburku. Malleus Maleficarum byl oficiální učebnicí inkvizitorů. Představuje nejohroživější a nejotřesnější dokument tehdejšího postoje církve nejen proti „čarodějům“, ale současně také proti duševně nemocným. Ti byli s naprostou samozřejmostí obviňováni z čarodějnictví, ze spojení s ďábly, z posedlosti démony a satanem. Tím začal smutně proslulý „hon na čarodějnice“.

Určitý přechod v pohledu na jedince s duševním postižením můžeme pozorovat u **Theofrasta Paracelsa** (1493-1541), který již není tak temně středověký, ale ještě ne zcela renesanční. „*Zuřivci a blázni jsou nemocní a naši bratři, a proto jednejte s nimi podle toho. ... když mozek zuřivců a bláznů se nedá radami a léky pohnout a ovlivnit, pak jest možno uvrhnout ho do nejvyšší tmy a spoutat řetězy, aby silou svého zvířecího ducha nesvedli celé město, dům, celou zemi*“ (Vencovský, 1957, s. 14).

Vidíme, že názory Paracelsa tvoří jakýsi přechod mezi středověkým a renesančně novověkým pohledem na jedince s duševním postižením. Situace na našem území byla obdobná. Kulturní historie lékařství poskytuje i u nás dostatek důkazů o soudních procesech proti jedincům s duševním postižením, obviněných z čarodějnictví. Dochovaly se tzv. **smolné knihy**, jež jsou dokladem o způsobu zacházení s osobami s duševním postižením v Čechách. S konečnou platností však teprve po nástupu syna Marie Terezie, pokrokového císaře Josefa II. (1780-1790), na habsburský trůn byla jakákoliv soudní řízení s kouzelníky, čaroději apod. zakázána. **Humanismus** můžeme charakterizovat jako společenské, vědecké a literární hnutí, které spolu s usilovným studiem antické kultury obracelo více než dříve pozornost k člověku a k jeho pozemskému životu. Jsou to názory a ideje proniknuté úctou k důstojnosti člověka, vychovávající lidi k morálním kvalitám. **Renesance** je kulturní hnutí související s rozpadem feudalismu a vznikem prvotní buržoazní společnosti. Vzniká v Itálii, rychle se rozšiřuje po celé Evropě. Renesanční ideje jsou spojeny s rozkvětem umění a věd, které se opíraly o antickou kulturu. Usilovaly o její obrodu, návrat k dokonalosti, obohacení novými prvky, perspektivou a vědeckým studiem skutečnosti. **15. století** je období, kdy dochází k mohutnému rozvoji měst. V otázce péče o osoby s postižením se objevil nový sociální aspekt. Do této doby nepožívali jedinci s duševním postižením žádné sociální, a tím méně právní ochrany. Byli společnosti jen na obtíž, byli vyháněni, vymrskáváni, a jestliže se vrátili, byli kamenováni a znovu vyháněni. V 15. století se poprvé setkáváme s určitými pravidly a předpisy pro zacházení s osobami s tímto postižením. Například bylo přikázáno příbuzným, aby je z bezpečnostních důvodů izolovali, třeba násilím uzavřeli v domě, a jestliže se duševně nemocný z izolace vzdálí a dopustí trestného činu, je za něj odpovědný příbuzný. Neměl-li jedinec s postižením příbuzné, připadla péče o něj cechu. Jestliže příbuzní byli majetní, mohli svěřit osobu s duševním postižením do péče cizích lidí

a vyjednat tzv. **patronáž**. Pouze výjimečně nesla náklady za patronáž městská správa. Vidíme tedy, že osoby s duševním postižením nabývaly již jakési sociálně-právní ochrany, která však nebyla motivována zájmem o jejich celkový stav, ale tím, aby nebyly společností na obtíž. Nesmíme ale zapomínat, že v této době stále v plné míře fungoval Malleus Maleficarum. Intenzivní snahy církevní hierarchie zabránit pokrokovým lékařům v činnosti byly marné. Koncem 15. století významní učenci rozhodně bojují za pokrok ve vědě. Věda se konečně oddělila od církve. Všechny nové myšlenkové proudy vyústily v 16. století v kulturu renesance, která představovala světový názor nové společenské třídy – měšťanstva. Renesanční světový názor se lišil od církevně středověkého především svým světským charakterem, svou humanistickou snahou o všestranný rozvoj člověka. Rodící se renesanční myšlení se začalo opírat o materialistické ideje v přírodních vědách, bojovalo s mystikou, scholastikou a náboženstvím. Rozvíjely se jednotlivé přírodovědné disciplíny, jako mechanika, matematika, astronomie, geografie a rovněž lékařství. Bylo by chybou domnívat se, že s nástupem renesance bylo lékařství a péče o jedince s postižením ihned pokrokové. Nadála trvala nadvláda církve a šlechty, takže dále trvaly inkviziční soudy. Poslední tzv. čarodějnice byla upálena v Německu až roku 1782. Nové poznatky byly vždy v přísném rozporu s mocnou církevní ideologií, a proto se jen těžce prosazovaly do praxe (Valenta & Müller, 2013).

Ještě po celé sedmnácté a osmnácté století se duševní choroby běžně léčily podle zásady „**fame, plagiis, vinculis coercendus est insanus**“ – „**duševně nemocný má být zkrocen hladem, bitím a okovy**“. Až do doby renesance existovala jako oficiální nauka o vzniku a podstatě duševních chorob démonologie, podle které byly duševní choroby pokládány za projev posedlosti člověka démonem. Výskyt osob s duševním postižením byl pouze dokladem existence „**padlých andělů – d'áblů**“, kteří vstoupili do těla těchto ubohých lidí.

V době předrenesanční byly ideologickými prvky vzdělaného obyvatelstva dogmatismus, autoritářství a scholasticko-abstraktní myšlení. V renesančním pojetí šlo o hledání pravdy ve vědách na podkladě vlastních zkušeností, vlastního zkoumání přírodních jevů a používání svého vlastního rozumu. Renesance vyhlásila boj proti pověrám v lékařství, proti čarodějnictví a démonologii. Uplatňovala se především v řadách osvícených vzdělanců, jak z šlechty, tak i z řad měšťanů, laiků ve vědách, někdy i v řadách církevních intelektuálů. Renesanční rozvoj psychiatrie byl oproti jiným oborům lékařství zpomalen. Jiné oblasti medicíny se v této době vyvíjely daleko intenzivněji. Přesto i v psychiatrii pomalu, ale jistě dochází k odtabuizování. Nemalou zásluhu na tom měla univerzita v Basileji, založená roku 1460. Na této univerzitě bylo možno svobodně učit a rozvíjet lékařství v pokrokově renesančním duchu a zároveň též rozvíjet nauku o duševních chorobách jakožto otázku medicínskou, nikoliv teologickou (Pipeková, 2006).

V této době vznikají první neklášterní azyly a nemocnice pro osoby s duševním postižením. První neklášterní azyl byl založen roku 1403 v Londýně. Tyto „**věže bláznů**“ jsou budovány ve větších evropských městech.

Norimberská kronika uvádí, že „**šílení a pomatení bláznů byli ukazováni normálním smrtelníkům za mírný poplatek jako podivná monstra, jako jakési divné lidské zlo**“ (Černoušek, 1994, s. 43).

Za zmínku stojí zajímavý čin města Znojma, které zřídilo z obecních peněz roku 1458 **Dům pro osoby nemající rozum**. S úpadkem města Znojma zanikl i tento první azyl pro osoby s duševním postižením na území našeho státu. Zachovala se zmínka, že podobný azyl určený výhradně pro tzv. šílence byl vybudován roku 1582 v Brně. Byl ohrazen plotem, duševně choří v něm byli drženi v železných klecích a o trzích je vozili do města k obveselování veřejnosti. Nemáme přesné zprávy o tom, jak byly osoby s duševním postižením v těchto azylech ošetřovány. Víme, že bývaly připoutány okovy ke zdem a trávily svůj život ve špině a strašných podmínkách. Jestliže již „nezuřily“, byly vyváženy v dřevěných nebo železných klecích na náměstí města, kde byly ukazovány a vystaveny veřejnému posměchu a týrání (Ludvík, 1956).

*„V některých státech středověké Evropy byli jedinci s duševním postižením dokonce umístováni v jakýchsi lesních rezervacích a bylo dovoleno je tam honit a zabíjet jako tzv. vlkodlaky“ (Vencovský, 1996, s. 14).*

Historický přechod mezi středověkým postojem k duševní nemoci a novověkým zrodem azylu představovala „**lod' bláznů**“. „Lod' bláznů“ byl podivný koráb, který se plavil v Porýní a po vlámských kanálech.

*Jak uvádí Foucault (1994, s. 32-34), „lod' přistávající u břehů byla pro evropská města patrně častým obrázkem. Dobrat se přesného smyslu tohoto zvyku není lehké. Zdálo by se, že jde o všeobecnou metodu, již se městské úřady zbavovaly potulujících se šilenců. To však věc plně nevysvětluje, protože ještě před vznikem speciálních zařízení byly osoby s psychickým postižením občas přijímány i do špitálů. Je možné, že každé město se staralo jen o ty, kdo byli jeho občany, a vyhánělo pouze cizince. Záznamy o podporách ve prospěch pomatěných v účtech některých středověkých měst skutečně existují. I když může být „lod' bláznů“ jen obrazným znázorněním, představuje konec putování osob s duševním postižením po evropských krajinách. Je to úsvit moderní institucionální péče v zařízeních nemocničního typu. Šílenci, pomatenci, posedlí, nezkrotitelní zuřivci, tuláci, bezdomovci, umírající vyvrženci, propuštěnci z trestu a jim podobní jsou nepohodlní. Brzy budou uzavřeni do špitálů, útulků, azylů, dobročinných institucí, za jejichž mřížemi se budou skrývat, uvěznění v poutech, společností opovrhováni.“*

Krátce se ještě zmíníme o situaci v Praze. Roku 1505 zřídila pražská obec pod tzv. Slovany špitál pro „chudé a neduživé“. Byl zasvěcen svatému Bartoloměji a určen k ošetřování 48 nemocných a nemajetných občanů. Během doby se stal tento špitál pražským chudobincem a zaopatřovacím ústavem. Roku 1784 byl císařem Josefem II. zrušen a celá špitální budova byla od roku 1784 až do roku 1790 určena výhradně pro ošetřování choromyslných. Tomuto účelu přestala sloužit roku 1790, kdy byl při pražské Všeobecné nemocnici zřízen samostatný ústav pro osoby s duševním postižením.

**Jan Amos Komenský** byl vynikající český myslitel, teolog, polyhistorik a pedagog. Svým dílem položil základy novodobé pedagogiky. V jeho dílech lze zaznamenat již značný pokrok v názorech, neboť si plně uvědomoval individuální rozdíly mezi dětmi. Tyto rozdíly mají značný vliv na stupeň jejich vychovanosti, jak uvádí v „**Didaktice velké**“. Hlavním cílem bylo vytvoření podmínek pro harmonický rozvoj osobnosti, člověka vzdě-

laného, zbožného a mravního, ve smyslu **panharmonie**. Významným pojmem je **přirozenost**, shoda s přírodou. Smysl pro vzdělání je zaměřen k životu, k životní praxi. Komenský je pedagogický optimista, ve své **panpedii** – **vševýchově** specifikuje jako cíl vládnout myšlením s moudrostí, jazykem a výmluvností, být schopen konat díla, mít dobré mravy a způsoby a být zbožný. Věří, že tohoto cíle lze dosáhnout, je-li člověk formovatelný a vychovatelný. „**Je tedy třeba, aby se všem lidem dostalo vzdělání.**“ (Valenta & Müller, 2013).

Stanovil, že v každém člověku jsou jisté možnosti, které by se měly zachytit a dále rozvíjet. Rozlišuje mezi dětmi šest skupin duševních schopností. Za nejvhodnější ke studiu považoval **první typ**, tj. děti bystré, chtivé učení a povolné. **Druhý typ** jsou děti vtipné, avšak hravé, ale přece poslušné, proto je třeba je podněcovat. Dnes bychom řekli motivovat. **Typ třetí** – děti vtipné a učenlivé, avšak zatvrzelé a vzpurné – vyžaduje zvláštní pozornost. Uvedené tři skupiny lze přivést k pozitivním výsledkům, vyžadují však odlišný metodický postup. Při hodnocení **čtvrtého typu** poukazuje Komenský na to, že i tyto děti jsou povolné a chtivé učení, avšak jsou zdlouhavé a těžkopádné. Musíme se jim přizpůsobovat, pomáhat jim a dodávat jim mysl. Přirovnává je k pozdnímu ovoci, jež déle vydrží. K **pátému typu** řadí tupé, vlašné a liknavé děti. Ale ani u nich se nevzdává naděje. Vyžadují vedení s velkým uměním a trpělivost. **Šestým typem** jsou děti tupé, hloupé a vzpurné. Z této klasifikace vyplývá tento závěr: Komenský chtěl, aby se věnovala plná pozornost všem dětem, podle jejich individuálních zvláštností a využívaly se vhodné výchovné postupy (Pipeková, 2006).

**„Jestliže kdo z přirození hloupý jest, ten právě vedení a cvičení potřebuje, protože pro zpozdilost svou sám na nic přijíti a v nic přitřefiti neumí“** (Ludvík, 1956, s. 27).

Základním didaktickým zákonem Komenského, který důsledně uplatňoval v celé své nauce, byl požadavek učit všemu příkladem, pravidlem a praxí. Jako první prosazuje v pedagogice důsledně vycházet z poznání bezprostřední skutečnosti. Z jeho základních didaktických principů je hlavní **princip názornosti**, tj. požadavek opírat se při vyučování co nejvíce o bezprostřední smyslovou skutečnost. Toto považoval za „zlaté pravidlo“ vyučování. I jeho **princip přiměřenosti** znamenal požadavek respektovat při výuce věkové a individuální zvláštnosti žáků. Vysoce zdůrazňuje také **princip systematickosti**, tj. návaznosti informací nejen v rámci jednotlivých předmětů, ale i mezioborově. **Principem aktivnosti** rozuměl především požadavek vycházet ze zájmu žáků, probouzet jejich zájmy a podněcovat jejich aktivní myšlenkové procesy i praktickou činnost. Genialita pedagogického díla Jana Amose Komenského se výrazně projevuje zvláště v těch myšlenkách, které můžeme realizovat i dnes v přístupu k lidem s mentálním postižením. I dnes je aktuální a nacházíme v něm mnoho podnětů, jež jsou nezanedbatelným zdrojem poučení a inspirace (Valenta & Müller, 2013).

### **2.3 Období 17. až 19. století**

Období 17. až 19. století je obdobím novověku a dobou důležitých revolučních společensko-sociálních přeměn. Byla to doba dalekosáhlých přeměn v politickém myšlení, k

němuž dali podnět zejména tzv. francouzští encyklopedisté (Rousseau, Voltaire aj.). Vyvrcholilo vítězstvím Američanů v roce 1781 v boji za vlastní samostatnost a nezávislost proti anglické hospodářsko-politické nadvládě a v Evropě Francouzskou revolucí v červenci 1789. Tehdejší Evropa byla v myšlenkovém varu a dynamická síla nových myšlenkových proudů a humanitních idejí strhávala a nemohla zůstat bez ohlasu. Francouzská revoluce se svou pokrokovou ideologií rovnost – volnost – bratrství nemohla být trvale omezena jen na Francii. Pozvolna se rozšiřovala po celé Evropě.

17. a 18. století bylo obdobím bouřlivého rozvoje nového světového názoru materialistického směru, který mimo jiné zdůrazňoval síly a schopnosti rozumu. **Osvícenství** mělo velký ohlas po celé Evropě. Tato nová filozofie uznávala jako formu státní organizace tzv. **osvícenský absolutismus** a byla přijímána příznivě jednotlivými panujícími feudály.

Domnívali se, že osvícenstvím mohou upevnit rozpadající se feudální řád, a to zejména různými „osvícenskými“ reformami. Avšak tyto reformy nebyly důsledkem filantropicko-humanistických názorů, nýbrž nutným a zákonitým důsledkem nástupu nových hospodářsko-spoločenských vztahů uvnitř rozkládajícího se feudálního zřízení. V 17. století se rychle rozvíjejí nové materialistické směry ve filozofii i v přírodních vědách. Materialistická ideologie proniká i do lékařství a významně ovlivňuje jeho vývoj. Vznikly velké internovní budovy, velké špitály, církevní i veřejné podpůrné a trestní instituce, charity a vládní dobročinná zařízení. To vše je dílem osvícenství. Éra osvícenství užívá internace dvojím způsobem, přiděluje mu dvojí roli: vstřebává nezaměstnanost, nebo alespoň zastírá její nejviditelnější sociální důsledky a reguluje sazby, když hrozí příliš vystoupit. Internovní domy vstřebávaly nezaměstnané hlavně proto, aby maskovaly jejich bídu a bránily sociálně a politicky nepříjemnému vření. Přitom jakmile je umístily do dílen nucené práce, stoupala nezaměstnanost v sousedních oblastech nebo podobných oborech. V léčebně zdravotnické péči o jedince s duševním postižením můžeme v tomto období zaznamenat pozvolna se zesilující pokrokový směr. Ten požadoval z důvodu lidskosti umístování osob s duševním postižením ve zvláštních útulcích a místnostech při nemocnicích. V požadavku internace se nerozlučně pojil aspekt ekonomický s mravním. Dalším pokrokem bylo rozhodnutí některých měst (Basilej, Hamburg aj.) přijímat jedince s duševním postižením do káznic, v nichž jim byly vykázány zvláštní kobky. Osoby s postižením zde již byly rozdělovány na klidné a neklidné (Mühlpachr, 2001).

*„Neklidní sice byli ponecháni v kobkách, ale nesmělo se s nimi hrubě zacházet a strážci směli nosit bič „pouze jako výstrahu“. Klidní nemocní mohli vysedávat s ostatními chovanci káznice, odděleně podle pohlaví a zaměstnávat se přidělenou prací“ (Vencovský, 1996, s. 155).*

První ústav pro výchovu slabomyslných byl založen roku 1792 v Bicêtre u Paříže a v Solnohradě (dnešní Salzburg). Roku 1842 zakládá Jakub Guggenbühl ústav ve Švýcarsku a téhož roku vzniká ústav v Berlíně. V druhé polovině 19. století s rozvojem medicíny a jiných vědních oborů dochází k humanizaci péče o osoby s mentálním postižením. Byly zakládány další ústavy. Kromě azylové péče, které se v těchto ústavech osobám s postižením dostávalo, vzniklo zásluhou pokrokových pedagogů pomocné školství (Vencovský, 1996).

**V českých zemích a Rakousku-Uhersku v 17. a 18. století** dochází k opětovnému posílení moci církve a habsburského feudalismu. Byla to doba hlubokých společenských reforem a revolučních přeměn, jejímž vyvrcholením byla tzv. josefínská doba se svým osvíceným a humanitním pohledem na osudy lidí s duševním postižením. V letech 1618-1648 trvá v Evropě třicetiletá válka, která ve svém důsledku výrazně změnila dosavadní slibný hospodářský, sociální a kulturní rozvoj českých zemí. Došlo k zpusťování země, hospodářskému rozvratu, poklesl výrazně počet obyvatelstva, rozšířily se časté epidemie nemocí. Prostý lid je nesmírně zatížen tvrdou robotou, tím samozřejmě ztrácí zájem o vzdělání. Nastupuje pasivita, letargie, různé pověry a bludy. Školní docházka je nepovinná, budovy škol zchátralé. Učitelé používali velmi primitivní vyučovací metody, nechyběly tvrdé fyzické tresty. Až za vlády Marie Terezie (1740-1780) dochází ke zlepšení poměrů v oblasti vzdělávání pod vlivem šířícího se filantropismu. Výrazně stoupl počet nově založených škol. Roku 1620 císař Ferdinand II. povolal po bělohorské bitvě do Čech řád milosrdných bratří. Ti založili tehdy největší pražskou nemocnici, která se po dalších stavebních úpravách stala nejvyhledávanější pražskou nemocnicí. Svému účelu sloužila až do roku 1920. Roku 1783 bylo při této nemocnici zřízeno oddělení pro kněze s duševním postižením (dvorním dekretem císaře Josefa II.). Kromě jiných zde byl léčen např. národní buditel a patriarcha slavistiky, abbé Josef Dobrovský. Prvním českým psychiatrem a primářem Nemocnice milosrdných bratří byl Dr. Josef Theobald Held. Teprve otevřením pražské Všeobecné nemocnice roku 1790 pozbyla tato nemocnice svého významu (Cach, 1989).

Roku 1722 zřídil řeholní řád sv. Alžběty (tzv. „**alžbětinky**“) na pozemcích kláštera Na Slupi nemocnici určenou výhradně pro ženy „jakéhokoliv původu a trpící jakoukoliv nemocí“. V tomto špitále byla vyhrazena místa pro ošetřování žen s duševním postižením, dokud nebyl vybudován při pražské Všeobecné nemocnici samostatný Ústav pro choromyslné.

Pod tlakem nové pokrokové ideje osvícenství došlo také u nás k dalekosáhlým reformám na poli péče o nemocné a lidi s postižením. Osvícenský panovník Josef II. zrušil v Praze devět klášterních špitálů, nevyhovujících jak hygienicky, tak svou zaostalostí. Místo nich dal zřídít několik sociálních a zdravotně léčebných institucí. Jednalo se o chorobinec (1789), porodnici (1789) a Všeobecnou nemocnici. Nová pražská nemocnice byla otevřena 1. listopadu 1790 a téhož dne byl dán do provozu i první samostatný Ústav pro duševně choré, který byl řádně lékařsky řízen a spravován. Roku 1822 byl pro účely léčení a péče o lidi s duševním postižením zabrán klášter sv. Kateřiny v Praze. Ústav pro duševně choré již nedostačoval z kapacitních důvodů. Praha nyní měla důstojný azyl pro osoby s duševním postižením. Psychiatrie mohla být studována již jako samostatné odvětví medicíny. Přesto všechno byla situace lidí s duševním postižením nanejvýš neutěšená. Pouze nepatrná část jedinců s postižením mohla být umístěna v Praze ve špitálech křesťanské filantropie, zejména ve špitálech řádu alžbětinek, u sv. Bartoloměje a milosrdných bratří. Tam se jim dostalo nejnutnějšího ošetření. Ti, kteří nebyli přijati do špitálů, byli drženi v tzv. obecních šatlavách, kde se o ně staral dráb (Eisová, 1983).

