



Nové možnosti rozvoje vzdělávání na Technické univerzitě v Liberci

**Specifický cíl A4: Kurzy zaměřené na rozšiřování dovedností (upskilling)
nebo rekvalifikace (reskilling)**

NPO_TUL_MSMT-16598/2022

Speciální pedagogika jedinců s poruchou intelektu

ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.

Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.

2024



**Financováno
Evropskou unií**
NextGenerationEU



**Národní
plán
obnovy**

MSMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Název: Speciální pedagogika jedinců s poruchou intelektu

Autorky: ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D., Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.

Recenzentka: Mgr. et Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D.

Za jazykovou správnost odpovídají autorky.

Vydala Technická univerzita v Liberci v roce 2024.

ISBN 978-80-7494-692-9

Obsah

Používané zkratky.....	5
Úvod	7
1 Charakteristika oboru a současné trendy v péči o lidi s poruchou intelektu	8
1.1 Speciální pedagogika osob s poruchou intelektu	8
1.2 Nové přístupy a trendy ve speciální pedagogice osob s poruchou intelektu.....	10
1.3 Vymezení a klasifikace poruch intelektu	13
1.3.1 Klasifikace MKN-10.....	15
1.3.2 Klasifikace MKN-11.....	16
1.3.3 Klasifikace DSM-5	17
1.3.4 Klasifikace MKF.....	17
1.3.5 Klasifikace podle typu chování	18
1.3.6 Klasifikace poruch intelektu na základě míry podpory	19
1.4 Charakteristika deficitů dle stupňů poruchy intelektu	19
1.4.1 Lidé v podprůměru a v hraničním pásmu intelektové subnormy	19
1.4.2 Lidé s mírnou poruchou intelektu	20
1.4.3 Lidé se středně těžkou poruchou intelektu	21
1.4.4 Lidé s těžkou poruchou intelektu	21
1.4.5 Lidé s hlubokou poruchou intelektu	22
1.4.6 Zdánlivá porucha intelektového vývoje	23
1.5 Etiologie poruch intelektu	24
1.6 Prenatální diagnostika	25
1.7 Postnatální diagnostika poruch intelektu.....	26
1.7.1 Dynamická diagnostika.....	28
1.7.2 Diferenciální diagnostika	29
2 Projevy jedinců s poruchou intelektu	30
2.1 Syndromy s predikcí vzniku poruchy intelektu.....	32
2.1.1 Lidé s Downovým syndromem	34
2.1.2 Autistické syndromy v rámci pervazivní vývojové poruchy	35
2.1.3 Porucha intelektu v důsledku syndromu zanedbávaného dítěte	38
2.2 Deficity ve vývoji v období dětství.....	40
2.3 Projevy poruchy intelektu u lidí v období dospívání a dospělosti.....	40
2.4 Emoční inteligence u lidí s poruchou intelektu	41
2.5 Mimointelektové schopnosti, motivace, vůle a zájmy	41
2.6 Doporučené přístupy k jedincům s poruchou intelektu.....	42
3 Demence	43
3.1 Vymezení pojmu a příčiny demence	44

3.2	Diagnostika demence	44
3.3	Klasifikace demence	46
3.3.1	Dětské demence.....	46
3.3.2	Demence u Alzheimerovy choroby	47
3.3.3	Demence při cévních onemocněních mozku	47
3.3.4	Jiné demence.....	47
3.4	Projevy jedinců s demencí	48
3.5	Doporučené přístupy k osobám s demencí	49
4	Systém péče o jedince s poruchou intelektu	51
4.1	Raná péče	51
4.2	Poradenství a péče o nezaopatřené dítě starší 7 let	53
4.3	Péče o člověka s poruchou intelektu v dospělosti.....	54
4.4	Kvalita života a perspektiva člověka s poruchou intelektu	54
5	Sociální začlenění osob s poruchou intelektu	55
5.1	Rodina.....	55
5.2	Domov.....	56
5.2.1	Sourozenecká role	57
5.2.2	Partnerství a milostný život člověka s poruchou intelektu	58
5.3	Význam celoživotního učení pro lidi s poruchou intelektu	59
5.3.1	Preprimární vzdělávání.....	59
5.3.2	Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)	60
5.3.3	Primární vzdělávání	60
5.3.4	Podpůrná opatření	62
5.3.5	Metody uplatňované při vzdělávání.....	64
5.3.6	Podmínky, úpravy prostředí, obsahu a výstupů vzdělávání.....	65
5.3.7	Pomůcky ve výuce	66
5.4	Období po ukončení povinné školní docházky	67
5.4.1	Střední vzdělávání	67
5.4.2	Celoživotní učení	68
5.5	Princip provázení a doprovázení	69
5.6	Bydlení v sociálních službách.....	69
5.7	Pracovní uplatnění osob s poruchou intelektu.....	71
5.7.1	Podporované zaměstnávání na otevřeném trhu práce	72
5.7.2	Chráněný trh práce.....	72
5.8	Sebeobhajování, svéprávnost a soběstačnost.....	73
	Závěr.....	75
	Seznam použitých zdrojů	76

Používané zkratky

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention deficit hyperactivity disorder)
AP	asistent pedagoga
CAN	syndrom týraného, zneužívaného a zanedbáv. dítěte (Child abuse and neglect)
CNS	centrální nervový systém
ČSÚ	Český statistický úřad
DD	dětský domov
DDÚ	Dětský diagnostický ústav
DS	Downův syndrom
ESF	Evropský sociální fond na rozvoj zaměstnanosti
IVP	individuální vzdělávací plán
LMR	lehká mentální retardace (lépe: mírná porucha intelektového vývoje)
MP	mentální postižení (lépe: porucha intelektu)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MR	mentální retardace (lépe: porucha intelektového vývoje)
MŠ	mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MŠS	mateřská škola speciální
MZ	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NKS	narušená komunikační schopnost
NPI	Národní pedagogický institut
OKF, OKV	oslabení kognitivních funkcí, oslabení kognitivního výkonu
OP VVV	Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání (podpora efektivity vzdělávání)
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
OŠD	odklad školní docházky

PAS	poruchy autistického spektra (lépe: člověk na autistickém spektru)
PCH	porucha chování
PI	porucha intelektu
PIV	porucha intelektového vývoje
PLPP	plán pedagogické podpory
PO	podpůrná opatření
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
PŠD	povinná školní docházka
RVP ZV	Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
SPC	speciálně pedagogické centrum
SPMP ČR	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice
SPU	specifické poruchy učení
SVP	speciální vzdělávací potřeby
SVP	střediska výchovné péče
ŠPZ	školské poradenské zařízení
ŠVP	školní vzdělávací program
TP	tělesné postižení
TU	třídní učitel
UZ	ultrazvuk
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VP	výchovný poradce
ZP	zdravotní postižení
ZŠ	základní škola
ZŠS	základní škola speciální
ZZ	zákonný zástupce

Úvod

Proklamace zájmu o každého člověka pro jeho lidskou podstatu a neopakovatelnost je jedním ze základních znaků humánního společenství. Spravedlnost je v takové společnosti synonymem pro optimalizaci životních podmínek pro jedince, kteří si svoje potřeby nemohou zajistit vlastním úsilím. Speciální pedagogika doplňuje vzdělávací strategie v situacích, kdy běžné didaktické zásady selhávají, nefungují. Speciální pedagogika se zaměřením na osoby s poruchou intelektu navíc vyžaduje akceptaci člověka s omezenými schopnostmi, pochopení reálné potenciality k maximálnímu možnému rozvoji, ale také potřebnou, takřka altruistickou empatii k sounáležitosti, lásce, a především k péči, která pravděpodobně nebude oplacena stejným způsobem. Psychopedie cílí na výchovu duše, rozvoj schopností, úspěšnou adaptaci a socializaci za předpokladu hledání vhodných prostředků v procesu učení (či zachování dovedností) u lidí s výrazně vyššími nároky při dosahování pokroku (nebo udržení vlastní mentální úrovně).

Idea inkluze (pocházející v podstatě z Komenského „všenápravy“) nikomu neupírá možnost harmonického zdokonalování, a to jednoduchými a přirozenými metodami nejlépe již od raného dětství. Celostní, humánně-sociální přístup k výchově a vzdělávání, který J. A. Komenský prosazoval, vnímá člověka v jeho celistvosti, jedinečnosti, a především s ohledem na druhé (Hurychová, Ptáčková 2022, s. 21–23). „Cílovou skupinu psychopedie primárně tvoří děti i dospělí s vývojovou poruchou intelektu. V současné době ale psychoped pracuje také frekventovaně s dětmi, žáky a dospělými s poruchou autistického spektra, jiným duševním onemocněním nebo kombinací vad“ (Bazalová 2023, s. 11). Vzhledem k postupnému zvyšování počtu lidí s onemocněním demence a fenoménu neodvratného stárnutí populace se psychopedická péče také orientuje na lidi se získanou poruchou intelektu. Valenta, Petráš (2012, s. 39) mají za to, že poruchy intelektu jsou obecně co do prevalence nejfrekventovanější poruchou, na niž je (vyjma SPU) speciálně pedagogická péče zaměřena. Což je mimo jiné evidentní i díky rozsáhlejší nabídce psychopedických institucí – zejm. škol, SPC, neziskových organizací apod. Na druhé straně kontinuální (celoživotní) záštita osob s poruchou intelektu nám chybí. „Systematická podpora rodin s potomkem s mentálním postižením není v České republice zakotvena v příslušných právních předpisech. Péče o potomka s postižením se zpravidla řeší výhradně na úrovni poskytovatelů sociálních služeb lidem s postižením, ať už terénních, ambulantních či rezidenčních. Sociální služby často řeší akutní, byť i dlouhodobé potřeby lidí s postižením (potřeba zajištění péče, sociálního kontaktu, sociálně právního poradenství ...), mají však svá zákonná pravidla a s výjimkou rezidenčních služeb zpravidla lidem s postižením neposkytují dlouhodobý výhled“ (Kopička, Vojířová, aj. 2022, s. 5, 6).

Bazalová (2023, s. 9) apeluje na posun vnímání celé společnosti, ale především pedagogů v inkluzivních školách prostřednictvím osvojení dosavadních teoretických konceptů a podložených faktů z výzkumu a zamýšlení se nad tím, jak dosáhnout, „aby byl každý jeden žák ve škole a ve svém životě spokojen a dospěl ke svému maximu díky tomu, že byl adekvátně vybaven kompetencemi důležitými pro život skrze erudované pracovníky ve školství.“

1 Charakteristika oboru a současné trendy v péči o lidi s poruchou intelektu

Speciální pedagogika jedinců s poruchou intelektu byla dosud známá jako *psychopedie*. Název vzešel z řeckých pojmů *psýché* a *paidea*, což znamená duševní výchovu. V minulosti byla zaměřena na výchovu a vzdělávání subpopulace, která se projevovala nápadnostmi v chování, ovšem bez ohledu na původ vzniku těchto odlišností. Po r. 1969 se z psychopedie vyčlenila etopedie, především pro odlišnost v původu diagnózy, a tím pádem také pro rozdílnost metod. Zatímco etopedie je speciální pedagogika jedinců s poruchou chování, psychopedie zacílila na práci s lidmi, kteří potřebují podporu ve výchově a vzdělávání z důvodu poruchy intelektu (vývojově podmíněné, získané, či jinak determinované).

1.1 Speciální pedagogika osob s poruchou intelektu

Obor speciální pedagogiky, který se zabývá osobami se sníženým intelektem, nejčastěji v literatuře najdete pod názvem **psychopedie** nebo **speciální pedagogika osob s mentálním postižením**. Terminologie ve speciální pedagogice se v průběhu času poměrně často mění a u oboru psychopedie to platí dvojnásobně. Pojmy a diagnostické termíny, kterými jsou jedinci s mentálním postižením označováni, se často stávají v průběhu času hanlivými či urážlivými (slabomyslnost, idiocie, kretenismus) a jsou tedy nahrazovány pojmy novými.

Počátky péče o jedince „slabomyslné“ nalezneme v Čechách koncem 19. století založením prvního ústavu pro tyto osoby, jehož ředitelem se stal lékař **Karel Slavoj Amerling** (1807–1884), který také položil základy péče o slabomyslné včetně jejich výchovy. Již v této době vycházel z principu názornosti a vytvořil řadu pomůcek a modelů napomáhajících při jejich vzdělávání. Výchova a vzdělávání byly orientovány na získání základních životních informací. Na počátku 20. století navázaly na jeho práci další osobnosti, jako např. prof. **František Čáda**, MUDr. **Karel Herfort** nebo **Josef Zeman**. Postupně byly zřizovány první třídy a pomocné školy¹ (Renotírová, Ludíková, a kol. 2006, s. 163, 164).

Důležitou osobností v péči o lidi s postižením byl mj. psychiatr **Filip Pinel**, jenž prosazoval humánnější zacházení s lidmi, kteří byli dříve pro svoji odlišnost vězněni (žili v izolaci), a také se zasadil o umístování těchto lidí do psychiatrických léčeben. Navíc nově rozlišoval duševní nemoci od psychóz. Idiocii např. chápal jako opoždění v rozvoji rozumových a afektivních schopností. Později Jean Dominik Esquirol (Pinelův žák) poukázal na to, že idiocie není nemoc, ale stav opožděných nebo nevyvinutých rozumových schopností, které lze rozlišit jako vrozenou nebo získanou slabomyslnost. Nové pojetí péče o slabomyslné pak prosazoval

¹ Tehdejší „pomocné školy“ mají dnes podobu ZŠS, na rozdíl od tzv. škol „zvláštních“, jež později nesly název ZŠ praktické a dnes jsou evidované pod označením ZŠ (nebo třídy) zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona č. 561/2004 sb. Tyto školy (třídy) je možné zřizovat pouze pro děti s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem.

francouzský lékař a pedagog **Eduard Seguin**, který založil soukromou školu pro slabomyslné (Valenta, Müller 2004, s. 18–28).

Jak uvádí Bazalová (2023, s. 11), cílová skupina psychopedie je primárně tvořena osobami s poruchou intelektového vývoje (podle starší terminologie se jedná o mentální retardaci). Dnes se psychoped v praxi setkává s dalšími skupinami osob, jako jsou osoby s demencí, s poruchami autistického spektra, jiným duševním onemocněním nebo kombinací vad. Valenta (2014, s. 21) vymezuje psychopedii:

- „v užším pojetí jako speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá edukací osob s mentálním postižením či jinou duševní poruchou a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na tyto osoby.
- v širším pojetí jako interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciární), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením.“

Psychopedie má pedagogický charakter a patří mezi vědy humanitní. Využívá a navazuje na mnoho dalších oborů, čímž získává **interdisciplinární** charakter. Jako příklad můžeme uvést vazby s vědami lékařskými (psychiatrie, neurologie, geriatric), psychologickými (vývojová psychologie, pedagogická psychologie), s filozofií, sociologií a samozřejmě i s obory speciální pedagogiky jako je např. logopedie, somatopedie či etopedie (Černá, a kol. 2015, s. 9).

„Mentální retardaci“ v současnosti postupně nahrazujeme novým označením „poruchy intelektového vývoje“, které zastupuje veškeré původní pojmy. V tomto textu je zpravidla nadále používána nová terminologie, i když s tím rizikem, že v období po jeho vydání může ještě dojít k určitým (snad již drobnějším) úpravám. Důvodem je, že „poruchy intelektového vývoje“ lépe odrážejí podstatu dále popisované diagnózy.

Pojmem „osoby s mentálním postižením“ nebo „osoby s poruchami intelektu“ míníme souhrnně všechny osoby, u nichž nalzáme snížený intelekt, bez ohledu na příčinu a dobu vzniku (patří sem např. i osoby s demencí či PAS). A zároveň ve shodě s Valentou (2014, s. 25) sem řadíme i jedince s IQ pod 85, kteří nevykazují znaky poruchy intelektu, avšak jsou ve školním prostředí, sociálním prostředí i v každodenních životních situacích znevýhodněni.

Co se týče výskytu, tvoří jedinci s poruchami intelektového vývoje nejpočetnější kategorii osob se zdravotním postižením. Dle Valenty (2014, s. 22) se všeobecně udává výskyt **3–4 % osob** s mentálním postižením v populaci. V roce 2018 proběhlo v České republice šetření a z jeho výsledků vyplynulo, že mezi obyvateli Česka ve věku 15 a více let bylo přibližně 13 % osob s dlouhodobým zdravotním omezením (jedná se o cca 1 152 000 osob). Více než polovinu z nich tvořili senioři ve věku nad 65 let (ČSÚ 2023). Dle Valenty a Petráše (2012, s. 39) pak „platí pravidlo nepřímé úměry – čím hlubší postižení, tím nižší četnost.“

Podle nejnovějších psychopedických přístupů lze do stejného oboru zahrnout péči o **lidi s duševním onemocněním**, u nichž mnohdy dochází k oslabení mentálních, ale i mimointelektových schopností a jejichž aktuální či dlouhodobý stav znemožňuje autonomní naplňování potřeb, čímž jejich situace také vyžaduje speciální přístup, např. ve vzdělávání. Speciálními rozumíme takové metodické, personální, organizační, ale i finanční investice, které se v dlouhodobé perspektivě vyplatí tím, že každý člověk najde ve společnosti svoje uplatnění, ať již pracovní nebo takové, které v rámci solidarity a stratifikace zabezpečí sociální rovnováhu.

1.2 Nové přístupy a trendy ve speciální pedagogice osob s poruchou intelektu

Z komparace historických přístupů k jedincům s mentálním postižením lze konstatovat, že o člověka, který je v nějakém ohledu závislý na pomoci druhých, se širší společnost starala až tehdy, když její většina měla vlastní potřeby saturované. V r. 1971 vyhlásilo valné shromáždění OSN **Deklaraci o právech mentálně postižených osob**, která má sloužit na ochranu jejich práv. Podle této deklarace mají lidé s poruchou intelektu stejná práva jako jiní lidé, mají mít nárok na takovou péči, která zajistí jejich maximální možný rozvoj, mají mít možnost pracovního uplatnění, ideálně by měli žít v rodině, která má nárok na sociální podporu a společnost má zajistit rovný přístup tak, aby nedocházelo k jejich vykořisťování (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007, s. 17).

V současném kontextu to znamená, že národní či obecně lokální morální úroveň určité společnosti je přímo úměrná životnímu standardu osob (rodin) s nejnižší mírou soběstačnosti/produktivity. S tím také souvisí fenomény **detabuizace** a **normalizace** vešerých typů postižení, které predikují nediskriminující postoje a osvětu odborné i laické populace v oblasti vnímání interindividuálních rozdílů mezi lidmi. **Současné trendy v péči o osoby s poruchou intelektu jsou tedy i v rámci ontogeneze motivované zejména humanitárními, etickými, sociálními a ekonomickými cíli.** Přičemž humanitárním cílem dle Listiny základních práv a svobod míníme umožnění dosahování a udržování takové kvality a z morálního hlediska také důstojnosti života subpopulace s PI (i jejich rodin), která je standardní, adekvátní od narození až do smrti. Z ekonomického hlediska je speciální pedagogika pro jedince s PI založena na dosahování maximální možné autonomie, a to bez ohledu na stupeň postižení. Úspěšnost výchovy a vzdělávání se pak projevuje mírou samostatnosti těchto lidí při vlastní nezávislosti alespoň v oblastech (úkonech), kde je to individuálně možné, a to i tak, aby nedocházelo k srovnávání nesrovnatelného.

K naplňování humanitárních a sociálních cílů přispívají (obecně vzato zhruba od devadesátých let) různé společensko-politické a vzdělávací mezinárodní i národní trendy. Jedním z nich je trend **deinstitucionalizace**, který zdůrazňuje biografickou a demografickou přirozenost. Dalším je tzv. **decentralizace**, což znamená, že pomoc má být dostupná i v menších regionech. Oba trendy cílí na **život v přirozeném prostředí**, ideálně v rodině.

Ve školství se navíc vychází z demedicalizace, což je odklon od medicínského přístupu a diagnostického nálepkování. Školství se tak má obejít bez diagnóz a zaměřovat se hlavně na funkční schopnosti dítěte.

Novodobé je též čtenější uplatňování rozmanitých metod a přístupů k hodnocení. Postupně dochází k prosazování motivačního (především nerepresivního) hodnocení namísto výkonnostního – jednou z vhodných variant je např. tzv. formativní hodnocení. **Psychopedie staví na složkách osobnosti, které jsou lépe rozvinuté**, zohledňuje tak oblasti, kde má dítě/člověk silnější motivaci, o co má zájem, jakou dovednost využívá, tím kompenzuje to, co dotyčnému nejde. **Kompenzace** je pedagogická metoda, která hledá alternativní využívání potenciálu a různých reálných schopností po opakovaně neúspěšné **reedukaci**, která občas u lidí s poruchou intelektu vede k frustraci a k pravděpodobné následné rezignaci v učení. U jedinců, kteří mají závažné obtíže v učení, psychopedie usiluje o znovuzískání ztracených funkcí a zlepšení jejich celkové zdatnosti, o různorodou rehabilitaci. K uspokojování potřeb lidí s poruchou intelektu také slouží moderní technologie a neustále se zdokonalující kompenzační pomůcky.

Pro životní perspektivu je v tomto smyslu důležitá **psychopedická prognostika**, která se opírá o **holistické pojetí člověka**. Ta zvažuje, jaká má dotyčný jedinec další zdravotní či jiná omezení (smyslová, PAS), kde bude/může žít, jak je sociabilní, kdo se o něho chce/bude starat, kdo je klíčová (podporující/pečující) osoba, kde se může/bude vzdělávat, jak funguje/spolupracuje jeho okolí, jaké má rodina možnosti (ekonomické, bytové), zda je mobilní, zda může cestovat, jaká zařízení jsou pro něj v dosahu, jestli může v budoucnu pracovat apod.

Trend **včasné diagnostiky** a následně případné **re-diagnostiky** doplňuje velmi důležitá **diagnostika diferenciální**, která je výsledkem mezioborové spolupráce a rané prevence. Zabývá se zpřesňováním v procesu od depistáže až po určování příčiny onemocnění nebo stavu pomocí již běžných (např. prenatalních i postnatalních) vyšetření a speciálních testů. Přesnější diagnostika (např. diferenciací poruchy intelektového vývoje od vývojové dysfázie) pomáhá ve výběru vhodného školského zařízení, může pak zaručit účinnější metody (učení, socializace), tím i lepší adaptaci v prostředí člověka a jeho sociální, bytovou či třeba profesní prognostiku. Dříve lidé často žili s jednou diagnózou celý život, oproti tomu **dynamická diagnostika** hledá souvislosti, pátrá po nových tendencích a možnostech, ideálně pak průběžně zjišťuje, co dalšího by dítěti/člověku mohlo pomoci.

Hledání vhodných způsobů intervence současně napomáhá i poměrně velká škála aktivizačních a terapeutických možností. Mezi moderní uplatňované metody lze v ČR počítat třeba **multisenzorický přístup** (dnes již nejen ve školských zařízeních existují místnosti, konkr. senzoria, snoezeleny, v nichž se využívají nejnovější poznatky o důležitosti stimulace, ale i potřebné relaxace osob s poruchou intelektu), aplikace náhradních komunikačních systémů do vzdělávání a jejich nácvik při výuce či v sociálních službách (AAK – alternativní

a augmentativní komunikace), specifické **terapeutické přístupy** (kognitivně-behaviorální, animoterapie, ergoterapie, koncept bazální stimulace), **aktivizační techniky**, alternativní směry a školy (Montessori, Waldorfské), inovativní a technické pomůcky, ale i specifické metodiky (např. brožury od SPM ČR) aj.

Ve speciální pedagogice pro lidi s poruchou intelektu je podstatná funkční součinnost rodiny a všech zúčastněných stran, **multidisciplinarita** a meziresortní spolupráce (MPSV, MŠMT, MZ i neziskových organizací aj.), díky čemuž vzniká nepostradatelná **síť poradenské podpory**. Konkrétně se v období po narození jedná o důležitou organizaci podpory rodiny v rané péči, což je sociální služba (fungující v ČR od r. 2006²). Pro období školní docházky jsou důležitá externí školská poradenská zařízení (Pedagogicko-psychologické poradny – PPP, Speciálně pedagogické centrum – SPC, Středisko výchovné péče – SVP), ale také poradenské služby přímo ve školách (výchovný a kariérní poradce – VP, metodik prevence – MP, někde je navíc školní speciální pedagog, školní psycholog, či dokonce potřebný školský sociální pracovník, poslední tři jmenovaní byli dosud nejčastěji financováni z tzv. šablon). Pro učitele je v inkluzivní třídě navíc nepostradatelná personální podpora – asistent pedagoga, příp. školní asistent. Krom výše uvedených trendů se také prosazují nové formy spolupráce, výuka v tandemu (párová výuka) nebo tutoring. Školy, které mají osvědčené vedení a prostředky, využívají i moderní evaluační a psychohygienické nástroje na zlepšení wellbeingu pracovníků, supervize či autovize. Trendy k rozvoji emoční inteligence, wellbeingu a mentální hygieny se pak propisují do celkového profilu a klimatu školy (nebo jiného školského zařízení), s cílem zvýšení kvality života, kdy očekávaným výsledkem inkluze je právě **pro zdravý duševní vývoj nezbytný zážitek úspěchu**.

Veškeré inovativní tendence v současném českém školství (ale i v související sociální práci) směřují proti segregaci a exkluzi. Willingham (2022) zkoumal, proč některé děti nemají rády školu. Vyvrací zažitá pedagogické teorie o tom, že každý může být v něčem dobrý a poukazuje především na děti s PI. „**Každé dítě je jedinečné a cenné, aniž by nutně muselo být inteligentní nebo bylo nadáno nějakými mimořádnými schopnostmi**“ (Willingham 2022 s. 152). V systému podpůrných opatření mají žáci s poruchou intelektového vývoje nárok na PO (1.–5.)³ podle závažnosti omezení v uspokojování vzdělávacích potřeb, přičemž první stupeň je od r. 2016 nově zacílen také na podporu intervence u žáků, kteří jsou svými schopnostmi v pásmu širší normy a podprůměru. Tito žáci před r. 2016 neměli ze zákona nárok na žádnou systémovou podporu.

K šíření nových trendů v současné době přispívá i poměrně rozsáhlá nabídka kurzů, seminářů pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, různých projektů nebo kulatých stolů apod. Dostupné jsou i specificky zaměřené webináře, ale i užitečné weby s aktuálními informacemi (např. Šance dětem – <https://sancedetem.cz/>, SPMP ČR – <https://www.spmpr.cz/>), nebo

² „Jedinými dvěma zákonem upravenými sociálními službami byly až do roku 2006 ústav sociální péče a pečovatelská služba“ (Hradilková 2015, s. 1).

³ V poskytování PO má rozhodující slovo vždy zákonný zástupce.

teoreticky i prakticky orientovaná didaktická podpora k aktuálním otázkám ve vzdělávání (NPI ČR – <https://www.npi.cz/>). Moderní ve smyslu nových možností ve speciální pedagogice osob s PI jsou i sociální sítě, díky kterým lidé komunikují a sdílejí informace. Osvětě a sdílení také pomáhají organizace, které pořádají pobyty pro rodiny.

V ČR se také ujal **homesharing** (<https://homesharing.cz/>), „přirozený způsob podpory rodin dětí s mentálním postižením, kdy si hostitel (rodina či jednotlivec) bere dítě pravidelně do péče na domluvenou dobu. Společně tráví čas, jdou na procházku, uvaří si oběd, hrají si. Večer se pak dítě vrací zpátky domů. Rodiče mají čas nabrat nové síly. Děti získají nové vztahy, zkušenosti a dovednosti. Hostitelům homesharing přináší radost a dobrý pocit, příležitost učit se trpělivosti a empatii.“ Jedním z příkladů spontánní podpory rodiny je následující kazuistika *muže na autistickém spektru v pásmu střední poruchy intelektu, aktuálně 34letého, s přetrvávající nízkou úrovní komunikačních dovedností. Během plnění povinné školní docházky se v ZŠ (ZŠ pro TP) sblížil se svým osobním asistentem, který tam tehdy (po VŠ) pracoval na civilní (vojenské) službě. Během a po výkonu této služby bral chlapce na soukromé výlety, pravidelně ho navštěvoval i doma a zároveň ho zval k sobě domů. Od té doby uplynulo 23 let a přátelství nyní již dospělého člověka s asistentem (který již sám pracuje jako učitel a má vlastní rodinu se dvěma dětmi) stále trvá. Nyní se návštěvy pravidelně odehrávají v současné mladé rodině tehdejšího asistenta, jehož manželka muže každou středu vyzvedává v místě jeho bydliště a autem ho vozí k sobě domů, kde se účastní běžného rodinného života. Pomáhá třeba s dětmi vařit, sleduje jejich dva malé chlapce, chodí jim fandit na tréninky fotbalu a florbalu.*

Veškeré trendy ideálně směřují k celoživotní sociální rehabilitaci a k maximální adaptaci, což znamená také naučit se v průběhu života obhajovat svoje potřeby. Takový model obhajoby vlastních práv lidí s PI se nazývá **sebeobhajování**.⁴ Součástí tzv. rehabilitace (navrácení funkčnosti s cílem zvýšení kvality života) jsou i nové možnosti bydlení osob s PI (samostatného či chráněného), anebo jejich pracovního uplatnění (na volném trhu práce, v podporovaném zaměstnání nebo v chráněném pracovišti). Nové trendy ve speciální pedagogice osob s PI vedou (vzhledem k fenoménu geriatrizace subpopulace s PI) nakonec i k důstojnému stárnutí a umírání, což ovšem v naší společnosti bohužel ještě standardně není samozřejmostí.

1.3 Vymezení a klasifikace poruch intelektu

Moderní snahou ve speciální pedagogice je proměna terminologie, a to tak, aby nepůsobila pejorativně. **V první řadě má být člověk**, pak teprve jeho porucha. Pojmenování opožděného mentálního vývoje dlouhodobě vede k diskusi o míře nedůstojné stigmatizace osob, které byly ještě v minulém století označovány za kretény, debily, imbecily a idioty, pak také oligofreniky nebo slabomyslné. Zatímco v české psychopedii čekáme na inovaci terminologie

⁴ Ilustrativní video o sebeobhájčích s Downovým syndromem je dostupné na: <https://www.youtube.com/watch?v=kNMJaXuFuWQ>.

dosud používaných sousloví mentální postižení a mentální retardace, v mezinárodním kontextu se již delší dobu objevují neutralizující pojmy: intellectual disabilities nebo learning difficulties.

Cílovou skupinou psychopedie jsou **lidé s poruchami intelektu**, ale často i **jedinci s duševním onemocněním**, u kterých se PI projevují sekundárně. Přestože diagnózy bývají laicky zaměňovány, jejich potřeby ve vzdělávání jsou spíše odlišné. „Obě skupiny lidí ale musí čelit předsudkům, negativním postojům, ponižujícímu jednání, zneužívání a diskriminaci ze strany společnosti. Lidé s mentálním postižením a lidé s duševním onemocněním jsou mnohde dosud stále diskriminováni na trhu práce, ve zdravotnických zařízeních a v mnoha dalších oblastech každodenního života, jako je nakupování, využívání finančních služeb atd. Obě skupiny lidí jsou schopny vnímat fakt, že nejsou ostatními lidmi považováni za rovnocenné partnery, a to u nich vede k pocitům frustrace“ (SPMP ČR 2023).

Oslabení kognitivního výkonu (OKV) nebo také **oslabení kognitivních funkcí (OKF)** znamená, že rozumové schopnosti se nacházejí **v pásmu podprůměru**, resp. nad hranicí defektu (nemají tedy PIV, ale kumulují se u nich obtíže v poznávací oblasti). Děti s OKV zpravidla vykazují obdobné projevy jako děti se SPU, ale krom těchto potíží si celkově těžkopádněji osvojují nové poznatky. Některé z těchto dětí mají navíc tzv. **dvojitý znevýhodnění** – jednak svoje podprůměrné rozumové schopnosti zdědily od rodičů, a navíc je tito rodiče vychovávají nepodněčujícím či zanedbávajícím způsobem, v sociokulturně nevýhodném, někdy dokonce v týrajícím prostředí. Proto dnes již terminologicky pejorativní pseudooligofrenii (sociálně podmíněné mentální postižení) Bazalová (2023, s. 26) vystihuje tzv. **očekávanou intervencí – žáci s potřebou podpory ve vzdělávání**, čímž učitel dítě nenálepkuje jeho diagnózou, ale vyjadřuje podmínku jeho školní úspěšnosti, protože motivace ke vzdělávání je u této subpopulace ohrožena záškoláctvím, v důsledku je pak tato skupina znevýhodněna na trhu práce problematickým neukončeným základním vzděláním.

Zatímco PIV je většinou vrozený a neměnný stav a lidé s mentálním postižením potřebují srozumitelné informace, přiměřenou podporu a systematický nácvik k tomu, aby se naučili co nejvíce praktických dovedností pro každodenní život (v závislosti na druhu a stupni PI, individuálně vyžadují různé přístupy a variabilní míru podpory), lidé s duševním onemocněním zpravidla potřebují lékařskou pomoc, psychoterapii a medikamentózní léčbu, ale obvykle nemají postižený intelekt a mohou žít samostatně, pokud je jejich nemoc pod kontrolou. „Klinický obraz duševních nemocí je různorodý a každá nemoc vyžaduje jiný způsob léčby a jiný přístup. Lidé s duševním onemocněním i lidé s mentálním postižením potřebují cítit, že je jejich okolí respektuje a že jim rozumí. Neobejdou se bez kvalitních sociálních služeb, které jim pomohou žít důstojný život a zapojit se do společnosti. Pro obě skupiny je nezbytná široká škála služeb a možnost volby mezi jednotlivými službami. Hospitalizace by měla přijít na řadu jen v nejnutnějších případech a pouze na dobu nutnou ke stabilizaci stavu člověka s duševním onemocněním nebo mentálním postižením“ (Hečko, Latimier, a kol. 2023, s. 24, 25).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydává klasifikaci nemocí pod názvem **Mezinárodní klasifikace nemocí** (zkratka MKN). V současné době bude vcházet v platnost její vydání v 11. revizi. Proto je v tomto textu uváděna klasifikace dle 10. revize, která je nyní (konec roku 2023) ještě v platnosti, ale zároveň také klasifikaci dle nové 11. revize. Je patrné, že určité rozdíly mezi oběma revizemi existují, a to nejen v pojmosloví.

1.3.1 Klasifikace MKN-10

Jak je uvedeno v **MKN-10**, mentální retardace (kód F70-F79) je „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“. Závažnost postižení vyjadřujeme stupněm mentální retardace (viz dále) a měří se obvykle standardizovanými testy inteligence nebo případně škálami, které určují přibližný stupeň sociální adaptace jedince v určitém prostředí. Projevy jedinců se mohou v průběhu času měnit a lze je „zlepšovat cvičením a rehabilitací“. Mentální retardace se dělí do 4 základních stupňů.

- **Lehká mentální retardace** (F70) se vyskytuje u jedinců, jejichž „IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.“
- U **střední mentální retardace** (F71) dosahuje IQ jedinců „hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství ...“ Uvádí se, že mnozí jedinci se dokážou přiblížit k hranici nezávislosti a soběstačnosti, mohou dosáhnout přiměřené komunikace a školních dovedností. V dospělém věku bude potřeba určitý stupeň podpory v pracovní činnosti i v sociální adaptaci.
- Ve stupni **těžké mentální retardace** (F72) se IQ „pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.“
- **Hluboká mentální retardace** (F73) je charakterizována tím, že jedinec „dosahuje IQ nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.“

MKN-10 dále vymezuje ještě další dvě kategorie mentální retardace, a to:

- „**jinou mentální retardaci**“ (F78), kdy je pomocí obvyklých metod nemožné stanovit stupeň mentálního postižení, a to zejména z důvodu senzorického nebo somatického poškození (např. osoby nevidomé, neslyšící, s těžkým narušením komunikační schopnosti, s těžkými poruchami chování).
- Druhou kategorií je „**neurčená mentální retardace**“ (F79), kdy je postižení prokázáno, ale není dostatek informací k zařazení do předchozích kategorií (Švarcová 2011).

Popis jednotlivých kategorií mentální retardace je pouze stručný a bližší seznámení s diagnostikou, projevy jedinců a možnými přístupy k nim následují v dalších kapitolách tohoto textu, ovšem již v členění dle nové klasifikace.

1.3.2 Klasifikace MKN-11

Dle **MKN-11** je kategorie „mentální retardace“ nahrazena pojmem novým, a to **poruchami intelektového vývoje**, které spadají do skupiny neurovývojových poruch, stejně jako např. poruchy autistického spektra, vývojové poruchy učení nebo poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Z názvu vyplývá, že se jedná o poruchy, které vznikají během vývoje jedince z různých příčin. „Jsou charakterizovány významně podprůměrnou úrovní intelektových funkcí a adaptivního chování⁵“ (MKN-11, kód 6A00).

Klasifikace MKN-11, kód 6A00 dělí poruchy intelektového vývoje do 6 skupin.

- **Mírná porucha vývoje intelektu (6A00.0)** „je charakterizována významným podprůměrem intelektových funkcí a adaptivního chování. Postižení jedinci často vykazují obtíže při získávání a porozumění složitým jazykovým konceptům a teoretickým dovednostem. Většina zvládá základní sebeobslužné, domácí a praktické činnosti.“ Uvádí se, že jedinci s touto poruchou mohou v dospělosti dosáhnout relativně samostatného života a zaměstnání, ale mohou vyžadovat přiměřenou podporu.
- **Středně těžká porucha vývoje intelektu (6A00.1)** se vyznačuje takovým podprůměrem intelektových funkcí a adaptivního chování, kdy „jazyk a kapacita pro získávání teoretických dovedností osob postižených středně těžkou poruchou intelektového vývoje se liší, ale obecně jsou omezeny na základní dovednosti. Někteří mohou zvládnout základní sebeobslužné, domácí a praktické činnosti. Většina postižených osob vyžaduje pro dosažení samostatného života a zaměstnání v dospělosti značnou a důslednou podporu.“
- U **těžké poruchy vývoje intelektu (6A00.2)** se vyskytuje významný podprůměr intelektových funkcí a adaptivního chování a jedinci „disponují velmi omezenou formou řeči a kapacitou pro získávání teoretických dovedností. Mohou také vykazovat známky motorického postižení a pro adekvátní péči obvykle vyžadují každodenní podporu v kontrolovaném prostředí, ale intenzivním tréninkem mohou získat základní dovednosti péče o sebe samotné.“
- Při **hluboké poruše vývoje intelektu (6A00.3)** jsou splněna všechna kritéria pro definici těžké poruchy vývoje intelektu, přičemž „postižení jedinci mají velmi omezené komunikační schopnosti a schopnost získávat teoretické dovednosti je omezena na základní konkrétní dovednosti. Mohou se u nich také současně

⁵ Jedná se o úroveň, která je „přibližně dvě či více směrodatné odchylky pod průměrem (přibližně pod 2,3. percentilem) dle odpovídajících normovaných standardizovaných a individuálně administrovaných testů. Pokud nejsou tyto testy k dispozici, je pro diagnostiku poruch vývoje potřeba spolehnout se na klinický úsudek založený na patřičném zhodnocení vzájemně srovnatelných ukazatelů chování“ (MKN-11, kód 6A00).

projevovat motorické a smyslové poruchy a pro adekvátní péči obvykle vyžadují každodenní podporu v kontrolovaném prostředí.“

- **Dočasná porucha vývoje intelektu (6A00.4)** „se diagnostikuje, pokud existují důkazy o poruše vývoje intelektu, ale pouze u kojenců nebo dětí ve věku do čtyř let anebo v situaci, kdy není možno validně vyhodnotit intelektové funkce a adaptivní chování z důvodu sensorického nebo tělesného postižení (např. slepota, prelingvální ztráta sluchu), poruchy motoriky nebo komunikace, závažného problémového chování nebo souběžné duševní poruchy či poruch chování.“
- Poslední kategorií jsou **poruchy intelektového vývoje neurčené (6A00.Z)**. Toto označení se používá v případech, kdy je mentální postižení prokázáno, je však obtížné nebo nemožné určit jeho úroveň, a zařadit tak osobu do některé z předchozích kategorií (dle MKN-10).

1.3.3 Klasifikace DSM-5

Kromě klasifikace MKN existuje souběžně ještě klasifikace psychických poruch, kterou vydává Americká psychiatrická asociace pod názvem Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (zkratka DSM). V roce 2013 vyšla její 5. revize (český překlad v r. 2015). V souladu s DSM-5 řadí MKN-11 mentální postižení také mezi neurovývojové poruchy. V dlouhodobém horizontu lze pozorovat postupné přibližování i terminologické sjednocování některých diagnostických kategorií u obou klasifikačních systémů, což je na příkladu mentální retardace dobře patrné.

Také klasifikace dle **DSM-5** uvádí 4 základní stupně mentální retardace (kód 317, 318) s obdobným rozpětím IQ v rámci těchto stupňů dle závažnosti postižení. Dle MKN-11 je mentální retardace nahrazena termínem „porucha intelektu“ a její počátek je v období vývoje jedince, tj. před dosažením jeho dospělosti. Zároveň musí být splněna podmínka přítomnosti deficitů intelektových funkcí, jako je např. uvažování, plánování, řešení problémů, abstraktní myšlení, usuzování, což je potvrzeno klinickým vyšetřením a standardizovaným testem. Souběžně se u jedince vyskytují obtíže v oblasti adaptability, které „vedou k neschopnosti naplnit vývojové a sociokulturní standardy pro nezávislost a odpovědnost (komunikace, začlenění do společnosti, nezávislá existence doma, ve škole, v práci ...)“ (Valenta, a kol. 2018, s. 37).

1.3.4 Klasifikace MKF

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví byla vyvinuta WHO a nabyla platnost v r. 2010. Jedná se o klasifikaci víceúčelovou, která slouží různým disciplínám a různým sektorům. Je určena pro popis individuálního profilu **zachovaných funkčních schopností osob se zdravotním postižením**. Pomáhá porozumět specifickým potřebám každého jedince a poskytuje širší pohled, který doplňuje stanovenou diagnózu jedince. Cílem je usnadnění komunikace a zlepšení efektivity poskytovaných služeb napříč jednotlivými obory. Kromě výhodného zaměření na zachované funkční schopnosti jedince je perspektivní

posuzování vývoje v čase i možnost stanovit efektivitu poskytnuté intervence (Valenta, a kol. 2018, s. 14; ÚZIS 2022).

1.3.5 Klasifikace podle typu chování

V literatuře se můžeme setkat s klasifikačními označeními, která charakterizují osoby s PI podle jejich typických projevů v chování. Bazalová (2010, s. 292) např. jmenuje typ „**eretický** (nepokojný, dráždivý, instabilní), **torpidní** (apatický, netečný, strnulý) a **nevyhraněný**.“ Porozumění temperamentu dítěte/osoby s PI (stejně jako u každého člověka) je ve výchově i vzdělávání poměrně důležitým aspektem nastavení hranic, pravidel a modelu podpory. Odlišnost vzdělávacích přístupů v uspokojování potřeb jedince dokládá kazuistika tří žáků s potřebou podpory ve 2. ročníku inkluzivní malotřídní ZŠ:

***Dívka F.** (8,5 let, po OŠD, 3.°PO, NKS, porucha autonomie, zvýšená fixace na matku, AP i TU, oslabená koncentrace pozornosti, hypobulie, nízká motivace a oslabená práceschopnost) se projevuje hyperaktivně, vyžaduje neustálý kontakt a ujišťující i návodné doteky. Potřebuje časté střídání činností a dohled při porozumění i dokončení úkolu. Během výuky musí relaxovat, rychle ztrácí energii potřebnou k výkonu, ale o přestávce potřebuje běhat, dosytit se rychlým (často i nebezpečným, nekoordinovaným) pohybem. Potřebuje jasná a jednoduchá pravidla, vymezení bezpečného pohybu, ocenění, a snese minimální zátěž.*

*Oproti ní **dívka C.** (7 let, školní nezralost, s aktuální úrovní rozumových schopností celkově v pásmu širší normy, zatím nedostačující 2.°PO, komunikativní, čínorodá, motivovaná) potřebuje kvůli oslabené kapacitě krátkodobé a pracovní paměti individuálně zprostředkované, častěji opakované instrukce, názornost a ověřování pochopení. Je naopak velmi disciplinovaná, autonomní, cílevědomá, klidná a soustředí se na svoji práci, kterou ihned pilně zahajuje. Vždy má snahu úkoly dokončit, ale nedokáže vyvíjet logické operace, analyzovat ani syntetizovat jednotlivé kroky. Má obtíže s porozuměním a preferuje stereotypní úkoly, u nichž však vytrvá, je systematická. Záleží jí na výsledku, na úspěšném dokončení zadaných úkolů. Dokonce chce pracovat nad rámec zadání, s cílem vyrovnat se úspěšnějším spolužákům. Potřebuje sociální ocenění ochotně vynaložené píle a vhodně aplikovaných návyků, přátelské klima, ujištění, názornou strukturu práce a příležitost k mechanické práci (doplňování, přepis). Jako prospěšná se pro C. jeví práce v tandemu s nadaným spolužákem.*

*Kdežto **chlapec N.** (9 let, vzhledem odpovídá 5letému dítěti, OŠD, opakoval 1. roč., 3.°PO, nerovnoměrný rozumový vývoj, elektivní mutismus, stereotypie, tiky) potřebuje na práci naprostý klid, přímou podporu učitele nebo AP, bez níž není schopen zahájit jakoukoliv činnost. Pro něho jsou naopak nejobtížnější úkoly zachycující sluchovou paměť, pojmové myšlení a výběrovou pozornost. Má také potíže s porozuměním instrukcí a kladených otázek. Pokud odpoví, tak většinou stereotypně neslyšně šeptá naučenou odpověď „nevím“. Při výuce je hypoaktivní, potřebuje dostatek času. Nesnese změnu požadavku a práci málokdy dokončí. Přestávky využívá k mazlení s plyšáky, bezcílnému bloumání po třídě a schovávání pod lavicí.*

Potřebuje trpělivě aktivizovat, podněcovat k mechanickému opakování jednoduchých a krátkých úkolů. Motivuje ho klidné prostředí a možnost kooperace s mladšími spolužáky (prvníky). Aktuálně potřebuje snížit očekávané výstupy ve vzdělávání.

1.3.6 Klasifikace poruch intelektu na základě míry podpory

Americké asociace pro mentální retardaci **AAMM**, standardizovaná v r. 2004, stanovuje škálu potřebné podpory ve vývoji dle strukturování mentální retardace nikoliv podle IQ, ale na základě možné míry autonomie v domácnosti, komunitě, učení, zaměstnání, prevenci zdraví a vlastního bezpečí a v schopnosti být sociálně aktivní (Lečbých 2008, s. 22). Na základě samostatnosti pak určuje, zda jedinec zvládá svůj život bez podpory, s pobídkou slovy a gesty, s částečnou asistencí nebo vyžaduje úplnou fyzickou asistenci.

1.4 Charakteristika deficitů dle stupňů poruchy intelektu

V průběhu života dochází k rozvoji potenciálu člověka a také k diferenciaci rozumových schopností. Rozvoj inteligence a jednotlivých kompetencí nebývá vždy plynulý, proto je při měření inteligenčního kvocientu (IQ) důležité počítat s vývojovými skoky. Každé vývojové období je charakteristické rozvojem jiných schopností. Tento rozvoj je zároveň ovlivňován získanými životními zkušenostmi (Vágnerová 2008, s. 65). Vágnerová (2004, s. 301) pro hodnocení stupně PI považuje za důležité také sledování závažnosti neboli kvantity úbytku, a naopak obsah zachovaných kompetencí. **Vyjádření IQ tak ve výsledku představuje globální odhad schopností v poměru k vývojové normě v populaci, přičemž průměr IQ je 90–110.** Hodnota IQ od 91 do 100 se považuje za širší normu, resp. za lehký podprůměr.⁶

1.4.1 Lidé v podprůměru a v hraničním pásmu intelektové subnormy

Oslabení kognitivního výkonu (cognitive disadvantage), snížená intelektová výkonnost či funkční podprůměr znamená „snížení výkonnosti, které ještě není na úrovni mentálního postižení (mentální retardace, ID/IDD), ale přesto jedince znevýhodňuje především při vzdělávání a indikuje podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru“ (Valenta 2015, s. 150). Za úroveň mentálních schopností **v slabém podprůměru** lze považovat IQ 80–90; za **hraniční** pak ještě nižší pásmo naměřených hodnot, resp. mezi 70–80. V praxi tito lidé mají pouze lehké výukové obtíže, jejich schopnosti jsou často nerovnoměrně rozložené. Žáci v podprůměru ve škole potřebují toleranci pomalejšího tempa učení, zvýšeného času na práci, a především na procvičování. Prodloužení tréninkového období je zásadním aspektem úspěchu ve vzdělávání. Pro tyto jedince je v rámci **pedagogické rehabilitace** (proces maximalizace potenciálu člověka s PI) s cílem dosažení co nejvyššího vzdělání s využíváním speciálně pedagogických prostředků (Valenta 2015, s. 170) vhodné nastavení 1.°PO učiteli tak, aby docházelo k jejich uspokojení, nikoliv k jejich znechucení a zbytečné neurotizaci. **Zázitek školního úspěchu totiž ovlivňuje kontinuální**

⁶ Lehký podprůměr inteligence má téměř čtvrtina obyvatel.

motivaci žáka, bez které je vzdělávací proces neefektivní a vzhledem k očekávanému zvýšení průceschopnosti a predikci budoucího profesního uplatnění nesmyslný.

1.4.2 Lidé s mírnou poruchou intelektu

U **mírné poruchy intelektu** není zpravidla v prvním roce života zpomalení vývoje nijak zvlášť nápadné (sezení, chůze i řeč mohou být dokonce v pásmu vývojové normy). Do 3 let je zpomalení netransparentní, později jsou již evidentní problémy v řeči, která je zpravidla opožděná, obsahově chudá, s nízkou slovní zásobou a různými vadami. Retardace bývá zjevná až v období, kdy se projevuje nižší schopnost řešit složitější úkoly. Děti v tomto věku s mírnou PI bývají **málo zvědavé** a vynalézavé. **Preferují stereotyp**, zejména ve hře. Zpomalený je vývoj sociálních dovedností, problémy ve společnosti vznikají přímo úměrně náročnosti situací. Dříve se užíval dnes již neakceptovatelný termín *debilita* (srov. Bazalová 2010, s. 292; Krejčířová 2006, s. 198).

Nejpozději v období puberty, kdy u dospívajícího není dokončen vývoj abstraktního myšlení, dochází k stereotypnímu řešení problémů a neschopnosti improvizovat. Lidé s mírnou poruchou intelektu upřednostňují mechanickou paměť a jejich koncentrace pozornosti v učení nových věcí je oslabená. Úroveň rozumových schopností s mírnou PI u dospělých lidí odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let, což znamená, že takový člověk dokáže být přiměřeně autonomní, ale jeho mentální vývoj nedospěl do adolescence, tudíž se nedovršila schopnost autoregulace, sebereflexe a životního nadhledu, která je charakteristická pro osamostatnění v oblasti názoru, průceschopnosti a hypotetického myšlení. Dušek, Večeřová-Procházková (2015, s. 326) uvádějí, že odlišnost od lidí bez PI se projevuje především orientací na praktické dovednosti na úkor činností, které vyžadují teoretické či abstraktní myšlení. Zřetelné u nich jsou rozdíly v chování (ve srovnání s intaktní populací) v zátěžových situacích, případně se problémy objevují při pracovním výkonu nebo ve výchově dětí.

Děti s mírnou PI se v předškolním vzdělávání integrují do běžných MŠ. K nápadnějšímu propadu mentálního výkonu v rámci vrstevníků u nich dochází během mladšího školního věku. Dojde-li k diagnostice již v předškolním období, je pro tyto děti vhodný OŠD, nebo také doporučení k vzdělávání v přípravné třídě (při ZŠ), kde si mohou osvojit prvotní školní návyky a lépe se tak posléze individuálně či skupinově integrovat do běžné ZŠ. Praxe ukazuje, že žáci s mírnou PI potřebují k úspěšnému začlenění v běžné ZŠ nejpozději ve 3. roč. (je-li však ve třídě více žáků se SVP, pak již dříve) krom celé škály PO také personální podporu, resp. AP. Po základním vzdělání mohou žáci s mírnou PI zahájit profesní přípravu na odborných učilištích a následně se uplatnit na otevřeném trhu práce na „pomocných“ pozicích. Lidé s mírnou PI jsou zpravidla schopni žít samostatně, podporu potřebují zejména v rozhodování a plánování.