Neklidní byli přijímání porůznu do klášterních špitálů a tam „... *umístování ve sklepních kobkách obdobných žalářům, nezřídka v řetězech spíše jen střežení než léčení. Ostatní se potulovali po ulicích a vyvolávali strach a ošklivost u svých spoluobčanů. Za pobyt jim*

sloužil obyčejně chlév a za lůžko kus shnilé slámy, takže smrt byla pro ně vykoupením z jejich trapného a smutného životního údělu“ (Vencovský, 1957, s. 46-47).

Až rok 1790 a otevření Ústavu pro duševně choré přinesl začátek systematické péče o lidi s duševním postižením v Praze.

**Druhá polovina 18. století** byla obdobím významných státních reforem v mnoha oblastech vnitřního života. Těžké války do krajnosti oslabily materiální rezervy monarchie, ale neodstranily neustálou hrozbu konfliktu s Pruskem. Ekonomická labilita byla zesílena ztrátou bohatého Slezska. To vše přinutilo rakouský absolutismus hledat východisko z potíží v široké a radikální přestavbě vnitřního života země. V plánech na zvýšení ekonomické moci státu podstatné místo zaujímalo „osvícení lidu“. Ekonomičtí teoretikové hodnotili gramotnost lidu jako nezbytnou podmínku hospodářského vzestupu. V této době existují již historické předpoklady k reformě školství. Je to období přechodu feudalismu ke kapitalismu. Existuje přímý vztah mezi vzdělaností všech vrstev obyvatelstva a úspěšností státu v mnoha oblastech existence. Dochází k postupné centralizaci státní správy, k reformám daňového systému, náboženské toleranci. Školská reforma se dotkla v prvé řadě Karlovy univerzity, ze které byli odvoláni jezuité, byla stanovena školská komise, zkvalitněna úroveň studia na všech fakultách. Reforma základního školství proběhla v roce 1774, o rok později proběhla reforma středního školství. Do tohoto roku byly poměry ve školství velmi neutěšené, pouze řád piaristů zajišťoval vzdělání i chudých dětí. Městské a nepravidelně se vyskytující venkovské školy farní, které nenáležely žádnému řádu, byly často v rukou nevzdělaných nebo polovzdělaných osob (vysloužili vojáci, hudebníci, řemeslníci aj.). Převažoval středověký model dogmatického a mechanického vyučování. Podle nové školské reformy přebíral stát vrchní dozor nad školami. Výchova a vzdělávání byly ve státním zájmu, výchova působila jako prostředek společenského pokroku (Edelsberger, 1976).

Byla ustanovena **povinná školní docházka** od 5 do 12 (13) let jako závazná vzdělávací povinnost. „V Sasku byla povinná školní docházka ustanovena již v 17. století a ve Skotsku dokonce již v 16. století“ (Cach, 1989, s. 159).

Školní povinnost se v praxi uplatňovala obtížně, děti byly pracovní silou na rodinném hospodářství, proto byly často ze školy uvolňovány. Tento problém přetrvával ještě dalších 100 let. O tom, jak byly v této době vzdělávány **děti s mentálním postižením**, můžeme pouze spekulovat. Pokud byly schopny práce, byly jistě zneužívány jako levná pracovní síla a o speciální výchově a vzdělávání nemůžeme hovořit. Osudy dětí s těžkým mentálním postižením byly jistě velmi tragické. V době vlády syna Marie Terezie císaře Josefa II. (1780-1790) došlo k završení osvícenských reforem. Zrušení nevolnictví roku 1781 a Toleranční patent uvolnil náboženskou svobodu. Český jazyk zůstal vyučovacím jazykem triviálních škol. Rozšířila se síť **základního školství** tak, že pro každé dítě měla být škola dostupná v okruhu pěti kilometrů. Vzdělání dívek se stalo definitivně povinné (Monatová, 1998).

Z významných evropských osobností, které působily v oblasti péče o lidi s postižením v 17. a 18. století, jmenujeme zejména **Philipa Pinela** (1745-1826), který provedl reformu zdravotnické péče o duševně choré v Paříži. Pracoval v psychiatrické věznici v Bicetre, kde

byly umístěny ženy s duševním onemocněním, a ve Salpetriere, ve věznici pro muže s duševním onemocněním.

Vypracoval reformní program, postupně vyvedl nemocné z kobek a vězení, uvolnil řetězy a okovy. Jako jediné omezovací opatření připravil svěrací kazajky. Ústav pro duševně nemocné si Pinel představoval jako samostatnou organizační jednotku s posláním nejen léčebným a ošetrovatelským, ale i výukovým. „*Kladl důraz na prostředí, ve kterém se nemocní pohybovali. Propracoval nový způsob léčby – léčbu prací, především polní práce*“ (Vencovský, 1993, s. 89).

Pinelovy výzkumy přispěly k rozlišení jedinců s mentálním postižením od lidí s duševním onemocněním. Jeho největší význam spočívá hlavně v tom, že odstranil „vězeňský režim“ pro osoby s duševním onemocněním, zejména jejich připoutání pouty a okovy. Prosadil zásadu, že pro všechny platí stejné hygienické a léčebné podmínky, protože v nemocnici jsou si všichni lidé rovni. Péče o lidi s duševním onemocněním musí být záležitostí státní zdravotní správy, nikoliv záležitostí charitativní, dobročinné péče. Tyto jeho zásady jsou platné dosud. Žáci Filipa Pinela **Dominique Esquirol** (1772-1840) a **Jean Gaspard Itard** (1775-1838) pokračovali v prosazování myšlenek svého učitele v oblasti péče o jedince s mentálním postižením a osoby s duševním onemocněním. Za největší osobnost v péči o lidi s mentálním postižením v celosvětovém měřítku je považován v tomto období **Eduard Seguin** (1812-1880). Završil snahy svých učitelů a spojil teoretickou rovinu zásad přístupu k osobám s mentálním postižením s praktickou realizací – vzděláváním (Valenta & Müller, 2013).

Podle Seguina musí vzdělávání osob s mentálním postižením obsahovat: **výchovu činnosti** – rozvíjení pohybových schopností, svalového systému, pocitů a vnímání, **výchovu myšlení** – formování představ a pojmů, zvládnutí základních vědomostí, základů trivia a **výchovu vůle**, která je podle Seguina shodná s mravní výchovou, která učí ovládat a řídit základní instinkty osoby s mentálním postižením.

Pro své myšlenky a přístupy v oblasti vzdělávání osob s mentálním postižením je považovaný za největšího psychopeda minulosti i současnosti.

**V českých zemích a Rakousku-Uhersku na začátku 19. století** nastává s nástupem císaře Františka Josefa II. na rakouský trůn období relativního klidu a stability, období Bachova absolutismu. Roku 1861 vydává Toleranční patent, kterým zajistil úplnou zákonnou rovnoprávnost v občanském i politickém životě protestantskému (evangelickému) náboženství. Mimo jiné jim přiznal i možnost zakládání spolků. Nejdříve byly vybudovány sirotčince, potom domovy pro děti a staré lidi s postižením. Péče o jedince s postižením, kterou dosud zajišťovala katolická církev svými charitativními zařízeními, se rozšířila o péči diakonickou. Veškerá péče o lidi s postižením stále zůstává v rukou církve. Roku 1805 vychází školský zákoník, vytvořený zcela v intencích církve, který se o péči o mládež s postižením vůbec nezmiňuje.

„*Až v druhé polovině tohoto století dochází na základě zemských zákonů k zakládání škol pro děti neplnomyslné a mravně zpustlé*“ (Ludvík, 1956, s. 41).

První ústav pro osoby s mentálním postižením v Rakousku byl založen v roce 1828. Ve Slezsku se pravděpodobně prvním ústavním zařízením pro jedince s duševním postižením



stal v roce 1841 malý domek ve dvoře Heidrichovy nadační nemocnice v Opavě. Zařízení bylo té době odpovídající, ubohé, lidé s postižením byli internováni, uzavřeni v malých celách. V roce 1889 byl otevřen **Slezský zemský ústav pro duševně choré v Opavě**. V roce 1897 bylo jedno oddělení přebudováno na otevřené psychiatrické oddělení a byl zde proveden pokus o extramurální – rodinnou péči (Monatová, 1998). V **Čechách** je první soustavná péče o slabomyslné spojována se jménem Karla Slavoje Amerlinga (1807-1884). **Karel Slavoj Amerling**, vzděláním lékař, se zajímal o kretény, idioty, děti zpustlé a mravně zanedbané. Zajímal se o etiologii slabomyslnosti. Jeho záslužnou práci přerušily jednak finanční potíže a také persekuce rakouskou vládou. Byl za své vlastenecké smýšlení pronásledován, odešel na odpočinek a věnoval se slabomyslným v Ernestinu. **Ústav Ernestinum** byl založen z jeho iniciativy roku 1871 a umístěn v Kateřinské ulici v Praze 2. Založení ústavu schválil a finančně dotoval ze sbírek a darů Spolek paní a dívek sv. Anny. Ernestinum bylo zřízeno pro chudé a slabomyslné. Program vypracoval K. S. Amerling, který byl ustanoven ředitelem a ústavním lékařem. Při ústavu byla zřízena dvě kuratoria, lékařské a pedagogické, která doporučovala chovance k přijetí. Cílem péče bylo na základě soudobých znalostí a zkušeností s pomocí výchovy a zdravotnické péče navrátit chovance jako uvědomělé a užitečné občany do společnosti, nebo je chránit od úplné zkázy (Pipeková, 2006). Organizačně byl ústav rozdělen na 3 oddělení:

- V **prvním oddělení** (podle současné terminologie diagnostickém) měli být chovanci jen dočasně. Na základě lékařského a pedagogického pozorování se přefazovali do jednoho z dalších oddělení ústavu. Hlavní náplní byl nácvik sebeobsluhy a výcvik v rukodělných pracích.
- **Druhé oddělení** mělo charakter výchovný a vyučovací s náplní práce podobnou první třídě obecné školy. Vyučovalo se čtení, psaní, biblická dějprava, rýsování, kreslení, tělocvik a zpět. Dále byli chovanci cvičeni v práci v domě, na zahradě a na poli. Amerling zdůrazňoval práci v přírodě a sepětí s přírodou jako důležitý prvek ve výchově slabomyslných. Cílem tohoto oddělení bylo, aby se chovanci po odchodu z ústavu stali schopnými výdělků.
- Ve **třetím oddělení** ústavu byl azyl pro idiotické děti. Zde Amerling zdůrazňoval tyto principy péče: lásku, opatrnost, rozumné ošetření a léčení. Do **systemu péče** byla zařazena vodoléčba – teplé a studené koupele a masáže.

Jako ústavní lékař studoval Amerling v Ernestinu somatické abnormality chovanců a vady řeči. Svá pozorování systematicky zaznamenával v obsáhlé dokumentaci, kterou doplňoval fotografiemi. Jsou to kompletní záznamy o pedagogicko-lékařských pozorováních. Z tohoto materiálu čerpali i jeho následovníci (Eisová, 1983). Své výzkumy zobecňoval a publikoval, např. v Časopise lékařů českých. Ernestinum mělo za vedení K. S. Amerlinga výbornou pověst, která přesahovala za hranice státu. Snažil se realizovat zřízení podobných ústavů mimo Prahu. Z dalších významných osobností, které se zabývaly péčí a podporou vzdělávání osob s mentálním postižením, jsou František Čáda, Karel Herfort a Josef Zeman. Z evropských osobností jsou to **Alfréd Binet** (1857-1911), **Jakub Guggenbuhl** (1816-1863), **Maria Montessoriová** (1870-1932), **Ovide Decroly** (1871-1932).

Péče o osoby s mentálním postižením v Evropě na přelomu 19. a počátku 20. století je zaměřena zejména na oblast vzniku speciálních školských zařízení a nových typů ústavů

zabývajících se žáky a osobami s mentálním postižením. Ve **Francii** péče o jedince s postižením stavěla na slavné tradici Filipa Pinela a jeho pokračovatelů. V roce 1859 byla zřízena **škola pro slabomyslné dívky** v Salpetrier. První **pomocná třída** pro hochy byla otevřena v Paříži v roce 1907, následovaly další dvě třídy pro hochy a dívky. Od roku 1909 platil ve Francii zákon o zřizování **zvláštních škol pro duševně opožděné**.

Prvenství ve zřizování pomocného školství patří **Německu**. První pomocná škola byla založena již v roce 1835. Zasluhou pokrokových učitelů, lékařů a filantropů se v období let 1874-1910 uskutečnilo na území Německa třináct **Konferencí pro blaho idiotů**.

Rovněž ve **Švýcarsku** došlo k velkému pokroku. Snahou Švýcarů bylo zřídit v každém kantonu **ústav pro děti abnormální**. Ústavy byly zřizovány pro menší počet svěřenců, měly více rodinný ráz. Roku 1897 bylo ve Švýcarsku pouze 13 ústavů, roku 1907 již 29 ústavů, roku 1909 30 ústavů. Dochází k vzniku pomocných škol, roku 1907 bylo na území Švýcarska 67 zvláštních tříd. V **Belgii** byla první pomocná škola založena v Bruselu roku 1897, v roce 1899 v Antverpách a roku 1904 v Gentu. **Holandsko** mělo v roce 1904 dvě pomocné třídy v Haagu a v Rotterdamu, v Amsterdamu 8 pomocných tříd. O kvalitnější péči o děti slabomyslné se zasazoval **Spolek pro péči o děti slabomyslné a nervově choré**. Ve **Velké Británii** uzákonil školský zákon z roku 1914 **povinné vzdělávání jedinců s mentálním postižením** (Monatová, 1998). Roku 1900 byla zřízena **speciální škola** pro vzdělání schopnou mládež v Rochesteru. Výchova abnormálních jedinců byla závislá na dobročinnosti, proto se pomocné školství vyvíjelo pomalu. Ale v roce 1908 bylo již v Anglii 212 škol pro mládež duševně slabou. Ve **Skotsku** existovaly v této době 2 **ústavy pro slabomyslné** a v **Irsku** jeden. V **Dánsku** pomocné školství vzniká až po roce 1900, v Kodani bylo v roce 1907 třináct pomocných tříd. Ve **Švédsku** bylo v roce 1904 osmnáct ústavů, z nichž tři privátní a ostatní provinciální. V roce 1907 zde již bylo 29 ústavů pro slabomyslné. V Rusku bylo v době před první světovou válkou vzhledem k vysokému počtu osob s mentálním postižením velmi málo speciálních zařízení. První ústav byl zřízen v roce 1854 v Rize – 28 míst. V roce 1911 bylo 5 ústavů v Petrohradě. Evangelická církev zřídila jednu kolonii pro idioty mimo město Petrohrad. V Moskvě existoval jeden malý ústav pro 15 dětí. Kromě toho byly slabomyslní přijímáni do nemocnic. Roku 1900 byla zřízena první pomocná škola v **Uhrách**. Poměrně pozdě ve srovnání s jinými evropskými zeměmi byly zakládány ústavy pro lidi s postižením v Polsku. První ústav vzniká roku 1901 (Cach, 1991; Černoušek, 1994).

## 2.4 Období počátku 20. století až do konce 40. let

Na počátku 20. století nebyla situace v **Rakousku-Uhersku**, a tím ani v Čechách, pro jedince s mentálním postižením nijak příznivá. Z 2000 slabomyslných v Čechách dochází do útulku a je vzděláváno pouze asi sto chovanců v soukromém ústavu v Praze. Na Moravě byl roku 1904 zřízen německý soukromý ústav pro slabomyslné v Lomnici. Roku 1906 měl 7 chovanců, 5 děvčat a 2 chlapce.

**Josef Zeman** uvádí, že „počet dětí méně nadaných není stejný, záleží na sociálních poměrech krajiny“ (Zeman, 1908, s. 18). Dokazuje, že jich bývá 2-4 % v populaci.

Na Moravě byla v této době situace obzvláště obtížná, protože zde byly kraje, které byly postiženy tzv. endemickou slabomyslností. Iniciativy se ujímaly církevní řády a dobročinné spolky, které zakládaly řadu ústavů – Brno, Veverí ulice, Střelice u Brna, Víceměřice, Břežany ad. V roce **1904** se ve Vídni konala **první rakouská konference o dětech slabomyslných a školách pomocných**. Účastnili se jí zástupci školských úřadů. Roku **1906** se ve Vídni konala **druhá rakouská konference pro slabomyslnictví**, která přijala rezoluci, v níž se doporučuje zřizovat pomocné školy jako úplně samostatné. Má jim předcházet příprava a následovat pokračovací kurz. Součástí byla výstava žákovských prací žáků pomocných škol a chovanců ústavu. Za Čechy zde byla umístěna expozice prací chovanců z Ernestina. **Třetí konference** se konala v roce **1908** ve Štýrském Hradci a **čtvrtá konference** v roce **1910** ve Vídni. Program přednášek byl velmi bohatý a zajímavý. Po vzoru těchto konferencí byly v Čechách uskutečněny 3 sjezdy pro péči o slabomyslné. V roce **1908** bylo v Rakousku-Uhersku pouze 11 škol (celkem 31 tříd pomocných), jedině ve Vídni a Štýrském Hradci existovaly skutečné školy pomocné (Cach, 1991).

*„V Čechách bylo pouze 5 tříd pomocných, a to v Praze, na venkově jediná v Kladně. Na Moravě a ve Slezsku takové školy vůbec nebyly“* (Cach, 1991, s. 75). Roku **1910** byla zřízena první německá pomocná škola v Čechách v Děčíně a roku 1911 první česká pomocná škola na Moravě v Přerově.

**Základem budování pomocného školství u nás** se stalo vystoupení prof. Františka Čády, který začal řídit pravidelně rubriku **Pedopsychologie** v časopise **Pedagogické rozhledy** v roce 1903. Znovu píše o potřebě zakládání pomocných škol a organizuje sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné. Zvláště velký význam pro rozvoj soustavné péče o jedince s mentálním postižením mělo založení **Sdružení pro výzkum dítěte** v roce 1910, které tvořilo základ pro vznik **Pedologického ústavu** v roce 1912 v Praze. Později byl přejmenován na **Ústav pro výzkum dítěte**. Organizační činnost Čádova byla v oblasti péče o mládež s postižením rozsáhlá a souvisela úzce s prací charitativní. Jako první se u nás zaměřil na systematické zkoumání dítěte a snažil se o aplikování modernějších metod při jeho výchově. Tři české sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné se konaly v letech 1909 až 1913 v Praze, Brně a Ostravě. Cílem těchto sjezdů byla propagace zakládání ústavů a pomocných škol pro slabomyslné. Sjezdů se účastnily významné osobnosti z řad lékařů, pedagogů, právníků, poslanců, žurnalistů a jiných pracovníků (Valenta & Müller, 2013).

Z přednášek pedagogů byly zajímavé požadavky Josefa Zemana, které shrnul pod názvem „O pedagogickém významu pomocných škol“. Doporučoval, aby pomocné školy měly vlastní osnovy i učebnice. V oblasti **legislativy** jsou v této době v pomocném školství velké nedostatky. Říšský zákon z roku 1869 naprosto nevyhovuje, vzdělávání dětí s mentálním postižením není povinné.

V novém školním a vyučovacím řádu **z roku 1905** je uvedeno, že „... pro vyučování slabomyslných nebo méně nadaných dětí **mohou** býti zřízeny pomocné nebo podpůrné třídy...“ Důrazněji připomíná potřebu pomocných škol ministerský výnos **z prosince roku 1905**: „**Jest již nutno přistupovati k zřizování zvláštních učilišť pro slabomyslné děti vzdělávání schopné.**“

Konkrétní pracovní program péče o slabomyslné obsahuje ministerský výnos z roku 1907. Uvádí na prvním místě zřizování vychovatelem s internáty, dále denních útulen a na třetím místě **pomocných škol, příp. tříd**. V oblasti **ústavní péče o jedince s mentálním postižením** dochází k postupnému zakládání dalších ústavů. Roku 1910 byl zřízen ústav pro choromyslné v Opařanech, který je dnes dětskou psychiatrickou léčebnou, a v roce 1913 dětský domov pro žáky zvláštní školy ve Střelicích u Brna. V roce 1903 schválil Moravský zemský výbor výstavbu velkého a moderního ústavu pro choromyslné v Kroměříži, který byl otevřen roku 1908 (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007).

Po vzniku Československé republiky v říjnu 1918 se začíná stále výrazněji prosazovat názor, že je potřeba poskytovat výchovu a vzdělávání všem občanům, tedy i osobám s postižením. Prvním státnickým aktem, který se také týkal školství, byl zákon z 28. října 1918 „O vytvoření Československého státu“, ve kterém bylo řečeno, že všechny předcházející říšské zemské zákony se zatím ponechávají v platnosti. Ústava z roku 1920 neobsahovala zvláštní bod, kterým by bylo občanům zaručeno právo na vzdělání.

Jedinou a první právní normou vydanou pro mládež s postižením byl **Výnos ministerstva školství a osvěty**, kterým byly vydány **učební osnovy a výchovné směrnice pro školy dětí úchylných z roku 1928**. Zásadní zásah do vývoje pomocného školství znamenal **zákon č. 86/1929 Sb. o školách pomocných**. Vlastním iniciátorem předlohy zákona byl Spolek učitelstva pomocných škol, autorem Josef Zeman.

V **ústavní péči** dochází také ke změnám, přestože zůstávají nadále jako zařízení soukromá, převážně spravovaná charitativními řeholními řády. Vznikaly další ústavy, např. roku 1924 ústav ve Víceměřicích, roku 1927 ústav ve Slatiňanech, roku 1934 v Trenčíně a jinde. Náklady na udržování ústavů byly značné a získávání prostředků velmi obtížné, zvláště v období hospodářské krize. Konaly se sbírky, různé akce – dobročinné bazary, plesy, byly vydávány publikace, pohlednice aj. Za těchto podmínek byla existence ústavů velmi závislá na jeho pověsti, zvláště na zkušeném řediteli, který dovedl získat důvěru rodičů a mecenášů. V období po roce 1918 se rozvíjí i **činnost učitelských zájmových organizací**. Kromě jiných vzniká **Svaz učitelů pomocných škol**. Spolupodílí se na vydávání různých časopisů, např. **časopis Úchylná mládež**, vydávaný **Spolkem pro péči o slabomyslné**. Ten se stal významným pomocníkem všech pracovníků v oboru péče o slabomyslné. V roce 1945 byl přejmenován na **Pedagogické rozhledy**, v roce 1949 byl jeho název změněn na **Nápravná pedagogika**. V roce 1950 byl zrušen. V dalších letech byla problematika osob s postižením prezentována v časopise **Otázky defektologie**, který vycházel od roku 1959, v současnosti vychází časopis **Speciální pedagogika** (Pipeková, 2006).

K dalšímu závažnějšímu **opatření ve speciálním školství** došlo v roce 1937. V tomto roce dochází k vydání nového zkušebního řádu pro odborné zkoušky způsobilosti učitelů na školách (ústavech) pro úchylnou mládež.

Sledujeme-li problém lidí s mentálním postižením pod zorným úhlem doby druhé světové války, musíme konstatovat, že **projekty sterilizace a euthanasie** osob s postižením uskutečněné v hitlerovském Německu byly zásadní regresí ve vývoji lidského ducha. Podstatným způsobem ke zdůvodnění a rozšíření rasově hygienických snah přispěli vědci a vědecké instituce.

**Projekt sterilizace** měl za úkol zničit zájem a péči o lidi s postižením. Šlo o promyšlený sled kroků, po kterých následovala euthanasie jedinců s postižením a pokusy na lidských bytostech. Samotná její myšlenka se deklarovala na základě eugenických principů druhé poloviny 19. století. Po omezení sterilizace následovala **euthanasie** (Franiok, 2003; Jan-  
kovský, 2006). Tento způsob likvidace byl přímo namířen proti všem lidem s duševním postižením, nevyčísitelně nemocným a přestárlým lidem. Na přelomu let 1938-1939 byl odstartován program **dětské euthanasie**. Hitlerovým výnosem byla zavedena ohlašovací povinnost novorozenců s fyzickým nebo duševním postižením s podezřením na mentální postižení, Downův syndrom, deformity všeho druhu apod. V roce 1939 byla zahájena „Akce T4“ – **euthanasie dospělých**. Jednalo se o plán provedení euthanasie u všech osob s duševním onemocněním. Je třeba podotknout, že do všech způsobů vyhlazování osob s postižením nebo nemocných byli zapojeni téměř všichni ošetřovatelé, lékaři, sestry i učitelé speciálních škol. Přihlédneme-li k faktu, že tito lidé nebyli na účasti v programu euthanasie nuceni a svou práci vykonávali z přesvědčení, pak musíme konstatovat, že profesně i lidsky naprosto selhali. Kromě výše uvedených otřesných faktů v péči o osoby s mentálním postižením musíme uvést, že na našem území se péčí o duševně úchylnou mládež i dospělé osoby zabývaly dobrovolné spolky, které byly zvláště pro tento účel založené. Jednalo se o spolky a ústavy sdružené ve **Svazu českomoravských spolků pro péči o duševně úchylné**, který byl založen v roce 1939. Na začátku 2. světové války v roce 1939 bylo v Čechách 9 **ústavů pro jedince s mentálním postižením** a na Moravě 11 s průměrným počtem lůžek na ústav 100. Ústavy plnily úkoly nejen sociálně-zdravotní, ale i pedagogické. Období okupace nebylo příznivé ani pro rozvoj speciálního školství. Přesto můžeme zaznamenat několik kladných jevů. Pedologický ústav hlavního města Prahy se stává zdravotnickým zařízením. V čele stojí tři významní lékaři – MUDr. Josef Apetaur, MUDr. Bohumil Fafl a MUDr. Miloš Sovák. Všichni spolupracovali s učiteli speciálních škol. Ve vzájemné spolupráci se konaly semináře a realizovaly se kurzy pro přípravu k odborným zkouškám (Mühlpachr, 2001; Sovák, 1986).

## 2.5 Období od počátku 50. let 20. století

Po skončení druhé světové války v roce 1945 byl založen **Výzkumný ústav pedagogický J. A. Komenského** a od roku 1946 realizováno vysokoškolské vzdělávání učitelů na pedagogických fakultách. Dlouho se však nedařilo vytvořit útvar, který by systematicky pečoval o speciální školství. V této době byl nedostatek zpráv ze zahraničí nebo to byly informace značně zkreslené. Tento nedostatek se podařilo odstranit vydáním **zákona č. 95/1948 Sb. o jednotném školství**, který se zabýval vzděláváním mládeže se sníženými schopnostmi. Péči o jedince s postižením přebrala společnost – stát. Tím se odstranil charitativní charakter všech zařízení (školských či ústavních).

**Školy a zařízení pro mládež vyžadující zvláštní péči** se staly článkem jednotné školské soustavy. Učitelům těchto škol se dostalo vysokoškolského vzdělání jako jiným učitelským kategoriím.

Byl stanoven předpis, který upravoval druhy škol, stanovil jejich názory, určoval obvody, upravoval otázku zřizování a rušení škol pro mládež vyžadující zvláštní péči, řešil otázku evidence a zařazování dětí. Děti nebyly do škol přijímány na žádost rodičů, ale zařazovány národním výborem na základě komplexního vyšetření. Kromě toho tento zákon dával právní podklad pro vznik kategorie „nevzdělavatelných“ dětí. Rozdělování mládeže na vzdělavatelnou a nevzdělavatelnou mělo závažné důsledky, neboť narůstal počet dětí, které mj. tím, že nebyly povinny chodit do školy, nebyly schopny přípravy na povolání. A pokud v ústavech pro žáky s mentálním postižením ve věku školní docházky existovaly pomocné třídy zřízené ve smyslu dříve platných předpisů, byly tyto školy a třídy zrušeny. Pokud jde o vnitřní fungování školy, v roce 1949 byly vydány učební plány a učební osnovy pro jednotlivé druhy škol. Přínos prvního školského zákona pro oblast speciálního školství byl ve své době obrovský. Další dva školské zákony – z roku 1953 a z roku 1960 – respektovaly vymoženosti prvního školského zákona (Valenta & Müller, 2013).

**Školský zákon z roku 1953** upravoval nově zařazování žáků do speciálních škol a doporučil vydat učební plány a osnovy. **Školský zákon z roku 1960** stanovil délku základního vzdělávání na 9 let.

Podle tohoto zákona vydalo ministerstvo školství v roce 1961 nové předpisy pro školy pro mládež vyžadující zvláštní péči. Zdálo se, že celý **system výchovy a vzdělávání mládeže vyžadující zvláštní péči** byl uzavřen. V roce 1953/1954 bylo zahájeno systematické vydávání speciálních učebnic pro zvláštní školy. V roce 1973/1974 byla dokončena druhá sada speciálních učebnic pro zvláštní školy. Slabým článkem speciální pedagogiky bylo vydávání speciálních pomůcek. Dalším nedostatkem bylo umístění většiny speciálních škol v nevyhovujících budovách, i když byly adaptovány (zámky, kláštery apod.). Většina škol nebyla vybavena tělocvičnou, dílnami, chyběla zahrada, hřiště (Edelsberger, 1974).

**Od padesátých let 20. století** se rozvíjela mezinárodní spolupráce v oblasti speciálního školství. Bohatá byla zejména spolupráce a výměna literatury s ústavem defektologie SSSR a vysokými školami v NDR. Orientace na sovětskou vědu přinesla tehdy další významné podněty, které zasáhly do vývoje speciální pedagogiky. Rozhodující význam pro další vývoj speciální pedagogiky měla diskuze o fyziologickém učení I. P. Pavlova. Ta se stala bezprostředním ideovým zdrojem pro vypracování naší první původní československé marxistické koncepce **defektologie a speciální pedagogiky** vůbec (Pipeková, 2006).

V **sedmdesátých letech** se otázkami výchovy a vzdělávání mládeže zabýval XIV. sjezd KSČ (1973). Zde byly uvedeny připomínky k speciálním školám: „*Na školách pro mládež vyžadující zvláštní péči je nutné ještě více uplatňovat individuální přístup k dětem a připravovat je tak, aby se mohly co nejvhodnějším způsobem uplatnit v práci a v životě společnosti*“ (Edelsberger, 1974, s. 72).

Hlavní pozornost se zaměřuje na řešení **předškolní výchovy** dětí s postižením, výuku dětí **osvobozených od povinné školní docházky**, zkvalitňování vzdělávání učitelů a vychovatelů, materiální vybavení škol atd. Pro **žáky s mentálním postižením** byly zřizovány **školy poskytující střední a vyšší vzdělání**. Jednalo se o **zvláštní učňovské školy s odborným výcvikem a bez odborného výcviku** (Valenta & Müller, 2013).

V oblasti **sociálního zabezpečení** byli občané s mentálním postižením starší 18 let poživatelé částečných nebo plných invalidních důchodů. Státní politika vůči **osobám se zdravotním postižením** vyplývala ze zákonů, přijatých v roce 1948. Zpočátku chyběla jakákoli koncepce státní politiky.

Asi do poloviny šedesátých let řešení situace občanů s postižením ovlivňovalo mínění, že „v důsledku zvyšování materiální a kulturní úrovně občanů socialistické společnosti bude počet defektních jedinců nutně klesat.“ Postupně ale začalo být jasné, že problém jedinců s postižením samovolně nezmizí ani se nezmenšuje, ba naopak narůstá do neúnosných rozměrů.

Od roku **1948, po přijetí zákona č. 99/1948 o národním pojištění**, obsáhla sociální opatření (nemocenská a důchodová) i invalidní důchody, dosud závislé na péči chudinské. Aby se invalidní člověk mohl stát způsobilým k práci, začalo se i u nás chápat jako nutnost účinné provádění komplexní rehabilitační péče jako soubor všech opatření, které může společnost člověku s postižením poskytnout. Především v oblasti léčebné, vzdělávací a sociální. Celistvý systém takové péče se však nikdy nepodařilo vytvořit. Místo zabezpečování adekvátního pracovního zařazení osob s postižením přistupovalo se spíše k tomu, že se těmto občanům přiznával plný invalidní důchod, což mělo velmi tíživé sociální dopady obzvláště pro osoby, které předtím v pracovním poměru nebyly (Monatová, 1998).

**12. července 1951 byl přijat zákon č. 68 o dobrovolných organizacích a shromážděních**, jehož účelem bylo tyto spolky zlikvidovat. Zřizovateli zařízení pro osoby s postižením byly především spolky. Zabavením majetku těchto spolků přišla soukromá sociální péče o svou organizační a hospodářskou základnu.

Výsledkem bylo postupné zřizování velkých státních ústavních zařízení pro osoby s mentálním postižením a jejich umístování mimo velká města. Ústavy byly zřizovány ve starých, adaptovaných, dispozičně nevyhovujících budovách, daleko od původního místa bydliště jedince s postižením. Dostatečným garantem optimální péče bylo umístění do ústavu, případně internátu. Společenský trend vedl ke koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa. Vznikl tak svět ve světě, kde platily normy a pravidla odlišná od reálného venkovního světa. Docházelo k tzv. skrytému vylučování. Patologičtí jedinci byli internováni, byly jim poskytnuty veškeré materiální potřeby k existenci, byli však vyloučeni ze společnosti. Nemůže jim být nikde lépe než ve společnosti jedinců stejného postižení. Problém lidí se zdravotním postižením byl tak velký, že bylo nutno přijmout systémová opatření. Stalo se tak v roce **1963 usnesením vlády ČSSR „Zásady o dalším rozvoji sociální péče v období budování vyspělé socialistické společnosti“**. V tomto dokumentu se požaduje mj. zajistit umístění všech dětí s tělesným a mentálním postižením v ústavech sociální péče do konce roku 1970, provést diferenciaci ústavů sociální péče pro jedince s tělesným a mentálním postižením do konce roku 1964, v nezbytných případech přeměnit domovy důchodců na ústavy pro mládež (24 domovů důchodců bylo přeměněno na ústavy pro dospělé osoby s mentálním postižením, 2 ústavy byly nově zřízeny). Nevyhovující technické a materiální zázemí ústavů šlo ruku v ruce s nedostatkem kvalifikovaného personálu a ochoty něco měnit ze strany kompetentních úřadů. Vzdělávání dětí v ústavech nebylo zajišťováno, jejich výchovu převzaly výchovné úseky anebo byly předány

do péče tzv. zdravotních oddělení, kde se jim dostávalo pouze základního zdravotního a sociálního zabezpečení (Pipeková, 2006).

Na **počátku sedmdesátých let** bylo celkem zjevné, že ucelená rehabilitace osob s postižením je více fikcí než realitou. Místo zapojení jedinců s postižením do práce se řešila jejich situace odchodem do invalidního důchodu a umístěním do ústavu sociální péče. Tato praxe byla organizačně jednodušší, ale pro stát ekonomicky nevýhodná a pro osoby s postižením společensky izolující.

Následně se vláda začala problémem lidí s postižením konečně zabývat komplexně. **Vládní usnesení č. 3/1975 a č. 281/1977**, přijaté k praktikování zásad **komplexní a koordinované péče o děti a mládež s tělesným, smyslovým a mentálním postižením**, povolovalo zřizování tzv. týdenních a denních pobytů pro nevzdělavatelnou mládež s mentálním postižením. Měl tak být zajištěn častější kontakt s rodinou. Všeobecně nabývalo na významu poradenství pro osoby s postižením a jejich děti. **Pedagogicko-psychologické poradny** rozšířily svoje působení i na děti s postižením. Léčebně preventivní péče měla být podpořena rozšířením sítě ambulantních pracovišť a zkvalitněním léčebné rehabilitace v ústavech sociální péče. **Foniatrická a logopedická péče** měla být zkvalitněna a praktikována ve všech institucích, kde byly děti s postižením umístěny. K 1. 3. 1975 byla u národních výborů zavedena evidence dětí s postižením. Začal se budovat systém týmového sledování evidovaných ve věku rozhodujícím pro zařazení do předškolní výchovy, pro vstup do školy, pro budoucí pracovní uplatnění a pro pracovní a společenské začlenění. V roce **1983** byly přijaty nové zásady řízení a koordinace péče o jedince s postižením, bohužel s vágními formulacemi (Valenta & Müller, 2013).

Lze tedy zobecnit, že totalitní režim za celou dobu existence nedokázal pro občany se zdravotním znevýhodněním snížit negativní důsledky jejich postižení, vyrovnat jim alespoň částečně příležitosti ke společenské a pracovní rehabilitaci. Možná právě proto ve sféře péče o lidi se zdravotním postižením pracovali vždy i lidé, kteří nebyli lhostejní vůči potížím tohoto typu outsiderů socialistické společnosti. Ale jako jednotlivci mohli pomoci zase jenom jednotlivcům.

Nějaké systémové kroky neprosadil ani Svaz československých invalidů, pokud se o to jeho orgány snažily. Pro **2. polovinu 20. století** je typické, že se dosahuje stále větších a kvalitnějších výsledků v oblasti výzkumu a jeho aplikaci v praxi. Významné jsou služby odborných speciálních pedagogů, rehabilitačních pracovníků, lékařů a psychologů. Výrazný pokrok v lékařských oborech přinášejí úspěchy v oblasti léčení přidružených defektů mentálního postižení, ale také v oblasti prevence. Kromě jiného v této době proběhly intenzivní snahy po odhalení příčin fenylketonurie, která je závažnou vrozenou metabolickou poruchou látkové výměny. Jde o nedostatek jaterního enzymu, a proto nedochází k rozložení aminokyseliny fenylalaninu, který je nezbytný pro optimální duševní rozvoj dítěte. Je-li novorozenec postižen touto poruchou, nestačí zpracovávat tuto látku, jež se hromadí v mozkomíšním moku a zasahuje mozek. Tím dochází k jeho rychlému poškození a vzniká mentální postižení. Při včasné diagnóze lze předejít klinickým příznakům. Hromadné zjišťování fenylketonurie se provádí ve všech zemích s vyvinutým zdravotnictvím (Pipeková, 2006).



V **sedmdesátých letech 20. století** dala Itálie podnět k **integraci dětí s mentálním postižením** mezi ostatní děti v běžných mateřských a základních školách. Tento přístup dosáhl do současnosti rozšíření v celé řadě evropských zemí. Začíná se objevovat odklon od výchovy a vzdělávání defektních žáků ve speciálních školách. Uvedené období je významné tím, že mezi pedagogy zesilují snahy začleňovat tyto jedince mezi ostatní vrstevníky.

V **šedesátých letech začínají aktivně pracovat různé organizace rodičů dětí s mentálním postižením**. Byla ustanovena **Evropská liga společnosti mentálně handicapovaných**, která měla za cíl chránit zájmy jedinců s mentálním postižením bez ohledu na národnost, rasu či přesvědčení. V roce 1961 byla přijata **Evropská sociální charta**, jež byla po dlouhou dobu jediným mezinárodním dokumentem o lidských právech, který zmiňoval práva osob s postižením. Až v roce 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata **Deklarace práv mentálně postižených osob**. V osmi bodech charakterizuje konkrétně právo těchto osob na přiměřenou lékařskou a vzdělávací péči, na rehabilitaci a na podporu rozvíjející schopnosti a celou osobnost. Další povinností je potřebné ekonomické zabezpečení a náležitý životní standard. Handicapovaným se má zajišťovat produktivní práce nebo odpovídající smysluplné zaměstnání. Optimálním řešením je život v rodině nebo ve vhodné instituci. Součástí je ochrana před vykořisťováním, nevhodným zacházením atd. Pokud se ukáže nutnost omezit, či dokonce zbavit jedince občanských práv, pak to vyžaduje řešení, jež vychází ze zákona. Z deklarace vyplynulo jednoznačně, že se týká všech věkových skupin (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007).

Rok **1989** přinesl zásadní změny v celé společnosti. Ty se samozřejmě dotkly také speciálního školství a péče o osoby s mentálním postižením vůbec. V oblasti speciální pedagogiky došlo v poměrně krátké době k mnoha pozitivním změnám. Péče o jedince s mentálním postižením zaznamenávala po roce 1990 významné kvalitativní posuny. Dařilo se postupně učit intaktní lidi vnímat problémy osob se zdravotním postižením jako problémy nás všech.

**Proces integrace** probíhal u nás od roku 1991. I přes různé problémy, které s sebou integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami přinášela, bylo nutné trvat na integraci jako na základním filozofickém přístupu k jejich vzdělávání. Dalším novým trendem v péči o osoby s postižením byla **normalizace**, tzn., že lidé s mentálním postižením měli žít pokud možno normálním životem, tak jako ostatní občané. Žít v rodině, kde jsou uspokojovány jejich základní potřeby lásky, pozornosti, zájmu a bezpečí. Měli mít možnost zájmového, sportovního a rekreačního vyžití, možnost profesního uplatnění. S oběma trendy souvisel **proces humanizace**, nejen v péči o osoby s postižením, ale humanizace celé společnosti. Projevoval se především v jednání a zacházení s lidmi s postižením a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život. Požadavek humanizace osob s mentálním postižením se týkal i procesu edukace.

V resortu **školství** došlo po roce 1990 k výrazným změnám. Zásadně se měnila **školská legislativa** týkající se integrovaného vzdělávání žáků se zdravotním postižením v hlavním proudu vzdělávání. Pro smysluplnou integraci byly velice důležité poradenské služby. Po roce 1991 je vedle pedagogicko-psychologických poraden zajišťovala nově vzniklá **speciálně pedagogická centra** (Kubová, 1995; Vítková, 2003). Speciálně pedagogická centra

poskytují poradenské služby školám a školským zařízením pro děti s mentálním postižením, rodičům dětí s postižením, orgánům státní správy a dalším resortům zabezpečujícím péči o jedince s mentálním postižením. Zajišťují komplexní péči o děti a mládež s mentálním postižením. Stěžejním úkolem je pravidelná a dlouhodobá práce s dítětem.

Za prioritní bylo považováno řešení **problematiky rané péče**, resp. včasné intervence, neboť z hlediska perspektiv vývoje dítěte s postižením je třeba zahájit rehabilitaci a pedagogickou intervenci již v raném věku. Toto období v životě každého člověka hraje z vývojového hlediska velmi významnou roli se širokým spektrem možných dopadů na budoucí vývoj dítěte. Vyřešení tohoto problému bylo pro vzdělávání klíčové, nicméně bez participace resortů zdravotnictví a sociálních věcí nemožné (Valenta & Müller, 2013).

Koncepce **speciálních mateřských škol** vycházela z koncepce běžných mateřských škol a pokud možno v rámci integrovaných forem, aby se pro děti i dospělé vzájemná interakce jedinců intaktních a s postižením stala zcela přirozenou. Speciální mateřské školy ve své výchovně-vzdělávací nabídce uspokojovaly potřeby dítěte s mentálním postižením a vytvářely optimální podmínky pro rozvoj celé osobnosti. Zajišťovaly soustavnou individuální péči v kolektivu i mimo něj. Kromě speciálních mateřských škol mohly děti navštěvovat speciální třídu při běžné mateřské škole nebo běžnou mateřskou školu (Švarcová, 2011).

V rámci přípravy na pravidelné systematické vzdělávání dětí s těžším mentálním postižením vznikly v období 90. let při pomocných školách přípravné stupně. Cílem bylo umožnit profesionální přípravu na vyučování těm dětem, které vzhledem k těžšímu stupni mentálního postižení nebyly schopny prospívat ani na nižším stupni pomocné školy, ale byly u nich patrné určité předpoklady dalšího vývoje. Experimentální ověřování této formy vzdělávání ukázalo, že mnohé z dětí, které se na začátku školní docházky v přípravném stupni jevíly jako vzdělavatelné jen velmi omezeně, se v průběhu docházky rozvinuly natolik, že úspěšně poté absolvovaly vzdělávací program pomocné školy.