1.4.3 Lidé se středně těžkou poruchou intelektu

Středně těžká porucha intelektu odpovídá úrovni myšlení mladšího školáka (IQ těchto lidí dosahuje hodnot 35 až 49) a projevy opoždění jsou evidentní již v kojeneckém, nejpozději v batolecím věku dítěte. Střední postižení je patrné ve zpomaleném psychomotorickém vývoji, zřetelné je také opoždění v rozvoji řečových schopností. Tito lidé si jsou během života zpravidla schopni osvojit minimální slovní zásobu, takže jejich sociabilita se pak odvíjí od úrovně komunikačních dovedností, resp. dorozumívání se svým okolím. Dle etiologie se u osob se středně těžkou PI projevují výraznější rozdíly ve schopnostech vykonávat v dospělosti jednoduchou manuální práci, ovšem pod dohledem jiné odpovědné osoby. Napříč celým pásmem se ve výkonu těchto lidí projevují značné rozdíly v autonomii (Dušek, Večeřová-Procházková 2015, s. 326).

Dříve se pro střední mentální postižení používal pojem *imbecilita* a mnozí z těchto (a dalších závažněji postižených) lidí byli ještě do devadesátých let minulého století osvobozováni od povinnosti plnění školní docházky.⁷ Tehdy domnělou nevzdělavatelnost osob s mentálním postižením dnes vnímáme jako nehumánní, izolující, a především jako neekonomické popření osobního práva. Na našem území totiž měla být povinnost bezplatného základního vzdělávání garantována jako jedno z lidských práv již od r. 1948 (dle článku 26 Všeobecné deklarace lidských práv). Dnes se děti se středně těžkou PI vzdělávají v ZŠS a mají možnost dále pokračovat např. v jednoletých či dvouletých školách praktických. V dospělosti tito lidé (pokud nežijí v původní rodině) zpravidla využívají možnosti chráněného bydlení a uplatňují se v chráněném pracovním prostředí.

1.4.4 Lidé s těžkou poruchou intelektu

Těžká porucha vývoje intelektu je diagnostikována u jedinců, u kterých je zpomalený či zastavený vývoj znatelný již po narození, často i v prenatálním období. Jejich úroveň mentálních schopností odpovídá i v dospělosti mentálnímu věku předškoláka či batolete. IQ se pohybuje v rozmezí 20–34, ale mezi jedinci jsou značné interindividuální rozdíly. Dříve byl pro diagnózu těchto lidí používán pojem *idocie*. „Ve většině případů jde o postižení kombinované, k postižení rozumových schopností se přidružuje i postižení pohybové nebo porucha zraku či sluchu různého stupně. Mnohé z těchto dětí se nikdy nenaučí mluvit, nebo si osvojí jen několik jednoduchých slůvek, v jejich stimulaci a výuce má proto být kladen hlavní důraz na zvládání základní komunikace (ať již verbální nebo pomocí AAK), základů sebeobslužných dovedností a na porozumění běžným sociálním situacím“ (Krejčířová 2006, s. 199). Komunikace u těchto osob je zatížená echoláliemi a stereotypním opakováním slov

⁷ V současnosti povinnou školní docházku v ČR upravuje **Školský zákon (č. 561/2004 Sb.**, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) a dále **vyhláška č. 27/2016 Sb.**, o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Podle tohoto zákona má občan ČR právo, ale i povinnost plnit školní docházku, a to po dobu devíti školních let, nejvýše však do konce školního roku, v němž dosáhne 17. roku věku. Plnění povinnosti školní docházky se řídí § 36 až 43 školského zákona. Podle téhož zákona žákovi uvedenému v § 16 odst. 9 může ředitel školy ve výjimečných případech povolit pokračování v základním vzdělávání do konce školního roku, v němž žák dosáhne 20. roku věku, v případě žáků vzdělávajících se ve vzdělávacím programu základní školy speciální pak se souhlasem zřizovatele do 26. roku věku (RVP ZV 2023).

bez specifického uplatnění jejich významu. Vhodná je raná stimulace k nácvičku AAK. Vzdělávají se v předškolním věku v MŠS, v přípravném stupni a nadále v ZŠS (de RVP, oddíl II.) a následně mohou docházet do tzv. aktivačních center. I v dospělosti potřebují kontinuální speciální péči (zdravotní, sociální služby aj.) a pomoc i v běžných sebeobslužných úkonech.

1.4.5 Lidé s hlubokou poruchou intelektu

Hluboká porucha intelektového vývoje je v pásmu IQ pod 20 a její znaky bývají patrné zpravidla v prenatálním období nebo okamžitě po narození. Tito jedinci jsou většinou po celý život zcela nebo částečně **imobilní**, bývají inkontinentní a mají závažné poruchy intelektu. Zřídka se dokážou projevat verbálně, častěji komunikují prostřednictvím tzv. rudimentární komunikace, což představuje značné komplikace v porozumění potřebám dotyčného člověka a od okolí to vyžaduje trpělivé rozlišování globálního projevu tak, aby bylo možné chápat nuance ve sdělovaném. Bazalová (2010, s. 293) uvádí, že u hluboké PI se kromě těžké retardace v oblasti motoriky vyskytuje **poškození smyslových orgánů v kombinaci s těžkými neurologickými poruchami**, častým atypickým autismem a grimasami. Jedinci s tímto postižením potřebují srozumitelné a zjednodušené informace, protože mají problémy s orientací v prostředí i ve vztazích.

Pro dosažení maximálního možného rozvoje lidí s hlubokou PI je důležitá včasná a správná diagnostika, aby bylo možné nastavit krátkodobé i potenciální výchovně vzdělávací cíle a průběžně je vyhodnocovat. Komplikacemi ve vzdělávání těchto jedinců je kombinované postižení více vadami a častá přítomnost těžko diferencovaných psychických poruch. V tomto ohledu je potřebná péče náročná na trpělivé zacházení, akceptaci závažných omezení a specializované, zejm. rehabilitační přístupy. Pokud člověk s takto vážným postižením žije v přirozeném prostředí, je **pro zajištění kvality jeho života potřebná také maximální všestranná podpora pečujících osob**, protože na stabilitě a úrovni jejich péče závisí životní spokojenost a optimalizace při uspokojování potřeb jedince s hlubokou PI. Takové cíle se v naší společnosti zatím nedaří naplňovat, což dokazuje kazuistika rodiny, kde *matka (69 let) pečuje o své dvě dospělé děti (dceru s hlubokou PI, 46 let a syna s těžkou PI, 38 let):*

„Nejvíce jsem vliv péče o dceru vnímala v tom, že jsem ji musela mít celou dobu u sebe, nemohla jsem si dělat, co jsem chtěla, a to je vlastně skoro doted'. I když se uvolním na pár hodin, tak nemohu odjet třeba sama na dovolenou, do lázní nebo tak, prostě si nemůžu dělat, co bych si v důchodu třeba mohla představit, a tak je to celý život. Prostě není možná seberealizace, najít si vlastní zájmy a koníčky, ale celý můj volný čas padne na péči o děti. Před tím, než se dcera narodila, měla jsem spoustu koníčků, jezdila jsem na kole, chodila jsem plavat. Za celý život, kdy jsem pečovala, jsem se na kolo pořádně nedostala, měla jsem doma pouze rotoped, kterým jsem si to nahrazovala. Synovo postižení k tomu jenom přispělo, to už jsem několik let skoro z domu, kromě práce, nevyšla vůbec. Takže nejvíce to vnímám v tomhle, že prostě nemám čas na nic, na takový věci, které bych chtěla dělat. Prostě funguju

v takovém režimu, který se točí jenom kolem péče o ty postižené děti. Úplně zapomínám na svoje potřeby a uvědomím si to, až když je pozdě. Díkybohu jsme se alespoň finančně zajistili ... S mým manželem jsem nebyla na společné dovolené snad od té doby, co se to stalo synovi. To už prostě nejde. Hlavně všichni jsme pořád pohromadě, děti (dospělé) si lezou na nervy a je pak ponorka, je proto lepší to rozdělit. Péče ovlivnila i náš život s manželem. Neříkám, že jenom negativně, ale je pravda, že celý život, kdy jsme pracovali, jsme se doma jenom střídali, nikam jsme nemohli sami jet, na večeri nebo tak. Prostě jeden pracoval a jeden pečoval, a tak to bylo až do té doby, než jsme šli do důchodu. Zase si myslím, že dcera nás v začátcích hodně spojila, měli jsme mezi sebou najednou takové pevnější pouto a nemít muže, nevím, jak bych to zvládala. Synovy problémy nás trochu rozdělávaly ..., dlouho byl uzavřený do sebe a pil, pil hodně, pije doted' ..., přemýšlela jsem i o rozvodu, ale věděla jsem, že bez jeho pomoci to nezvládnou. Vcelku jsme ale měli dobrý vztah, posílený všemi nezdarý, které nás potkaly. Finančně nás to taky ovlivnilo, měli jsme celý život oba dobrou práci a vydělávali jsme si dostatek peněz, ale všechno kolem péče o děti bylo drahé, šetřili jsme a vlastně normálně pečuješ o dítě třeba 20 let, my pečujeme celých 46 let a budeme až do konce našeho života. Stojí to dost peněz, dokázali bychom s manželem ty peníze užít i jinak, ale samozřejmě tohle je nám přednější, chceme mít děti doma, dokud to půjde. Neumím si představit, kdybychom měli jiná zaměstnání, nebo žádná a museli pečovat o naše dvě postižené děti, to bychom finančně asi jen tak nezvládali, ale tak vždycky se to prostě nějak udělat musí, tam není jiná možnost, když chceš svým dětem dát vše, co potřebují.“

1.4.6 Zdánlivá porucha intelektového vývoje

Zdánlivá porucha intelektového vývoje se projevuje jako **reakce na podnětovou deprivaci**. Friedlová (2008, s. 133) uvádí, že „pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoli důvodů málo podnětné, dochází k senzoričké deprivaci“. Dříve byla sociálně podmíněná mentální retardace označována jako pseudooligofrenie. Ve skutečnosti totiž není narušena CNS, ale dítěti se nedostává potřebných podnětů, je zanedbané ve výchově, většinou pochází ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Intelligenční kvocient (IQ) bývá snížen oproti vrozenému potenciálu o 10-20 bodů. Dítě se zpravidla nachází **v hraničním pásmu** neboli v mentální subnormě. Charakterizují ho **projevy opožděného vývoje myšlení, řeči, sociability**, také **infantilismus, přetrvávající hravost, opožděný vzdor** nebo apatie. Děti s nevrozenou PI disponují jen konkrétním myšlením, učení je u nich méně efektivní, spíše mechanické. Motorika bývá v normě (Bazalová 2010, s. 290).

U dětí se získanou PI vlivem nepodnětného prostředí je poměrně účinná **metoda reedukace**, což je podle Valenty (2015, s. 170) tréninkový vzdělávací proces, při kterém je v co nejvyšší míře využíváno všech speciálních edukačních prostředků, aby došlo ke zlepšení, ke změně s pozitivním efektem nácviku. Původním významem toho slova byla převýchova, avšak v kontextu speciální pedagogiky lidí s PI představuje koncept zdokonalování takových

schopností a dovedností, které jsou zakrnělé, s vizí **obnovení či posílení funkce prostřednictvím správného nácviku**.⁸

1.5 Etiologie poruch intelektu

Vznik mentálního postižení, resp. PI (stejně jako pervazivních vývojových poruch) je **determinován multifaktoriálně**, tedy jako **porucha CNS** z genetických dispozic nebo na základě exogenních vlivů v raném období. Může vzniknout různým způsobem, její etiologie se projeví kvantitativně i kvalitativně v klinickém obrazu, tj. závažností postižení a převažujícími symptomy (Říčan, Krejčířová 2006, s. 60). Krejčířová (2009, s. 405) uvádí, že u dětí se střední a těžkou MR bývá předpokládána organická etiologie. PI může vzniknout **prenatálně** (před narozením), **perinatálně** (během porodu nebo bezprostředně po něm) nebo **postnatálně** (po narození, nejpozději do 2 let věku). Vliv na vznik PI může mít také **dědičnost**. Např. mírná porucha intelektu bývá dědičně podmíněná a zároveň ovlivněná rodinným prostředím, na rozdíl od chromozomálních (specificky genetických) nebo metabolických příčin PI (Bazalová 2010, s. 291).

Negativní faktory, které mohou ovlivnit průběh těhotenství a poškodit normální vývoj plodu prostřednictvím organismu matky, se nazývají teratogenní. Vliv má nejen faktor samotný, ale také délka působení, intenzita teratogenu a období, ve kterém se těhotenství zrovna nachází. Vágnerová (2004, s. 291) rozlišuje **teratogeny** fyzikální (vlivem záření, mechanickým poškozením, hypoxie), chemické (drogy, léky, alkohol), biologické (virové, mikrobiální) a genetické (které vznikají mutacemi). Příčiny vzniku PI mohou být **endogenní** (vnitřní) **nebo exogenní** (vnější), **primární** (původní) **či sekundární** (druhotné symptomy), **vrozené i získané**, a pak ty, které se objevují až po dosažení určitého stupně ve vývoji (což je typické pro demenci).

- **Dědičná podmíněnost poruch intelektu** (nebo i pervazivních vývojových poruch) je dána odlišným počtem či strukturou autozomů (např. trisomie 21. chromozomu u Downova syndromu) nebo pohlavních chromozomů (syndrom lomivého X). Vzniká i jako jeden ze symptomů genové poruchy, či genový imprinting mateřské či otcovy alely (Prader-Williho syndrom), vzácná mitochondriálně podmíněná postižení intelektu nebo PVI způsobené multifaktoriálně, kdy jsou obdobně postiženi rodiče i sourozenci. Autismus je pravděpodobně způsoben mnoha faktory v kombinaci, z genetického hlediska heterogenně, jako např. Rettův syndrom, který postihuje pouze dívky a končí demencí (Vágnerová 2006, s. 60–63). Vágnerová (2004, s. 290) ještě objasňuje možnost **polygenně podmíněného omezení intelektového vývoje**, a to rodinnou genetickou zátěží s důsledkem malého počtu genů s mentálním potenciálem.

⁸ Dalším stupněm v učení, pokud reedukace selhává, je kompenzace, což znamená nahrazení nefunkční či chybějící schopnosti schopností osvojenou nebo pomůckou (u těžších forem PI je to např. AAK, kdy alternativní forma komunikace je určitou náhradou verbálního projevu).

- **Poruchy intelektu vlivem podnětové, kulturní a emoční deprivace** – zdánlivá PIV vzniká u dětí vyrůstajících v silně zanedbávaném prostředí, přičemž mají-li příležitost učit se v emočně bezpečném a podnětném klimatu, učí se rychleji a jejich výkon předčí původní diagnózu. U starších dětí jsou k diagnostice vhodnější tzv. „culture fair“ testy, které eliminují neúspěch z důvodu nízkého objemu kulturně podmíněných zkušeností, např. řeči. Výsledky výkonu **u dětí s časnou deprivací mohou být reverzibilní**, záleží však na hloubce postižení a také na věku dítěte (Krejčířová 2009, s. 409, 410).

1.6 Prenatální diagnostika

Vyšetření na přítomnost vrozených vad plodu probíhají v těhotenství metodami, které mohou více či méně zasahovat do těhotenství – jsou neinvazivní nebo invazivní. Mezi **neinvazivní** řadíme veškeré prenatální diagnostické metody, které se zakládají na biochemickém vyšetření (z moči krve), obejdou se bez zásahu do mateřského organismu. V 11.–13. týdnu těhotenství se provádí ultrazvuková evidence šíjového projasnění, což je spolu s vyšetřením přítomnosti nosních kůstek (též v prvním trimestru) způsob evidence rizika vrozené aberace plodu. Ve 14.–16. týdnu těhotenství se provádí tzv. triple test, což je nepříliš spolehlivý screening (pravděpodobnost odhalení vrozených vad se v 16. týdnu pohybuje jen kolem 50 %).

Za **invazivní** považujeme ty, u kterých existuje riziko, že zásah do těla ženy může negativně ovlivnit vývoj těhotenství nebo fétu. V prvním trimestru (zpravidla v 9.–11. týdnu těhotenství) lze provádět tzv. biopsii choriových klků, což představuje odběr vzorku z placenty (ovšem s poměrně nejistým výsledkem ohledně zjištění vývojových vad, zejm. Downova syndromu, a také s vyšším rizikem spontánního potratu). Později, mezi 16. a 18. týdnem, může být těhotné ženě doporučen odběr plodové vody, tzv. aminocentéza. Spolehlivost výsledků vyšetření je mnohem vyšší nežli u odběru z placenty. Rizikové faktory jsou naopak nižší, ale pro budoucí rodiče je vyšetření odběrem plodové vody stresující, neboť na výsledky čekají dlouho (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007, s. 110–112), dokonce do doby, která je z morálního i medicínského hlediska považovaná za kritickou pro případnou interrupci.⁹

Dilemata, kterým matka vzhledem k současným možnostem prenatální diagnostiky a doporučením od zdravotníků čelí, jsou vážná. Často jsou spojená s mnoha otázkami, které individuálně mohou snižovat kvalitu života v těhotenství, a tím pádem také duševní rovnováhu matky. V těhotenství je faktor stresu dokonce považovaný za určující pro vývoj nervové soustavy nenarozeného dítěte. Takže zatímco některé těhotné ženy se ještě před 24. gestačním týdnem mohou rozhodnout pro ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů

⁹ Zákon č. 66/1986 Sb. umožňuje legální provedení potratu na vlastní žádost (s nutností UZ vyšetření přesného stáří embrya) do 12. týdne těhotenství. Pokud je plod větší (od 12. do 24. týdne), není možné ho provádět jen na žádost pacientky, je před ním nutná indikace ze zdravotních či genetických důvodů.

(nebo právě z důvodu zjištěné vysoké pravděpodobnosti vývojové aberace), jiné ženy v rizikovém těhotenství považují stejnou hranici za mezník životaschopnosti jejich nenarozeného dítěte. Protože např. 23. týden v těhotenství znamená, že matka cítí pohyby svého dítěte. Doporučená možnost následného prenatalního vyšetření, tzv. kordocentézy (obnášející odběr pupečnickové krve plodu pod ultrazvukovou kontrolou a jejíž invazivní způsob je dvojnásobně rizikovější než aminocentéza), zpravidla představuje velký tlak na duševní rovnováhu, čímž se riziko spontánního potratu může paradoxně ještě zvýšit. *V praxi jsou známé případy těhotných žen, kterým byla doporučena aminocentéza z hereditárních (anamnestických) důvodů, a po tomto zákroku se ocitly v těhotenské depresi, v riziku, nebo dokonce potratily. Problém byl také v absenci psychologické intervence nebo jiné formy podpůrné péče.*

1.7 Postnatální diagnostika poruch intelektu

V současné době je diagnostika součástí komplexního poradenského procesu, prioritní je přitom stanovení aktuální úrovně mentálních schopností jedince. Nejnovější přístupy v psychopedii se zaměřují na tzv. dynamickou (flexibilní) diagnostiku, která **sleduje jedince v průběhu celého života**, aby výsledkem nebyla „nálepka“, ale **pro člověka i jeho okolí prospěšná analýza celkového stavu i potřeb**. Psychopedická diagnostika je účelná pouze tehdy, směřuje-li k psychopedické prognostice, což předpokládá diagnostické a **prognostické úsilí o maximální celoživotní rozvoj** jedince s ohledem na jeho biografii, přirozené prostředí, stávající i potenciální sociální vztahy a možnosti společenského, příp. pracovního uplatnění.

Dušek, Večeřová-Procházková (2015, s. 73) uvádějí, že poruchy intelektu vznikají buď jeho nedostatečným rozvojem (vývojové poruchy), nebo jeho úbytkem (demence). Vágnerová a Klégrová (2008, s. 67, 68) upozorňují na určité kolísání hodnoty IQ (v rámci celkové stability jeho obecného základu), podmíněné individuálně specificky variabilními změnami v průběhu rozvoje rozumových schopností, a to zejména vlivem zkušeností, ale i změnami v oblasti **mimointelektových faktorů**, jako jsou třeba vůle, emoční ladění, aktivační úroveň nebo aktuální zdravotní a psychický stav. Je třeba počítat s tím, že na počátku školní docházky je vývoj inteligence poměrně dynamický (variabilita ve vývoji může činit až 40 %) a k stabilizaci intelektuálního výkonu dochází až kolem prepuberty, tedy v 10–11 letech.

V tomto ohledu je zásadní senzitivní **pedagogická depistáž a diagnostika**, kterou by měl každý elementarista ovládat tak, aby nedocházelo k přecenění nebo podcenění potenciálu dítěte ihned při a po nástupu do školy. Nesmírně důležité je uplatňování prvního stupně PO v prvním ročníku, kdy je potřeba **hodnotit úroveň schopností žáků s ohledem na adaptační období**. Praxe však ukazuje, že stále přetrvává obava z vlastní neschopnosti učitele odhadnout vzdělávací potřeby dítěte a následně jim dlouhodobě vyhovět. Tak dochází k zbytečnému přetěžování poradenského systému, kdy učitel vede ZZ k objednání do poradny s očekáváním okamžitého získání doporučení ŠPZ záhy po začátku školního roku, aniž by se sám cílevědomě a soustavně pokoušel o inkluzivní přístup (vzdělával se v nových

metodách, hledal dosud neobjevené možnosti, diferencoval učivo a usiloval o posílení motivace žáka fungovat v rámci osobního maxima). **V pedagogické diagnostice mladšího školáka vystávají okolnosti, které je třeba neustále průběžně vyhodnocovat a revidovat vzhledem k proměnlivosti výkonu.** Okolnostmi ovlivňujícími aktuální úroveň mentálního výkonu mohou být: nedostatečné předchozí (preprimární) vzdělávání, nízká frustrační tolerance dítěte (způsobená např. hyperprotektivní výchovou), absence ve škole (dlouhodobá nemoc, úraz, slabá imunita a vysoký počet krátkodobých absencí), nepodnětné rodinné prostředí se sklony k omlouvanému záškoláctví, nedostatek spánku (některé děti chodí pozdě spát, i když musí ráno brzo vstávat), rozvod rodičů, narození mladšího sourozence, existenciální problémy v rodině apod.

Příkladem důležitých aspektů v kolísání schopností mladších školáků je dívka, které bylo ve SPC doporučeno opakování 1. roč. nebo přestup do ZŠ zřízené podle § 16 odst. 9 ŠZ s odůvodněním, že je úzkostná, hypoaktivní, s aktuální úrovní rozumových schopností celkově v pásmu širší normy (WISC-III), je údajně pracovně, volně a sociálně i emočně nezralá a má dyslálii. Ovšem školní zkušenosti poukázaly na něco jiného (už u zápisu do 1. roč., rok před doporučením SPC, i v letní „škole nanečisto“ se dívka projevovala radostně, kultivovaně, spolupracovala na zadaných úkolech, byla autonomní, na matce nezávislá (v oblékání, v přípravě i ukládání svých věcí, v komunikaci), neměla vadu řeči. Zнала básničky, dokázala zavázat tkaničku, vybarvila obrázek, poznala barvy, vztahy v rodině, orientovala se v čase i v prostoru, v tělocvičně bez problémů zvládla připravenou opičí dráhu. Navíc měla od začátku výbornou sociální pozici, přátelské vazby, byla nekonfliktní, podporující a společensky aktivní. Při zahájení PŠD (v 6 letech a 15 dnech) a následně během prvního pololetí si uměla nachystat pomůcky a postarat se o svoje věci. Sama dojížděla autobusem (do školy i domů). Ve čtení, v grafomotorickém nácviku a psaní prvních písmen a slov měla výrazné obtíže, nepamatovala si písmena, pomalu si osvojovala novou látku, měla problémy především v matematické abstrakci a logickém úsudku. Přesto byla motivovaná, zadanou práci nevzdávala, doma se s matkou na výuku pravidelně připravovala. V oblasti emoční a sociální inteligence má schopnosti spíše nadprůměrné, její pracovní návyky jsou v rámci třídy nadstandardní. Matka měla po zkušenostech (vlastních i se starší dcerou) obavu, že se jedná o dědičnou zátěž (SPU). Poskytování 1.°PO v oblasti čtení, psaní a počítání se jevílo jako nedostačující. Ve stejném ročníku byly další dvě děti s 3.°PO, v malotřídním uspořádání byl pro další školní rok se sloučeným ročníkem výhled celkového počtu 23 žáků. Největší problém podle učitelky byl v opakovaných dlouhotrvajících absencích (angína, zápal plic, streptokok, spála) během 1. roč. Proto byla na konci 2. pololetí 1. roč. objednána do SPC, kde na okolnosti nízkého věku a opakujícího se dlouhého adaptačního období nebyl brán zřetel. Po dohodě učitelky s matkou dívka 1. roč. neopakovala, postoupila do 2. roč., kde je sociálně adaptovaná, má v něm uspokojivé vztahy, zažívá sociální přijetí a úspěch, protože je motivovaná, pracovitá a pečlivá. Navíc ve třídě působí AP, takže může pracovat v rámci skupinové integrace na méně náročných úkolech se spolužáky, kteří mají doporučení k úpravám obsahu vzdělávání. V současné době se schopnosti dívky stále vyvíjejí; osvojila si

krasopis, přepisuje bez chyb; dokáže sice pomalu, leč technicky správně číst, a i když jsou některé její výkony podprůměrné, umí adekvátně svému věku komunikovat. Preferuje a udržuje vztahy se svými (nikoliv mladšími) vrstevníky, do školy chodí ráda a na výsledcích její práce jí velmi záleží.