Pro žáky s těžkým mentálním postižením, kteří vyžadovali jiný obsah vzdělávání a odlišné metody práce, ale i speciálně upravené podmínky odpovídající jejich potřebám vznikl **Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy**.

Pro absolventy speciálních škol byly nově koncipovány **praktické školy**, zejména jako rozšířená nabídka pro žáky se středně těžkým mentálním postižením. Cílem bylo poskytnout žákům doplnění a rozšíření všeobecného vzdělání dosaženého v průběhu povinné školní docházky a dát jim základy odborného vzdělání a manuálních dovedností (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007).

Po roce 1990 došlo také k zásadním změnám v oblasti **ústavní péče** osob s mentálním postižením. Vztah veřejnosti k ústavům sociální péče se začal diferencovat. Objevili se jejich radikální odpůrci, kteří je začali označovat jako „kriminály“ apod. a dožadovali se jejich rychlé likvidace. Většinou bez jasné představy o jiných, lepších možnostech sociální péče, hlavně péče o občany s těžkým postižením. Protipólem tohoto postoje byla představa, že v ústavní péči je všechno v pořádku a není třeba nic podstatného měnit.

**Ústavy sociální péče** měli v péči o lidi s mentálním postižením ničím nezastupitelné místo, plnilo poslání a úkoly, na jejichž plnění nebyla připravena žádná organizace ani žádný jiný subjekt.

Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinesli odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřovali k humánnějším formám péče. Ta je zajišťována v domovech rodinného typu, v chráněných bytech, v chráněném bydlení v rámci služeb Domovů pro osoby se zdravotním postižením nebo v nezávislém bydlení se supervizí. Současný postoj k **zařízením sociálních služeb** spočívá především v hledání nových cest a trendů. Je to především proces humanizace a demokratizace života v zařízeních. Každé zařízení sociálních služeb by se mělo snažit o zlepšování kvality života každého jedince. Pro osoby s mentálním postižením se zřizují zařízení s denním, týdenním a celoročním pobytem. V zařízení pro děti a mládež se má poskytovat též výchova a vzdělávání. Možné je dovážet klienty do speciálních škol v okolí zařízení (Valenta & Müller, 2013).

V rámci humanizace **péče o lidi s mentálním postižením** v zařízeních vidíme inkluzivní snahy, které se snaží o maximální zapojení klientů do života společnosti v místě zařízení. V praxi to znamená, že schopní klienti pracují mimo zařízení a jsou za svoji práci finančně odměňováni. Kromě toho dochází ke kontaktu s intaktní populací na nejrůznějších společných akcích v místě zařízení. Převládá snaha o vedení klientů k maximální soběstačnosti při stolování, provádění hygieny, jednoduchých prací. Klienti se podle svých schopností spolupodílejí na chodu zařízení. Jsou zřizována pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením, kde by měl být klient také finančně motivován. Struktura pracovníků v zařízeních sociálních služeb se rovněž mění. Posilují se některé profese, jako jsou speciální pedagogové, terapeuti, asistenti, instruktoři pracovní výchovy apod. Celkově můžeme konstatovat, že současnost je k jedincům s mentálním postižením příznivá. Kromě výše uvedeného vznikla řada speciálních zařízení, kde se dostává všestranné péče i klientům s těžkým mentálním postižením. Jedná se např. o dětská centra, vzniklá při dětských klinikách, charitativní instituce apod (Švarcová, 2011).

Velkou aktivitu projevují i rodiče osob s mentálním postižením. Kromě nejrůznějších spolků, kde se sdružují rodiče dětí se zdravotním postižením a odborníci, hraje v oblasti mentálního postižení dominantní roli **Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením**.

Tento spolek vznikl právě z iniciativy rodičů v roce 1969 na semináři katedry speciální pedagogiky v Olomouci. Od samých začátků byl v úzkém kontaktu s odborníky – lékaři, psychology, speciálními pedagogy, právníky.

Od roku 1990 se zásadně změnila podmínky činnosti SPMP. Spolek se stal členem Inclusion Europe a Inclusion International (mezinárodních organizací zastupujících lidi s mentálním postižením a jejich rodiny).

Dále je třeba se zmínit o nových, **alternativních možnostech v péči o jedince s mentálním postižením**, které se u nás začínali po roce 1990 objevovat. Jedná se o služby **osobního asistenta, pěstounské péče, neformální komunitní péče, služby dočasné výpomoci – respitní služby** aj.



## SHRNUTÍ KAPITOLY

V problematice zabezpečování životních podmínek osob s mentálním postižením a uspokojování jejich potřeb zaznamenala historie tři charakteristická období – represivní, charitativní a humanitní. Od přímé likvidace člověka s postižením v období represivním přes příchod křesťanství s hlásáním lásky k bližnímu v období charitativním se dostáváme do období humanitní péče, která se dále dělí na stadium renesančního humanismu, rehabilitační, socializační a prevenční.

---



## KONTROLNÍ OTÁZKA

1. Charakterizujte represivní, charitativní a humanitní období.
  2. Popište osobnost Jana Amose Komenského ve vztahu k jedincům s mentálním postižením.
  3. Vyjmenujte a stručně charakterizujte významné evropské osobnosti působící v oblasti péče o lidi s mentálním postižením v 17. a 18. století.
  4. Specifikujte péči o osoby s mentálním postižením v Evropě na přelomu 19. a počátku 20. století.
  5. Popište vývoj vzniku Deklarace práv mentálně postižených osob.
  6. Popište zásadní změny v přístupu k lidem s mentálním postižením po roce 1989.
- 



## KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vyberte si významnou osobnost z oblasti pedagogiky osob s mentálním postižením a pokuste se zpracovat její biografii.

---

## K ZAPAMATOVÁNÍ



Stadium represivní, stadium zotročovací, stadium charitativní, stadium renesančního humanismu, stadium rehabilitační, stadium sociální, stadium prevenční, Mezopotámie, Egypt, Indická kultura, starověké Řecko, antický Řím, středověk, démonologie, inkvizice, Jan Amos Komenský, osvícenství, Philipp Pinel, Karel Slavoj Amerling, Ernestinum, Josef Zeman, František Čáda, Deklarace práv mentálně postižených osob, integrace, normalizace.

---

## DALŠÍ ZDROJE



- Foucault, M. (2019). *Historie šílenství v době klasicismu*. Praha: Herrmann.
- Mühlpachr, P. (2001). *Problémy současné společnosti*. Brno: IMS.
- Pipeková, J. et al. (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Scull, A. T. (2019). *Šílenství a civilizace: Kulturní historie duševních chorob od bible po Freuda a od blázince k moderní medicíně*. Praha: Academia.
- Svoboda, M. (ed.), Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: Pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- Šedivec, V. (2008). *Přehled dějin psychiatrie: přehled názorů na duševní nemoci od nejstarších dob až po současnost*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Vališová, J. a kol. (1975). *Tradice speciální pedagogiky v Jihomoravském kraji*. Brno: Krajský pedagogický ústav.
- Vojtko, T. (ed.). (2005). *Postižený člověk v dějinách*. Hradec Králové: Gaudeamus.
-

### 3 EDUKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM



#### **RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY**

Kapitola obsahuje témata týkající se edukace a edukačního systému dětí a žáků s mentálním postižením, poradenského systému, rané intervence a sociální služby rané péče. Poslední podkapitola nabízí obecný vhled do základů didaktiky jedinců s mentálním postižením.

---



#### **CÍLE KAPITOLY**

- Student se orientuje a umí popsat edukační systém pro děti a žáky s mentálním postižením.
  - Student zná poradenský systém, který je určen pro podporu dětí, žáků s mentálním postižením.
  - Student umí definovat a charakterizovat ranou intervenci a sociální službu rané péče.
  - Student se orientuje v základech didaktiky s aplikací na děti a žáky s mentálním postižením.
- 



#### **ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU**

300 minut

---



#### **KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY**

Edukace dětí a žáků s mentálním postižením, edukační systém, poradenský systém, raná intervence, sociální služba rané péče, základy obecné didaktiky, didaktické zásady, výukové metody, vyučovací formy.

---

### 3.1 Raná intervence a poradenství

**Raná intervence** je soubor možných intervencí a opatření směrem k dítěti a jeho rodině. Intervence se týká speciálních potřeb dítěte s určitým stupněm opoždění ve vývoji, u dětí s mentálním postižením je to skupina jedinců s těžšími stupni mentálního postižení a souběžným postižením více vadami. **Koncepce rané intervence** zahrnuje dva aspekty, věk dítěte a opatření, která mají být zahájena při narození dítěte nebo v prvních letech jeho života. **Cílem rané intervence** je diagnostikovat postižení u dítěte co nejdříve a podporovat senzomotorický, emocionální, intelektový a sociální vývoj dítěte pro jeho budoucí socializaci.

#### Hlavní úkoly rané intervence:

- odhalování problémů spojených s postižením dítěte
- prevence sekundárního postižení
- stimulace fyzického, mentálního a sociálního vývoje dítěte
- realizovat podpůrná opatření zdravotní, vzdělávací a sociální
- pomoc a podpora rodiny

V České republice jsou služby rané intervence součástí služeb v rámci ministerstva práce sociálních věcí a jsou zajišťovány sociální službou **raná péče** dle § 54 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Raná péče je terénní služba, která může být doplněna ambulantní formou služby a je poskytována dítěti do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jeho vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého vývoje s ohledem na jeho specifické potřeby a jeho rodičům. Služba rané péče obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, poskytuje sociálně terapeutické činnosti, pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy jsou zákonem č. 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, v § 116 uvedena **školská poradenská zařízení**, která zajišťují pro děti, žáky a studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě na budoucí povolání. Školská poradenská zařízení spolupracují s orgány sociálněprávní ochrany dětí a orgány péče o mládež a rodinu, poskytovateli zdravotních služeb, popřípadě s dalšími orgány a institucemi. Vyhláška č. 72/2005 Sb. ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje členění poradenských služeb na:

### **Školská poradenská zařízení**

- pedagogicko-psychologická poradna (PPP)
- speciálně pedagogické centrum (SPC)

### **Školní poradenská pracoviště**

- základní model: výchovný poradce, školní metodik prevence
- rozšířený model: školní psycholog, školní speciální pedagog

### **Pedagogicko-psychologická poradna**

- samostatné poradenské zařízení
- **personál:** psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník
- pro děti a mládež **3-19 let**, do ukončení vzdělání na SŠ
- pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogické služby
- služby **ambulantní**, návštěvy pracovníků PPP **ve školách**
- zjišťuje pedagogicko-psychologickou **přípravenost žáků na povinnou školní docházku** a vydává o ní zprávu a doporučení
- zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků škol a na základě výsledků **psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky** vypracovává doporučení s návrhy podpůrných opatření pro žáka
- vydává **zprávu a doporučení** za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka nebo mimořádného nadání žáka
- vydává zprávu a doporučení k zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka
- provádí **psychologická a speciálně pedagogická vyšetření** pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a žáky mimořádně nadané
- poskytuje žákům **přímou speciálně pedagogickou a psychologickou intervenci**
- poskytuje **poradenské služby** žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji; jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky poskytuje poradenské služby zaměřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků



- poskytuje poradenské služby žákům z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami
- poskytuje **metodickou podporu škole** a školskému zařízení při poskytování poradenských služeb a podpůrných opatření
- poskytuje žákům **kariérové poradenství**
- poskytuje **informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu** zákonným zástupcům žáka
- prostřednictvím metodika prevence zajišťuje **prevenci rizikového chování**, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence

#### **Standardní činnosti:**

- komplexní nebo zaměřená psychologická a speciálně pedagogická diagnostika
- psychologická a speciálně pedagogická intervence
- informační a metodická činnost a příprava podkladů pro vzdělávací opatření a dokumentace

#### **Speciálně pedagogické centrum (SPC)**

- školské poradenské zařízení
- **personál:** psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník
- dělí se podle druhu znevýhodnění (**SPC poskytující služby dětem a žákům s mentálním postižením**)
- součástí speciální školy (MŠ, ZŠ, ZŠ speciální) či samostatné zařízení
- od 3 let do ukončení vzdělávání

#### **Činnost centra se uskutečňuje:**

- ambulantně
- návštěvami ve školách a školských zařízeních
- návštěvami v rodinách
- návštěvami v zařízeních

#### **Centrum poskytuje:**

- **poradenské služby** zejména při výchově a vzdělávání žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem
- jedno centrum poskytuje poradenské služby v rozsahu odpovídajícím jednomu nebo více druhům znevýhodnění
- žákům škol zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci **diagnostické péče**
- žákům přímé speciálně pedagogické a psychologické intervence, nemůže-li tyto služby zajistit škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen

**Zjišťuje/zajišťuje:**

- **přípravenost** žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem **na povinnou školní docházku**
- **speciální vzdělávací potřeby** žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem a přihlíží přitom k lékařskému posouzení zdravotního stavu nebo posouzení jiným odborníkem, zpracovává odborné podklady pro nastavení podpůrných opatření pro tyto žáky a pro jejich zařazení nebo přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření, vypracovává zprávy z vyšetření a doporučení ke vzdělávání žáků
- **speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání** pro žáky s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem, kteří jsou vzděláváni ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině, která není zřízena podle § 16 odst. 9 školského zákona, nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky (§ 41 a § 42 školského zákona)
- **zprávu a doporučení** za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka
- zprávu a doporučení pro zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka
- **kariérové poradenství** žákům s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem
- **speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku** a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a

sociálním vývoji žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti

- pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům **poradenství** v oblasti vzdělávání žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem
- **metodickou podporu školy**
- informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáků

**Školní poradenské pracoviště** je povinně zřízené na každé základní a střední škole. Povinné jsou pozice výchovného poradce a školního metodika prevence, rozšířené školní poradenské pracoviště může doplňovat školní psycholog a školní speciální pedagog.

#### **Standardní činnosti pracovníků školního poradenského pracoviště**

- **výchovný poradce:** poradenské činnosti, metodické a informační činnosti
- **školní metodik prevence:** metodické a koordinační činnosti, informační činnosti, poradenské činnosti
- **školní psycholog:** diagnostika a depistáž, konzultační, poradenské a intervenční práce, metodická práce a vzdělávací činnost
- **školní speciální pedagog:** diagnostika a depistáž, konzultační, poradenské a intervenční práce, metodické, koordinační a vzdělávací činnosti

Rodiče (zákonní zástupci) dětí, žáků s mentálním postižením mohou využívat všechny typy poradenských služeb, které jsou nabízeny v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí a ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Základní legislativní dokument zakotvující vzdělávání v České republice tvoří **zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**, ve znění pozdějších předpisů (tzv. školský zákon). V § 16 je řešena problematika vzdělávání dětí a žáků se **speciálními vzdělávacími potřebami**, tedy i dětí, žáků s mentálním postižením. „*Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným život-*

*ním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpurných opatření školou a školským zařízením“ (Školský zákon, § 16, odst. 1).*

Na školský zákon navazují prováděcí vyhlášky. **Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných**, ve znění pozdějších předpisů, upravuje pravidla vzdělávání dětí, žáků a studentů (dále jen „žáků“) se speciálními vzdělávacími potřebami, vzdělávání žáků uvedených v § 16 odst. 9 zákona a vzdělávání žáků nadaných. Žáci s mentálním postižením mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Vyhláška zabezpečuje poskytování vzdělávání žákům, u kterých byly zjištěny na základě komplexního vyšetření (speciálně pedagogického, psychologického) deficity v oblasti intelektových schopností (žák s mentálním postižením). Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se přizpůsobuje úrovni psychického a fyzického rozvoje žáků. Využívá podpurných opatření, mezi které patří speciální metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání, kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály, dále zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování speciálně pedagogických služeb, možnost asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo jiné úpravy organizace a vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka. Podpurná opatření škola následně specifikuje v individuálním vzdělávacím plánu žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (Vyhláška č. 27/2016 Sb.).

**Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních**, ve znění pozdějších předpisů, zajišťuje poskytování poradenských služeb dětem, žákům a studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Mezi hlavní úkoly poradenských služeb patří vytváření vhodných podmínek pro zdravý vývoj žáků a pro rozvoj jejich osobnosti, dále prevence a řešení edukačních, výchovných, sociálně patologických obtíží, vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů inkluze žáků. Součástí vyhlášky je vymezena náplň práce školských poradenských zařízení a školních poradenských pracovišť (Vyhláška č. 72/2005 Sb.).

### **3.2 Předškolní vzdělávání**

Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením se řídí zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, **vyhláškou č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání**, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. **Cílem předškolního vzdělávání** je podpora rozvoje osobnosti dítěte předškolního věku, podílení se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. **Úkolem**

**předškolního vzdělávání** je doplňovat a podporovat rodinnou výchovu a zajistit dítěti prostředí s dostatkem podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení.

**Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV)** vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla pro institucionální vzdělávání dětí předškolního věku a jsou závazná pro předškolní vzdělávání i dětí s mentálním postižením **v mateřských školách, v mateřských školách zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona a v přípravném stupni základní školy speciální**. Obsah předškolního vzdělávání se upravuje pro děti s mentálním postižením podle typu mateřské školy a stupně mentálního postižení vzdělávaných dětí ve **školním vzdělávacím programu**.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání určuje rámcové cíle, klíčové kompetence, dílčí cíle, které vyjadřují konkrétní záměry příslušné vzdělávací oblasti a dílčí výstupy, které odpovídají dílčím cílům. Rámcové cíle vyjadřují univerzální záměry předškolního vzdělávání. Záměrem předškolního vzdělávání je rozvíjet každé dítě po stránce fyzické, psychické a sociální. Klíčové kompetence reprezentují cílovou kategorii vyjádřenou v podobě výstupů. Kompetence představují soubory činnostně zaměřených a prakticky využitelných výstupů. Dobré základy klíčových kompetencí položené v předškolním věku mohou být příslibem příznivého rozvoje a vzdělávání dítěte v jeho etapě vzdělávání.

#### **Přehled klíčových kompetencí:**

- **Kompetence k učení** – dítě soustředěně pozoruje, zkoumá a objevuje, získanou zkušenost uplatňuje v praktických situacích a dalším učení, klade otázky a hledá na ně odpověď, učí se spontánně i vědomě.
- **Kompetence k řešení problémů** – všímá si problémů v okolí, řeší problémy, na které stačí, a to na základě bezprostřední zkušenosti.
- **Kompetence komunikativní** – ovládá řeč, samostatně vyjadřuje své myšlenky, slovně reaguje a vede smysluplný dialog, ovládá dovednosti předcházející čtení a psaní, průběžně rozšiřuje svou slovní zásobu, dovede využívat informativní a komunikativní prostředky (knížky, telefon, PC).
- **Kompetence sociální a personální** – samostatně rozhoduje o svých činnostech, uvědomuje si, že za své jednání odpovídá a nese důsledky, napodobuje modely pro sociálního chování a mezilidských vztahů.
- **Kompetence činnostní a občanské** – svoje činnosti a hry se učí plánovat, organizovat, řídit a vyhodnocovat, odhaduje rizika svých nápadů, zajímá se o druhé, spolupřispívá k pravidla společného soužití mezi vrstevníky, dbá na osobní zdraví a bezpečí svoje i blízkých.

Obsah předškolního vzdělávání představuje hlavní prostředek vzdělávání dítěte v mateřské škole. V RVP PV je obsah vymezen tak, aby sloužil k naplňování vzdělávacích záměrů a dosahování vzdělávacích cílů. Vzdělávací obsah je v RVP PV uspořádán do pěti vzdělávacích oblastí.

**Vzdělávací oblasti:**

1. **Dítě a jeho tělo** – záměrem v oblasti biologické je stimulovat růst a neurosvalový vývoj dítěte, podporovat jeho fyzickou pohodu, zlepšovat jeho tělesnou zdatnost i pohybovou a zdravotní kulturu, podporovat rozvoj jeho pohybových i manipulačních dovedností, učit je sebeobslužným dovednostem a vést je ke zdravým životním postojům a návykům.
2. **Dítě a jeho psychika** – záměrem v oblasti psychologické je podporovat duševní pohodu, psychickou zdatnost a odolnost dítěte, rozvoj jeho intelektu, řeči a jazyka, poznávacích funkcí, jeho citů a vůle, jeho sebepojetí a sebenahlížení, jeho kreativity a sebevyjádření, stimulovat osvojování a rozvoj jeho vzdělávacích dovedností, povzbuzovat je v dalším rozvoji, poznávání a učení. Tato oblast je členěna do tří podoblastí: Jazyk a řeč, Poznávací schopnosti a funkce, představitost a fantazie, myšlenkové operace, Sebeпоjetí, city a vůle.
3. **Dítě a ten druhý** – záměrem v interpersonální oblasti je podporovat utváření vztahů dítěte k jinému dítěti či dospělému, posilovat, kultivovat a obohacovat jejich vzájemnou komunikaci a zjišťovat pohodu těchto vztahů.
4. **Dítě a společnost** – záměrem v oblasti sociálně kulturní je uvést dítě do společnosti ostatních lidí a do pravidel soužití s ostatními, uvést je do světa materiálních a duchovních hodnot, do světa kultury a umění, pomoci dítěti osvojit si potřebné dovednosti, návyky i postoje, umožnit mu aktivně se podílet na utváření společenské pohody ve svém sociálním prostředí.
5. **Dítě a svět** – záměrem v environmentální oblasti je založit u dítěte elementární povědomí o okolním světě a jeho dění, o vlivu člověka na životní prostředí a vytvořit elementární základy pro otevřený a odpovědný postoj dítěte k životnímu prostředí (RVP PV, 2021).

V České republice je **povinné předškolní vzdělávání**, týká všech dětí, které dosáhnou věku 5 let do 31. 8. kalendářního roku a žijí v ČR. **Má formu pravidelné denní docházky** v pracovních dnech a týká se i dětí s mentálním postižením kromě dětí s hlubokým mentálním postižením.

**Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením** je realizováno v:

- mateřské škole formou **individuální inkluze**

- mateřské škole formou **skupinové inkluze**, při mateřské škole je zřízena třída mateřské školy podle §16 odst. 9 pro děti s mentálním postižením
- mateřské školy podle §16 odst. 9 pro děti s mentálním postižením
- přípravném stupni základní školy speciální

Děti, které v předškolním věku vykazují vývojové opoždění, které je diagnostikováno na základě pedagogické diagnostiky předškolních pedagogů, mohou na základě žádosti rodičů (zákonných zástupců) požádat o komplexní vyšetření v poradenském zařízení. Po komplexním vyšetření dítěte a stanovení stupně mentálního postižení je doporučena možnost předškolního vzdělávání v mateřské škole formou individuální inkluze se stanovenými podpůrnými opatřeními, ve třídě mateřské školy podle § 16 odst. 9 školského zákona pro děti s mentálním postižením a vzdělávání v mateřské škole podle § 16 odst. 9 školského zákona pro děti s mentálním postižením. Volba typu mateřské školy je na rodičích dítěte.

Pro vzdělávání dětí se středně těžkým, těžkým stupněm mentální postižení, kombinací postižení a poruchami autistického spektra v kombinaci s těžšími stupni mentálního postižení je určen tříletý **přípravný stupeň základní školy speciální**, který je legislativně zakotven v § 48a školského zákona. Zřizuje se pouze u základních škol speciálních, které jsou zřizovány dle § 48 školského zákona. Vzdělávání ve třídách přípravného stupně základní školy speciální respektuje vývojové zvláštnosti dětí s těžším zdravotním postižením v době před nástupem k povinnému vzdělávání, což odpovídá trendu včasné odborné speciálně pedagogické podpory. Obsah vzdělávání vychází z modifikace Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV) ve formě školního vzdělávacího programu přípravného stupně základní školy speciální.

### 3.3 Základní vzdělávání

Základní vzdělávání žáků s mentálním postižením se řídí zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, **vyhláškou č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky**, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. **Cílem základního vzdělávání** je utvářet a postupně rozvíjet klíčové kompetence a poskytnout spolehlivý základ všeobecného vzdělání orientovaného zejména na situace blízké životu a na praktické jednání (RVP ZV, 2021).

**Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV)** je základní a závazný dokument pro tvorbu školního vzdělávacího programu, stanovuje rámcové cíle, klíčové kompetence, dílčí cíle a výstupy.

Za klíčové kompetence v rámci základního vzdělávání jsou stanoveny:

- kompetence k řešení problémů
- kompetence k učení
- kompetence komunikativní
- kompetence sociální a personální
- kompetence pracovní
- kompetence občanské (RVP ZV, 2021).

**Vzdělávací obsah** je rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí, které jsou tvořeny jedním nebo více vzdělávacími obory:

- **Jazyk a jazyková komunikace** (*Český jazyk a literatura, Cizí jazyk, Další cizí jazyk*)
- **Matematika a její aplikace** (*Matematika a její aplikace*)
- **Informační a komunikační technologie** (*Informační a komunikační technologie*)
- **Člověk a jeho svět** (*Člověk a jeho svět*)
- **Člověk a společnost** (*Dějepis, Výchova k občanství*)
- **Člověk a příroda** (*Fyzika, Chemie, Přírodopis, Zeměpis*)
- **Umění a kultura** (*Hudební výchova, Výtvarná výchova*)
- **Člověk a zdraví** (*Výchova ke zdraví, Tělesná výchova*)
- **Člověk a svět práce** (*Člověk a svět práce; RVP ZV, 2021*)

Každá vzdělávací oblast má svou charakteristiku, cíl, vzdělávací obsah, očekávané výstupy, které mají závaznou úroveň na konci páté a deváté třídy. Vzdělávací oblasti jsou doplněny o **minimální doporučenou úroveň pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření**. Z těchto minimálních doporučených úrovní pro úpravu očekávaných výstupů se vytváří obsah vzdělávání pro žáky s lehkým mentálním postižením, kteří se v základní škole vzdělávají formou individuální nebo skupinové inkluze nebo se vzdělávají v základní škole podle § 16 odst. 9 školského zákona pro žáky s mentálním postižením.

Základní vzdělávání je spojeno s povinností školní docházky. Plnění povinnosti školní docházky se řídí § 36 až § 43 školského zákona. Základní vzdělávání navazuje na předškolní vzdělávání a na výchovu v rodině. Je jedinou etapou vzdělávání, kterou povinně absolvuje celá populace žáků. Základní vzdělávání, kterým se dosahuje **stupně základní vzdělání**, se realizuje v oboru vzdělání základní škola.



Základní vzdělávání žáků s mentálním postižením v období povinné školní docházky je realizováno ve dvou úrovních dle stupně mentálního postižení. První úroveň tvoří vzdělávání na základní škole a základní škole podle § 16 odst. 9 pro žáky s lehkým mentálním postižením dle RVP ZV a druhou úroveň tvoří vzdělávání na základní škole speciální s Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělání základní škola speciální pro žáky se středně těžkým, těžkým mentálním postižením, s poruchou autistického spektra a žáky se souběžným postižením více vadami.

**Základní vzdělávání žáků s mentálním postižením** je realizováno v:

- v základní škole formou individuální inkluze
- v základní škole formou skupinové inkluze, při základní škole je zřízena třída základní školy podle §16 odst. 9 pro žáky s mentálním postižením
- v základní škole podle §16 odst. 9 školského zákona pro žáky s mentálním postižením
- v základní škole speciální

**Pojetí vzdělávání žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními (PO):**

- pro žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními prvního stupně je školní vzdělávací program (ŠVP) podkladem pro zpracování **plánu pedagogické podpory (PLPP)**, pro žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními od druhého stupně podkladem pro tvorbu **individuálního vzdělávacího plánu (IVP)**
- na úrovni IVP je možné na doporučení školského poradenského zařízení (ŠPZ) v rámci podpůrných opatření upravit **očekávané výstupy** stanovené ŠVP, případně upravit **vzdělávací obsah** tak, aby byl zajištěn soulad mezi vzdělávacími požadavky a skutečnými možnostmi žáků a aby vzdělávání směřovalo k dosažení jejich osobního maxima
- **k úpravám očekávaných výstupů** stanovených v ŠVP se využívá podpůrné opatření IVP, které umožňuje u žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními, za podmínek stanovených školským zákonem a vyhláškou č. 27/2016 Sb., upravovat očekávané výstupy vzdělávání, případně je možné přizpůsobit i výběr učiva
- **náhrada části vzdělávacích obsahů některých vzdělávacích oborů jinými vzdělávacími obsahy** nebo **náhrada celého vzdělávacího obsahu některého vzdělávacího oboru jiným**, který lépe vyhovuje vzdělávacím možnostem žáků, se využívá podpůrné opatření úprava obsahů a výstupů ze vzdělávání, prostřednictvím podpůrného opatření IVP u žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními, za podmínek stanovených školským zákonem a vyhláškou č. 27/2016 Sb.

- možné je také zařazení **předmětů speciálně pedagogické péče** (Vyhláška č. 27/2016 Sb.)

**Předměty speciálně pedagogické péče – třetí stupeň podpůrných opatření** (uplatňují se dle návrhu školského poradenského zařízení u žáků s lehkým mentálním postižením):

- zahrnuje předměty speciálně pedagogické péče uvedené ve druhém stupni PO (nápravy např. v oblasti logopedických obtíží, řečové výchovy, specifických poruch učení, rozvoj grafomotorických dovedností, rozvoj vizuálně percepčních dovedností, zdravotní tělesné výchovy, nácvik sociální komunikace)
- zraková stimulace, bazální stimulace u žáků s mentálním postižením, práce s optickými pomůckami, logopedická péče
- u žáků, kteří nemohou vnímat řeč sluchem, se věnuje rozvíjení sluchového vnímání, odezírání, rozumění mluvené řeči a její produkci, českému znakovému jazyku
- dále se věnuje prostorové orientaci, případně dalším oblastem speciálně pedagogické péče

**Podmínky vzdělávání žáků s podpůrnými opatřeními:**

- uplatňování principu diferenciací a individualizace vzdělávacího procesu při organizaci činností a při stanovování obsahu, forem i metod výuky
- uplatňování stanovených podpůrných opatření při vzdělávání žáků
- při vzdělávání žáka, který nemůže vnímat řeč sluchem, jako součást podpůrných opatření vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá jeho potřebám a s jehož užíváním má zkušenost
- při vzdělávání žáka, který při komunikaci využívá prostředků alternativní nebo augmentativní komunikace, jako součást podpůrných opatření vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá jeho vzdělávacím potřebám
- v odůvodněných případech odlišná délka vyučovacích hodin pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami nebo dělení a spojování vyučovacích hodin
- pro žáky s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem případně prodloužení základního vzdělávání na deset ročníků
- formativní hodnocení vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

- spolupráce se zákonnými zástupci žáka, školskými poradenskými zařízeními a odbornými pracovníky školního poradenského pracoviště, v případě potřeby spolupráce s odborníky mimo oblast školství
- spolupráce s ostatními školami

Hlavní cíl výchovy a vzdělávání v **základní škole speciální** je maximální možné rozvíjení psychických a fyzických dovedností a návyků, které žákům umožní zapojení do společnosti v co nejvyšší možné míře. Důležitým cílem základní školy speciální je získání elementárních znalostí a dovedností, vytváření návyků, potřebných v běžném životě u každého žáka dle jeho možností a schopností. Důraz je kladen na respektování individuálních možností každého žáka. Obsah výchovy a vzdělávání se od běžné školy výrazně odlišuje. Edukace žáků základní školy speciální vyžaduje vhodně upravené podmínky, speciální učební metody, snížené počty žáků ve třídě, kvalifikovaný personál, kompenzační pomůcky a speciální učebnice. Hlavním úkolem vzdělávání v základní škole speciální je zvládnutí trivia, což znamená naučit žáky základům čtení, psaní, počítání a souběžně je naučit co nejvíce prakticky využitelných dovedností a návyků. Zpravidla **základní školu speciální navštěvují žáci se středně těžkým, těžkým mentálním postižením, s poruchou autistického spektra a žáci se souběžným postižením více vadami**. Obsah vzdělávání je dán **Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS)**. I. díl je určen žákům se středně těžkým mentálním postižením a II. díl žákům s těžkým a hlubokým mentálním postižením a žákům se souběžným postižením více vadami. Docházka je desetiletá a absolventi základní školy speciální dosahují stupně **základy vzdělání**.

V I. díle RVP ZŠS je vymezen vzdělávací obsah, který je rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí (tvořené jedním nebo více obory) a je určen žákům se středně těžkým mentálním postižením.

Vzdělávací oblasti dle RVP ZŠS:

- **Jazyková komunikace** (Čtení, Psaní, Řečová výchova)
- **Matematika a její aplikace** (Matematika)
- **Informační a komunikační technologie** (Informační a komunikační technologie)
- **Člověk a jeho svět** (Člověk a jeho svět)
- **Člověk a společnost** (Člověk a společnost)
- **Člověk a příroda** (Člověk a příroda)
- **Umění a kultura** (Hudební výchova, Výtvarná výchova)
- **Člověk a zdraví** (Výchova ke zdraví, Tělesná výchova)

- **Člověk a svět práce** (*Člověk a svět práce*)

Obsah vzdělávacích oblastí respektuje opoždění psychomotorického vývoje žáků, učivo je redukováno na osvojení základních dovedností a vědomostí, praktických činností a pracovních dovedností (RVP ZŠS, 2008). Škola si při tvorbě vlastního školního vzdělávacího programu (ŠVP) rozpracuje vzdělávací obsah jednotlivých vzdělávacích oborů podle konkrétních potřeb a schopností žáků s mentálním postižením.

V II. díle RVP ZŠS je vzdělávací obsah základního vzdělávání rozdělen do pěti následujících vzdělávacích oblastí:

- **Člověk a komunikace** (*Rozumová výchova, Řečová výchova*)
- **Člověk a jeho umění** (*Smyslová výchova*)
- **Umění a kultura** (*Hudební výchova, Výtvarná výchova*)
- **Člověk a zdraví** (*Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchova*)
- **Člověk a svět práce** (*Pracovní výchova*)

Souborem dosažitelných elementárních klíčových kompetencí je třeba vybavit žáky s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami tak, aby jim umožnily najít vhodnou formu komunikace a soužití s jejich okolím. U žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami je kladen důraz především na klíčové kompetence komunikativní, sociální a personální a pracovní (RVP ZŠS, 2008).

#### **Specifika základní školy speciální:**

- speciálně pedagogické vzdělání učitelů
- školní třídy přizpůsobené potřebám žáků s těžším stupněm mentálního postižení
- přizpůsobený rozvrh i pracovní tempo
- klidné, nehlučné, nestresující, bezpečné prostředí
- pomoc poradenských zařízení (SPC, psychologové, další odborníci)
- ze strany pedagoga je nutná vnitřní motivace zaměřená emocionálně, trpělivost, tvořivost, vysoce individuální přístup, úzký vztah mezi pedagogem a žákem (rodiči)
- mimořádný význam má estetické cítění
- prolínání vzdělávacích oborů

- přizpůsobovat se individuálním možnostem žáků

#### **Alternativní a netradiční formy práce uplatňované na základní škole speciální:**

- alternativní a augmentativní komunikace (piktogramy, sociální čtení, globální čtení, VOKS)
- polohování
- facilitační techniky (Vojtova metoda, Bobathova metoda, Orofaciální regulační terapie Castilla Moralese)
- masáže (doteková terapie, míčková facilitace)
- TEACCH program (individuální přístup, strukturované prostředí a vizuální podpora)
- terapie (muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, terapie hrou, ergoterapie, psychomotorika, zooterapie, aromaterapie)
- Bazální stimulace (stimulace pomocí somatických, vibračních, vestibulárních, čichových a chuťových, sluchových a zrakových, komunikativních a sociálně-emočních podnětů)
- Snoezelen (Bílý pokoj, relaxační místnost)

### **3.4 Střední školství**

Střední vzdělávání žáků s mentálním postižením se řídí zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, **vyhláškou č. 13/2005 Sb. o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři**, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. **K cílům středního vzdělávání** patří rozšiřování a prohlubování vědomostí a dovedností nabytých ze základního vzdělávání, formování osobních postojů a vytváření předpokladů pro výkon určitého povolání. Pojetí RVP jednotlivých učebních oborů navazuje na RVP ZV a přihlíží ke speciálním vzdělávacím potřebám žáků s mentálním postižením v oborech vzdělání **kategorie E** – dvouleté a tříleté obory vzdělání poskytující střední vzdělání s výučním listem (určené hlavně pro žáky se zdravotním postižením nebo zdravotním znevýhodněním, jsou koncipovány s nižšími nároky v oblasti všeobecného i obecně odborného vzdělání, absolventi jsou připraveni pro výkon jednoduchých prací v rámci dělnických povolání) - **odborná učiliště**. Požadavky na odborné vzdělávání a způsobilosti (kompetence) absolventů vycházejí z požadavků trhu práce popsanych v profesních profílech

a kvalifikačních standardech. Rámcové vzdělávací programy jsou zpracovány tak, aby zajišťovaly srovnatelnou úroveň odborného vzdělávání a přípravy všech absolventů a aby zároveň umožňovaly škole reagovat na potřeby trhu práce v regionu.

Pro absolventy základních škol, kteří nemají předpoklady pro další studium na odborném učilišti, jsou určeny praktické školy. Patří do **kategorie J** - obory poskytující střední vzdělání 78-62-C/01 **Praktická škola jednoletá** a 78-62-C/02 **Praktická škola dvouletá**, které poskytují střední vzdělání (bez výučního listu a maturitní zkoušky).

**Praktická škola jednoletá** je vhodná pro žáky, kteří absolvovali základní školu speciální. Hlavní funkcí těchto škol je zaměření na profesní přípravu žáků s těžkým zdravotním znevýhodněním (těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami, autismem). Primárním cílem praktické školy jednoleté je poskytnutí odborného vzdělání pro výkon jednoduché manuální práce. Absolventi se mohou na trhu práce uplatnit ve zdravotních a sociálních zařízeních, dalšími možnostmi jsou práce na chráněném trhu práce (chráněná pracovní místa) nebo na volném trhu v rámci podporovaného zaměstnávání.

Vzdělávání je organizováno podle **Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání praktická škola jednoletá (RVP PRŠ 1)**. Rámcový vzdělávací program svým pojetím navazuje na Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální. Praktická škola jednoletá žákům doplňuje a rozšiřuje dovednosti teoretické a praktické, které získali v rámci povinné školní docházky (ZŠS). Vzdělávací proces je zaměřen na rozvoj komunikačních dovedností, dosažení samostatnosti a nezávislosti v co nejvyšší možné míře. Poskytuje přípravu v oblastech praktického života, které usnadní absolventům inkluzi do společnosti. **Cílem vzdělávání** je nabídnout možnost uplatnění na chráněném i volném trhu práce, nejčastěji formou jednoduchých pracovních činností v různých profesích. Vzdělávací proces se uskutečňuje v denní formě a výuka je organizována tak, aby respektovala psychické, fyzické a sociální možnosti žáků. Při vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami je zapotřebí při výuce uplatňovat speciálně pedagogické postupy a alternativní metody výuky. Vzdělávání se ukončuje závěrečnou zkouškou, dokladem o dosaženém stupni vzdělání je vysvědčení o závěrečné zkoušce (RVP PRŠ 1, online).

Smyslem a účelem praktické školy jednoleté je především možnost vykonávat odborný výcvik v hlavních předmětech, kam patří rodinná výchova, ruční práce a praktická cvičení. Každá škola musí mít zajištěno odpovídající pracoviště na nácvik těchto dovedností. Ve všeobecně vzdělávacích předmětech se prohlubují znalosti získané na základní škole. Praktická škola jednoletá je velmi důležitá ve vzdělávacím systému České republiky z hlediska další možnosti vzdělávání po ukončení povinné školní docházky, pro žáky s těžším mentálním postižením. Švarcová (2011) uvádí, že cílem je zvýšení kvality života absolventů, kterým se v rámci jejich individuálních schopností nabízí možnost uplatnění v chráněných pracovištích a při jednoduchých pomocných pracích v různých oblastech.

**Praktická škola dvouletá** je určena žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, které plynou ze snížené úrovně rozumových schopností, případně žákům se souběžným

postížením více vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole podle § 16 odst. 9 pro žáky s mentálním postižením nebo v základní škole běžného typu v nižším ročníku než devátém. **Cílem vzdělávání** je osvojení si odborných znalostí a manuálních dovedností, které jsou potřebné k vykonávání jednoduchých činností, tedy i možného budoucího uplatnění v různých oblastech pracovního života například ve zdravotnictví, sociální péči a službách, ve výrobních podnicích, v zemědělství, případně chráněných pracovištích.

**Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání Praktická škola dvouletá (RVP PRŠ 2)** navazuje na Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání Praktická škola dvouletá vymezuje výsledky vzdělávání na úrovni, kterou mají žáci získat během středního vzdělávání pomocí používání speciálně pedagogických metod, postupů a prostředků, umožňuje upravit obsah a rozsah učiva tak, aby odpovídal možnostem a schopnostem žákům s mentálním postižením a umožnil jim získat střední vzdělání. *„Praktická škola dvouletá je určena žákům se speciálními vzdělávacími potřebami plynoucími ze snížené úrovně rozumových schopností, případně žákům s více vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole praktické či v základní škole speciální v nižším než devátém ročníku základní školy a v odůvodněných případech v devátém ročníku základní školy“* (MŠMT).

Upřesňuje nejen úroveň klíčových kompetencí a úroveň vzdělávací, kterou si mají žáci v průběhu studia osvojit, ale také používání speciálních pedagogických metod, forem, postupů a prostředků. Klade důraz na přípravu pro budoucí život, tedy na pracovní a společenské uplatnění. Celý vzdělávací proces je uzpůsoben možnostem a schopnostem žáků tak, aby respektoval jejich individuální možnosti a specifickou jejich znevýhodnění. Vzdělávání v praktické škole dvouleté probíhá formou denního studia. Ředitel školy je oprávněn v odůvodněných případech prodloužit délku studia. Studium je ukončeno závěrečnou zkouškou s vysvědčením o závěrečné zkoušce. Závěrečné zkoušky zahrnují ústní teoretickou zkoušku z odborných předmětů a praktickou zkoušku z odborných předmětů. Absolvent získává úspěšným ukončením studia střední vzdělání.

**Celoživotní vzdělávání** je velmi důležité pro jedince s mentálním postižením, je potřeba udržovat všechny nabyté kompetence, které byly získány v rámci základního a středního vzdělávání. Po celý život je nutné posilovat samostatnost, soběstačnost, základní dovednosti v oblasti sebeobsluhy a podporovat získání sociální role dospělého jedince. Do kategorie **další vzdělávání** pro osoby s mentálním postižením patří tři dostupné možnosti celoživotního vzdělávání:

- kurzy pro doplnění vzdělání
- večerní školy
- aktivační centra

V kategorii **kurzy pro doplnění vzdělání** rozlišujeme kurz pro získání **základního vzdělání** a kurz pro získání **základů vzdělání**. Kurz pro získání základního vzdělání realizuje běžná základní škola a střední škola. Forma studia může být dálková nebo denní. Doba trvání kurzu je jeden rok a nástup do kurzu není omezen věkem zájemce o studium. Studium je ukončeno zkouškou, která odpovídá výstupům Rámcového vzdělávacího programu. Kurz pro získání základů vzdělání realizují základní školy speciální, je určen pro osoby se středně těžkým, těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, které ukončily vzdělávání na základní škole (dříve na základní škole praktické) v nižším než devátém ročníku. Doba trvání kurzu je jeden rok, a to buď v každodenní docházce, nebo jde o individuální výuku ve škole či místě bydliště žáka, případně v zařízení sociálních služeb (pokud tam člověk s mentálním postižením trvale žije).