Stanovení diagnózy PIV je založeno na komplexním hodnocení dítěte, zejména vzhledem k jeho adaptabilitě. Za důležitý faktor volby testu inteligence považují Vágnerová a Klégrová (2008, s. 69) **kritérium školní úspěšnosti**, resp. vyšetření IQ za účelem stanovení míry pravděpodobné potřeby podpory jako prevence selhání a školního neúspěchu. Krejčířová (2009, s. 400–409) mezi diagnostickými vyšetřeními jmenuje primárně neuropsychologický rozbor výsledků včetně biologických prenatálních, perinatálních a postnatálních, ale i psychosociálních anamnéz a pozorování. U nejmenších dětí (do 2–3 let mentálního věku) se provádí diagnostika prostřednictvím **vývojových škál** (např. Vinelandská škála sociální zralosti nebo Günsburgova vývojová škála), které měří míru adaptivního chování a funkční nezávislosti. V raném věku je také vyšší riziko sníženého intelektu důsledkem jiného postižení (smyslového, pohybového). U starších dětí se užívají inteligenční soubory (např. Wechslerovy), při jejichž aplikaci je potřeba zohlednit vliv mimointelektových faktorů. U těžší PVI je možné diagnostikovat alternativními metodami, např. hrou. Pozorováním lze posoudit dynamické aspekty chování (úroveň interakce s okolím, sebeuvědomění, spontánní aktivity, sebeobsluhy, motoriky či řeči). U dospělých osob s MR bývá až z 60–65 % uváděna (i když často nediodagnostikována) dvojitá diagnóza (komorbidita), a to především s psychiatrickými poruchami (PAS, poruchy adaptace, deprese, úzkostné stavy, PCH, autostimulační automatismy, sebepoškozování, impulzivita, poruchy spánku, apatie, ale i organická demence).

K diagnostickému závěru dochází po neuropsychologickém (psychopatologickém) rozboru, kdy vedoucí symptom (příznak) na sebe navazuje přidružené (dílčí) poruchy, které doplňují celkovou charakteristiku syndromu. **Mentální retardace je syndrom poruchy intelektu, projevující se jeho nedostatečným rozvojem.** Konkrétně je oslabená celková rozumová schopnost, resp. nejsou dostatečně rozvinuté vrozené funkce, získané předpoklady k poznávací činnosti (získávání vědomostí a zkušeností), verbální pohotovosti, paměti, abstraktního myšlení a úsudku, ale oslabení je diagnostikováno i vzhledem k zaměřenosti osobnosti a její motivaci (Dušek, Večeřová-Procházková 2015, s. 41–74).

1.7.1 Dynamická diagnostika

„Spolehlivé stanovení diagnózy MR a určení jejího stupně je obtížné především u dětí s kombinovaným postižením, kde těžká pohybová porucha nebo centrální i periferní poruchy sluchu nebo zraku podmiňují selhávání dítěte v testu a brání i běžnému adaptivnímu fungování. K podcenění mentální kapacity může snadno dojít i u dětí s pervazivními vývojovými poruchami, které selhávají z důvodu nezájmu a obtíží spolupráce“ (Krejčířová 2006, s. 204). Současným trendem je dynamická diagnostika, která je flexibilní a preferuje

spíše kvalitativní přístup k vyšetření nežli standardizované testy. Testování inteligence a diagnostika MR se zaměřuje zejména na adaptabilitu jedince. **Smyslem diagnostiky je maximální prospěch testovaných osob a účelem je zajistit reálnou pomoc.** Pro zjištění vývojové úrovně se využívají IQ testy, které by neměly spolehlivou výpovědní hodnotu, pokud by se dále neopíraly o anamnézy, pozorování, rozhovory, rozborů výsledků činnosti nebo vývojové škály. Mezinárodní prvenství v měření inteligence u dětí s PI mají Binetovy testy. Z nich se pak dále postupně vyvíjely další varianty testových baterií. U nás se v současnosti nejčastěji využívají standardizované testy inteligence, zpravidla Wechslerovy testy inteligence upravené na českou populaci, např. WISC-III^{CZ} – Wechslerova inteligenční škála pro děti (standardizovaná od r. 2000).¹⁰

1.7.2 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostiku lze vysvětlit na kazuistice *chlapce (t. č. v 7. roč., s 4[°]PO), u něhož různé diagnostické přístupy postupně vedly k vylučování několika syndromů, než došlo k stanovení skutečné diagnózy (vývojové dysfázie), a jež předcházely posuzování jeho speciálních vzdělávacích potřeb. Chlapec byl od tří let v péči logopeda (dva ze čtyř jeho starších sourozenců měli NKS, jeden navíc vysokofunkční formu PAS), navštěvoval MŠS, kde se místo řeči učil znakovat. Matka odmítla doporučené vzdělávání v ZŠS, důvodem bylo její přesvědčení, že chlapec se stejně jako jeho starší sourozenci nakonec mluvit naučí. V mladším školním věku byly u chlapce patrné výkyvy v chování, býval bez energie (sděloval, že je unavený), hypoaktivní, občas ale měl afektivní záchvaty s agresivními projevy a sebepoškozováním. V prvním ročníku (i po 2. OŠD) byl stále málomluvný, problémy s vyjadřováním prožíval úzkostně, nedokázal použít správné výrazy, selhával v expresivní, ale i v receptivní oblasti řeči. Neporozumění dával najevo plácem a boucháním rukou do hlavy nebo hlavou o lavici. V bezpečném prostředí byl velmi kontaktní, jinak se neznámých lidí i prostředí bál. Oční kontakt navazoval minimálně, což zpočátku ukazovalo na autismus. Po opakování 1. roč. se jeho vývoj odehrával ve výrazných skocích. Začal se lépe vyjadřovat, dokonce se rád učil číst. Hezky psal a velmi dobře a rád mechanicky počítal. V sociálním kontaktu a při sebeobsluze byl neautonomní, fixovaný na matku a učitelku. V tu dobu probíhala chlapcova rediagnostika, jejímž výsledkem byla paradoxně ztráta nároku na příspěvek na péči. Odůvodněním revizního lékaře byla zpráva o zlepšení chlapcova výkonu, který při vyšetření komunikoval, počítal a orientoval se v čase, s výslednou diagnózou ADHD (údajně zděděná po matce). Vzhledem k změnám v rodině (od rodiny odešel otec, matka nastoupila do práce a nemohla se chlapci tak intenzivně věnovat) mentální výkon chlapce stagnoval, byl ulpívavý, měl nízkou motivaci k práci, v jeho chování se začaly objevovat stereotypie (opakoval učitelce a pak i cizím lidem: „jsi krásná a máš zlaté srdce“). Nové psychologické vyšetření (ve 3. roč.) ve ŠPZ vedlo k závěru, že chlapec má LMR a potřebuje AP. Spolupráce s AP se ukázala jako funkční, vedla ke zklidnění a vyšší motivaci.*

¹⁰ Dříve (od r. 1973) se k vyšetřování kognitivních schopností dětí školního věku používal PDW (starší verze Wechslerova testu).

V tu dobu se u chlapce objevily sklony k vynalézání, zejména ho bavilo konstruovat mechanické a elektronické zlepšováky, ve 3. roč. např. vyrobil TU větráček. Vyloučení PI a ostatních diagnóz vedlo k potvrzení vývojové dysfázie, která je typická narušeným vývojem řeči a není projevem PI, PAS ani ADHD. Proto zřejmě vývoj mluvené řeči u chlapce probíhal nerovnoměrně vzhledem k jeho chronologickému věku a úrovni intelektu.

Diferenciální diagnostika se využívá k vyloučení jiných příčin nízkého mentálního výkonu. Jejím smyslem je odlišení PI od etiologie jiných poruch, psychické deprivace (strádání), zanedbání v primární stimulaci, s PI nesouvisejícího somatického onemocnění, smyslových a tělesných vad, specifických poruch učení, chování a řeči, nebo od středně a vysoko funkčního autistického spektra aj. V testech inteligence se může negativně projevit i aktuální nálada, motivace, ale i únava (srov. Lečbych 2012, s. 26, 27; Krejčířová 2009, s. 409, 410). Důležitá je volba takových diagnostických nástrojů, které poskytnou co nejspolehlivější obraz o silných stránkách jedince, o jeho předpokladech, aktivační úrovni, a také o jeho specifických potřebách.

2 Projevy jedinců s poruchou intelektu

Variabilitu projevů PI dokládá kazuistika *devítiletého chlapce, žáka 2. ročníku malotřídní ZŠ. Vzrůstem odpovídá pětiletému dítěti. Nemá sourozence, žije s rodiči na samotě. Do školy chodí velmi rád, je veselý, preferuje dětskou společnost. Neorientuje se v čase, má výrazné paměťové obtíže. Nepamatuje si jména většiny spolužáků. Chodí 3. rokem na kroužek angličtiny (opakoval), kde si z celé výuky pamatuje pouze slova rabbit a banana. Každý den s učitelkou nebo s AP trénuje dny v týdnu a měsíce. Jaký je den však nikdy neví. Nepomůže ani nápověda, přestože každý den dává do magnetického kalendáře obrázky s počasím (na kalendáři je evidentní, kolikátý den v týdnu je apod.), nepamatuje si rozvrh ani to, že každý den je (již třetím rokem) první hodinu český jazyk. Bez pomoci AP sám nesvede ani opis z tabule. Písmo má úhledné, ale napsaná slova si nepamatuje. V devíti letech již přečte celá slova. Neslabikuje, hláskuje. Přečtený text si nepamatuje. Na otázky odpovídá „nevím“. Na výletě byl učitelkou dotázán, zda by dokázal říct, s kým tady je. Po dvou a půl letech ve stejné třídě/škole neví jméno ani příjmení žádné z učitelek, ani jméno AP (kterou učitelka i žáci oslovují křestním jménem). Na dotaz, jak se jmenují rodiče, odpovídá, že neví; neví, kde bydlí. Na otázku, kam chodí do školy, odpovídá: „do druhé“. Na název obce si nevzpomněl. Při činnostech, které ho ve výuce nezaujmu, si třepe záložkou z čítanky nebo talismanem těsně před obličejem, má tiky. Preferuje přestávky, tehdy běhá po třídě, kontaktuje spolužáky, chce si hrát pod lavicí, rád si hraje s plyšáky a na zvířátka. Je pozitivně laděný, říká, že má rád školu, paní učitelku i spolužáky. Mladšímu spolužákovi se posmíval pro jeho obezitu, řekl mu, že vypadá jako bowlingová koule, ale neumí vysvětlit, co metafora znamená. Když se dotyčný bránil, dal mu facku. Líbí se mu starší spolužačky (z druhého stupně), od kterých se dožaduje polibků. Rodičům doma vyprávěl, že mu děti v družině ubližují, ale ochotně přiznal, že dělá totéž.*

Jestliže se intelligence obecně projevuje jako schopnost učit se ze zkušeností a přizpůsobit se svému prostředí, pak **snížený potenciál rozumové schopnosti predikuje globální oslabení v oblasti všeobecné reflexe sebe sama, vlastní životní perspektivy, svého okolí a také problémy v adaptaci.** Člověka s PI po celý život ovlivňují zpomalené kognitivní procesy, což se projevuje jeho rigiditou (lpěním na známých a naučených rituálech), neschopností improvizace (okamžité reakce na změnu) a ovlivňováním. Právě oslabená schopnost řízení způsobuje nižší míru autoregulace, která je současně považována za synonymum sociability, což lze z hlediska proinkluzivních trendů vnímat relativně. Projevy a míra oslabení primárně závisí na hloubce postižení, sekundárně pak na dalších vlivech, zejm. na kombinaci s jiným postižením, ale také na působení prostředí. Kvalitu života lidí s mentálním postižením ve velké míře determinuje objektivní i subjektivní úroveň uspokojení potřeb.

Mezi základní projevy u lidí s PI patří oslabená kognice, nízký objem slovní zásoby, neschopnost adekvátně a pohotově reagovat na nové situace, omezená paměť, ale také inkoherenční (nesouvislé a rozbíhavé) myšlení a s ním související nepřesný úsudek. Osoby s PI selhávají v plánování aktivit (zvláště těch dlouhodobých) a v představitosti, s čímž souvisí i omezená schopnost improvizace, ale také odhadu situací, času, posouzení aktuálních okolností a flexibilita v přizpůsobení. Takové projevy jsou patrné v kazuistice *dospělé ženy s mírnou PI a výrazně narušenou expresivní stránkou řeči (balbuties), která nedokáže vyhodnocovat aktuální situaci ani plánovat čas. Pravidelně se účastní skupinové aktivizační činnosti, která se koná vždy ve stejný čas a trvá stejně dlouhou dobu. Žena dojíždí hromadnou dopravou, z chráněného pracoviště vyjíždí stejným spojem. Přesto se potřebuje i v jiné dny ujistit (píše sms), že aktivita neprobíhá, nebo si naopak ověřuje, že má přijet. Zároveň vysvětluje, že ten den potřebuje stihnout oběd a jede ze zaměstnání a upozorňuje, že možná na aktivitu nedorazí včas. Nakonec je přítomná vždy s předstihem a omlouvá se, že obtěžuje psaním. Stejně tak úzkostlivě hlídá čas před koncem činnosti, přestože na zastávku dojde za minutu. Řečová tenze se zvyšuje úměrně stresu. V klidu dokáže telefonovat (telefonování občas jen předstírá, čímž se zřejmě uspokojuje v neurčitých situacích, protože se obává kontaktu s cizími lidmi v neznámém prostředí).*

„Projevy mentálního postižení zahrnují sníženou schopnost učení, myšlení, orientace v určitém sociálním prostředí, schopnost učit se z minulých zkušeností, v neposlední řadě jsou patrné odlišnosti v oblasti řeči, motivace a emocionality, vlastností či motoriky“ (Šiška 2023). Vágnerová (2004, s. 289, 290) uvádí, že na rozdíl od demence je mentální retardace **vrozená, trvalá a klinicky se** (vzhledem k závažnosti kvalitativních i kvantitativních symptomů) **projevuje na základě postižení CNS.** Pokud se nejedná o kombinované postižení, pak se mírná porucha intelektu stanovuje až v předškolním věku, někdy se dokonce diagnostikuje až v mladším školním věku, resp. krátce po zahájení školní docházky (Krejčířová 2006, s. 198), kdy je výkon dítěte v rámci vrstevnické skupiny evidentně nižší. Období nácvičky školních dovedností se prodlužuje a výsledek osvojování trivie je neúměrný vynaloženému úsilí. V dospělosti dochází ke stagnaci vývoje a větší důležitost mají naučené schopnosti a již osvojené dovednosti. U lidí s PI v dospělosti (oproti lidem bez PIV) zároveň dochází

k ochabování výkonu a je potřeba jim zajistit stabilní a spolehlivé zdroje podpory včetně pravidelné a vhodně individuálně nastavené aktivizace. Problémy v životě lidí s PI pak vznikají a kumulují se v závislosti na původních či dalších přidružených syndromech.

2.1 Syndromy s predikcí vzniku poruchy intelektu

K nejčastěji diagnostikovaným syndromům, které z hlediska etiologie mají různé příčiny a vedou k vzniku PI, patří:

- **Downův syndrom.**¹¹
- **Edwardsův syndrom**, který se vyznačuje malou, abnormálně tvarovanou hlavou s malými ústy a nosem, sevřením pěstí a vysokou mortalitou v raném věku (Valenta 2012, s. 28).
- **Metabolické poruchy spojené s PI**, např. hereditárně podmíněná **fenylketonurie (PKU)**, která způsobuje mikrocefalii (zakrnění mozku), ekzémy a jiná kožní onemocnění, zvláštní zápach moči (po myšíně), poruchy osobnosti, záchvaty, epileptické křeče, a jejímiž tělesnými znaky jsou modré oči, světlá kůže, blond vlasy, malá hlava; při včasné odhalení nemoci a dodržení přísné diety (strava bez fenylalaninu) se zásadně snižuje riziko poškození mozku a tím pádem i vývojové retardace (Valenta 2012, s. 55).
- **Rubinstein-taybi syndrom** je vzácné genetické onemocnění, u většiny dětí jde o mutaci genu chromozomu 16. Mezi nejčastější symptomy patří střední až těžká PI, malformace vnitřních orgánů, vrozené srdeční a oční vady (strabismus, refrakční vady, pokleslá víčka, úzké slzné cesty, glaukom), problémy s ledvinami a dýchací soustavou, autismus, epilepsie, omezená řeč, poruchy spánku; k tělesným projevům patří široké, zahnuté palce, typické rysy obličeje (úzké oční štěrbiny zahnuté směrem dolů, zobákovitý nos, malá brada a čelisti); častá je obezita (obtíže s podáváním stravy). *Podobné symptomy popsala i matka dítěte s diagnostikovaným Rubinstein-taybi syndromem: „Můj osmiletý syn částečně chodí (na kratší vzdálenosti), má PAS, symptomatickou poruchu řeči (používá minimum slov, gesta), zrakovou vadu a problémy s příjmem potravy. Je smyslově citlivý, v pohybu se projevuje stereotypně. Když něco nezná, reaguje „hučením“, většinou se bojí. Cokoliv je poprvé, doprovází hysterický záchvat, snaží se z neznámých situací vymanit, pak již jen brečí. Například při zkušenosti s terapií s využitím koně to bylo stejné, prostě se sekl, ale nevzdali jsme to a pak začal koně úplně milovat. Jakmile viděl koně, tak k němu hned běžel. Teď koně rád hladí, čichá k němu, zkoumá detaily srsti, ale pokud má pracovat dle příkazů, chce utéct. Terapie nám pomohla v rozvoji chůze, celkového zpevnění, ale i komunikace. Zlepšila se výživa, spolupráce, došlo ke zklidnění, vyšší sebedůvěře v socializaci a teď je šťastnější i zbytek rodiny.“*

¹¹ Downův syndrom bude vysvětlen v kap. 2.1.1.

- **Syndrom fragilního X** je vzácné genetické onemocnění postihující muže (ale ženy mohou být přenašečky), které lze odhalit při vyšetření plodu pomocí chromozomálních cytogenetických testů nebo DNA; mezi příznaky patří dlouhý úzký obličej, velké uši, vysoce klenuté patro, vyčnívající čelo, nápadně velký obvod hlavy, v pubertě zvětšená varlata, abnormality ve stavbě kostry a pohybového aparátu, rychlá až překotná (hlasitá a echolalická) řeč, PIV v širším pásmu od mírné po těžkou způsobuje selhávání v učení i v práceschopnosti (srov. Vágnerová 2004, s. 306; Valenta 2012, s. 61).
- **Prader-Williho syndrom (PWS)** je podle Valenty (2012, s. 59) vzácné genetické onemocnění způsobené poruchou na chromozomu 15 (zděděného po otci) s typickou nedostatečnou funkcí hypotalamu, což působí negativně na vývoj nervů; nutný je komplexní přístup, což zahrnuje léčbu poruchy výživy, dodávání chybějících hormonů a rehabilitaci; postihuje chlapce i dívky, PIV je v širokém pásmu od mírné až po hlubokou, opožděný je celkový psychomotorický vývoj; typická je hypotonie a hypertrofie, lidé s PWS mají krátké končetiny, úzké čelo, lahvovité prsty, obezitu a nutkavě se přejídají, u těchto dětí se navíc vyskytuje vyšší kazivost zubů; v pubertě se objevují obtíže v artikulaci a hlasové, rezonanční, sluchové a zrakové zvláštnosti (strabismus).
- **Syndrom Smith-Magenis** se vyznačuje mírnou PI, hyperaktivními projevy, PCH s agresivitou a sebepoškozováním, NKS a poruchami spánku; děti s tímto syndromem dobře reagují na sociální podněty a ocenění (Valenta 2012, s. 60).
- **Cri du Chat syndrom** (syndrom kočičího křiku)¹² je vzácné onemocnění, které způsobuje zpravidla těžkou PI, projevuje se hypotonií, anatomickými zvláštnostmi v oblasti hrtanu, které způsobují zvláštní zvuky při pláči, a také dysfagií, mikrocefalií, epikantem a koutky směřujícími dolů.
- **Angelmanův syndrom (AS, Happy puppet syndrome – syndrom šťastného neboli andělského dítěte)** je též vrozený a neléčitelný, je způsoben abnormalitou 15. chromozomu, častější je u dívek; u lidí s tímto syndromem je potřeba celoživotní asistence, ale někteří z nich dokáží být autonomní v sebeobsluze, dokonce se naučí jednoduché domácí práce; mezi příznaky patří málo rozvinutá řeč (používají minimum slov, spíše se projevují neverbálně, především nadměrným smíchem), těžká PI s problémy v motorice (ataktické pohyby, strnulá chůze připomínající pohyby loutky) a hyperaktivita (Valenta 2012, s. 57).
- **Patauův syndrom** je trizomie 13, kterou provázejí „časté rozštěpy rtu i patra, těžké anomálie vnitřních orgánů, obratlů, ušních boltců, postižení sluchu a psychomotorická retardace“ (Valenta, Petráš 2012, s. 37).
- **Fetální alkoholový syndrom (FAS)** vzniká následkem nadměrného užívání alkoholu v těhotenství, resp. vlivem chemického teratogenu v prenatálním období (toxickým působením alkoholu na zárodek); projevuje se růstovou retardací (zejm. mikrocefalií),

¹² Video s mezinárodní dokumentací syndromu je dostupné např. zde: <https://youtu.be/La1D4cNQ5kQ>.

poškozením CNS, kraniofaciální dysmorfii (typickými tělesnými znaky bývá vyhlazená svíslá středová brázda mezi nosem a rtem, úzký horní ret, pokleslá horní víčka, nízko položené uši), poruchami učení a chování (Vágnerová 2004, s. 571).

- Mitochondriální onemocnění.
- AIDS – mikrocefalie.
- Cerebrální hypotonie.
- **PAS** (dětský autismus, atypický, Rettův syndrom)¹³ aj.

2.1.1 Lidé s Downovým syndromem

Poruchy počtu nebo struktury chromozomů obvykle vedou k závažnějším a komplexnějším postižením. Downův syndrom se označuje jako trizomie 21. chromozomu, jedná se o nejobvyklejší vrozenou chromozomální anomálii, nejčastější syndrom způsobený negativním vlivem jednoho nadbytečného chromozomu,¹⁴ čímž chybí celá jedna skupina genů, které jsou v oblasti CNS spojené s učením a pamětí. Lidé s tímto postižením mají **typický habitus** a jejich mentální deficit bývá rovnoměrný, zpravidla v pásmu lehčího až středně těžkého stupně (Vágnerová 2006, s. 58). Tento syndrom je vrozený, neléčitelný, **lze ho odhalit již prenatálně**. Nejčastějšími příznaky jsou: kulatý, z profilu plochý tvar obličeje, zezadu oploštěný tvar hlavy, typický vzhled očí – mírně šikmé, s bílými nebo nažloutlými tečkami po okraji duhovky. Oční víčka mívají mandlový tvar, ve vnitřním koutku oka mají výraznou kolmou kožní řasu, tzv. bilaterální epikantus, proto byl syndrom dříve nazývaný mongolismem. Lidé s Downovým syndromem mívají jemné a většinou rovné vlasy, krátký a široký tvar krku a malá (díky hypotonii svalstva v orofaciální oblasti) pootevřená ústa oproti většímu jazyku, který jako by se do nich nemohl vejít. U dětí bývá častý opožděný růst zubů. Téměř polovina dětí s Downovým syndromem má jen jednu rýhu přes dlaň a specifické otisky prstů (Bazalová 2010, s. 294). Mívají široké ruce s krátkými prsty a mohutnější nohy s plochými chodidly. „Současně je od narození přítomna těžká svalová hypotonie, **intelligence bývá snížena nejčastěji do pásma středně těžké MR**. Při kvalitně vedené stimulaci v rodině mohou ovšem některé z těchto dětí dosáhnout poměrně vysoké úrovně sociální adaptace a jejich intelektové schopnosti se mohou blížit horní hranici lehké MR nebo i spodní hranici pásma širší normy. Děti s Downovým syndromem **bývají také většinou velmi sociabilní** a milé ve společenském kontaktu, často jsou velmi napodobivé“ (Krejčířová 2006, s. 196).

U dětí s Downovým syndromem se řeč vyvíjí později a často také v kombinaci se znaky, kterými lidé s poruchou intelektu svůj verbální projev upřesňují. Podpora augmentace v komunikaci je od okolí jedinců s DS žádoucí, a to vzhledem k potřebě sociální interakce s řečově správnými vzory, jak vysvětluje Homolková (2019, s. 135-136): „Verbální vyjadřování dětí s Downovým syndromem je oproti intaktním jedincům opožděno a z různých hledisek, např. kvůli příliš konkrétnímu a méně kritickému myšlení, znevýhodněno.“ Krejčířová (2009,

¹³ Viz kap. 2.1.2.

¹⁴ Běžná zdravá lidská buňka obsahuje 46 chromozomů ve 23 párech, zatímco buňka dítěte s Downovým syndromem má chromozomů dohromady 47.

s. 408) pak také uvádí, že „dítě nerozumí některým životním změnám a příčinám negativních zážitků, nedokáže je předvídat a snadno proto spojí negativní zážitek s celkovou situací, která u něj pak i po řadu let může vyvolávat velmi silnou úzkost“. *Příkladem takového projevu může být nedůvěra muže s DS v prodejní automaty. I když by si rád koupil kávu nebo sušenku, na základě jedné předchozí negativní zkušenosti (možná dokonce založené pouze na nesprávném použití přístroje) opakuje, že „do automatu se peníze dávat nemají, protože automat lidi jediné okrádá“.*

K rizikovým faktorům vzniku Downova syndromu řadíme vyšší věk rodičů (matek nad 35 a otců nad 50 let). Z hlediska etiologie se rozlišují 3 typy. U 93 % diagnostikovaných osob s Downovým syndromem se jedná o nondisjunkci (prostou trizomii), u 4 % je to dědičná translokace a ve 3 % mozaika (Bazalová 2010, s. 294). Downův syndrom je považován za genetickou náhodu, rodiče v průběhu těhotenství nemohou vznik poruchy nijak ovlivnit.

KLINFELTERŮV SYNDROM
Místo chromozomu X mají dva a jeden Y – XXY
U mužů, narušení vývoje varlat a porucha plodnosti, nižší hladina testosteronu
Zeslabené sekundární pohlavní znaky až náznak znaků ženských

PRADER – WILLI SYNDROM
Abnormalita 15. chromozomu
Středně těžká MR
Malý vzrůst, hypotonie, poruchy emocí a sociability,
Nutnost nekontrolovatelně jíst → obezita

SOTOSŮV SYNDROM
Mutace genu podléhajícího se na vzrůstu → gigantismus
Rychlý vrůst miminka, asymetrie těla, protáhá hlava, výrazné rysy obličeje
Lehká MR, někdy poruchy chování, hyperaktivita

SY FRAGILNÍHO X CHROMOZOMU
Sy způsobený křehkostí chromozomu X
MR (od lehké po těžkou)
Velká hlava, dlouhý obličej, velké uši, velká varlata
Symptomy patří do oblasti PAS (stereotypní pohybové a řečové vzorce, slabý oční kontakt X projevují emoce, sociabilita)

SYNDROMY S PREDILEKČÍ ČI DŮSLEDKEM VZNIKU MP nejčastěji příčiny genetické → z 10% anomálie chromozomů

DOWNŮV SY
Trizomie 21. chromozomu
5 % všech MR
Typický fenotyp: zavalitá postava, široké ruce + krátké prsty, mohutný krk, kulatý obličej a oploštěná hlava, mongoloidní oči – kolmá kožní řasa ve vnitřním koutku
Vrozené srdeční vady, epilepsie, neplodnost
MR střední pásmo, poruchy řeči

ANGELMANŮV SYNDROM (Happy puppet sy)
Delece 15. chromozomu
Opožděný psychomotorický vývoj až MR, málo rozvinutá řeč, problémy s rovnováhou (trnulá chůze), záchvaty.
Časté úsměvy a bezdůvodný smích
Hyperaktivita a poruchy spánku

EDWARDSŮV SYNDROM
Trizomie 18. chromozomu, MR
Malá, abnormálně tvarovaná hlava, malá ústa a nos, nízko posazené ušní boltce, deformity rukou a nohou – sevřené pěsti + překřížení 2. a 5. prstu přes 3. a 4.
Nízká porodní hmotnost, malformace vnitřních orgánů → srdeční a dýchací problémy → většinou umírají během prvního roka života

DALŠÍ SYNDROMY
Patauův sy Sy Smith-Magenis Tuberózní skleróza
Cri du Chat sy De Lange sy Di-Georgův sy

Obrázek 1: Syndromy s predikcí vzniku PI (Pecková, Synková, Švarcová 2022)

2.1.2 Autistické syndromy v rámci pervazivní vývojové poruchy

Příkladem individuální integrace žáka při vzdělávání v inkluzivní ZŠ je 16letý chlapec na autistickém spektru, se středně funkční úrovní a výrazným deficitem v porozumění běžným informacím, který pro nesplnění očekávaných výstupů i přes poskytovaná PO opakoval 8. roč., PO mu byla poskytována od 6. roč., postupně se zvyšovala až na souč. 3. °PO – specifická ve vzdělávání tohoto žáka spočívá ve zvyšující se frekvenci jeho asociálních projevů, a to tak, že čím je starší, tím nápadnější je jeho chování vzhledem k subpopulaci vrstevníků. Nedbá

o svůj zevnějšek, trpí hydrofobií. Měl by nosit brýle, ale ve škole je nikdy nemá. Ve výuce je velmi pasivní, má NKS, jeho řeč působí nepřírozně, pokud se vůbec vyjádří (expresivní stránka řeči téměř chybí, receptivní je selektivní, reaguje posunky jen na určité lidi, jiné ignoruje). V performanční škále má chlapec výrazně lepší výsledky než ve škále verbální. Silnějšími oblastmi jsou vizuospacielní dovednosti a matematické schopnosti; nejslabší naopak mentální flexibilita a sémantická paměť. V emocionální oblasti se u chlapce projevuje velká úzkostnost a depresivní projevy, má nízké sebepojetí, problémy s regulací a rozpoznáváním emocí, výrazné oslabení citů a snížená tolerance k zátěži. Také má obtíže v navazování očního kontaktu a sníženou schopnost socio-emočního porozumění. Při výuce v předmětech, které ho nebaví, pospává, tempo jeho psaní je velmi pomalé, snahu o zápis postupně vzdává, stále si sahá rukou na obličej, okusuje si nehty, čichá si k prstům. Baví ho angličtina (kde se mu někdy přes výkyvy ve výkonu podaří získat nadprůměrnou známku), kterou dle sdělení rodičů ovládá díky hojné (pasivní) komunikaci přes internet. V žádném jiném předmětu dlouhodobě nefunguje, prospěch má spíše nedostatečný, v ČJ je úspěšný při testech v aplikaci Kahoot, matematiku nemá rád, chtěl by řešit jen sudoku. Na základě doporučení pediatra je osvobozen z výuky TV. Dle doporučení ŠPZ mu má být ve výchovných předmětech (HV a VV) zadáváno alternativní plnění. V interakci ke spolužákům je apatický, pokud se vůči němu projeví negativně, dostává se do afektu, reaguje agresivně. Nenosi pomůcky, ale dobře reaguje na zadaný úkol, který je neintelektuální povahy a má jasný řád (ochotně stopuje čas, reaguje na aktivity s kartičkami, ovšem bez verbálního projevu, při jasném zadání a po předvedení pomáhá např. při atletických závodech mechanicky shrabat písek v doskočišti). V rámci kariérního poradenství na otázky dalšího vzdělávání kroutí odmítavě hlavou, v profesních preferencích vybírá hodnoty (napsané na kartách): rituály, řád, nekontaktní povolání, transparentní pracovní náplň a jistota. O přestávce se izoluje, sedí za lavicí na zemi a čte si Deník malého poseroutky. Chodí sám do knihovny, půjčené knihy vrací včas. Sám dojíždí autobusem, zvládá si ohlídat peníze. V současné škole ho (na rozdíl od předchozích škol) nikdo nešikanuje. Na učitelky si píše vlastní hodnocení, známkuje je. Lépe v pedagogickém sboru vychází s muži, ale ani jim při výuce neodevzdává v podstatě žádné splněné úkoly. Na ocenění a partnerské dohody reaguje výrazem, který by se dal považovat za souhlas, nebo dokonce lehký úsměv, jinak je jeho tvář staticky zasmušilá. Potřebuje opakovat zadání, individualizovat požadavky, preferuje strukturované a vizualizované úkoly. Pro zvýšení motivace je nutné ho ocenit za splněné dílčí úkony a stále si ověřovat, zda porozuměl požadavku, ideálně by je potřeboval zprostředkovaně, ale AP v jeho kmenové třídě není. Nyní je v péči psychiatra, po ukončení PŠD matka pro chlapce zřejmě zvolí učiliště s oborem opravář zemědělských strojů. Chlapec sám o žádné informace ohledně středního vzdělávání nejeví zájem.

Kazuistika chlapce poukazuje na pervazivitu a vývojovost PAS. **Pervazivní** znamená všeprostupující, **vývojová** je proto, že se zvyšujícím se chronologickým věkem jsou projevy dítěte na autistickém spektru nápadnější, k reálnému věku sociálně neadekvátní. Beadle-Brown a Mills (2020, s. 4, 5) vnímají autismus jako součást přirozeně lidské různorodosti, a přestože má biologický a vývojový původ, je podle těchto autorů dnes považován za určitý

způsob bytí. Podobné postoje nám v pedagogické práci pomáhají participovat na kvalitě života lidí s autismem tím, že je akceptujeme i s jejich specifickými projevy a poskytujeme jim porozumění, vhodné příležitosti a podporu. U výše popsané kazuistiky se takový přístup osvědčil; **normalizace odlišnosti** (nikoli však agresivních projevů) **jedince učitelem** (pokud je zároveň aplikován motivační přístup a upraven obsah vzdělávání) chlapci zajišťuje ohleduplné přijetí, eliminuje opovržení či pocity nespravedlnosti. Vrstevnický kolektiv pak může imitovat vzorce trpělivějšího chování učitele, nebo alespoň chlapce tiše tolerovat.

Lidé s autismem se mohou projevovat jako vysoce funkční, středně funkční a nízko funkční. Předmětem speciální pedagogiky osob s PI jsou lidé středně a nízko funkční, jejichž IQ se pohybuje v pásmu širší normy, spíše však v podprůměru a níže (v devadesátých letech 20. století se o mentální retardaci uvažovalo u ¼ autistických dětí). Dříve byl autismus považován za dětskou schizofrenii a v kombinaci s těžším stupněm PI byl v ČR¹⁵ (zřejmě na rozdíl od jiných zemí v Evropě) často důvodem k sociální segregaci, resp. k umístění takového člověka do ústavního zařízení. V současnosti díky novým poznatkům rozlišujeme **mnoho rozdílných forem autismu. Někteří lidé mohou mít pouze autistické rysy, ale nemají diagnózu autismu.** Jisté dnes také je, že autismus nezpůsobuje výchova, a zřejmě ani nesouvisí s očkováním, nicméně v populaci má jedno ze 100 dětí autismus, celosvětový odhad prevalence je 1,5 % populace. Vědecké teorie zatím považují za nejpravděpodobnější souvislost se specifickými geny, které ovlivňují vývoj mozku (srov. Beadle-Brown a Mills 2020, s. 12; Hrdlička 2023).

Závažnost pervazivních vývojových poruch spočívá v komplexnosti poškození psychického vývoje s počátkem obtíží již v raném dětství. Mezi autistické syndromy s predikcí PI patří nejčastěji se vyskytující forma infantilního, resp. dětského autismu (s prevalencí výskytu 2–20 dětí, častěji chlapců, na 10 000). **Dětský autismus** se vyznačuje v již raném dětském věku výrazným deficitem v oblasti sociálního porozumění, přičemž tento deficit zřejmě způsobuje nezáměr o sociální interakci. Výsledkem je vyhýbání se společenským podnětům, které se těmito dětmi/lidem jeví jako neatraktivní, obtěžující a ohrožující. Dalšími znaky jsou neschopnost adaptace a improvizace, obtíže v prožívání složitějších citů, např. empatie. Při učení pak děti mají obtíže s generalizací zkušeností (Vágnerová 2004, s. 317–327).

Autistická afektivita (při současné PI) takřka vylučuje emoce kombinované s hypotetickým myšlením, což ale znamená, že lidé na autistickém spektru nejenže nerozumí např. metaforám, závisti nebo lsti, ale také je v komunikaci neumí používat. Signifikantní **triáda narušených schopností**, resp. **narušené sociální interakce, imaginace a komunikace** znamená, že lidé na autistickém spektru se projevují nápadnostmi, které se vzhledem k jejich chronologickému věku jeví neadekvátně. Tyto nápadnosti jsou nejvýraznější v oblasti chování (bývá rigidní a stereotypní), v prožívání (zřejmě si těžko uvědomují svoje pocity, neprojevují sebereflexi) a v řeči (zpravidla je významně narušená její expresivní složka, objevují se četné

¹⁵ Beadle-Brown a Mills (2020, s. 3) uvádějí, že Britská národní společnost pro autismus poskytuje rodinám a odborníkům na autistickém spektru podporu již od r. 1964.

echolálie, porozumění je pouze na velmi pragmatické úrovni, nechápou abstrakci apod.). Dětský autismus se diagnostikuje u dětí, u kterých jsou vývojové odlišnosti patrné ve věku do tří let, nebo dokonce již v kojeneckém věku. Raná intervence v rodině a včasná terapie dítěte s PAS je nesmírně důležitá k zmírnění frustrace rodičovské role, a především z důvodu prevence sociální izolace pečujících osob.

Mezi pervazivní vývojové poruchy řadí Vágnerová (2004, s. 330) také Aspergerův syndrom (u něhož ovšem nebývá narušen vývoj intelektu, ale je typický disharmonií osobnosti), **Hellerův syndrom** (známý také jako desintegrační porucha v dětství), který lze mj. označit jako ranou demenci (vzniká totiž jako regrese po 2. roce poměrně standardního vývoje dítěte) a neurodegenerativní onemocnění – Rettův **syndrom** (RTT), který postihuje pouze dívky. Jeho příčinou je mutace genu, vázaného na chromozom X. Je specifický tím, že při narození mají dívky normální obvod hlavičky a prvních 6–18 měsíců u nich probíhá standardní psychomotorický vývoj. Následně dochází k růstové retardaci, a poté k regresi, častému výskytu epilepsie, dyspraxii, apraxii, opoždění a poruše expresivní i receptivní složky řeči a v důsledku také k těžké PI s autistickými rysy v chování. Dívky s Rettovým syndromem mají abnormální spánkový rytmus, obvykle trpí bruxismem. Mezi tělesnými znaky syndromu jsou výraznější skolióza, obtíže s chůzí a koordinací hrudníku, stereotypní pohyby horních končetin (tzv. mytí rukou, ždímání, tleskání, vkládání do úst, kousání, žvýkání, manipulace s prsty apod.), které ve spánku mizí a objevují se opět s probuzením. Celkově jsou obtíže spojené se zhoršenou kvalitou hrubé motoriky (Kohoutová 2023).

2.1.3 Porucha intelektu v důsledku syndromu zanedbávaného dítěte

Současná diagnóza zdánlivé, sociokulturně podmíněné PI, má dle Valenty (2012, s. 54) svoji pojmově dosti bohatou historii – užívaly se výrazy jako např. vlčí dítě, Kaspar-Hauser syndrom, pseudooligofrenie, sociální debilita, sociální slabomyslnost, deprivant, dítě sociálně zanedbané. Je-li příčinou opožděného nebo zpomaleného mentálního vývoje nepřiměřená výchova, nedostatečná stimulace, zanedbávání potřeb, **podnětová deprivace** nebo dokonce týrání dítěte, definujeme PI nikoliv jako vývojovou, ale jako sociálně podmíněnou, resp. způsobenou exogenními postnatálními vlivy. Vágnerová (2004, s. 292) užívá pojem **sociální poškození vývoje rozumových schopností**.

Reverzibilita nevyvinutých (zakrnělých) schopností závisí na jiných sociokulturních vlivech, které mohou zvýšit pravděpodobnost pozitivní reflexe funkční sociální stimulace. To znamená, že zlepšení může nastat přísunem optimálních podnětů. Což se zpravidla děje s nástupem do předškolního zařízení nebo pak v mladším školním věku, nejčastěji po nástupu do školy. Predikce míry očekávané progresy intelektu je však těžko předvídatelná, závisí mj. na dispozicích primárního prostředí, které má pravděpodobně podobné zatížení jako dítě.

Příkladem dítěte se syndromem CAN je dívka, která v důsledku závažného dlouhodobého zanedbávání a týrání vykazovala známky střední PI. Po příchodu k zápisu do 1. roč. malotřídní ZŠ bylo dívce po OŠD 7 let, její tělesný vzrůst a projevy však odpovídaly 3letému dítěti. Matka

trpěla schizofrenií, ale neléčila se. Dívka byla jejím 9. dítětem, přičemž 7 z těchto dětí již v tu dobu žilo v různých dětských domovech. Rodina byla finančně negramotná, neustále se stěhovala, a to pokaždé, když se o děti začal zajímat OSPOD. Matka uvedla, že se dítě léčí s poruchou růstu, což nebyla pravda, protože naposledy předepsaný růstový hormon dítěti doma nikdy neaplikovala (u soudu později uvedla, že nesnáší injekce a nechtěla svému dítěti působit bolest). V předchozích bydlištích byla matce doporučována logopedická péče, kterou vždy odmítala s odůvodněním, že se dívka bojí cizích lidí a doma komunikovat umí. Dívka ani po nástupu do školy nemluvila, neměla sociální ani hygienické návyky, byla inkontinentní, hyperaktivní; brala si věci, které se jí líbily, a to včetně jídla, nechápala význam vlastnictví. Rychle se naučila prosit spolužáky o svačiny, v jídelně si chodila několikrát přidat. Výuka ji nezajímala, ale vliv sociálně vhodného, podnětného prostředí postupně zvyšoval její mentální úroveň. Ve výkonu měla velké výkyvy, občas reagovala pohotově, překvapila rychlým úsudkem, jindy byla zcela apatická, nebo naopak podrážděná a projevovala se agresivně. V malotřídce měla starší sestru, která byla ve škole velmi úspěšná. O zanedbání zpočátku vypovídalo zejm. špinavé oblečení, vši a nedostatečná hygiena všech členů rodiny. Pak ale také neschopnost zahájit jakoukoliv systematickou odbornou (zejm. zdravotní a logopedickou) péči o mladší dceru a zvláštní neochota rodičů k účasti obou dětí na jakékoliv školní akci (výlety, plavání, lyžařský výcvik, bruslení, divadlo aj.). Otec vodil dívky do školy včas, ale ve škole s nikým nekomunikoval, při dotazech se odvolával na manželku. Matka nepracovala, pobírala na mladší dceru příspěvek na péči, zřejmě i jiné dávky, žila i z půjček. Byla velmi komunikativní, neustále se doptávala na úspěchy starší dcery, kterou chválila, kupovala jí nadbytečné množství školních pomůcek. Naopak o mladší dceru nedbala, chovala se k ní hrubě, ponižovala ji před lidmi ve vesnici a její školní neúspěchy omlouvala tělesným postižením a nízkou motivací k učení. Nově nastavená pravidla (individuální výchovný plán), která pro rodinu vyplynula z případové konference, rodina nedodržovala, návštěvy z OSPOD odmítala pustit domů. Změny v motivaci a v učení a celkové pokroky ve vzdělávání byly patrné pod vlivem jiného přístupu pedagogických pracovníků, na které dítě zpočátku reagovalo s nedůvěrou, později naopak nepřirozenou příchýlností a nenasytnou potřebou se mazlit s kýmkoliv, kdo byl ve škole k dispozici. Byl nastaven plán pedagogické podpory s ohledem na speciální vzdělávací potřeby dítěte. U původně nemluvící žákyně se během 3 měsíců rozvinul zájem o čtení písmen, která si postupně osvojila, uměla je ukázat a některá i přečíst. Později však na základě podezření z úmyslného ublížení na zdraví (kdy dívka přišla do školy s modřinami na hlavě a odřeninami na zápěstí) a následného policejního zásahu v rodině, byla dívka (mladší z obou dcer) umístěna do DDÚ. Zde znovu přestala komunikovat, během pár týdnů pozbyla svých nabytých školních dovedností, trpěla obrovskou citovou deprivací (steskem po matce, a to přesto, že ji rodiče doma zavírali do klece ke zvířatům, bili ji, zanedbávali lékařskou i jinou doporučenou péči a odpírali jí stravu) a po půl roce u ní byla spolu se syndromem CAN diagnostikovaná středně těžká mentální retardace. Zájem matky o dívku skončil jejím odebráním, resp. s ukončením nároku na příspěvek na péči. Svoje nejmladší dítě nenavštívila ani později v DD, kam po půl roce bylo umístěno i poslední z dětí. Po roce byl soudní proces několikrát odročen, rodiče se k soudu opakovaně nedostavili. Později se k soudu dostavila pouze matka (ve vazbě byla znovu těhotná a toho času již měla

jiného partnera). Dívka získala statut dítěte, pro které vzhledem k závažnosti deprivace a mentálnímu postižení není vhodný žádný typ náhradní rodinné péče.

2.2 Deficity ve vývoji v období dětství

„Zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky života. Právě **v období do tří let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap**. Přestože mozek je schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, člověk se nejrychleji rozvíjí a nejlépe přizpůsobuje změnám v raném dětství“ (Společnost pro ranou péči 2023). U novorozenců a v kojeneckém období za deficity kognitivních funkcí stojí inertnost mozkové kůry a vyhasínání pátracího reflexu. To způsobuje, že děti jsou spavé, k podnětům netečné a neochotné ke změnám. Za obecné znaky PI v raném dětství lze považovat **opožděný tělesný vývoj**, pasivitu, rychlou unavitelnost, potřebu stereotypních podnětů, rigiditu, inkohereci myšlení, **pomalé psychomotorické tempo**, zvýšenou fixaci na rodiče, přetrvávající infantilnost, anxiozitu, neurastenické reakce, sugestibilitu, zvýšenou potřebu neodkladného uspokojení a bezpečí, hyperaktivitu nebo hypoaktivitu, citovou vzrušivost, zpomalenou chápavost, ulpívání na detailech, těkavou pozornost, poruchu vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace, pomalejší smyslovou percepci a omezenou podnětovou diferenciaci, omezenou kapacitu paměti aj. (Valenta, Petráš 2012, s. 37–40).

2.3 Projevy poruchy intelektu u lidí v období dospívání a dospělosti

Dospívající s PI trpí (úměrně k hloubce postižení) především **nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji sebepojetí**, opožděním psychosexuálního vývoje, nerovnováhou aspirace a výkonu, poruchou interpersonálních vztahů a komunikace. Obtíže jim působí také nízká úroveň adaptability v sociálních a školních situacích, neporozumění požadavkům, impulzivnost, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť (Valenta, Petráš 2012, s. 39). Behaviorální analýzou příčin frustrací lze některým projevům maladaptivního chování předcházet a na základě životního kontextu systematicky kompenzovat psychoterapií a nácvikem komunikačních dovedností (Krejčířová 2009, s. 409). **Na kvalitu života v dospívání má nesporný vliv socializační zkušenost z dětství, a také saturace v oblasti školní adaptace a úspěšnosti, což dokládá výrok třicetiletého muže (s PI a sluchovou vadou), který v dětství v tehdejší „zvláštní škole“ zažil ponižování, výsměch a podceňování, čímž dosud interpretuje vlastní neschopnost, ale také úzkost při jakémkoli učení: „nemělo cenu chodit do školy, nikdy se mi nic nepovedlo, protože jsem blbej, byly se mnou akorát problémy, nechápu, proč jsem tam musel chodit. Radši se tomu místu vyhýbám i teď, i když tam už škola není. Já se prostě neumím učit, nejde mi to, jsem k ničemu. Já nevím, jestli budu pokračovat v tom kurzu,¹⁶ protože mi to dělá problémy, je to na mě prostě hrozně těžký“.**

¹⁶ Ve zmíněném kurzu je velmi úspěšný, pokrok v úrovni komunikace, autonomie, ale i sebepojetí je po roce evidentní.

2.4 Emoční inteligence u lidí s poruchou intelektu

Důsledkem omezených kognitivních schopností se zvyšuje **pravděpodobnost citové zranitelnosti a nižší frustrační tolerance** (Krejčířová 2006, s. 195–198). Celková životní spokojenost je výsledkem emočního bilancování zdraví, vztahů, osobních úspěchů i neúspěchů, a také práce. Celkové ladění člověka pak zásadně ovlivňují tři nejvýznamnější činitele (hodnoty, témata) – láska, rodina a zaměstnání. Emoce a intelekt jsou dvě základní mozkové funkce. S emocemi souvisí utváření cílů a s rozumem hledání prostředků, jak jich dosáhnout (Nakonečný 1998, s. 151, 432, 433). **Emocionální úroveň se odvíjí od stupně postižení**, zpravidla se u lidí s PI projevuje citová labilita a sklony k afektu. Jejich chování bývá impulsivní, ale také úzkostné a sugestibilní. U středně těžké PI se častěji projevují afektivní reakce neadekvátní reálným situacím. U těžké PI je afektivní sféra výrazně narušená, nálada je nestálá, proměnlivá. U hluboké PI je afektivita narušená totálně (Bazalová 2010, s. 292–294).

Základními emocemi jsou hněv, strach, smutek, překvapení, radost a odpor. Petrášová 2012, s. 241, 244) popisuje emoce jako komplexní citové pochody, které se vně projevují v chování a vnitřně prožíváním (zážitky) a také fyziologickými změnami. City u lidí spoluutvářejí vztahy, vyšší city se vztahují k hodnotám. **Emoční inteligence lidí s PI závisí na jejich schopnosti poznat vlastní emoce, zvládat je, motivovat se, vnímat druhé lidi a umět fungovat ve vztazích.** Úroveň subjektivní kvality života je také ovlivněna mírou potenciální motivace a přítomností vyšších potřeb a hodnot. Ve výchově i ve vzdělávání je proto prioritní mechanismus imitace (osobních vzorů) v uspokojování potřeby smysluplnosti vlastního života.

2.5 Mimointelektové schopnosti, motivace, vůle a zájmy

Otázka motivace a koncentrace stojí v centru národního kurikula inkluze. Od aktérů vzdělávání se očekává, že usilují o budování vstřícné komunity, která je schopna reflektovat i zvláštní vzdělávací potřeby svých členů. Zjišťování zaměřenosti osobnosti žáků učitel zajišťuje používáním různě organizovaných přístupů s variabilními styly učení, obměnami obsahu, ale i hodnocení tak, aby dostali šanci na uspokojení i žáci s PI a byli tak podporováni v tom, **aby uměli prokázat svoje schopnosti prostřednictvím vlastních reálných prostředků** (Ginnis 2021, s. 60). Vliv prostředí na maximální možnou úroveň rozvoje vlastního potenciálu a od něj se odvíjející motivace, zájmů a životní orientace je nesporný. Současný trend deinstitutionalizace již vykazuje značné pozitivní změny v socializaci a orientaci lidí, kteří od počátku tohoto století žijí také v přirozeném prostředí. Na rozdíly mezi přirozenou (rodinnou) a institucionální (ústavní) péčí upozorňuje již Krejčířová (2006, s. 199): „Kvalita prostředí nemůže ovlivnit mentální retardaci samotnou, ale významně ovlivňuje emoční a sociální vyspívání těchto dětí a umožňuje plné využití jejich kapacity, rozdíl mezi dětmi vyrůstajícími v rodině s kvalitní oporou a dětmi vychovávanými v celoročních ústavech bývá velmi zřetelný.“

Vytváření partnerských vztahů mezi učiteli a studenty předpokládá společné stanovování (nejen výukových) cílů, diskusi o smysluplnosti těchto cílů a tím pádem **nenásilnou komunikaci**. Učitel, který vede se svými žáky nenásilnou komunikaci, motivuje k vzájemnému obohacování života pozitivním přístupem, nikoliv trestem (Rosenberg 2023, s. 77). Nenásilná komunikace, která má potenciál podněcovat zájem o učení, je založená na přirozeně rovnocenném (partnerském) vztahu, ve kterém není místo pro paternalistické ponižování, znevýhodňování, devalvací pocitů a vzbuzování méněcennosti; zároveň je ze strany pedagoga respektující, transparentní, konkrétní a empatická. Dítě je tak motivováno skrze nápodobu a úsilí o hodnoty, které chápe jako dobré a pro život užitečné, potřebné. Uplatňování motivačního hodnocení je zároveň společensky efektivní, podněcuje vůli, ale i emoční inteligenci a vyvažuje napětí.