**Večerní školy** poskytují možnost následné edukace absolventům základních škol speciálních. Večerní školy mohou navštěvovat i dospělé osoby s mentálním postižením, které nenavštěvovaly dříve základní školu, a tedy nemají ukončenou povinnou školní docházku. Náplní večerních škol je především prohlubování stávajících vědomostí a praktických dovedností, poskytují smysluplné trávení volného času, rozšiřují komunikační kompetence a jsou důležitým prvkem sociální interakce. Náplň vzdělávacích aktivit se odvíjí od individuálních (nebo aktuálních) potřeb. Zřizování večerních škol je zpravidla záležitostí neziskového sektoru. První večerní škola byla založena v roce 1991 Psychopedickou společností ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Karlovy v Praze.

**Aktivační centra** jsou školská zařízení, která se zaměřují na poskytování celoživotních vzdělávacích aktivit dospělým osobám s mentálním postižením, které absolvovaly povinnou školní docházku, ale nenalezly uplatnění na otevřeném nebo chráněném trhu práce či tuto možnost z různých důvodů ztratily. Aktivační centra jsou zřízena převážně při základní škole zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo základní škole speciální.

S ohledem na zvyšující se význam celoživotního vzdělávání nejen u populace bez postižení, ale i u osob s mentálním postižením je třeba během celého života klást důraz na **možnost volnočasových aktivit u osob s mentálním postižením, případně jakýchkoli aktivizačních činností**. Právě volnočasové aktivity, které jsou realizovány mimo proces vzdělávání, poskytují možnost pro rozvoj komunikačních schopností, praktických dovedností a sociální inkluze (Aktivační centra, 2013; Loskotová, 2016).

### **3.5 Základy didaktiky**

**Termínem didaktika** označujeme **teorii vzdělávání a vyučování**. Didaktika je jedním z oborů pedagogiky, která se zabývá problematikou vzdělávacího systému. Zabývá se kategoriemi cílů, obsahu vzdělávání a vyučování, vyučovacími principy, vyučovacími metodami, organizací vyučování a jeho řízením. Obecná didaktika zkoumá zákonitosti, podstatu a obsah vzdělávání. Zabývá se uplatňováním organizačních forem a metod, které vedou k



úspěšným výsledkům ve vyučování. **Obecná didaktika se tedy zabývá obecnými zákonitostmi vzdělávání jako celku, ne pouze určitého předmětu.** Cílem obecné didaktiky v teoretické rovině je objasňování klíčových didaktických pojmů, jako jsou vzdělání, výchova, vyučování, učení a další, a rozpracovávání teorií vztahujících se k vyučování a učení.

Didaktika se zabývá:

- obsahem a rozsahem vzdělávání (procesem)
- obsahem a rozsahem vzdělání (tj. výsledkem procesu vzdělávání)
- metodami, zásadami a formami vyučování
- interakcí mezi učitelem a žákem

Didaktika (teorie vyučování) je velmi významnou pedagogickou disciplínou pro vzdělávání žáků s mentálním postižením. Vyučovací proces můžeme vymežit jako „*záměrné cílevědomé navozování změn ve vědomostech, dovednostech, návycích, postojích, zájmech žáků, v jejich kognitivních schopnostech i chování*“ (Valenta & Müller, 2013, s. 257). Didaktika se zabývá **hledisky obsahovými** (obsah učiva a jeho strukturace), **hledisky procesuálními**, jakými **metodami učit**, jaké **formy vzdělávání** jsou nejvhodnější, a jakých **pomůcek** využívat apod. (Švarcová, 2011).

**Didaktické zásady** jsou definovány jako „*obecné požadavky, které v souladu se základními zákonitostmi výuky a s výchovnými a vzdělávacími cíli určují její charakter*“ (Kalhous, Obst a kol., 2009, s. 268). Při vyučování se dodržují didaktické zásady (principy), jimiž je **zásada názornosti, zásada přiměřenosti učiva, zásada soustavnosti a trvalosti, zásada individuálního přístupu, zásada uvědomělosti a aktivity žáků ve vyučování**. Aplikace těchto zásad v edukačním procesu u žáků s mentálním postižením je velmi významná a je potřeba se na dodržování těchto zásad v rámci edukačního procesu soustředit.

**Výuková metoda je cesta, po níž jde učitel se žákem, aby dosáhl vyučovacího cíle.**

Ve edukačním procesu žáků s mentálním postižením se uplatňují nejčastěji metody používané v rámci edukačního procesu:

- metody motivační
- metody expoziční
- metody fixační
- metody diagnostické
- metody klasifikační

Výběr metod v rámci průběhu edukačního procesu záleží na individuálních zvláštnostech žáků, struktuře vyučování, na stupni a typu školy, v níž jsou vzděláváni žáci s mentálním postižením (Valenta & Müller, 2013).

**Výukovou metodu** chápeme jako uspořádaný systém vyučovacích činností učitele a učebních aktivit žáků, které směřují k dosažení stanovených edukačních cílů. Čím jasněji a přesněji je vymezen cíl výuky, tím lépe mohou být zvoleny metody k jeho naplnění.

Kritéria pro volbu výukových metod:

- principy a pravidla výukového procesu
- cíle a záměry výuky
- obsah a metody daného předmětu
- úroveň fyzické a psychické vyspělosti žáků
- zvláštnosti třídy
- vnější podmínky
- osobnost učitele

**Vyučovací forma** (organizační forma výuky) je chápána jako vnější stránka vyučovacích metod a uspořádání výuky v určité vzdělávací instituci. **Základní vyučovací forma** je vyučovací hodina.

**Vyučovací jednotka** – není dodržen limit 45 minut, vyučovací blok, exkurze, vycházka, výlet.

**Typy vyučovacích hodin:**

- hodina výkladu nového učiva
- hodina opakování a fixace učiva
- hodina hodnocení žáka
- kombinovaná hodina



## **SHRNUTÍ KAPITOLY**

Kapitola se zabývá edukací a edukačním systémem dětí a žáků s mentálním postižením v České republice, poradenským systémem, ranou intervencí a sociální službou rané péče.

Text této kapitoly je uzavřen základním vzhledem do obecné didaktiky a aplikací pro edukaci žáků s mentálním postižením.

---

### **KONTROLNÍ OTÁZKA**



1. Specifikuj ranou intervenci, její cíle a úkoly ve vztahu k dětem s mentálním postižením.
  2. Popiš sociální službu rané péče.
  3. Charakterizuj předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením, cíle, obsah vzdělávání.
  4. Charakterizuj základní vzdělávání žáků s mentálním postižením, možnosti inkluzivního a segregovaného vzdělávání.
  5. Popiš možnosti středního a celoživotního vzdělávání jedinců s mentálním postižením.
  6. Čím se zabývá obecná didaktika?
  7. Vyjmenuj didaktické zásady a aplikuj je pro edukační proces dětí a žáků s mentálním postižením.
  8. Charakterizuj výukové metody, jaké výukové metody se uplatňují nejčastěji v rámci edukačního procesu u žáků s mentálním postižením?
- 

### **KORESPONDENČNÍ ÚKOL**



Seznámit se s rámcovými vzdělávacími programy pro předškolní, základní vzdělávání, soustředit se na strukturu a jednotlivé části těchto dokumentů.

---

### **K ZAPAMATOVÁNÍ**



Edukace dětí a žáků s mentálním postižením, edukační systém, poradenský systém, raná intervence, sociální služba rané péče, základy obecné didaktiky, didaktické zásady, výukové metody, vyučovací formy.

---



## **DALŠÍ ZDROJE**

Bartoňová, M. (2013). *Inkluzivní didaktika v základní škole se zřetelem na edukaci žáků s lehkým mentálním postižením*. Brno: Masarykova univerzita.

Bendová, P., & Zíkl, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada.

Franiok, P. (2008). *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Hájková, V., & Strnadová, I. (2010). *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada.

Kalhous, Z., Obst, O. a kol. (2009). *Školní didaktika*. Praha: Portál.

Opatřilová, D., & Nováková, Z. (2012). *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita.

Valenta, M., & Müller, O. (2013). *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta.

---

## 4 DOWNŮV SYNDROM

### RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Cílem kapitoly je seznámit studenty se základní problematikou Downova syndromu se zaměřením na charakteristiku jedinců s Downovým syndromem, jejich fyziognomické zvláštnosti a zdravotní obtíže. Vysvětlena je etiologie Downova syndromu a tři formy tohoto syndromu. Uvedeny jsou metody prenatální diagnostiky a vývoj jedince s Downovým syndromem od narození po dospělost.

### CÍLE KAPITOLY



- Charakterizovat Downův syndrom.
- Charakterizovat jedince s Downovým syndromem.
- Vyjmenovat fyziognomické zvláštnosti provázející tento syndrom.
- Vyjmenovat zdravotní obtíže provázející tento syndrom.
- Popsat etiologii Downova syndromu.
- Rozlišit tři formy Downova syndromu.
- Vymezit neinvazivní a invazivní vyšetření.
- Popsat vývoj kojenců a batolat s Downovým syndromem.
- Popsat vývoj dětí s Downovým syndromem v předškolním období a školní docházky.
- Popsat vývoj jedinců s Downovým syndromem v období dospívání a dospělosti.

### ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



250 minut



## KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Downův syndrom, fyziognomické zvláštnosti, zdravotní obtíže, etiologie, formy, chromozom, trisomie, nondisjunkce, translokace, mozaika, prenatální diagnostika, včasný vývoj, raná péče, kojeneček, batole, předškolní období, dospívání, dospělost, rodina, hrubá motorika, jemná motorika, senzomotorika, komunikace, socializace, osobnostní a sociální vývoj.

### 4.1 Charakteristika a charakteristické znaky Downova syndromu

Downův syndrom (morbus Downi) je považován za **nejrozšířenější formu mentálního postižení**, je **nejčastější chromozomální aberací** vyskytující se kdekoliv na světě. Na světě se ročně narodí přibližně 100 tisíc dětí s Downovým syndromem, u nás se rodí přibližně 70 dětí ročně. Rodí se o něco málo více chlapců s Downovým syndromem než dívek, ovšem rozdíl je nepatrný. První zaznamenaná podoba člověka s charakteristickými rysy tohoto syndromu byla nalezena na oltáři v Cáchách v Německu, s datem vzniku 1505. Toto postižení bylo popsáno jako samostatná diagnóza v roce 1866 Angličanem Johnem Downem. Tento doktor uveřejnil práci, ve které popsal typické znaky syndromu, jež nyní nese jeho jméno (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007). Sdělil následující:

*„Vlasy nejsou tak černé, jako je mají praví Mongolové, nýbrž jsou více hnědé, rovné a řídké. Obličej je rovný a široký, oči jsou posazeny šikmo a nos je malý. Tyto děti mají pozoruhodný napodobovací talent“* (Pueschel, 1997, s. 27).

Doktor příčinu Downova syndromu neznal. Jeho domněnka, že popsaná diagnóza je návratem k primitivní mongolské etnické rase, byla brzy zavrhnuta jeho synem Reginaldem, který byl také lékař. Pro typické fyziognomické zvláštnosti se dříve tomuto postižení říkalo **mongolismus**.

Downův syndrom byl popsán až v roce 1866, ale existují spekulace o tom, že slavný britský přírodovědec Charles Robert Darwin (1809-1882), zakladatel slavné evoluční teorie, měl dítě s Downovým syndromem. Údajně žil v domě s názvem „Down Haus“ v obci Downe, vzdálené asi 25 km od Londýna. V roce 1932 přišel doktor Waardenburg s myšlenkou, že příčina Downova syndromu by mohla být v chromozomální abnormalitě. Nějaký čas ještě trvalo, než se tento návrh potvrdil. Chromozomální původ nemoci byl doložen až v roce 1959, kdy francouzský badatel Jerome Lejeune se svými kolegy v Paříži uveřejnil v tisku zprávu o svém zjištění, že v karyotypu těchto dětí se nachází přebytečný chromozom 21 (Švarcová, 2011).

Děti s Downovým syndromem mívají většinou **středně těžké mentální postižení**, tedy IQ v rozmezí 35-49 bodů IQ stupnice, ale některé děti mohou mít i lehké mentální postižení či naopak těžké, jiné mohou mít téměř průměrnou inteligenci.

U Downova syndromu bylo popsáno více než 120 charakteristických příznaků, avšak mnoho dětí má pouze šest či sedm. Dále uváděné příznaky mají zvláštní důležitost pro rozpoznání diagnózy, či jsou významné pro rodiče.

Podíváme-li se na **obličej** dítěte s Downovým syndromem, mívá kulatý vzhled. Pohled ze strany ukazuje většinou plochý profil. Řada jedinců s Downovým syndromem má vzadu lehce oploštělou **hlavu** (brachycephalia). Většina osob s Downovým syndromem má mírně zešíklé **oči** směrem vzhůru. Navíc se u nich často vyskytuje kolmá kožní řasa ve vnitřním koutku oka (bilaterální epikantus). Pakliže je epikantická řasa velká, může vyvolat chybný dojem šilhání. Po okraji duhovky se někdy vyskytují bílé nebo lehce nažloutlé tečky, tzv. Brushfieldovy skvrny. Jakmile duhovka zhnědne, skvrny často zcela vymizí. Shodně jako epikantická řasa tyto skvrny nebrání vidění. Děti s Downovým syndromem mají většinou jemné a rovné **vlasy**. Starší děti a dospělí s Downovým syndromem mívají široký, krátký **krk**. **Ústa** jsou o něco menší, naopak jazyk trochu větší. Některé děti mají občas zvyk vyplazovat jazyk. PaedDr. Eva Matejičková, přední odbornice na Orofaciální regulační terapii (Dr. Rodolfo Castillo Morales), která pracuje s dětmi s Downovým syndromem, přednesla výsledky svých výzkumů, ve kterých se makroglosie, jak se zvětšenému jazyku říká, nepotvrdila. **Ruce** bývají široké a s krátkými prsty. Malíček může mít pouze jeden kloub a lehce ohnutý směrem k ostatním prstům (klinodaktylie). Na dlani bývá pouze jedna příčná rýha (opičí rýha), pokud tam jsou dvě, tak se táhnou napříč dlaní rovně. Otisky prstů dítěte jsou specifické, odlišné od ostatních dětí. Nohy mívají sandálovou (širokou) mezeru mezi ukazováčkem a placem a bývají silné. U dětí s Downovým syndromem se vyskytuje snížené **svalové napětí** (hypotonie). Nízký svalový tonus zůstává u dospívajících či dospělých pouze zřídka zásadním problémem. Při narození váží děti s Downovým syndromem méně oproti průměru. Bývají o něco menší. V dětství sice rostou rovnoměrně, ale růst je pomalý. V dospělosti dorůstají menšího **vzrůstu**, bývá to někde na dolní hranici průměru, tedy u mužů 145-168 cm a u žen 132-135 cm (Carr, 1995; Selikowitz, 2011).

## 4.2 Zdravotní obtíže

Existují některé choroby, které se u dětí s Downovým syndromem častěji vyskytují. Závažnější onemocnění jsou mnohem méně častá, vyskytují se asi jen u jednoho ze 100 dětí s Downovým syndromem.

**Infekce horních cest dýchacích** – děti s Downovým syndromem trpí častěji kašlem, rýmou a záněty středního ucha. Některé děti také trpí častěji nachladnutím vlivem poměrně úzké cesty pro průchod vzduchu (Eustachova trubice, nosní dutiny a uši).

**Ucpání ucha** – představuje závažné onemocnění, poněvadž může být častou a přitom léčitelnou příčinou ztráty sluchu u dětí i dospělých s Downovým syndromem. Ucpání postihuje střední ucho za ušním bubínkem. Ucpaná Eustachova trubice neodvádí sekret, který se hromadí ve středním uchu. Tento stav má obvykle za následek pocit „zalehnutí“ posti-

ženého ucha. Ucpání ucha může být občasné, trvalé (chronické) či přechodné. Příčina většinou nejasná, ovšem značnou roli může hrát ne zcela doléčená infekce středního ucha, alergie, zvětšené nosohltanové mandle.

**Zrak a vidění** – u dětí s Downovým syndromem je nutné pravidelně vyšetřovat zrak, jelikož mívají značný sklon ke *krátkozrakosti* (myopii) a *dalekozrakosti* (hypermetropii). Dalekozrakost je častější, ačkoli obvykle mírnější než krátkozrakost. Šilhání (*strabismus*) je u dětí s Downovým syndromem častější. U Downova syndromu jde většinou o tzv. šilhání konvergentní (sbíhavé), tj. obě oči se stácejí dovnitř, směrem k nosu. U dětí s Downovým syndromem se také častěji vyskytuje *nystagmus*, a to tehdy, když mozek neřídí přesně pohyby okohybných svalů. Hledí-li dítě na nějaký předmět, oči vykonávají rychlé záškuby sem a tam. Nepřetržitý pohyb očí omezuje u dítěte schopnost vidění. Downův syndrom může také provázet šedý zákal oční čočky (*katarakta*). Někdy jsou malá zrnka na periférii čoček tak hustá, že omezují vidění a problém se musí řešit operativně. *Keratokonius* představuje onemocnění, při kterém je rohovka (průsvitná membrána vpředu oční bulvy) kuželovitě zakřivená. U lidí s Downovým syndromem je častější, ale ve velmi mírné formě. Porucha se dá obvykle odstranit brýlemi, někteří pacienti budou muset nosit tvrdé kontaktní čočky.

**Svaly, kosti a klouby** – děti s Downovým syndromem zpravidla mívají velmi pohyblivé klouby, vypadají jako by byly z gumy. Velká hybnost kloubů a nízký svalový tonus má za následek abnormální postavení některých částí těla. Pokud se tak děje častěji, může dojít k deformaci kostí. Kvůli nízkému svalovému napětí děti s Downovým syndromem také často sedí s nohama do W, což může způsobit nesprávné postavení stehenních kostí, a mají sklon k plochým nohám.

**Krk** – u některých dětí a dospělých s Downovým syndromem je extrémně pohyblivé spojení mezi obratli atlas (nosič) a axis (čepovec), tzv. atlantoaxiální instabilita. Ta může přivodit dislokaci (subluxaci) krčních obratlů, tedy atlas se přesune přes axis, a stlačení míchy mezi kostním výčnělkem axisu (uskřípnutí) a její poškození míchy. Následkem může být ochrnutí končetin a zasažení dalších tělesných funkcí (např. ovládání močového měchýře nebo dýchání). K dislokaci dochází zpravidla postupně (může trvat měsíce či celé roky), může k ní také dojít náhle.

**Pokožka** – mnoho dětí s Downovým syndromem má suchou pokožku, která praská, olupuje se nebo svědí.

**Zuby** – dětem s Downovým syndromem se zuby prořezávají později a mléčné zuby vypadávají později (jejich obroušení je znatelnější). Děti jsou náchylnější k onemocnění dásní, proto je důležité věnovat patřičnou pozornost péči o chrup.

**Štítná žláza** – u jedinců s Downovým syndromem jsou častější obě formy hypotyreózy (vrozená, získaná). Jde o onemocnění, kdy je v krvi nedostatek tyroxinu, hormonu produkováného štítnou žlázou. *Vrozená hypotyreóza* je asi 30x častější u novorozenců s Downovým syndromem, vyskytuje se u jednoho ze 150 dětí s Downovým syndromem. Příčinou



může být špatný vývoj štítné žlázy plodu nebo neschopnost vyrábět nebo vylučovat hormon. Nedostatek tyroxinu v prvních dvou letech života může trvale poškodit intelekt, vyvolat těžší stupeň mentálního postižení. Hypotyreóza se projevuje zácpou, špatným přijímáním potravy, spavostí, plačtivostí, nižším svalovým tonem a opožděným vývojem. Celoživotní léčba spočívá v perorálním podávání chybějícího hormonu. *Získaná hypotyreóza* postihuje asi 30 % osob s Downovým syndromem. Nejčastěji vzniká v důsledku tzv. Hashimotovy tyroiditidy (chronického zánětu štítné žlázy). Jedná se o autoimunitní onemocnění, kdy je štítná žláza napadána protilátkami. Mezi projevy lze zařadit špatný růst, otoky kolem očí, suchá drsná kůže, slabost, netečnost, zácpy, špatná odolnost vůči chladnému počasí a poruchy paměti. Neléčená choroba může vést k onemocnění srdce nebo ke zhoršení mentálního postižení. *Zvýšená hladina hormonu stimulujícího produkci tyroxinu (TSH) – tyreoidu /štítnou žlázu/ stimulující hormon (TSH)* se vytváří v hypofýze (podvěsku mozkovém) a stimuluje produkci hormonů štítné žlázy.

**Střevní trakt – duodenální atresie** se vyskytuje u 10-15 % dětí s Downovým syndromem. Dochází ke zúžení první části tenkého střeva – dvanáctníku (duodena). Působí problém při průchodu jídla střevem, dochází ke zvracení a rozšíření horní části žaludku. Lze řešit operativně, kdy se zúžený úsek tenkého střeva vyjme a střevo znovu sešije. *Hirschsprungova nemoc* je zapříčiněna nepřítomností určitých nervových buněk v oblasti esovité kličky (část tlustého střeva před konečníkem). Dochází k hromadění střevního obsahu v tlustém střevě kvůli nesprávně fungujícím peristaltickým vlnám posunujícím potravu ke konečníku. V novorozeneckém nebo kojeneckém věku se projevuje zácpou, břicho se roztáhne a může následovat zvracení. *Zácpa* je běžným problémem u dětí s Downovým syndromem. Možnou souvislost lze vidět v nízkém napětí břišních svalů, které uvnitř břicha nevyvíjejí dostatečnou sílu při tlačení na stolicí.

**Leukemie** – postihuje 1 ze 100 dětí s Downovým syndromem. Projevuje se bolestmi kostí, nápadnou bledostí kůže, krvácivostí a abnormálním množstvím bílých krvinek. Více než polovinu případů lze vyléčit trvale.