S motivací a zájmy souvisí i **smysluplné a uspokojivé trávení volného času**, který lidé s PI mnohdy nedokážou sami organizovat a plánovat. K získání zájmů, které by časem mohly být jejich celoživotními zájmy, jim je v dětství a dospívání třeba pomáhat.

2.6 Doporučené přístupy k jedincům s poruchou intelektu

Nesporným základem úspěšného začleňování osob s PI do běžného života v procesu jejich zrovnoprávnění je **holistický**, dříve nazývaný komplexní (ucelený) nebo Kábeleho (1998) výrazem **komprehenzivní** speciálně pedagogický přístup, který vychází z celostní, zároveň individualizované, optimální, přiměřené a koordinované rehabilitaci. Komprehenzivní rehabilitace se orientuje na preventivní, aktuální a následnou léčbu, vzdělávání a sociální, příp. pracovní začlenění člověka s postižením. Využívá rozmanitých principů (např. reflexnosti) s ohledem na stupeň vývoje rozumových a dorozumívacích schopností u rehabilitovaných osob s PI. Pro pomoc rodinám je v tomto smyslu důležitá dostupná kvalitní **celková diagnostika stupně a typu poruchy intelektu**, aby bylo možné co nejdříve zahájit stimulační program na podporu rozvoje dítěte. A protože se u PI často projevují přidružené PCH, např. autostimulační automatismy a přetrvávající (pro starší věk nestandardní) stereotypní pohyby, má přiměřená (optimální) stimulace potenciál takové maladaptivní chování mírnit (Krejčířová 2006, s. 197).

Za nové v přístupu ve vzdělávání osob s PI lze považovat veškeré moderní trendy, které od devadesátých let minulého století ovlivňují výchovu a vzdělávání dětí/lidí s PI. Od r. 2003 je to např. **koncept bazální stimulace**, který pochází z Německa, kde byl využíván již v sedmdesátých letech doktorem Andreasem Fröhlichem. Jedná se o „komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulační péče v pediatrii se přizpůsobuje věku a stavu dítěte. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak např. v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, tak v péči o děti s vrozeným intelektovým a somatickým postižením či u dětí s různými akutními a chronickými onemocněními a také u úrazových stavů“ (Friedlová 2008, s. 131).

Podle nejnovějších vědeckých teorií o růstovém nastavení mysli (growth mindset) je inteligence pružná a dá se usilovnou prací zvýšit, což nově ukazuje na převažující vlivy prostředí (nad vrozenými geny). Zvýšení získané složky inteligence školními zkušenostmi pak ve výuce ještě předpokládá uplatňování tří základních principů: **žák s omezenými předpoklady potřebuje více procvičovat a častěji žádat o pomoc, nesmí mít obavu, že ho dílčí neúspěchy budou stigmatizovat, protože jeho nezdar může být dočasným důsledkem menšího objemu zkušeností** (Willingham 2022, s. 165–271). Protože není možné dosáhnout ideálního stylu učení u všech žáků a je potřeba smysluplně vzdělávat a zároveň přežít (ideálně spokojeně prožít školní období) v nekompatibilním prostředí heterogenní třídy (v běžné ZŠ, ale i v ZŠS), je zásadní najít rovnováhu mezi podporou a stimulací učebních programů, aby tak žák mohl pracovat ve svém preferovaném stylu (v rámci inkluzivních rovných příležitostí), získal tím určité sebevědomí, otevřel se poznávání (nejprve sebe sama) a současně se stával odolnějším akceptovat nové operační systémy, které mu výsledně poskytnou více zkušeností (Ginnis 2021, s. 37, 38).

„Vytvořením vhodného pracovního prostředí pedagog optimalizuje podmínky pro žáka ve vzdělávacím procesu. Úprava pracovního prostředí výrazným způsobem napomáhá žákům získávat požadované vědomosti a dovednosti ve vzdělávacím procesu. Opatření spočívá v zajištění kvalitního kontaktu s učitelem i se spolužáky ve třídě, v dobrém příjmu informací, používání vhodných učebních pomůcek, využití speciálních metod práce a specializovaných prostor. Pracovní místo žáka a jeho prostor pro učební pomůcky je třeba organizovat v závislosti na prostorových možnostech školy a na skladbě ostatních žáků“ (Katalog PO 2023).

Pro specificky zaměřenou (a stále častěji ve školách potřebnou) pedagogickou práci s žáky na autistickém spektru je (jak ukazuje i kazuistika v kap. 2.1.2) vhodné využívat osvědčenou **metodu SPELL**, která představuje koncept založený na pěti nejpodstatnějších pilířích, kterými dle Beadle-Brown a Mills (2020, s. 3) jsou:

- struktura – **Structure**,
- pozitivní přístup a očekávání – **Positive approaches and expectations**,
- empatie – **Empathy**,
- minimalizace nežádoucích podnětů – **Low arousal**,
- vazby – **Links**.

3 Demence

Podle současných výzkumů nelze většinu onemocnění odvozovat pouze z jedné příčiny. Demence je často považována za multifaktoriálně způsobenou duševní poruchu, která se zároveň řadí mezi **organické**, tedy ty, u kterých dochází k organickému poškození mozku (např. poškozením mozkových neuronů či odumřením mozkové tkáně), obvykle jako důsledek atrofických procesů, nebo na základě onemocnění jiných orgánů, kdy se demence

označuje za **symptomatickou**. Základními diagnostickými kritérii pro stanovení poruchy (syndromu) jsou: paměťové poruchy, kognitivní poruchy (poruchy poznávání, myšlení a úsudku), obtíže v orientaci a delirantní stavy, emoční labilita (podrážděnost až apatie) a také poruchy sociability a sociálních konvencí (srov. Dušek, Večeřová-Procházková 2015, s. 183, 184; Orel, a kol. 2016, s. 139). Celkově se všechny demence projevují **ztrátou výkonu** (fyzického, duševního i společenského), specificky pak **úbytkem intelektových schopností, ztrátou zájmů a poruchami nálady**.

3.1 Vymezení pojmu a příčiny demence

Obecně je demence charakterizována jako získané generalizované poškození CNS vedoucí k postupnému globálnímu úpadku osobnosti, nebo naopak k výrazným nerovnoměrným parciálním regresivním procesům (Vágnerová 2004, s. 272), jejichž důsledkem jsou nepředvídatelné nápadnosti v chování, které sekundárně způsobují auto i heteronomní sociální izolaci. Proto bývá demence (stejně jako vrozené formy PI nebo poruchy autistického spektra) klasifikována jako **duševní a behaviorální porucha**.

Nejčastěji uváděnými příčinami jsou: vyšší věk, opakovaná traumata mozku, genetické faktory, deprese, špatné socio-ekonomické zázemí, ale i šikana, hostilita a celoživotní negativismus.

3.2 Diagnostika demence

Pro zjištění pravděpodobnosti přítomnosti demence se běžně využívají **screeningové testy**, které orientačně a poměrně rychle zhodnotí celkový kognitivní výkon člověka. Při screeningu je důležitá také **anamnéza** (osobní anamnéza, rodinná historie, celková biografie člověka), rozhovor (s nemocným člověkem i s jeho blízkými). Biograficky orientovaný rozhovor se především zaměřuje na udržitelné schopnosti a zjišťování životních preferencí. Nedílnou součástí počáteční diagnostiky by mělo být pozorování projevů chování a afektivních poruch.

Jedním z možných typů screeningu, který doporučuje Česká alzheimerovská společnost a mohou ho provádět i blízcí či jiní pečující, je soubor 11 otázek, které lze vyhodnotit podle četnosti výskytu zjišťovaného fenoménu – často (2 b), někdy (1 b) nebo vůbec (0 b), přičemž reálné riziko přítomnosti demence je pod 18 bodů. Screening ČAS obsahuje následující otázky:

1. Opakuje se a ptá se znovu a znovu na to samé?
2. Zapomíná více než dříve zejména věci, které se staly nedávno nebo před chvílí?
3. Zapomíná brát léky, nakoupit najednou více věcí a podobně?
4. Zapomene na schůzku, svátek, rodinnou oslavu?
5. Je smutnější nebo bezradnější než dříve?
6. Má problémy s počítáním, vedením účtu a podobně?
7. Je pravda, že již nemá takový zájem o dřívější záliby a koníčky?

8. Potřebuje pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně?
9. Je vznětlivější, podezřívavý, neklidný, mluví nesmyslně nebo vidí a slyší to, co ve skutečnosti neexistuje?
10. Zhoršila se jeho schopnost řídit automobil?
11. Hledá slova, mluví méně plynule, zapomíná jména?

Test hodin		
Skóre	Popis	Příklady
1.	<p>Bezchybné provedení</p> <p>-číslíce 1-12 ve správném pořadí i místě</p> <p>-dvě ručičky ve správné poloze</p>	
2.	<p>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</p> <p>-vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrně</p> <p>-číslíce mimo kruh</p> <p>-otočení papíru s otočením číslic</p> <p>-použití pomocných čar pro lepší orientaci</p>	
3.	<p>Chybné zaznamenávání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <p>-pouze jedna ručička</p> <p>-čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“</p> <p>-čas vůbec nezaznamenán</p>	
4.	<p>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenávání času není možné</p> <p>-nepravidelné mezery</p> <p>-zapomenutí čísel</p> <p>-perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</p> <p>-záměna pravý - levý (číslíce proti směru)</p> <p>-dysgrafie - chybějící čitelné číslice</p>	
5.	<p>Těžká prostorová dezorientace</p> <p>-jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</p>	
6.	<p>Chybí zakreslení hodin</p> <p>-žádný pokus zakreslit hodiny</p> <p>-ani vzdálená podobnosti s hodinami</p> <p>-napsáno slovo nebo jméno</p>	

Obrázek 2: Test hodin (Česká alzheimerovská společnost 2023)

Nejpoužívanějšími kognitivními testy v ČR jsou:

- **Test hodin** (CDT – Clock drawing test); je orientačním nejrychlejším a nejjednodušším testovacím prostředkem, který má snadné zadání – zakreslit správný čas. Ukazatelem

je pak správnost v záznamu času a ručiček, čísel na ciferníku i jejich rozložení (viz obrázek 2).

- **MoCA** (Montrealský kognitivní test) pro kognitivní funkce, paměť, pozornost, vizuální vnímání a jazykové dovednosti.
- **MMSE** (Minimental State Examination), který hodnotí celkovou orientaci, rozsah pozornosti, počítání, paměť a řeč.
- **Addenbrookský kognitivní test** určený pro všechny kognitivní domény včetně paměti, exekutivní funkce, zrakově-prostorové funkce a řeč.
- **Neuropsychologické vyšetření**, to měří specifické kognitivní schopnosti a identifikuje rozsah poklesu rozumových schopností.
- **CT** (počítačová tomografie, neurologický test) nebo **MRI** (magnetická rezonance) mozku, příp. provedení **EEG**.

3.3 Klasifikace demence

Pro demence můžeme najít různá dělení, např. podle doby výskytu počátku obtíží (dětské, presenilní a senilní), diagnostických kritérií nebo typů onemocnění. Další dělení se orientuje podle rychlosti nástupu a délky průběhu na formy akutní a chronické, nebo také podle rozsahu poškození, přičemž demence patří mezi **generalizované poruchy**, protože jsou zpravidla poškozeny veškeré funkce. Nejčastěji se uvádí dělení podle typu, a to na:

- **atroficko-degenerativní (primárně progresivní) demence**, z nichž nejčastější je Alzheimerova nemoc, frontální a frontemporální demence a demence s Lewyho tělísky;
- **symptomatické (sekundární, získané) demence**, mezi nimiž je nejvíce zastoupena specifická skupina demencí **ischemicko-vaskulárních**;
- **smíšené demence**, kdy je nemocný člověk postižen třeba dvěma různými typy demence současně (srov. Pidrman 2007, s. 31; Orel, a kol. 2016, s. 140, 141; Vágnerová 2004, s. 272).

3.3.1 Dětské demence

Na rozdíl od demence u dospělých vykazují demence v dětském věku kombinovaná postižení s vývojovými vlivy. Dochází tak ke **stagnaci nebo zpomalení vývoje**, ale i k **vývojové regresi**, na druhé straně se však dítě v různých etapách dále vyvíjí, proto je diagnostika tohoto typu demence velmi problematická. K stanovení úrovně intelektu a další prognózy je potřeba komparovat aktuální stupeň intelektového defektu a tempa vývoje s tempem očekávaným (Krejčířová 2006, s. 205). Dětské demence znamenají deterioraci intelektových schopností, která vzniká až po dosažení úrovně normálního vývoje stanovené dosažením 24 měsíců (2 let) věku. Krejčířová (2009, s. 413) popisuje odlišnosti demence v dětském věku (od demence v dospělosti) především jako zhoršení kognitivních funkcí, zhoršenou kontrolu emocí, sociálního chování či motivace, ale i sebeobsluhy, přičemž úroveň regrese

a zpomalení ve vývoji zhoršuje nejen kvalitu autonomie v životě, ale zároveň způsobuje stagnaci na určité vývojové úrovni. Závažnost primární příčiny (úraz, infekce či pooperační stav) pak zpravidla vymezuje míru stagnace.

3.3.2 Demence u Alzheimerovy choroby

V r. 1902 byla demence poprvé diagnostikována Aloisem Alzheimerem jako onemocnění, jehož výskyt je častější u žen ve věku kolem 50 let a je významně ovlivněn dědičností. Později byly během diagnostického procesu zjištěny významné biochemické změny, které vedou k odumírání mozkových buněk (na rozdíl od tzv. stařecké demence, k jejímuž vzniku vede odumírání buněk nervových). V současnosti je demence u Alzheimerovy choroby klasifikována buď jako **presenilní** (vyskytne se před 65. rokem věku a má rychlý průběh) nebo **senilní** (vyskytuje se ve stáří). Je diagnostikována pro přítomnost poruchy poznávacích schopností s pozvolným nástupem, rychlou **ztrátou náhledu na vlastní nemoc**, významnou deteriorací, a na základě diferenciální diagnostiky nebylo zjištěno žádné jiné somatické onemocnění nebo poškození mozku (srov. Orel 2016, s. 141; Dušek, Večeřová-Procházková 2015, s. 184).

Česká alzheimerovská společnost definuje 10 varovných symptomů, které by mohly poukázat na výskyt demence Alzheimerovy nemoci: ztráta paměti, která ovlivňuje práci, problémy v běžných činnostech, obtížná komunikace, časoprostorová dezorientace, zhoršený racionální úsudek, problémy s abstrakcí, zakládání věcí na nevhodné místo, afektivní změny a změny osobnosti a ztráta iniciativy (Česká alzheimerovská společnost 2023).¹⁷

3.3.3 Demence při cévních onemocněních mozku

Při kardiovaskulárních onemocněních (např. vlivem hypertenze nebo aterosklerózy) dochází k poruše mozkové cirkulace a tím pak ke vzniku některých psychických poruch. Jednou z takových poruch je **vaskulární demence**, jejíž příčinou jsou ostrůvkovitá poškození mozku (nekrózy), a tomu odpovídající psychopatologické projevy (infarkty), které podle intenzity vedou k lehčí, střední a těžší formě **multiinfarktové demence**. (Dušek, Večeřová-Procházková 2015, s. 186–190). Reverzibilitu demence determinuje míra poškození CNS. Podaří-li se léčit primární onemocnění, zlepšení stavu (na rozdíl od prognózy atroficko-degenerativních demencí) predikuje i zlepšení psychických funkcí.

3.3.4 Jiné demence

Mezi demence, které jsou klasifikované na základě jiných příčin, patří také **Pickova choroba**, která má poměrně časný nástup a rychlou progresi. Popsal ji už v r. 1892 moravský ředitel Zemského ústavu pro choromyslné v Dobřanech Arnold Pick jako onemocnění, které způsobuje významná atrofie mozkových buněk již kolem 40.–60. roku věku. Počátek

¹⁷ Mezinárodní den Alzheimerovy choroby připadá na 21. 9.

onemocnění zpravidla signalizují bolesti hlavy, poruchy spánku, afektivní změny a **nápadná transformace povahových rysů člověka**. Chování nemocného se stává asociální (ztráta zodpovědnosti, zanedbávání zevnějšku, lhaní, toulání, dluhy), jeho myšlení je inkohrentní a chudé, s narušenou komunikační schopností, což následně vede k sociální apatii (Dušek, Večeřová-Procházková 2015, s. 190).

Za presenilní se považuje také původně virové onemocnění, které se od r. 1920 popisuje jako demence u **Creutzfeldt-Jakobovy choroby**. Od té doby se toto onemocnění objevilo jako neléčitelné onemocnění skotu (bovinní spongiformní encefalopatie), známé jako neklidné, agresivní poruchy chování, navíc se ztrátou koordinace, přebíhání z místa na místo, křečemi a strnulými pohyby, BSE – nemoc šílených krav. Dušek, Večeřová-Procházková (2015, s. 191) klasifikují toto onemocnění u člověka do třech stádií, kdy v prvním (prodromálním) stádiu se objevuje nervozita, strach a potíže s řečí a chůzí, ve druhém stádiu se rozvíjí onemocnění ztrátou zájmů, zmatenými reakcemi a dalšími projevy demence a v posledním (terminálním) stádiu dochází k naprosté rigiditě, intelektové deterioraci, mutismu, epileptickým záchvatům a dlouhotrvajícímu kómatu.

Jiným (vzácným) degenerativním neuropsychiatrickým onemocněním mozku pak je také **demence při Huntingtonově chorobě**, která je také známá pod názvem hyperkinetická chorea, typická velmi včasným nástupem (již kolem 20.–30. roku věku), je dědičná (autosomálně, tzn. každé dítě nemocného rodiče má 50% riziko onemocnění), v počátku se projevuje depresivním laděním, paranoidním myšlením a emoční dráždivostí (srov. Dušek, Večeřová-Procházková 2015, s. 192; Koukolík 1999, s. 77).

Demence u Parkinsonovy choroby je známá od r. 1817 jako onemocnění vyššího věku s různě rychlým průběhem, zhoršenou hybností a ztuhlostí v obličeji (Dušek, Večeřová-Procházková 2015, s. 192). Lidé s touto nemocí zpočátku nemají obtíže kognitivního charakteru, ale problémy v oblasti pohybových schopností. Tím se stávají zajatci ve vlastním těle a spíše, než demence u nich vzniká riziko deprese.

3.4 Projevy jedinců s demencí

Za obecné příznaky demence lze považovat **vyšší psychickou a fyzickou unavitelnost** a ztrátu zájmů. Navíc okolí u dotyčného pozoruje celkovou nebo částečnou zapomnětlivost (což je zpravidla první příznak), poruchu prostorové představivosti a orientace (zapomene známé místo, cestu), poruchy exekutivních funkcí (osoba nedokáže vykonávat složitější úkony), snížení intelektové výkonnosti (úvahy se stávají obávanou vyčerpávající aktivitou) amnestickou **dezorientaci** s neschopností využití krátkodobé paměti (postižený se neorientuje v prostoru, v čase, ale ani v běžných sociálních situacích a vztazích). K obtížím intelektuální povahy se navíc přidružují **poruchy emotivity** (lidé s demencí vykazují reakce nepřiměřené k situaci, emoční plochost, tupou euforii, hostilitu, apatii). Demence patří mezi behaviorální poruchy, což značí nápadnosti a **proměny v chování** (sebestřednost, ztrátu energie, rozladěnost, neklid, delirantní stavy).

S postupujícím onemocněním se proměňuje i potřeba podpory. Zpočátku je dostačující dohled (kontrola bezpečnosti, domácnosti, výživy, příp. léčebného režimu). Druhou fází je péče, která dostačuje v běžných denních činnostech, ale člověk s demencí je ještě schopen vnímat hranice svojí bezpečnosti a denního režimu. Ve chvíli, kdy se již sám o sebe nepostará (v samostatném životě by byl vystaven riziku ohrožení zdraví či života), je potřeba poskytnout nepřetržitou péči. Péče o lidi s demencí je náročná vzhledem k proměnám ve vnímání denního režimu a obtížné adaptaci na změny. U demence jsou podle Vágnerové (2004, s. 137, 138) typické poruchy spánku (přes den pospávají a v noci jsou aktivní). Patologický bývá i proces vnímání (u demence se vyskytují **halucinace a bludy**). Poruchy korových funkcí způsobují ztrátu schopnosti všeobecného zpracování informací, chápání souvislostí a logického myšlení. Mezi akcesorní příznaky u demence se řadí **apraxie** (ztráta naučených dovedností) nebo **agnózie** (neschopnost rozpoznat lidi a situace). Buijssen (2006, s. 20–42) dále upozorňuje na problematické vytrácení emocí, jako jsou např. pocity viny, studu a naděje. Takže reálnou situaci člověka s demencí spoluvytváří jeho nemoc v přímé interakci s postoji jeho okolí a zároveň s reakcemi nemocného na tyto postoje. Osobnostní změny ale mohou také ukazovat na psychosomatickou odezvu na nemoc (Stuart-Hamilton 1999, s. 167), nebo na původní vady charakteru, které s nemocí souvisí jen tolik, že se jejím vlivem zdůrazňují.

3.5 Doporučené přístupy k osobám s demencí

Demenci nelze vyléčit, ale včasná intervence může prodloužit období samostatnosti. Doprovázení v nemoci (demenci) vyžaduje citlivé zacházení s člověkem, který se změnil a dále mění, je třeba opatrně nakládat se smutkem, zodpovědně hospodařit s časem, organizovat podporu ve smyslu vyvážené nabídky tiché přítomnosti a otevírání nových možností interpretace aktuálních problémů (Brzáková Beksová 2024, s. 322). Vzdělávací koncept je založený na aktivizačních činnostech, které stávající dovednosti udržují a ty naučené posilují. Jedním ze speciálně pedagogických přístupů k osobám s demencí je **kognitivní trénink** (např. trénink paměti, nabízení adekvátních podnětů z okolí, nácvik běžných denních činností a udržení denního rytmu). V současnosti se také prosazuje **biografický přístup** v geriatrici (do něhož patří i reminiscenční – vzpomínkové techniky) nebo různé **terapeutické techniky** (bazální stimulace, animoterapie).

Přístupy k péči o člověka s demencí na konci jeho života zahrnují jak model domácí, tak institucionální. Přičemž **institucionální model péče** je vykonáván v systému ucelené rehabilitace a zahrnuje odbornou spolupráci v oblasti: léčebné, sociální, pedagogické, pracovní, a hlavně v oblasti sociální péče. Pobytové služby se realizují v domovech se zvláštním režimem (DZR), domovech pro seniory a pro osoby se ZP. Zajišťují zpravidla **sociálně terapeutické činnosti** na posílení motoriky a sebeobsluhy, **aktivizují** v komunikaci, ideálně pak využívají speciální techniky (expresivní terapii, bazální stimulaci aj.) nebo zprostředkovávají kontakt se sociálním prostředím. Zajišťují také pomoc s uplatněním práv. Holmerová (2020, s. 331–337) vysvětluje kognitivní stimulaci jako optimální duševní aktivitu,

kteřá je vhodná pro dospělé lidi (např. reminiscence) a může předcházet zhoršené soběstačnosti.

Sociální práce se realizuje (v resortu MPSV, MZ a MŠMT) formou **sociální služby** (poradenství, péče, prevence) a je ošetřena Zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sociální péče svým přístupem zajišťuje podmínky pro samostatnost, nezávislost a účast ve společnosti. Zároveň podporuje materiální podmínky života seniorů. **Zdravotnická péče** pro osoby s PI seniorského věku je k dispozici v geriatrických ambulancích, v nemocnicích a zařizování následné péče (což je následná lůžková péče – léčebná, léčebně rehabilitační a ošetrovatelská) a v odborných léčebných ústavech (ústavy, psychiatrické léčebny), hospicových zařizování, geriatrických denních centrech, ošetrovatelských službách (i terénních). **Domácí model péče** vychází z preference přirozeného prostředí, v němž fungování seniora s PI zajišťuje osoba blízká, ideálně s podporou ambulantních a terénních služeb.¹⁸

Důstojné zacházení s člověkem obecně předpokládá **zachování jeho integrity** (celistvosti), což ve stáří znamená **uznání jeho osobnosti přes všechny slabosti**, neúspěchy a ztráty. Člověk, který je vnitřně v souladu (především sám se sebou), hledá nové možnosti, jak se orientovat, i když mnoho ztratil, rozumí svým pocitům a chce být sebevědomý (Pichaud, Thareauová 1998, s. 46). Problémem je, že člověk se syndromem demence svoji emoční inteligenci ztrácí, zřejmě sám sobě nerozumí a limity má i v porozumění druhým. Úsilí o zachování integrity v praxi předpokládá širokou škálu způsobů práce, kterými dáváme najevo uznání práva osob s PI na vlastní sebeurčení. **Geriatrická speciálně pedagogická práce** v tomto ohledu nabývá rozměr útěšné podpory **s důrazem na protekci potřeb umírajícího**, trpělivé zacházení, poskytování maximálně možného času pro vyjádření s ohledem na limitaci v komunikaci a pohybu, optimalizaci časoprostorových podmínek při denním režimu, ponechání rituálů s ohledem na tendence k stereotypizaci, akceptaci lpění na památkách, respektování soukromí a ochranu intimity. Partnerská komunikace se zakládá na vstřícných formulacích, které poskytují prostor pro vnitřní pocit svobody seniora. Naopak nejsou vhodné způsoby, které seniora staví do nepříjemné submisivní role. Slowík (2016, s. 30) upozorňuje na riziko společenské **stigmatizace**, což znamená negativní postoj k problémům spojených s péčí a vnímání či označování nesamostatného člověka jako neperspektivního, nepotřebného a ekonomicky i jinak obtěžujícího. Takže znevýhodnění není obecně příčinou stigmatizace, ale jejím důsledkem.

Se starým člověkem je vhodné hovořit přizpůsobenou intenzitou hlasu, mimikou a emočním zabarvením, neboť zmíněné signální projevy senior (bez ohledu na PI) vnímá velmi citlivě až do posledních okamžiků svého života. V rozhovoru není žádoucí infantilní komunikace, nařizování, ponižující konfrontace, omezování a podmiňování. Důstojnost seniora bývá ohrožena pocitem podřazenosti, nerovnocennosti a méněcennosti. Specificky problematický je např. způsob oslovování seniorů, v důvěrném prostředí se osvědčuje vykání s užitím

¹⁸ Pečující má možnost financovat svoji službu skrze státní příspěvek na péči.

vlastního jména, zpočátku je ale lepší oslovovat příjmením, titulem (Brzáková Beksová 2013, s. 86). Holmerová (2020, s. 339, 340) považuje za důležitý etický aspekt způsob komunikace – jak se celkově ke starým lidem vztahujeme, tedy nejen, jak s nimi, ale i o nich hovoříme. Smysl dlouhodobé psychosociální intervence u lidí s demencí pak spatřuje v hledání životní rovnováhy, nebo také v důstojném zvládnání morálních dilemat při vyhodnocování rizik samostatného života.