**Klinefelterův syndrom** – asi u 1 ze 100 chlapců s Downovým syndromem se vyskytuje nejen nadbytečný 21. chromozom, ale také ještě jeden chromozom X. Chlapci jsou neplodní, mají relativně malá varlata a v pubertě se jejich tělo nevyvíjí normálně. Během dospívání je nutné podávat mužské hormony pro normální průběh fyziologických změn.

**Srdeční vady** – asi jedna třetina dětí s Downovým syndromem se rodí se srdeční vadou, která může mít mnoho různých podob. *Defektem předsíňokomorové (atrioventrikulární) přepážky* trpí 1 ze 6 dětí s Downovým syndromem. V přepážce mezi předsíněmi a někdy i komorami je otvor. Chlopně bývají deformované. Defekty mohou být částečné nebo úplné. Částečný defekt předsíňokomorové přepážky znamená, že přepážka mezi pravou a levou předsíní je zčásti otevřená. Porucha je často spojena s abnormalitami dvojcípé chlopně, kdy při stahu levé komory proniká určité množství krve zpět do levé předsíně. Dítě může být dušné, snadno unavitelné a trpí často infekcemi dolních cest dýchacích. Úplný defekt předsíňokomorové přepážky je závažnější, komorová i předsíňová přepážka jsou deformované, stejně tak dvojcípá i trojcípá chlopně. Levá komora se stahuje silněji oproti pravé a krev

prochází zpočátku srdcem z levé do pravé komory. Tak se do plic dostává krev z obou stran srdce, plíce se překrvují a tuhnou. Dýchání je obtížné, dítě se snadno unaví, hlavně při kojení. Děti často špatně přibírají. *Defekt mezikomorové přepážky* se vyskytuje u jednoho z deseti dětí s Downovým syndromem. Mezi komorami je otevřená překážka. Část krve se dostává z levé silnější komory do pravé a čerpá se do plic. Tak se do plic dostává více krve a způsobuje to jejich překrvení a tuhnutí. Následuje dušnost, dítě nepřibírá na váze a špatně jí.

*Otevřená Botallova dučej* je třetí nejčastější srdeční poruchou u dětí s Downovým syndromem. Výskyt se uvádí u jednoho z 50 dětí s Downovým syndromem. Tepna odvádějící krev do těla plodu (Botallova dučej) se zavírá při počátku používání plic dítětem. Nezavřeli se, proniká jí část krve určeného tělu zpět do plic, ty tuhnou nadbytkem protékající krve. Pokud je dučej velká, může docházet k dušnosti, dítě trpí infekcemi dolních cest dýchacích a špatně jí. Botallovu dučej lze jednoduše uzavřít.

*Eisenmengerův komplex* může postihnout děti (i dospělé) s určitým typem srdeční vady, pokud je odpor průtoku krve v plicních tepnách a žilách příliš velký a cévy nevratně zúžené. Ne vždy je možné této komplikaci předejít. Jakmile dojde k Eisenmengerovu komplexu, operace již není možná. Příznaky se podobají příznakům srdečního defektu. *Fallotova tetralogie* představuje zvláštní kombinaci srdečních anomálií, kterou trpí jedno ze 100 dětí s Downovým syndromem. Jde o čtyři současně se vyskytující abnormality, z nichž nejdůležitější jsou velký otvor v mezikomorové přepážce a zúžení plicnice vedoucí ze srdce do plic. Většina krve odchází do tělního krevního oběhu, nikoliv do plic. Do těla se dostává různé množství odkysličené krve. Dítě může mít namodralou barvu. Kompletní odstranění Fallotovy tetralogie znamená složitou srdeční operaci. Při srdeční vadě může abnormální průtok krve srdcem podpořit pomnožení bakterií a způsobit infekci uvnitř srdce (*endokarditida*; Černay, 1989; Kučera, 1981; Selikowitz, 2011).

### 4.3 Etiologie a formy Downova syndromu

Výskyt tohoto postižení je v každé populaci přibližně stejný. Uvádí se průměrný výskyt u jednoho ze 700 narozených dětí všech etnických skupin. Rizikovým faktorem pro vznik bývá uváděn věk rodičů – rizikové jsou matky nad 35 let nebo naopak příliš mladé ve věku 15-19 let a otcové nad 50 let. Dále se uvádějí radiace a fyzikální vlivy. Downův syndrom je vrozená chromozomální vada a patří mezi tzv. genomové choroby. Vzniká na základě tzv. numerických chromozomových aberací (mutací). Z genetického hlediska se lidé s Downovým syndromem liší od ostatní populace stavbou buněk (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007).

Dispozice pro vznik Downova syndromu jsou uloženy na jednom z ramen chromozomu č. 21. Proto se Downův syndrom označuje jako **trisomie 21. chromozomu**. Přítomnost nadbytečného chromozomu negativně ovlivňuje životnost plodu, cca 80 % takových těhotenství končí potratem.

Množství 21. chromozomu a způsob, jímž porucha vzniká, může mít trojí podobu. Tyto tři různé formy je nezbytné rozlišovat, protože předpoklad, že rodiče budou mít další dítě s

Downovým syndromem, závisí jistým způsobem na tom, jakou z forem syndromu má jejich dítě. Jedna z forem ovlivňuje i míru postižení dítěte.

**Rozlišujeme tři základní formy Downova syndromu: nondisjunkci, translokaci a mozaiku.**

**Nondisjunkce (volná trisomie)** – každá buňka místo 46 chromozomů ve 23 párech má 47 chromozomů ve 22 párech a jedné trojici. Tato situace je zastoupena v 95 % případů. Tato forma je nejběžnějším typem. Nazývá se též prostá trisomie. Vzniká tím, že jeden z rodičů předá dítěti ze spermie nebo vajíčka místo obvyklého jednoho 21. chromozomu chromozomy dva. Asi ve 20 % případů pochází nadbytečný chromozom ze spermie. Během vytváření spermie nebo vajíčka se dva 21. chromozomy původní buňky ještě před buněčným dělením spojí. Místo toho, aby se každý chromozom odpoutal opačným směrem a stal se součástí nově vznikající buňky, přejdou oba chromozomy jedním směrem do nové buňky společně. Takto vznikne jedna buňka obsahující oba 21. chromozomy a druhá buňka, v níž není ani jeden 21. chromozom. Druhá buňka nemůže přežít a zakrátko se rozpadá. Ačkoli je jasné, že věk matky je pro nondisjunkci zásadním faktorem, úloha věku otce je méně jasná (Pueschel, 1997).

**Translokace** – asi ve 4 % případů je rodič přenašečem. Asi 4 % jedinců s Downovým syndromem jsou nositelé tzv. Robertsonovy fúze. U tohoto typu není příčinou Downova syndromu celý nadbytečný chromozom, ale nadbytečná část 21. chromozomu. K této poruše dochází v případě, že se odlomí malé vrcholky 21. chromozomu a jiného chromozomu a zbývající části obou chromozomů se spojí. U translokace nehraje žádnou roli věk rodičů, jako je tomu u nondisjunkce. V translokaci s 21. chromozomem se vyskytují pouze určité chromozomy, konkrétně chromozomy 13, 14, 15 nebo 22, příp. jiný 21. chromozom (nejčastěji to bývá ale 14. chromozom). Všechny chromozomy mají malé geneticky neaktivní vrcholky, které se mohou bez jakéhokoli škodlivého následku odlomit a zaniknout. U jedné třetiny těchto dětí je zjištěno, že nositelem Downova syndromu je jeden z rodičů. Ačkoli tito jedinci sami žádné příznaky syndromu nemají, existuje u nich vyšší než průměrná pravděpodobnost, že se jim také může narodit dítě s Downovým syndromem. Nositel translokace je bez Downova syndromu, protože má 23 párových chromozomů. Jediný rozdíl je v tom, že jeden z jeho 21. chromozomů je spojen s jedním z ostatních chromozomů. Je však třeba zdůraznit, že ve dvou třetinách případů, kdy má dítě Downův syndrom způsobený translokací, není nositelem syndromu žádný z rodičů. Jedná se pouze o náhodnou událost a má mizivou pravděpodobnost opakování při dalších těhotenstvích (Selikowitz, 2011; Šmarda, 2007).

**Mozaika** – některé buňky mají 46 chromozomů, jiné 47. Situace se vyskytuje v 1 % případů. Jedinec s tímto typem má nadbytečný 21. chromozom pouze v některých tělových buňkách. Ostatní buňky jsou normální. Mozaiková forma říkáme z toho důvodu, že buňky v jejich těle jsou jako mozaika poskládaný z různých kousků, některé jsou normální, jiné mají nadbytečný chromozom. Mozaiková forma podle očekávání nemá tak zjevné příznaky, poněvadž proti poruše stojí také normální buňky. Jedinci s touto formou nemívají tolik nápadných fyzických příznaků Downova syndromu, jejich projevy a vývoj se blíží

obecnému průměru. Normální úroveň intelektových schopností mají tito jedinci pouze velmi zřídka (Selikowitz, 2011).

#### 4.4 Metody prenatální diagnostiky

Pro většinu rodičů, kteří mají dítě s Downovým syndromem, je mnohem nižší riziko narození dalšího dítěte s tímto syndromem než šance mít intaktní dítě. Riziko narození dalšího dítěte s Downovým syndromem závisí na formě Downova syndromu. V případě *nondisjunkce* nemohou být rodiče nositeli této formy Downova syndromu. Četnost výskytu stoupá s věkem matky. U matek do 40 let je pravděpodobnost 1:100, a to bez ohledu na věk. U matek nad 40 let je pravděpodobnost asi dvakrát vyšší, než je běžné pro daný věk. Pokud má dítě *translokaci*, je potřeba nejdříve zjistit, zda jsou rodiče nositelé poruchy. Pokud jsou chromozomy rodičů normální, což je ve většině případů, tak pravděpodobnost narození dalšího dítěte s Downovým syndromem je obvyklá pro daný věk matky. Pakliže je nositelem jeden z rodičů, pak je potřeba zjistit který a zda chromozom, na nějž je 21. chromozom přenesen, je také 21. chromozom či nikoliv. Většinou nebývá 21. chromozom připojen na jiný 21. chromozom, zpravidla se váže na chromozomy 13, 14, 15 nebo 22. V takovém případě je riziko narození dalšího dítěte s Downovým syndromem 1:8 (nositelkou matka) a 1:40 (nositelem otec). Ojediněle má rodič spojené dva 21. chromozomy, pak jediným možným výsledkem je dítě s Downovým syndromem. Má-li dítě *mozaikovou formu*, je pravděpodobnost narození dalšího dítěte s Downovým syndromem nižší, než kdyby dítě mělo nondisjunkci. Mozaiková forma je vzácná a pro přesný výpočet pravděpodobnosti není dostatek údajů (Selikowitz, 2011).

Těhotné ženy podstupují v průběhu těhotenství četná vyšetření, která mají za cíl předcházet komplikacím těhotenství a porodu. V posledních letech byla tato vyšetření doplněna o testy, které mohou odhalit vrozené vady plodu. Vyšetření na Downův syndrom se dělí na: **neinvazivní a invazivní vyšetření** (zasahující do těla matky).

Pro vyhledávání (screening) plodu s vrozenými vadami, speciálně s Downovým syndromem, se používá **neinvazivní** prenatální diagnostika (mezi 14.-16. týdnem těhotenství) a pravděpodobnost odhalení vrozené vývojové vady se udává mezi 54-65 %. Kvantitativní biochemické vyšetření z krve matky (tzv. **triple test**) je založen na poznatku, že v krvi těhotné ženy jsou tři látky, které produkuje plod s Downovým syndromem (a placenta) ve změněné koncentraci. Jedná se o sníženou hladinu alfafetoproteinu (AFP), sníženou hladinu volného estriolu (E3) a zvýšenou hladinu lidského choriového gonadotropinu (hCG). Měření těchto látek je však spolehlivé až po 16. týdnu těhotenství, proto se v případě potřeby provedení dalších testů provádí spíše aminocentéza než biopsie choriových klků (viz invazivní vyšetření). Je potřeba zdůraznit, že měření těchto látek jen indikuje vyšší pravděpodobnost přítomnosti Downova syndromu u plodu. Část žen, které mají plod s Downovým syndromem, má hladiny těchto látek normální, zatímco některé ženy s normálními plody mají hladiny daných látek abnormální. **Ultrazvukové vyšetření** – 11.-13. týden, šíjové projasnění. V tomto období má každý plod v podkožní oblasti šíje přítomnou vrstvičku

tekutiny. Tato tekutina se na ultrazvuku zobrazuje jako projasnění, přítomnost většího množství této tekutiny je často spojeno s výskytem chromozomálních aberací, tedy i Downova syndromu. Dalším vyšetřením je vyšetření přítomnosti nosních kůstek plodu. Provádí se v 1. trimestru. Pokud kůstky chybí, je možnou příčinou chromozomální vada. Toto vyšetření se moc nevyužívá. Ve 2. trimestru (většinou mezi 18.-22. týdnem), kdy se provádí podrobné vyšetření ultrazvukem, lze zjistit výskyt Downova syndromu, pokud se objeví zkrácení stehenní kosti, rozšíření močových cest, nález vrozené srdeční vady atd. (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007).

Mezi **invazivní** vyšetření, tedy zasahující do těla matky, patří: amniocentéza, biopsie choriových klků a kordocentéza.

**Amniocentéza** (odběr plodové vody) – zpravidla mezi 16.-18. týdnem těhotenství, spolehlivost je až 99,5 %. Membránózní (amniocentický) vak obaluje a chrání plod. Odebírá se vzorek tekutiny z tohoto vaku, který obsahuje plodové buňky, které mohou být pěstovány, aby bylo možné vyšetřit chromozomy plodu. Nevýhodou je dlouhé trvání a tedy nepříjemné období velké nejistoty pro matku a je u něj také zvýšené riziko spontánního potratu (0,5-1 %). Výsledky cytogenetického zpracování jsou velice spolehlivé. **Biopsie choriových klků** (odběr vzorků choria, CVS) – lze již v 6. týdnu, ideální doba je 9.-11. týden těhotenství. Odebírá se vzorek z budoucí placenty plodu. Oproti amniocentéze trvá kratší dobu. Nevýhodou je zvýšené riziko samovolného potratu a nejistá interpretace výsledků, protože tkáň placenty může mít jinou genetickou výbavu než plod samotný. V případě pozitivního výsledku se provádí amniocentéza. **Kordocentéza** znamená odběr krve plodu z pupečnickové cévy. Toto vyšetření se provádí pod kontrolou ultrazvuku. Je indikováno většinou u těhotných po 20. týdnu gravidity, kdy je třeba objasnit nejasný nález z amniocentézy nebo je-li při ultrazvukovém vyšetření zjištěna vada a je třeba zjistit, zda je či není geneticky podmíněna. Kordocentéza (stejně jako CVS) má dvojnásobně zvýšené riziko spontánního potratu oproti amniocentéze. V případě narození dvojčat jednovaječných, kdy jedno má Downův syndrom, bude mít i druhé dvojče tento syndrom. Pokud má Downův syndrom jedno z dvojevaječných dvojčat, druhé ho nejspíše nebude mít. V případě pozitivního nálezu lze zamezit dalšímu vývoji plodu s Downovým syndromem a druhý plod ponechat dále vyvíjet (Selikowitz, 2011).

## 4.5 Vývoj dítěte s Downovým syndromem od narození až po dospělost

Každé dítě je individuem s vlastními kvalitami. V minulosti byli lidé s Downovým syndromem popisováni jako lidé s těžkým postižením a nezajímaví. Děti s Downovým syndromem mohou mít všechny známé odchylky nebo jenom některé, mohou mít těžké mentální postižení nebo téměř průměrnou inteligenci, mohou být obézní nebo hubené, každé dítě s Downovým syndromem je však jedinečnou osobností. Vývoj dětí s Downovým syndromem bývá většinou rovnoměrný, ale zpomalený v porovnání s vývojem jejich intaktních

vrstevníků. Tímto postižením je méně ovlivněna emocionální a sociální stránka dítěte, zatímco motorický vývoj a vývoj řeči jsou poznamenány více. Vždy musíme brát zřetel na úroveň intelektových schopností těchto dětí (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007; Carr, 1995).

**Včasně zahájená odborná péče** u dětí s Downovým syndromem je nesmírně důležitá. V našich podmínkách vykonává největší díl záslužné práce v oblasti realizace programů rané intervence Speciálně pedagogické centrum při Mateřské škole speciální v Praze 8 (Štíbrova 1691), které má ve své péči některé děti s Downovým syndromem již od věku šesti týdnů. Kromě individuální a skupinové péče poskytované dětem na úrovni aktuálních vědeckých poznatků a získaných zkušeností plní významnou roli i v pomoci rodičům v adaptaci na skutečnost trvalého postižení jejich dítěte.

U dětí s Downovým syndromem je vlivem zpomaleného vývoje snížena i zvědavost a potřeba poznávat. Včasnou péčí je možno podpořit zejména senzomotorický a sociální vývoj kojenců a stimulovat procesy jejich učení. Přiměřeným cvičením a péčí je možné ovlivnit tělesné a mentální omezení těchto dětí. Z tohoto důvodu je nezbytné tyto procesy soustavně stimulovat. Kojenci často nepřibývají patřičnou měrou na váze, protože mají problémy s přijímáním potravy. To platí především pro děti s vrozenými vadami, např. srdeční vadou. Od druhého a třetího roku dochází u většiny dětí k rychlému nárustu váhy a od této doby se problémem stane spíše nadváha.

Pueschel (1997, s. 59) uvádí, že „*je velmi důležité, aby dítě s Downovým syndromem pocítilo v prvních letech života tolikrát úspěch v oblasti pohybu, jak je to jen možné. Jde o nevyhnutelný předpoklad pro budoucnost, v níž bude nutné zvládnout i komplikované pohybové sestavy. Většina dětí s Downovým syndromem dobře ovládá ranou nonverbální komunikaci, usmívají se a žvatlají.*“

**Rodiče** zpravidla nebyvají připraveni na výchovu dítěte s Downovým syndromem. Často si špatně vysvětlují objevující se nejrůznější potíže dítěte např. při sání, méně výrazné pohyby rukou, nohou a trupu. Mnozí totiž nevědí, že toto je následek oslabených vazů a menšího napětí svalů dítěte. Dítě s Downovým syndromem potřebuje intenzivnější smyslové dojmy, jako jsou hlasy, dotyky a barvy, aby je mohlo vnímat podobně jako ostatní děti. Odborná pomoc je proto zaměřována nejen na děti, ale i na jejich rodiče, sourozence a další členy rodin tak, aby pro dítě s Downovým syndromem bylo vytvořeno akceptující přátelské prostředí, v němž bude jeho vývoj probíhat co nejlépe. Vliv rodiny při výchově dětí s Downovým syndromem je nesporný (Vágnerová, Strnadová, & Krejčová, 2009).

Dívky s Downovým syndromem se průměrně vyvíjejí rychleji než chlapci, ženy si udržují ve většině případů náskok i v dospělosti, jde však o malé rozdíly. **Novorozenec** (první měsíc života) s Downovým syndromem mívá nižší svalový tonus. Při roztahování noh neklade takový odpor jako intaktní novorozenec. Děti s Downovým syndromem špatně ovládají ruce, ve snaze přiblížit je k ústům si mohou až poškrábat obličej. Každý novorozenec s Downovým syndromem je jiný, některé děti jsou spavé a budí se pouze na krmení, jiné

jsou naopak velmi čilé a hodně času jsou vzhůru. Některé děti mohou být bezdůvodně podrážděné a plačtivé. Křik dětí bývá obvykle jemný, poněvadž břišní a mezižeberní svaly mají nízký tonus. Ze stejného důvodu může být méně účinné sání a časově delší krmení. Novorozenci s tímto syndromem obvykle velmi dobře reagují na zvuky, které slyší (Seligowitz, 2011).

**Období do jednoho roku** představuje obrovský vývojový skok ve všech oblastech, hlavně v druhé půlroce života. Nejvíce se rozvinou reakce dítěte s Downovým syndromem na okolní svět a zvýší komunikativnost. Z důvodu nízkého svalového tonu se může hrubá motorika rozvíjet pomaleji než ostatní oblasti. Na konci prvního roku je dítě s Downovým syndromem schopno samo a bez opory sedět, velmi aktivně se snaží lézt. Kolem první poloviny roku se začne natahovat po předmětech kolem sebe. Postupem času se s nimi učí hrát, vkládá předměty do úst, třepe a bouchá s nimi. Na konci prvního roku dokáže držet předměty oběma rukama (pokud mu je tam vložíme), přendávat předmět z ruky do ruky a sbírat drobné předměty pomocí prstů a dlaně („shrábnutí“). Když dítěti něco zmizí, tak to hledá. U dítěte s Downovým syndromem se zdatně zvyšuje schopnost reagovat na okolí. Ve dvou až třech měsících se při pohledu na dospělého zešíroka usměje. Od tří měsíců rozpoznává známé tváře, ale až od dvanácti měsíců dává najevo nelibost. Koncem roku je dítě průbojnější, urputnější a odporuje, když se mu něco nelíbí. Pokud v tomto věku držíme šálek, dítě z něj dokáže pít. Komunikace dítěte je založena na nejrůznějších výkřicích, z nichž každý vyjadřuje určitou konkrétní potřebu. Vrnění a brumlání je intenzivnější a stále častější, kolem šestého měsíce se dítě s Downovým syndromem doslova vyžívá v hlučném žvatlání (Šustrová a kol., 2004).