V období neperspektivní (neefektivní a nesmyslné) terapeutické péče (dystanázie) je vhodné zahájit **útěšnou**, resp. **paliativní péči**, což je interdisciplinární přístup zaměřený na zvyšování kvality života umírajících a jejich rodin. Cílem paliativní péče je komplexní zajištění důstojnosti v procesu odcházení, tišení bolesti (včetně podpory v rovině duševní, sociální a spirituální), a to tak, aby došlo k minimalizaci neklidu a nepohodlí v terminálním stádiu. Paliativní péči v ČR poskytují zpravidla zařízení hospicového typu (24 hodin denně, po dobu nezbytnou, formou pobytové nebo stacionární, odlehčovací, či terénní), přičemž neopomenutelným aktérem paliativní péče je rodina, aby fungoval nepřetržitý kontakt s blízkými (Cimrmanová 2020, s. 73–92).

4 Systém péče o jedince s poruchou intelektu

Zahájení intervence u osob s PI je možné nabízet rodině v prvních sedmi letech věku dítěte. Podpurná role služby rané péče se může významně podílet na přijetí potomka s postižením a na zajištění správného konceptu postupů, které odpovídají věku potomka tak, aby rodina dokázala zvládnout první fázi, jako přípravu na tranzitní období a přechod do školského zařízení (Kopička, Vojířová, aj. 2022, s. 6). Mezinárodně je termín raná péče (frühförderung, early intervention) používán pro opatření a terapeutické, vzdělávací a socializační programy, které směřují k dětem s postižením či ohrožením vývoje v období prvních let života, do nástupu do předškolního či školního zařízení (Hradilková 2015, s. 2).

4.1 Raná péče

Ukotvení rané péče jako sociální služby pro rodiny dětí s postižením je završené Zákonem 108/2006 ve znění pozdějších předpisů: „raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, **poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let**, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ Prvotní intervence ze zákona vychází z principů a hodnot, jejichž **cílem je kompetentní rodina a minimalizace důsledků postižení na vývoj dítěte i jeho sociální začlenění**, jako:

- terénní služba domů, je poskytovaná v přirozeném prostředí;
- podpora celé rodiny na základě individuálních potřeb (nabízí konzultace a poskytuje nezávislé informace);

- profesionální odborná pomoc podle standardů specializovanými pracovišti;
- včasná a okamžitá pomoc, je hrazená z veřejných prostředků rodinám, které o ni požádají (Zákon 108/2006 Sb.).

Službu rané péče mohou rodiny využít od chvíle, kdy zjistí riziko nebo reálné postižení u dítěte. Lze ji (stejně jako jakoukoliv jinou poradenskou/sociální službu) využívat po nezbytnou dobu, od narození, nejdéle však do přechodu ke ŠPZ.¹⁹ V rozsahu základních činností je služba pro rodiny bezplatná a poskytují ji regionální pracoviště, na která se mohou rodiče obrátit. Jde zejména o poradenství (konzultace v rodině). Další kontakty mezi klientem a poradcem mohou (na základě potřeb a po vzájemné domluvě) probíhat telefonicky, e-mailem apod., ale i formou ambulantní v prostorách pracoviště rané péče (Společnost pro ranou péči 2023).

Raná péče má preventivní charakter (primárně snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného). „Brání porušení vazeb dítěte s jeho okolím a posiluje rodinu (využívá jejích přirozených zdrojů tak, že i dítě s postižením může vyrůstat a prospívat v jejím prostředí). Znamená ekonomický přínos, postupně činí rodiče nezávislymi na institucích, snižuje nutnost ústavního pobytu a šetří tím státní výdaje. Je předpokladem úspěšné sociální integrace“ (Společnost pro ranou péči 2023).

Základními činnostmi služby rané péče jsou:

- **výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti** – zhodnocení aktuální úrovně schopností a dovedností dítěte, mapování míry potřebné podpory rodičů ve vedení dítěte se znevýhodněním, poradenství rodičům a blízkým osobám v oblasti přístupu a práce u znevýhodněného dítěte, možnost zařadit dítě do některého z realizovaných podpůrných programů, poradenství a využití metod a technik k podpoře psychomotorického vývoje dítěte, praktická ukázka, instruktáž rodičů, provedení funkčního vyšetření zraku dítěte, doporučení, zapůjčení vhodných hraček, pomůcek k podpoře psychomotorického vývoje dítěte, zapůjčení literatury, videomateriálů, semináře a přednášky pro rodiče;
- **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** (kontaktů s dalšími rodinami v obdobné situaci) – skupinová setkávání rodičů, sdílení s ostatními rodiči na webových stránkách poskytovatele;
- **sociálně-terapeutické činnosti** – podpůrný poradenský rozhovor, aktivní naslouchání, podpora mapování vlastní situace klientem a plánování dalšího postupu, podpora vymezení priorit u rodiny/dítěte a jejich dosahování, využití metod a technik ke zkvalitnění vzájemné komunikace, pomoc při vyhledání a oslovení návazné služby v regionu, kurzy pro rodiny a pobytové akce s programem;
- **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí** (doprovod k jednání s úřady, specialisty, zpracování vyjádření, doporučení,

¹⁹ Hranice sedmi let je dána vzhledem k OŠD.

zprávy z pohledu poradce, zprostředkování kontaktů na podpůrné odborníky, organizace, pomoc při zařazení dítěte do školského zařízení – SPC, MŠ, ZŠ ..., informační podpora v oblasti dávek, pomůcek v souvislosti se situací klienta (Společnost pro ranou péči 2023).

4.2 Poradenství a péče o nezaopatřené dítě starší 7 let

„Od 8. roku věku dítěte však podpora rané péče končí a rodina je odkázána na průběžnou podporu zdravotnických zařízení, poradenských institucí (např. odborné sociální poradenství pro lidi s mentálním postižením), vzdělávacích zařízení či speciálně-pedagogických center, případně jiných sociálních služeb, kterých je ale v tomto věku dítěte velmi omezené množství. Podpora v sociální oblasti již není poskytována komplexně, pravidelně a s cílem systematicky zlepšovat situaci rodiny. Podpora rodin zpravidla řeší pouze konkrétní zakázku rodiče/člověka s postižením a nevnímá život rodiny jako celek, pracuje pouze s jasným zadáním. Formulace konkrétní zakázky není vždy jednoduchá a obvykle směřuje pouze k potřebám dítěte s postižením, rodič svoje potřeby z různých důvodů nepojmenovává (a není bohužel běžné se na ně tázat). Tato podpora je navíc roztržštěná – je zajišťována vícero službami z různých rezortů, které zpravidla nespolupracují mezi sebou, protože nemohou (Speciálně pedagogické centrum, sociální poradenství, odborní i praktičtí lékaři, odlehčovací služby a stacionáře). Potřeba propojovat informace mezi odborníky je v našem sociálním a zdravotním systému směřována jako požadavek na rodinu, která je ale vyčerpaná péčí o dítě. Chybí jí proto potřebný nadhled a většinou toho není schopna. Spolupráce s rodinou se tak z průběžné mění na nárazovou, řeší se zpravidla pouze akutní zakázky a nezbývá prostor na systematictější plánování péče, rozvržení zátěže a přípravu na další tranzitní období v životě dítěte s mentálním postižením i celé jeho rodiny“ (Kopička, Vojířová, aj. 2022, s. 6).

Z legislativního hlediska může dítě s PI v období povinné školní docházky (a dále, dokud má statut nezaopatřeného dítěte) čerpat poradenské služby z těchto typů poradenských zařízení:

- **Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)**, která je určena pro žáky se vzdělávacími obtížemi různého původu, disponuje službami školního psychologa, speciálního pedagoga a sociálního pracovníka.
- **Speciálně pedagogické centrum (SPC)** je poradenské zařízení, specializované podle typu postižení; pro žáky s PI a kombinovaným postižením pak navíc disponuje speciálním pedagogem s příslušnou kvalifikací.
- **Školní poradenské pracoviště** je v každé škole, vždy disponuje výchovným poradcem (příp. kariéřním poradcem) a metodikem prevence. Navíc dle metodiky Institucionalizace podpůrných pedagogických pozic ve škole²⁰ může působit

²⁰ Od začátku zavedení inkluzivního systému vzdělávání v České republice (r. 2016) existují paralelně dva způsoby financování podpůrných pedagogických pozic na školách – národní v rámci poskytování PO druhého až pátého stupně ze státního rozpočtu a z ESF prostřednictvím OP VVV.

psycholog a speciální pedagog (Bazalová 2023, s. 32), ideálně také školský sociální pracovník nebo sociální pedagog.

Žákem se SVP je žák, který k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění a užívání svých práv potřebuje poskytnutí PO, která realizuje škola a školské zařízení, a to bezplatně v rámci pěti stupňů. Přičemž 1°PO uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení ŠPZ na základě plánu pedagogické podpory (PLPP). PO 2.–5. lze uplatnit pouze s doporučením ŠPZ.²¹ „Závazný rámec pro obsahové a organizační zabezpečení základního vzdělávání všech žáků vymezuje **RVP ZV**, který je východiskem pro tvorbu **ŠVP**. Podle ŠVP se uskutečňuje vzdělávání všech žáků dané školy. Pro žáky s přiznanými PO prvního stupně je ŠVP podkladem pro zpracování PLPP a pro žáky s přiznanými PO od druhého stupně podkladem pro tvorbu IVP. PLPP a IVP zpracovává škola. Na úrovni IVP je možné na doporučení ŠPZ (v případech stanovených Přílohou č. 1 vyhlášky č.27/2016 Sb.) v rámci PO **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“ (RVP ZV 2023).

„Cílem procesu institucionalizace je nastavit systém tak, aby služeb školního psychologa a školního speciálního pedagoga mohlo využívat co nejširší spektrum žáků, kteří vykonávají povinnou školní docházku, a zároveň byla dlouhodobě zajištěna profesní stabilita těchto pozic“ (MŠMT 2022).

4.3 Péče o člověka s poruchou intelektu v dospělosti

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I–IV (lehká závislost, středně těžká, těžká a úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat základní životní potřeby a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Zákon 108/2006 Sb.).

4.4 Kvalita života a perspektiva člověka s poruchou intelektu

Blažková, Dočkálková, a kol. (2020, s. 6) definovali „základní oblasti života, které jsou pro lidi s mentálním postižením stěžejní a které je potřeba řešit, podporovat, a především o nich včas přemýšlet a hledat možná řešení. Jde o tato témata:

1. kvalita života;
2. vztahy a podpora;
3. denní aktivity;
4. bydlení a spolupráce s pobytovými sociálními službami;

²¹ Začlenění PO do jednotlivých stupňů stanoví Příloha č. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb.

5. svéprávnost;
6. zajištění financí a majetku;
7. ztráta blízkého člověka.“

Kvalita života člověka s PI není zaručena žádným politickým zřízením, neodvíjí se přímo ani od stupně vývoje společnosti, ani od rodinné ekonomické situace nebo demografických okolností. V Čechách totiž totalitní režim založil tradici izolovat „handicap“²² a současná tendence zpětné integrace do běžného a zejména domácího prostředí vyžaduje a bude ještě dlouho vyžadovat velké úsilí v oblasti zdravotně-sociální, a především v oblasti morálně-lidské. Pro subjektivní kvalitu života je určující rodinná soudržnost (Brzáková Beksová 2013, s. 72), míra vědomé autonomie a uspokojení potřeb vedoucích k zajištění celkového tělesného, duševního a společenského pohodlí. **Kvalitou života konkrétního člověka míníme subjektivně hodnocené elementy jeho spokojenosti.**²³

5 Sociální začlenění osob s poruchou intelektu

„Délka života lidí s mentálním postižením se v posledních desetiletích výrazně prodloužila. Běžně se dožívají stáří a často přežívají své rodiče“ (Blažková, Dočkáková, Kopiczka, aj. 2020, s. 11). Sociální začlenění neboli **socializace osobnosti je celoživotním procesem** utváření a vývoje člověka v rámci kontextu sociokulturních podnětů, a to včetně interakce, resp. osobité odpovědi na tyto vlivy. Helus (2007, s. 71) proces socializace popisuje jako vyrovnávání se, podléhání a tvořivé zvládnání mezilidských vztahů, začleňování a společensko-kulturní integrace.²⁴ „Péče o potomka s mentálním nebo kombinovaným postižením přitom bývá často velice náročná, vyčerpávající, a tak rodina zpravidla nemá dostatek prostoru, aby se podívala na svůj život s odstupem, aby si stanovila dlouhodobější cíle a perspektivu. Proto se tak často setkáváme s rodinami, které se osamostatňováním potomka a jeho včleněním do společnosti začnou vážně zabývat až v situaci, kdy jim dojdou síly, s rodinami, které se uzavírají do sebe a odmítají pomoc zvenčí, s pečujícími rodiči, kteří si život bez každodenní náročné péče o svého potomka již ani nedokáží představit“ (Kopiczka, Vojířová, aj. 2022, s. 6).

5.1 Rodina

Zážitek rodiny, do které se narodí dítě, jehož vývoj je více méně nečekaně komplikovaný, bortí přirozeně pozitivní generační očekávání, plány a naděje; naopak převládají obavy z nejistoty, úzkost a pocity beznaděje. Na zvládnání takové zátěžové situace má vliv zejména hloubka postižení, a pak také dlouhodobost a prognóza (Švejcar 2003, s. 337). „Dítě

²² Výraz handicap česky v podstatě znamená klobouk v ruce, což evokuje poníženou roli žebrajících o almužnu.

²³ V rámci metody MANSA se hodnotí spokojenost na základě aktuálních pocitů z vlastního zdravotního stavu, sebepojetí, sociálních a rodinných vztahů, bezpečnosti, právního stavu, životního prostředí, finanční situace, náboženství, uspokojování zájmů a práce (Křivohlavý 2002, s. 176).

²⁴ Návuk sociálních dovedností může probíhat v kurzech (sociálních dovedností, asertivity apod.), svépomocných nebo podpůrných skupinách, nebo ve skupině sebeobhájců (Metodika podpory sociálních dovedností, dostupná z: www.spmpr.cz/co-delame/vzdelavani/socialni-dovednosti/#metodika_socialnich_dovednosti).

potřebuje lásku! ... má mít ve svém prvotním společenství hluboký pocit jistoty, že k někomu patří, kdo je neopustí, na koho může spoléhat, kdo je prostě jeho“ (Matějček 1989, s. 39). Profesionál musí s tímto základním nastavením počítat a zároveň se od něj očekává, že dokáže provázet bez nežádoucí projekce, ponižující lítosti nebo nevhodné manipulace s pocity rodičů. „V pozici průvodce respektujeme obavy mámy, rodiny, ale neměli bychom je přijmout. Nesmíme se nechat vtáhnout do strachů pečujících. Pak můžeme jen znásobit strachy rodiny, ale nic nového nepřineseme. Nepřicházíme hodnotit, útočit, ale hledat možnosti. Strach je dobré si uvědomit a rozumět mu, ale nesmíme se jím nechat řídit“ (Kopička, Vojířová, aj. 2022, s. 10).

Obecně mezi poměrně časté reakce rodičů na postižení patří jednak hyperprotektivita a na straně druhé odmítání dítěte (Krejčířová 2009, s. 406). Statistiky ukazují, že v letech 2005–2016 bylo ze všech dětí do tří let věku, umístěných do kojeneckých ústavů a dětských domovů, 27,3 % (konkr. 6113) s postižením (Pemová, Ptáček 2022, s. 250). Primární vliv na utváření hodnot a postojů vůči svému okolí pochází z rodiny, z její struktury a výchovného stylu. Dnešní variabilita rodinných systémů vytváří „široké spektrum podob soužití dítěte a rodičů, náhradních rodičů, druhých rodičů“ (Helus 2007, s. 170), ale také prarodičů a sourozenců, jejichž interpersonální vliv se na formování sociability více či méně podílí. Současná rodina je nejčastěji nukleární, intimně vztahová, pouze dvougenerační a privátně individualizovaná. Pro zmenšenou rodinu představuje péče o dítě s mentálním postižením určitou míru izolovanosti a z ní plynoucí vyšší pravděpodobnosti přetížení (Procházka 2012, s. 115).

5.2 Domov

Matějček (1989, s. 175, 176) šťastné dětství podmiňuje existencí domova – místa, kde se dítě cítí bezpečně a kde vzniká předpoklad pro zdravé dospívání a odolnost osobnosti. V tomto ohledu mají děti s poruchou vývoje intelektu stejné základní duševní potřeby jako všechny děti. Pelcová (2017, s. 18) upozorňuje, že domov vzniká z rodiny jen za předpokladu společné minulosti, přítomnosti a plánované budoucnosti. Specifická podle Matějčka (1989, s. 279–290) není rodina s dítětem, které má postižení, ale její životní situace – **zvláštní je tedy sociální postavení rodiny s okolnostmi, které musí řešit**. Konkrétně ohrožení rodiny představují pocity méněcennosti, které se odvíjejí od společenské normy, jejich zpracování a zprostředkování dítěti s postižením nejbližšími členy rodiny. Dalšími významnými činiteli jsou: socioekonomická situace, informovanost (vzdělání), citová hodnota pro rodiče (zda se dítě narodilo jako chtěné), doba (věk dítěte), kdy je rodina s postižením konfrontována a zásadně pak míra mentálního defektu, ale i počet a pořadí dětí.

Zásadní pro určení životní perspektivy člověka s PI v rodině je také vize jeho možností na osamostatnění. „Milovat své dítě totiž znamená, že jednou své dítě necháte jít“ (Blažková, Dočkálková, Kopička, aj. 2020, s. 12). To pro rodiče představuje rozhodnutí plánovat budoucí samostatný život, v němž jejich rodičovská role bude trvat, ale zároveň se bude hledat nová cesta pro osamostatňování, pro vhodnou sociální službu. Smyslem je otevření možností pro nové vztahy, které budou existovat i mimo rodinu a mohou trvat i po tu dobu, kdy rodiče

zestárnou, nebo se přirozeně o svého potomka již nebudou schopni starat. Naprosto nejdůležitější, leč z pohledu rodičů opomíjená, je komplexita – propojení mezi službami a rodinou. Dle Kopicčky, Vojířové, aj. (2022, s. 7) mají rodiče v zásadě tyto priority:

- najít pomoc k pochopení svých potřeb a pomoci je dál sdílet;
- uspokojit potřebu vyslechnutí;
- zajistit koordinátora péče o rodinu, který by byl s rodinou, provázel ji, když je potřeba (a to i když není krize);
- nechat si pomoci při strukturování kroků při plánování budoucnosti;
- připustit konfrontaci rodičovské zaslepenosti, aby někdo jiný nabídl další pohled na situace, které ze svého úhlu rodiče sami již vidět nemohou;
- pomáhat zapojovat i jiné (neformální) zdroje.

Zaměření na rodinu je zásadní od nejtělejšího věku dítěte, protože PI ovlivňuje celkový socializační proces. Interakce s dítětem je od počátku náročnější, rodiče musejí vyvíjet silnější stimulaci, ale zároveň jsou vystaveni frustraci z nízké aktivační úrovně potomka. Tím se ovšem také může rozvinout riziková, ovšem pro rodiče paradoxně uspokojivá snaha dělat pro svoje dítě maximum, ale někdy i na úkor jeho vlastní iniciativy. Pro matku je často obtížné porozumět některým projevům dítěte v souvislosti s opožděným vývojem (ignoraci či odmítání), což při nedostatečné pomoci primární rodině může nepřiměřeně snižovat její očekávání do budoucna; „vliv očekávání rodičů je však pro další vývoj dítěte nesmírně významný a velmi vysoce se skutečným tempem vývoje koreluje“ (Krejčířová 2009, s. 406).

Náročná situace celé rodiny je spojená s řadou obav, nejasností, zmatků, s hledáním viníků. Je to ale také období, kdy je nejvhodnější zahájit systematickou péči o dítě. Nejčastější zakázky rodičů pečujících o dítě s PIV zpravidla bývají (Kopicčka, Vojířová, aj. 2022, s. 5, 6):

- včasný odchod z rodiny (proces osamostatňování) a odpoutání se;
- kdy a jak být rodič a kdy pečovat, protože péče je něco jiného než rodičovství;
- další vztahy, i mimo rodinu;
- kvalita sociálních služeb;
- plánování budoucnosti rodičů;
- zapojování potomka s postižením do procesu změn svého života.

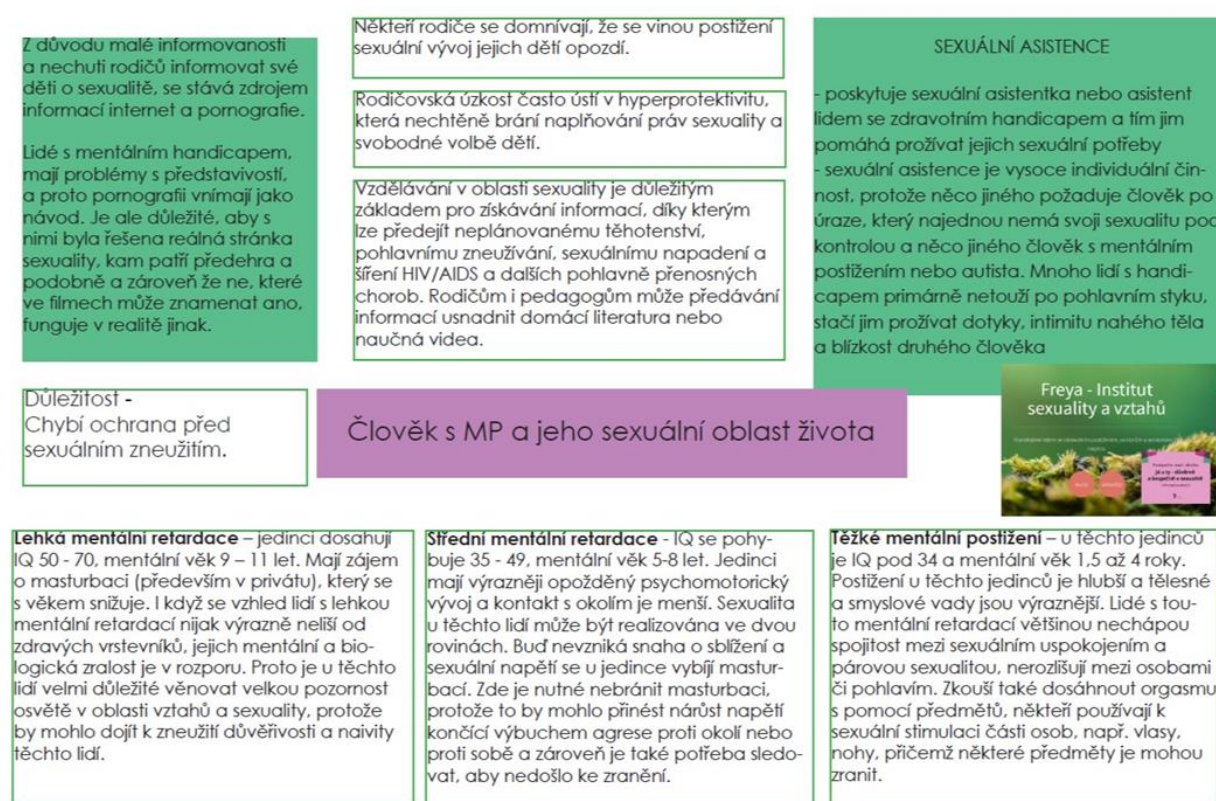
5.2.1 Sourozenecká role

Dítě se v rodině učí role, které později považuje za přirozené. Osvojení vzorců chování prostřednictvím imitace v primární rodině predikuje citovou výbavu do dospělosti (Novák 2007, s. 21). Blažková, Dočkálková, Kopicčka, aj. (2020, s. 10) uvádějí, že do plánování budoucnosti potomka s postižením je vhodné angažovat i (zdravého) sourozence. Je ovšem třeba zapojit sourozence přiměřeně jeho/jejich věku a na základě domluvy, také dbát na prevenci jeho/jejich přetěžování či přebírání péče a zodpovědnosti. „Vzájemný vztah mezi sourozenci tak může být narušen. Přitom je to jeden z nejvýznamnějších vztahů v celém životě a současně také vztah nejdělnější.“

5.2.2 Partnerství a milostný život člověka s poruchou intelektu

Na přirozenou potřebu partnerství a milostného vztahu, které je okolím limitováno, poukazuje kazuistika muže, který o své zkušenosti vypovídá: „Já mám holku. Teda měl jsem holku, dokud mi do toho nezačala kecat její máma. Myslí si totiž, že jsem na ni starej, když mi je už 32 a jí 22. Takže vona si to nepřeje, abysme byli spolu. Má o ni strach, že bych jí jako moh ublížit, nebo co. Co já bych jí asi tak udělal, když ji mám rád. Ale já ji chápu, nemá to taky lehký, když bydlím taky daleko. Mám prostě na ženský smůlu. A ta minulá, ta mě zase podváděla a lhala mi jako. Musím si prostě na ně dávat pozor, abych zase někdy nenaletěl.

Ačkoliv je partnerství, milostný život či zakládání rodiny konfrontováno s různými společenskými dilematy a s negativním očekáváním, potřeby intimní sounáležitosti lidí s PI (ať již v jakémkoli smyslu) reálně existují. Představy o partnerství bývají výrazně ovlivněny postoji původní rodiny a pomáhajících osob. Stejně jako u intaktní populace je potřeba nabízet osvětu a téma sexuality v žádné vývojové fázi netabuizovat. Lidé s PI vidí v partnerství především uspokojení z hlediska společného trávení volného času, chtějí se v nich cítit bezpečně a milováni. Také někteří touží po normalizaci svých partnerských vztahů (chtějí se navštěvovat, bydlet spolu, nebo dokonce mít dítě), jiní naopak ani nechápou souvislost mezi sexuálním uspokojením, vztahem a pohlavími (dle hloubky postižení). Oblasti důležité pro pochopení potřeb znázorňuje přehled (obrázek 3).