V **období do dvou let** je dítě s Downovým syndromem zaměstnáno vývojem pohybových schopností, avšak vývoj v ostatních oblastech se zpomaluje. Ke zlepšování zručnosti a řeči dochází nerovnoměrně, dítě se často vrací k nevyzrálé jemné motorice a slovním experimentům prvního roku. Většina dětí nechodí bez pomoci až do začátku třetího roku. Nízký svalový tonus v dolních končetinách může způsobit tzv. plížení (děti tahají nohy za sebou, posunují se kupředu pomocí rukou, příp. po zadku, nebo válejí sudy). Dítě se po mnoha neúspěšných pokusech postaví v posteli, u nízkého stolku nebo židle. Následuje pohyb přidržováním se nábytku a děláním úroků stranou, aby dítě dosáhlo na vzdálenější předměty (prozkoumává terén). Než dítě s Downovým syndromem získá jistotu, může upřednostňovat chůzi s oporou. Dítě stále zručněji sbírá drobné předměty a dokáže ukazovat na věci ukazováčkem. Pokud zvládá držení předmětu, naučí se ho také pustit. Děti s Downovým syndromem mohou ve fázi házení nebo vrhání různorodých předmětů delší dobu ustrnout. Děti dokážou rozeznat známé lidi od cizích, avšak u cizích nechtějí setrávat (reakce mohou být až přehnané, doprovázené pláčem a úzkostmi). Koncem druhého roku se dítě umí samo napít z částečně plného šálku a jíst rukama. Taktéž umí udělat „pá pá“ a baví ho hry ve dvou, např. „tleskaná“. Během druhého roku se dítě naučí rozumět jazyku, což dokazuje přítomnost „vnitřní řeči“ (správné hraní s podaným předmětem, např. lžičku dává do úst, hřeben na hlavu). Často si „povídá“ svou vlastní řečí. První slovo dítě s Downovým syndromem řekne kolem druhého roku. Dítě vždy chápe víc, než dokáže samo vyslovit, dokáže na požádání např. ukazovat různé části těla. Osvojování nových slov je

možno podporovat „referenčním díváním“. Na konci druhého roku má dítě s Downovým syndromem ucelenější představu o předmětech, např. pochopení tvaru předmětu (dítě dokáže vkládat kulaté předměty do kruhových otvorů). Stále u dítěte přetrvává bouchání do předmětů a jejich občasné strkání do úst. Stále více si uvědomuje, že nepřestávají existovat skryté předměty a usilovně je hledá, např. zabalené bonbony. Ke konci roku chápe, že předměty se dají používat jako nástroje, jasněji si uvědomuje souvislost mezi činností a následkem, např. stahuje ubrus, aby se dostalo k předmětům, na které nemůže dosáhnout (Selikowitz, 2011).

U **batolete** (od dvou do tří let) se rozvíjí chůze, čímž se stává mnohem samostatnější. Mezi druhým a třetím rokem dosáhne dítě s Downovým syndromem větší obratnosti v činnostech spojených s hrubou motorikou. Koncem třetího roku začíná být chůze jistá, dítě je schopno táhnout na provázku malou hračku. Dítě dokáže ve třech letech sedět na malé židličce a umí kopnout do míče. Dítě je aktivní a zvědavé, má však chabou představu o možných nebezpečích. V tomto věku se dítě s Downovým syndromem nechá snadno vyrušit a nedokáže se soustředit na daný úkol příliš dlouho (náznak vývojové nezralosti). Dítě dokáže složit jednoduché stavebnice a skládky. Koncem druhého roku spojuje hračky a staví věže z několika kostek. Na konci třetího roku zvládá přelít tekutinu z jednoho hrnku do druhého, a to bez rozlití. Dítě má v tomto věku tendenci napodobovat, proto je možné jej snáze přimět k některým činnostem. Rostoucí zdatnost přináší zvýšenou touhu po nezávislosti a jistou umíněnost. Automaticky vše bez rozmyslu popírá (tzv. období negativismu). Dítě může podléhat záchvatům vzteku, trvat na tom, že chce něco udělat samo. Často se také vyskytují náhlé změny nálady, které jsou překvapivé jak pro rodiče, tak i pro dítě samotné. Děti s Downovým syndromem mívají problémy s kousáním, proto upřednostňují měkčí jídla. Obvykle od 30 měsíců se nacvičuje chození na nočník, avšak je vyžadována vysoká dávka trpělivosti. V průběhu třetího roku dochází u dítěte s Downovým syndromem k výraznému rozvoji jazyka a řeči. Dítě mnohem lépe rozumí pokynům. Koncem třetího roku umí spojit dvě slova do jednoduché věty. První věty jsou zpravidla složeny z podmětu (podstatného jména) a slova, které nese význam děje (slovesa, klíčového slova použitého ve slovesném významu), např. „táta jde“, „táta pá pá“. U mnoha dětí s Downovým syndromem se jazykový vývoj opožďuje za ostatními oblastmi. Pomocnou metodou může být „znakování“, současné učení slov a používání manuálních znaků. Malým dětem může hodně pomoci „Makaton“, systém jednoduchých grafických symbolů a znaků doprovázejících řeč (Škodová, Jedlička a kol., 2007; Winders, 2009).

**Období předškolního věku** je zpravidla vymežováno jako období mezi 3.-5. rokem. V tomto věku začíná dítě vyhledávat společnost jiných dětí. Spoustu věcí se dítě naučí od svých vrstevníků. Oblast hrubé motoriky bývá u dítěte v období předškolního věku již vyvinuta. Po schodech už umí chodit samostatně a kolem pátého roku střídá při chůzi do schodů obě nohy. Střídavou chůzi směrem dolů zvládne mezi sedmým a osmým rokem. V pěti letech koordinuje pohyb při běhu a je schopno vyhnout se překážce, která mu stojí v cestě. Naučí se také jezdit na tříkolce. Do tří let je dítě schopné napodobit svislou čáru podle předlohy a poté i vodorovnou. V pěti letech už umí nakreslit kolečko. Mezi třetím a čtvrtým rokem se dítě s Downovým syndromem značně uklidní, snáze se umí ovládat a je



samostatnější. Značný pokrok lze vidět v chození na toaletu a v samostatnosti při jídle, mimo krájení. Mnohem lépe snášejí děti kolem sebe, ale stále si raději hraje vlastní hry vedle ostatních dětí než s nimi. Předškolák s Downovým syndromem řekne na požádání své křestní jméno a pojmenuje mnoho věcí. Jeho věty jsou delší a obsáhlejší o zájmena, později i přídavná jména a příslovce. Samozřejmě se objevují gramatické chyby, špatná výslovnost, vynechávání nebo špatné používání slov, zaměňování hlásek nebo vynechávání určitých hlásek. Dítě je schopné poslouchat složitější říkánky a pohádky a často je i opakovat. Komunikace je stále spíše monologická. Klade otázky typu „co“ („Co je to?“). Zlepšuje se paměť. Začíná chápat pojem velikosti, rozdíl mezi malý a velký. Při práci už nepoužívá tak často metodu „pokus – omyl“, problémy spíše řeší úvahou (Jarošová, 2015; Šustrová a kol., 2004).

**Období povinné školní docházky** se zpravidla vymezuje od věku 6 let. Dítě si začíná uvědomovat své schopnosti, nastupují povinnosti do školy, u dítěte roste sebejistota. Díky tomu pak dokáže navazovat nové sociální vztahy. V tomto věku se zvyšuje svalový tonus a klouby ztrácejí část abnormální hybnosti. Roste svalová síla, koordinace pohybu a vytrvalost. Do deseti let zvládne nakreslit velmi zřetelně lidskou postavu a jednoduchý obrázek domu. Zvyšuje se přesnost a rychlost při skládání papíru, stříhání, vystřihování a navlékání. Od deseti do dvanácti let je schopno naučit se některá písmena, rozpozná a napíše číslice. Vyšší zdatnost lze vidět v každodenních činnostech i v sociální oblasti. Při oblékání je více samostatné a od deseti let si umí zapínat knoflíky. Dokáže se samo vykoupat ve vaně, vyčistit si zuby, učesat a vysmrkat se. Řeč se stále zlepšuje a ubývá gramatických chyb. Dvanáctileté dítě má slovní zásobu kolem 2000 slov. Může být stydlivé a málomluvné. Mezi šestým a sedmým rokem se dítě ptá hlavně „kde“ a „kdo“, v deseti letech se přidávají otázky „proč“. Myšlení je konkrétní a vše chápe doslovně. Pravidla dítě s Downovým syndromem chápe rigidně, což může být zmatené flexibilitou či výjimkami (Carr, 1995; Šustrová a kol., 2004).

V **období dospívání** dochází u převážné většiny adolescentů s Downovým syndromem k hormonálním změnám a s tím souvisejícím fyzickým a emocionálním projevům ve stejném věku jako u zbytku populace. Děti s Downovým syndromem však nejsou natolik intelektově zralé a vývoj jejich abstraktního myšlení není tak rychlý jako u jejich intaktních vrstevníků. Pubertální změny začínají hormonálními změnami v těle dítěte. Výsledkem zvýšené hormonální hladiny jsou změny chování. Ty se u adolescentů s Downovým syndromem projevují většinou sklony k únavě a náhlými návaly vzteku a vzdoru. Proto je důležité, aby byly osoby v jejich blízkosti trpělivé a stanovily pevné a jasné hranice. V tomto období by také mělo dojít k sexuální výchově. Musí samozřejmě proběhnout ve srozumitelné a snadno pochopitelné formě, aby děti dobře porozuměly a vše správně pochopily. Sexuální výchova probíhá také z důvodů prevence sexuálního zneužívání, jehož jsou osoby s mentálním postižením častými oběťmi. V této době by měly děti získat co nejvíce vědomostí a dovedností potřebných pro jejich samostatnost a pro co největší nezávislost. U některých mladistvých či starších lidí s Downovým syndromem se setkáváme někdy s nadváhou. Je způsobena nedostatečným pohybem a nadbytečným přijímáním potravy,

proto musí tito jedinci dodržovat rozumnou dietu, správné stravovací návyky, pravidelný sport, vyváženou stravu (Strusková, 2016).

Život **dospělým osobám** s Downovým syndromem komplikuje často nesrozumitelná řeč. Je to pro ně velice frustrující, a často proto odmítají zahajovat konverzaci. Lidé s Downovým syndromem se ve zdraví dožívají padesáti až šedesáti let. Tito lidé vždy potřebují větší pomoc než průměrný člověk. Míra pomoci může být různá. Někteří potřebují pomoc jen v náročnějších situacích, jiní se neobejdou bez péče ani při vykonávání primárních potřeb. Dospělý člověk s Downovým syndromem je schopen pracovního zařazení (Šustrová a kol., 2004). Vhodné je podporované zaměstnávání, práce na pracovních místech zřízených pro osoby se zdravotním postižením nebo sociálně terapeutická dílna. Dospělé osoby s Downovým syndromem jsou schopni samostatného bydlení nebo chráněného bydlení.

**Tabulka 1: Milníky ve vývoji týkající se motorického vývoje, vývoje řeči a socializace (Pueschel, 1997)**

	Děti s Downovým syndromem		Intaktní děti	
	průměr (měsíce)	období (měsíce)	průměr (měsíce)	období (měsíce)
úsměv	2	1,5-3	1	0,5-3
otáčení	6	2-12	5	2-10
sezení	9	6-18	7	5-9
plazení	11	7-21	8	6-11
lezení	13	8-25	10	7-13
stání	10	10-32	11	8-16
chůze	20	12-45	13	8-18
první slova	14	9-30	10	6-14
první věty	24	18-46	21	14-32

**Tabulka 2: Milníky ve vývoji týkající se dovednosti sebeobsluhy (Pueschel, 1997)**

	Děti s Downovým syndromem		Intaktní děti	
	průměr (měsíce)	období (měsíce)	průměr (měsíce)	období (měsíce)
<b>PŘIJÍMÁNÍ POTRAVY</b>				
prsty	12	8-28	8	6-16
lžící, vidličkou	20	12-20	13	8-20
<b>ČISTOTA</b>				
kontrola močového měchýře	48	20-95	32	18-60
kontrola stolice	42	28-90	29	16-48
<b>OBLEČENÍ</b>				
svlékání	40	29-72	32	22-42
oblékání	58	38-98	47	34-58

## SHRNUTÍ KAPITOLY



Downův syndrom je zapříčiněn chromozomální aberací. Existují tři typy Downova syndromu. Downův syndrom provázejí určité fyziognomické zvláštnosti. Úroveň socializace u jedinců s Downovým syndromem je na vysoké úrovni. Prenatální diagnostika využívá několik způsobů. Žáky s Downovým syndromem je možné úspěšně inkludovat do škol hlavního vzdělávacího proudu.

---

## KONTROLNÍ OTÁZKA



1. Co je to Downův syndrom?
  2. Vyjmenujte fyziognomické zvláštnosti provázející Downův syndrom.
  3. Vyjmenujte zdravotní obtíže provázející Downův syndrom.
  4. Popište prenatální diagnostiku v případě Downova syndromu.
  5. Specifikujte tři formy Downova syndromu.
  6. Popište vývoj dětí s Downovým syndromem v předškolním období a období školní docházky.
- 

## KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Zpracujte recenzi na film s tematikou Downova syndromu (zaměřte se na slabé a silné stránky jedinců s Downovým syndromem).

---

## K ZAPAMATOVÁNÍ



Downův syndrom, fyziognomické zvláštnosti, zdravotní obtíže, etiologie, formy, chromozom, trisomie, nondisjunkce, translokace, mozaika, prenatální diagnostika, včasný vývoj, raná péče, kojeneček, batole, předškolní období, dospívání, dospělost, rodina, hrubá motorika, jemná motorika, senzomotorika, komunikace, socializace, osobnostní a sociální vývoj.

---



## DALŠÍ ZDROJE

- Halder, C. (2004). *Dítě s Downovým syndromem ve škole*. Praha: JPM Tisk.
- Chvátalová, H. (2001). *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál.
- Janíková, M., Dzúrová, D. a kol. (2000). *Milá maminko, milý tatínku*. Praha: TRITON.
- Štřihavková, D. (2006a). *Denisa*. Praha: JPM Tisk.
- Štřihavková, D. (2006b). *Na tom záleží II*. Praha: JPM Tisk.
- Šedý, J. (2002). *Dominčiny pohádky*. Jablonec nad Nisou: SPMP ČR.
- Šedý, J. (2003). *Celistvost Barevného Slunce*. Jablonec nad Nisou: SPMP ČR.
- Šedý, J. (2005). *Babiččiny pohádky*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
- Zuckoff, M. (2004). *Naia se smí narodit*. Praha: Portál.
-

## LITERATURA

- Bartoňová, M., Bazalová, B., & Pipeková, J. (2007). *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.
- Bartoňová, M., & Vítková, M. (2007). *Strategie ve vzdělávání dětí/žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido.
- Bartoňová, M. (2012). *Specifika vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. Brno: Masarykova univerzita.
- Bendová, P., & Zíkl, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada.
- Cach, J. (1989). *Výchova a vzdělání v českých dějinách II.: feudální společnost 1620-1848 (počínaje životem a dílem J. A. Komenského)*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Cach, J. (1991). *Výchova a vzdělání v českých dějinách III. - 2. část: (1848 – 1914) Podobizny a jejich problémy*. Praha: Karolinum.
- Carr, J. H. (1995). *Down 's syndrome: Children growing up*. Oxford: University Press.
- Černay, J. (1989). *Downova choroba*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy.
- Černoušek, M. (1994). *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada, Avicenum.
- Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – DSM-5* (2015). Praha: Hogrefe.
- Edelsberger, L. (1976). *Příspěvek k vývoji speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Eisová, A. (1983). *Kapitoly z dějin psychopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Franiok, P. (2003). *Kapitoly z teorie speciální pedagogiky*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Havelka, D., & Bartošová, K. (2019). *Speciální sourozenci: život se sourozencem s postižením*. Praha: Portál.

Janků, K. (2019). *Mentální postižení a PAS I: distanční studijní text*. Opava: Slezská univerzita.

Jankovský, J. (2006). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton.

Jarošová, J. (2015). *Rozvoj kognitivních funkcí dítěte s Downovým syndromem*. České Budějovice: Berová - Jih.

Klenková, J. (2006). *Logopedie*. Praha: Grada.

Kubová, L. (1995). *Speciálně pedagogická centra*. Praha: Septima.

Kučera, J. (1981). *Downův syndrom: model a problém*. Praha: Avicenum.

Lechta, V. (2008). *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál.

Ludvík, F. (1956). *Dějiny defektologie: historický nárys péče o mládež vyžadující veřejné ochrany a pomoci*. Praha: SPN.

Monatová, L. (1998). *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido.

Mühlpachr, P. (2001). *Vývoj ústavní péče: filosoficko-historický pohled*. Brno: Masarykova univerzita.

Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD.

Přinosilová, D. (2007). *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.

Pueschel, S. M. (1997). *Downův syndrom: pro lepší budoucnost*. Praha: Tech-market.

*Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: MŠMT, 2021.

*Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: MŠMT, 2021.

*Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. Praha: VÚP, 2008.

Selikowitz, M. (2011). *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha: Portál.

Sovák, M. (1986). *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Strusková, O. (2016). *O čem se nemluví: příběhy mladých lidí s Downovým syndromem*. Praha: Maxdorf.

- Škodová, E., Jedlička, I. a kol. (2007). *Klinická logopedie*. Praha: Portál.
- Šmarda, J. (2007). *Biologie pro psychology a pedagogy*. Praha: Portál.
- Šustrová, M. a kol. (2004). *Diagnóza: Downov syndróm*. Bratislava: Perfekt.
- Švarcová, I. (2011). *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál.
- Titzl, B. (1998). *Postižený člověk ve společnosti: hledání počátků*. Praha: Univerzita Karlova.
- Vágnerová, M. (2004). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M., Strnadová, I., & Krejčová, L. (2009). *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum.
- Valenta, M. a kol. (2014). *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál.
- Valenta, M. a kol. (2012). *Metodika práce se žákem s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Valenta, M., & Müller, O. (2013). *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., a kol. (2018). *Mentální postižení*. Praha: Grada.
- Vencovský, E. (1957). *Počátky české psychiatrie 18. a 19. století*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Vencovský, E. (1993). *Duševní život Rudolfa II. a jiných osobností*. Plzeň: Nava.
- Vencovský, E. (1996). *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum.
- Vítková, M. (2003). *Integrativní školní (speciální) pedagogika: základy, teorie, praxe*. Brno: MSD.
- Winders, P. C. (2009). *Rozvoj hrubé motoriky u dětí s Downovým syndromem: průvodce pro rodiče i profesionály*. České Budějovice: Jihočeská univerzita ve spolupráci se společností Ovečka.
- Zeman, J. (1908). *Péče o děti abnormální: statistický přehled ústavů a škol pro děti abnormální*. Náchod: knihkupectví R. Chrastiny.

## SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora k předmětu Psychopedie byla zpracována v rámci projektu Zvýšení kvality vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě ve vazbě na potřeby Moravskoslezského kraje (CZ.02.2.69/0.0/0.0/18\_058/0010238) autory doc. PhDr. Mgr. Jarmilou Pipekovou, Ph.D. a PhDr. Mgr. Janem Viktorinem, Ph.D. Studijní opora Psychopedie je určena studentům bakalářského studijního programu Speciální pedagogika.

Studijní opora obsahuje 4 kapitoly, které jsou standardně strukturované v závislosti na obsahu předmětu Psychopedie a příslušném počtu hodin (13 vyučovacích týdnů po 2 hodinách týdně v prezenční formě 13p+13s, 12p v kombinované formě).

Cílem českého školství je vytvořit takové školní prostředí a klima školy, které poskytuje všem žákům stejné podmínky a šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajišťuje jim právo na rozvoj jejich individuálních předpokladů. V edukaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami došlo u nás v posledních třiceti letech k prudkým změnám. Koncepte vzdělávacího systému se přizpůsobuje požadavkům evropské společnosti. Je i naší snahou inkludovat co největší počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných typů škol a školských zařízení. To však neznamená, že se nerespektuje potřeba žáků s těžkým zdravotním postižením a souběžným postižením více vadami, pro které je vytvořena dostatečně bohatá nabídka míst ve speciálních školách a školských zařízeních. Se změnou pohledu na vzdělávání a výchovu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se změnilo postavení učitelů, speciálních pedagogů, poradenských pracovníků, vychovatelů, asistentů pedagoga a jejich kompetence ve školách a školských zařízeních, s čímž je úzce spojena změna požadavků na jejich vzdělávání.

V první kapitole je řešeno základní teoretické vymezení pedagogiky osob s mentálním a psychickým postižením, psychopedii. V následném textu kapitoly je pozornost věnována pojetí mentálního postižení, etiologii a klasifikaci, charakteristice jednotlivých stupňů mentálního postižení, osobnostním specifikům jedince s mentálním postižením a obecně problematikou rodiny a rodinou s dítětem s mentálním postižením.

Ve druhé kapitole je popsán přístup společnosti k jedincům s mentálním postižením v českých zemích i zahraničí. Pozornost je věnována významným osobnostem, které se podílely na formování pedagogiky osob s mentálním postižením.

Třetí kapitola textu se zabývá edukací a edukačním systémem dětí a žáků s mentálním postižením, poradenským systémem, ranou intervencí a sociální službou rané péče. Poslední podkapitola nabízí obecný vhled do základů didaktiky jedinců s mentálním postižením.

Ve čtvrté kapitole je probírána problematika Downova syndromu se zaměřením na fyziognomické zvláštnosti, zdravotní obtíže, etiologii, formy, prenatální diagnostiku a vývojová stádia jedinců s Downovým syndromem.



Jde o studijní materiál, který je speciálně strukturovaný. Samotný text si klade za cíl vést studenty k vlastní aktivitě a pozitivně motivuje ke studiu konkrétního oboru. Na začátku každé kapitoly je uveden orientační čas pro studium. Je dobré, aby si příslušný čas studenti vyšetřili a konkrétní blok nerušeně prostudovali právě v jednom časovém úseku. Tříštění pozornosti je rozhodně na škodu. Jednotlivé části jsou uspořádány tak, aby byly zvládnuty „jedním dechem“. Pevně věříme, že studium bude zajímavé a podněcující. Přejeme všem, kteří se k němu rozhodnou, aby je práce bavila a nadchla. S tímto úmyslem jsme text připravovali.

Název: **Psychopedie**

Autor: **doc. PhDr. Mgr. Jarmila Pipeková, Ph.D.**  
**PhDr. Mgr. Jan Viktorin, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě  
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 97

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.