Obrázek 3: Přehled okolností milostného života lidí s PI (Císařová, Horáková 2023)

5.3 Význam celoživotního učení pro lidi s poruchou intelektu

Česká inkluzivní idea legislativně vychází z novely školského zákona č. 561/2004 Sb. (Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání). Stojí na zásadách rovného přístupu, zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce, vzájemné úctě, respektu, názorové snášenlivosti, solidarity a důstojnosti, **zdokonalování procesu vzdělávání** a co nejširšího uplatňování účinných moderních pedagogických přístupů a metod, možnosti každého vzdělávat se po dobu celého života s cílem rozvoje osobnosti člověka. Povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání jsou vymezeny Rámcovými vzdělávacími programy (**RVP**); ty jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů (**ŠVP**). Podle § 16 se podporou vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (**SVP**) rozumí naplňování tohoto práva poskytováním podpůrných opatření. To jsou nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.

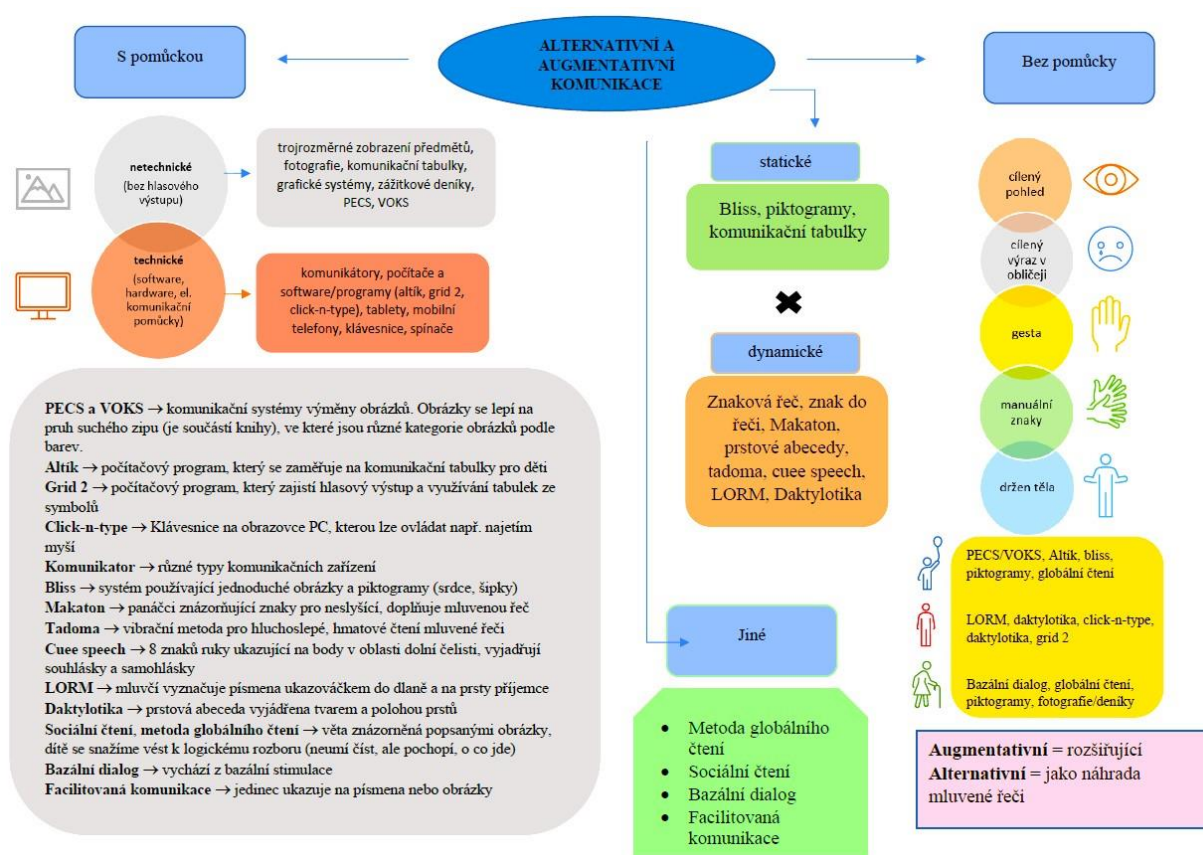
Navíc je třeba brát ohled na preference učebních stylů, které se u vyučujících a jejich žáků mohou zásadně lišit, což komplikuje efektivitu celého procesu i jeho výsledku. Člověk s PI by neměl zažít ponížení, a to ani díky školskému „škatulkování“ podle výkonu, ani kvůli přehnané zásadovosti učitele nebo neschopnosti volit užitečné a zajímavé výukové obsahy (Ginnis 2021, s. 40, 41). Současným problémem českého školského systému, ale i konkrétních škola a učitelů je, že ač tuší, co je ve výuce dávno přežitě, neužitečné, nefunkční a nepraktické, přesto se ve výuce zdržují témata, která ve svém životě člověk s PI nejenže nikdy neuplatní, ale navíc jejich neznalost určuje míru jeho vzdělávacího úspěchu. Navíc náš zákon zakládá právo celoživotního vzdělávání, ale pro dospívající a dospělé lidi s PI často žádná taková příležitost reálně (v jeho dosahu, regionu) neexistuje.

5.3.1 Preprimární vzdělávání

V předškolním věku dítě s mírnou PI zpravidla navštěvuje běžnou mateřskou školu, dítě se závažnější PI MŠS. Pro předcházení školního neúspěchu jsou v ČR zřizovány přípravné třídy. **Přípravný stupeň běžné základní školy** je přípravou na povinnou školní docházku dětí s předpokladem, že zařazení do přípravné třídy vyrovná jejich vývoj. **Přípravná třída** funguje v rámci běžné ZŠ, nezapočítává se do povinné školní docházky, děti se neklasifikují a nedostávají vysvědčení. Nejvyšší počet dětí v přípravné třídě je 15. Vzdělávají se podle ŠVP pro přípravnou třídu vytvářeného podle RVP pro předškolní vzdělávání pro běžné MŠ (Vyhláška č. 48/2005 Sb., § 7). Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro vzdělávání všech dětí společné. Při vzdělávání dětí se SVP je třeba jejich naplňování přizpůsobovat tak, aby maximálně vyhovovalo jejich potřebám a možnostem. Průběh vzdělávání a obsah učiva u dětí se SVP jsou řízeny také podle závěrů a doporučení z vyšetření ŠPZ. Dítě s mírnou PI může být individuálně integrováno do přípravného stupně. Může být vypracován IVP a stanovena PO. O zařazení dítěte do přípravné třídy základní školy rozhoduje ředitel školy na žádost ZZ dítěte a **na základě písemného doporučení ŠPZ**, které

k žádosti přiloží ZZ (Školský zákon, § 47). Časový rozsah vzdělávání je určen počtem vyučovacích hodin stanovených RVP pro základní vzdělávání pro první ročník. Učitel přípravné třídy vypracuje na konci druhého pololetí školního roku zprávu o průběhu předškolní přípravy dítěte v daném školním roce. Zpráva obsahuje vyjádření o dosažené úrovni hlavních cílů vzdělávání ve struktuře vymezené RVP pro předškolní vzdělávání (Zapojme všechny 2022). Podobně je tomu tak i u předškolního vzdělávání v MŠS, které zajišťují přípravný stupeň pro děti s vyšší potřebou podpory.

5.3.2 Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)



Obrázek 4: Tabulka AAK (Mlynářová, Stránská 2022)

5.3.3 Primární vzdělávání

Škola je společenskou institucí, měla by směřovat k zabezpečení klíčových podmínek existence člověka. V rámci reformy ve 20. století pak škola naplnění svého cíle dosahuje humanizací, modernizací, regionální kontextualitou, a krom jiného také integrací a úsilím o školní úspěšnost dětí v jejich rozmanitosti (Helus 2007, s. 180–188), tedy včetně dětí s poruchou vývoje intelektu. Inkluze bude vrcholem integrace, pokud bude znamenat kontinuální prožitek procedurálního, nikoli statického přijetí všech dětí včetně dětí zaostávajících (Brzáková Beksová 2017, s. 45). Strategie 2030+ stanovuje směr rozvoje školství a priority investic. Má dva strategické cíle: zaměřit vzdělávání více na získávání kompetencí potřebných pro aktivní občanský, profesní i osobní život, snížit nerovnosti

v přístupu ke kvalitnímu vzdělávání a umožnit maximální rozvoj potenciálu dětí, žáků a studentů (MŠMT 2023).

Snížit nerovnosti znamená optimalizovat podmínky vzdělávání, adaptovat výuku směrem k uspokojení vzdělávacích potřeb každého žáka. Mnohvrstevnost rozumových schopností, které se v krystalické oblasti inteligence mohou s přibývajícimi zkušenostmi rozvíjet, ale třeba i dvojitá výjimečnost predikují potenciální perspektivu zdokonalení a lepšího uplatnění osob s poruchami intelektu. Měření rozumových schopností je záležitostí testování IQ ve školských poradenských zařízeních, což ale nemusí vždy přispívat k prospěchu vzdělávání těchto žáků. Hájková, Strnadová (2010, s. 59) však uvádějí, že je diskutabilní, nakolik v poradně naměřené rozumové schopnosti reálně vypovídají o vzdělavatelnosti dítěte v běžné ZŠ.

Novodobý trend vzdělávat dítě s PIV v jeho přirozeném prostředí (tzn. v místě bydliště) v inkluzivní, spádové škole hlavního proudu je smysluplný a žádoucí, převažují-li výhody takového zaškolení nad možností vzdělávat dítě v ZŠS. Pokud běžná ZŠ splňuje potřebné inkluzivní předpoklady (AP, nižší počet žáků ve třídě, pomůcky, speciálně pedagogická metodika orientovaná na diferenciaci učiva, osobnostní předpoklady učitele apod.), lze za výhodné aspekty takové integrace v tomto smyslu považovat: kontakt s vrstevníky (na venkově s dětmi ze sousedství), blízkou dojezdovou vzdálenost, bezpečnost prostředí (dítě zná okolí i lidi), pluralitní vzory chování a rolí v heterogenním kolektivu, nebo také kontinuální rozvíjení empatie a sociálních dovedností spolužáků.

V ČR je možné integrovat žáka s mírnou poruchou intelektu do běžné ZŠ, a to buď formou individuální, nebo skupinové integrace. **Individuální integrace** je pak nejpozději od 2. ročníku reálná s personální podporou AP. **Skupinová integrace** předpokládá vytvoření speciální třídy (nebo studijní skupiny uvnitř třídy) v inkluzivní ZŠ, kde se vzdělávají žáci se speciálními potřebami pod vedením speciálního pedagoga, příp. i s podporou AP. V některých regionech stále přetrvává deformovaná podoba formální integrace s tím, že se žák s PI sice vzdělává v běžné ZŠ, avšak jen s formálně uznanými (avšak reálně nenaplněnými) PO. Druhým extrémem je pak zbytečná fluktuace žáka po různých školách v okolí i z dosahu bydliště, s finálním přestupem na ZŠS, a to tehdy, když se u dítěte začnou sekundárně projevovat specifické i nespecifické vzdělávací obtíže. Mnohdy jsou tyto problémy výsledkem neúspěšného zaškolení, resp. selhání integrace, nebo neochota k naplňování inkluzivních vzdělávacích cílů jednotlivých pedagogických pracovníků, občas také dílem nefunkční kooperace školy se ŠPZ či naopak. Škola je první sociální komunitou, kde se dítě setká se srovnáváním a kde je hodnoceno za svůj výkon. Na rozdíl od rané péče a MŠ je škola místo potenciální frustrace a diskriminace. Pemová, Ptáček (2022, s. 30, 31, 371) považují ohrožení školní diskriminací (a z ní plynoucí školní neúspěch) za více rizikovou oproti náhradní péči o děti s postižením (se ZP). Děti, které jsou ve školském systému pro svoje SVP vystaveny riziku, považují za zranitelné vzhledem k jejich individuálním charakteristikám nebo životní situaci.

Školáci s poruchou intelektového vývoje jsou u neempatických učitelů důsledkem pedagogické diagnostické kategorizace stále ještě vnímáni jako žáci neschopní učit se, anebo jako ti, kteří nespolupracují, nebo nějakým jiným způsobem nejednají v souladu s potřebami učitele, nejsou tak docela v pořádku, protože se neučí tak rychle, jak by si to oni přáli (Rosenberg 2023, s. 128–129). *Takové mínění ilustruje vyjádření dospělého muže, který školu hodnotí takto: Základku jsem neměl nikdy rád. Chodil jsem do tý zvláštní, vůbec se mi tam nelíbilo. Každý se mi posmíval a učitelky mi říkaly, že jsem blbej a že se stejně nikdy nic nenaučím. Máma si taky myslela, že jsem k ničemu. Tak kvůli tomu ani nemám řidičák, když jsem tak blbej, ale auta mám rád a chtěl bych řídit. Ale to už je teď úplně jedno, nejde to změnit.*

Člověk se spontánně chce učit to, k čemu je vybaven určitými vstupními znalostmi. Ty spolu s kognitivními předpoklady (což jsou zejm. pro osoby s PI náročné procesy analýzy a syntézy s kritickým myšlením) rozhodují o naší školní úspěšnosti, jsou dílčím faktorem naší motivace k učení. Zaujmou nás takové úkoly, které jsou dostatečně obtížné, ale právě takové, které řešit dokážeme (Willingham 2022, s. 153). Jak tedy učitel může inkluzivně organizovat výuku v heterogenní třídě, kde jsou mezi jinými i žáci s podprůměrnou nebo ještě nižší inteligencí? Ginnis (2021, s. 214) upozorňuje, že označení žáků za méně schopné (ale i zažité neverbalizované očekávání nižšího výkonu konkrétních žáků) má přímý dopad na jejich učení, protože lidé mají tendenci se očekávání přizpůsobovat. Kategorizace „méně schopných“ z hlediska školní úspěšnosti predikuje neatřesitelný celoživotní sebeobraz invalidity a pohmožděné sebeúcty.

Potřeba rozvíjet žáky s deficitním intelektem je determinována socio-ekonomickým cílem. Neboť **jakkoli a v kterékoliv oblasti se člověk od raného dětství rozvíjel směrem k vyšší míře autonomie, natolik je jeho sociální koexistence spravedlivější** (v podstatě úspornější), a to i za předpokladu, že takový člověk nebude nikdy pracovat za mzdu, čímž např. nikdy neodvede daně. Ale čím je samostatnější (například v sebeobsluze), tím méně prostředků bude muset stát v průběhu jeho života vynakládat na péči o jeho potřeby.

5.3.4 Podpůrná opatření

„Inkluzivní vzdělávání žáka s PI může být uskutečňováno pouze po vyjádření ŠPZ (SPC, PPP), kam se žák se ZZ dostává ke komplexní speciálně pedagogické a psychologické diagnostice za účelem stanovení míry a způsobu podpory ve škole. ŠPZ vystaví **Zprávu z vyšetření žáka**,²⁵ v případě zjištění SVP také **Doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole**“²⁶ (Bazalová 2023, s. 31). Odborníci ve ŠPZ však nemohou stanovit diagnózu PI, protože spadají do resortu školství. PI je ZP, tudíž ji může diagnostikovat pouze

²⁵ Zpráva z vyšetření žáka je určena jeho ZZ, je tedy na rodičích, zda ji poskytnou k nahlédnutí také škole/učitelům.

²⁶ Doporučení je určeno škole, je zasláno datovou schránkou a TU zajistí jeho transparentnost dotčeným pedagogickým pracovníkům. Ředitel pak vydává rozhodnutí o poskytování PO a také za tato opatření nese zodpovědnost.

zdravotník/lékař s atestací v psychiatrii nebo klinický psycholog (zdravotnická diagnostika je tak součástí podkladů pro posouzení ve ŠPZ).

Podpůrná opatření (PO) spočívají v poradenské pomoci školy a ŠPZ, úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky, úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání, použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů, úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy, vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (IVP), využití asistenta pedagoga (AP), využití dalšího pedagogického pracovníka aj.

Podpůrná opatření se člení do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. Podpůrná opatření vyššího stupně lze použít, shledá-li ŠPZ, že vzhledem k povaze SVP dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům poskytování dosavadních PO by PO nižšího stupně nepostačovala k naplňování vzdělávacích možností k uplatnění práva na vzdělávání. **Podpůrná opatření 1. stupně uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení ŠPZ.**

PO 2.–5. stupně lze uplatnit pouze s doporučením ŠPZ na určitou dobu vždy s předchozím písemným informovaným souhlasem zletilého žáka, studenta nebo ZZ dítěte nebo žáka. Odpovídá-li potřebám dítěte používání AAK, je tento komunikační systém zahrnut do PO. **Pro děti, žáky a studenty s PI, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny.** Zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení, nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka nebo studenta, shledá-li ŠPZ, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná PO podle odstavce 2 nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání.²⁷ Bez souhlasu příslušného orgánu veřejné správy (krajského úřadu, MŠMT) nelze, z důvodu zvýšené finanční náročnosti uvedené podpory, tato organizační opatření v praxi realizovat.

K naplnění PO v inkluzivní třídě je u žáků s PI nezbytná **personální podpora AP**. Asistent pedagoga spolupracuje s učitelem tak, aby z jejich kooperace profitovali všichni žáci ve třídě. „Většina lidí s lehkou a středně těžkou MR si své postižení v nějaké míře uvědomuje a vnitřně je zpracovává“, uvádí Krejčířová (2006, s. 203). Vědomí odlišnosti a schopnost zpracovat pocity spojené se sociální exkluzí zásadním způsobem determinují vztah k vzdělávání a motivaci ke školní sounáležitosti. Bendová, Zikl (2011, s. 45–47) charakterizují různé modelové stavy **integrace do běžné ZŠ**. Nejhorší variantou je pouhá fyzická integrace, což je

²⁷ Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta.

formální začlenění s reálnou sociální izolací a nenaplnování potřeb žáka. Dysfunkční integrací pak míní situaci, kdy škola nedokáže naplnit některé významné vzdělávací potřeby nebo má na některou oblast negativní dopad, což vede ke školnímu neúspěchu a subjektivní nespokojenosti žáka. Za funkční považují integraci, jejíž **přínos převažuje nad negativy a jeví se jako vhodnější oproti zaškolení v ZŠS**. Ideální integrace je pak předstupněm inkluze, kdy se žák nemusí přizpůsobovat škole, ale škola je připravená na něj.

Pokud je integrace dítěte do běžné ZŠ nefunkční, nebo je PI středně těžká a hlubší, je dítě vzděláváno v ZŠS. RVP ZŠS má dva díly. **Díl I.** je určen k vzdělávání žáků se středně těžkou PI a **Díl II.** k vzdělávání žáků s těžkou PI a souběžným postižením více vadami. Oba díly se zásadně liší v cílech, obsahu i očekávaných výstupech. Rehabilitační třídy jsou zřizovány při některých ZŠS, pro žáky s těžkou PI nebo vícenásobným postižením. Výchovní obsah zahrnuje výchovu rozumovou a řečovou, smyslovou, pracovní a výtvarnou, hudební, pohybovou a zdravotní (rehabilitační) tělesnou a využití AAK. V ZŠS je důležitý denní režim. Vzdělávání žáků s hlubokou PI se realizuje tzv. **jiným způsobem plnění školní docházky**, což Zákon č. 561/2004 Sb., § 40–42 umožňuje a znamená **individualizované vzdělávání** v přirozeném domácím prostředí, bez pravidelné účasti na vyučování ve škole. Tento jiný způsob povoluje krajský úřad, pokud zdravotní/psychický stav dítěte nedovoluje docházku do školy. Pedagogickou i metodickou podporu zajišťují pracovníci SPC či ZŠS.

5.3.5 Metody uplatňované při vzdělávání

Každý jsme jiný ve svých reakcích na podněty, ve vstřebávání informací a v rozdílnosti vlastních preferencí. Ve vzdělávání jsme však často závislí na tom, kdo nám jakou výchovnou strategii či vzdělávací metodu nabídne, jakou sám zná a ovládá. Ginnis (2021, s. 36–41) např. rozlišuje sedm různých kategorií přístupů k uspořádání a zpracování informací. Definuje přístupy: založené na způsobu vnímání, na osobnosti, sensorických modalitách, okolním prostředí, sociální interakci, inteligenci, anebo geografii mozku. Zdůrazňuje však, že naprosto **nejdůležitější je sledování možností žáka** vytvářet si základnu pro budování vlastní sebedůvěry skrze školní úspěch (což je mj. hlavním článkem statutárního prohlášení o inkluzi, pocházejícího z r. 2000 z Velké Británie).

Stejný autor uvádí, že je-li splněna první podmínka, je žák schopen odolat vyšším nárokům a nebojí se zkusit nové postupy, přičemž případný neúspěch pro něj záhy neznamena destruktivní sebehodnotu. Doslova varuje učitele, aby učili s citem, aby se zaměřili na trénink jako prevenci strachu před selháním, protože „žáci, kteří již dosáhli dostatečného úspěchu, a proto si věří, že jsou dostatečně kompetentní, se spíše dokážou vyrovnat s tím, mají-li pracovat způsobem, který není jejich preferovaným“ (Ginnis 2021, s. 38).

Podmínku úspěšného začlenění žáků s PI spatřují Bendová, Zíkl (2011, s. 51–53) ve snaze **vytvořit optimální podmínky** v oblastech vedení a nastavení organizačních opatření ve škole, snížení počtu žáků ve třídě, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, zajištění AP (ideálně kvalifikovaného) nebo alespoň jiného pedagogického pracovníka na vybrané

předměty/hodiny. Pro pochopení nejlepšího zájmu dítěte s PI a jeho SVP je také podstatná podpora kontinuálního **vzdělávání pedagogického sboru**, možnosti odborných konzultací, ale i **funkční spolupráce mezi učiteli**. Uplatňované strategie pak vyžadují zabezpečení podmínek pro naplňování potřeb ovlivněných navíc zdravotním znevýhodněním, zejména využívání všech dostupných PO, a to na základě diferenciacce, individualizace při organizaci vzdělávacích činností, při stanovování obsahu, forem i metod výuky. Zároveň je důležité zohlednit stupeň a míru postižení.

5.3.6 Podmínky, úpravy prostředí, obsahu a výstupů vzdělávání

Úspěšnost vzdělávání žáků s PI je reálná prostřednictvím zabezpečení důležitých podmínek, resp. **uplatňováním principu diferenciacce a individualizace**, pečlivou organizací činností a stanovováním obsahu, forem i metod výuky. Součástí PO je umožnit vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá potřebám žáka, např. prostřednictvím AAK. V odůvodněných případech lze pro tyto žáky nastavit odlišnou délku vyučovacích hodin nebo dělit a spojovat vyučovací hodiny. Pro žáky uvedené v § 16 odst. 9 školského zákona lze pak případně prodloužit základní vzdělávání na deset ročníků. Dále je třeba uplatňovat formativní hodnocení, úzce spolupracovat se ZZ žáka, se ŠPZ, v případě potřeby i s odborníky mimo oblast školství (RVP ZV 2023, s. 148).

Pro žáky s kombinovaným postižením je v rámci možností školy potřeba také odstranit architektonické bariéry a provádět potřebné úpravy prostředí tak, aby podmínky co nejvíce minimalizovaly jejich znevýhodnění. Dále je potřeba (dle doporučení ŠPZ) „upravit a formulovat očekávané výstupy vzdělávacích oborů v jednotlivých obdobích tak, aby byly pro tyto žáky z hlediska jejich možností reálné a splnitelné, a těmto výstupům i přizpůsobit výběr učiva. Umožnit ve ŠVP – pokud ZP žáka/žáků objektivně neumožňuje realizaci vzdělávacího obsahu RVP ZV nebo jeho části – nahradit příslušný vzdělávací obsah nebo jeho část příbuzným, příp. jiným vzdělávacím obsahem, který lépe vyhovuje jeho/jejich vzdělávacím možnostem“ (Bendová, Zikl 2011, s. 52).

Překážkou integrace dítěte s PI nejčastěji bývá neznalost a omezenost školy/učitele, neochota poskytovat na přípravu i realizaci náročná opatření; krom toho také nedostatek odborných kompetencí anebo nezáměr vzdělávat se ve speciální pedagogice. Někdy při rozhodnutí nezačlenit dítě do školy rozhodne strach vedení, protiintegrační postoje učitelů či hledání nedostatků u dítěte. Na straně rodiny pak bývají příčinou nechuti k integraci dítěte obava o jeho prospěch, nedůvěra k instituci, únava a vyčerpání z opakovaného procesu hledání vhodného školského zařízení, nebo také nevhodný výchovný styl (Bendová, Zikl 2011 s. 56–59). Situace se v praxi ale stále zlepšuje a pokroky směrem k inkluzi jsou v mnoha třídách a školách evidentní.

5.3.7 Pomůcky ve výuce

Promyšlený přístup k vyučování vyžaduje také přípravu a výběr vhodných pomůcek. Didaktické (učební) pomůcky usnadňují přenos poznatků, na rozdíl od výukových metod však žákům přímo zprostředkovávají poznání skutečnosti a napomáhají lepšímu (názornému) porozumění, „což by bez využití různorodých nástrojů s ohledem na deficity kognitivních funkcí žáků nebylo možné, resp. bylo by to náročnější, trvalo to déle a pravděpodobně mělo menší efekt“ (Valenta, aj. 2015, s. 161–164).

U žáků s oslabením kognitivního výkonu většinou neaplikujeme žádné speciální reedukační a kompenzační pomůcky, při edukaci vycházíme z běžných didaktických pomůcek, případně z jejich modifikací. U žáků s mírnou poruchou intelektu využíváme pomůcky, které jsou zaměřeny na oblast reedukace, a to zejména percepční, na posílení jemné motoriky a vizuomotorické koordinace, řečových a poznávacích funkcí. Na žáky s vyšší potřebou PO, jejichž vzdělávací potřeby jsou navíc ovlivněny přidruženými vadami (tělesnými, smyslovými, PAS), pohlížíme spíše jako na žáky s kombinovaným postižením. Nejčastěji se ve škole používají reedukační pomůcky pro rozvoj sluchové, zrakové, hmatové (příp. čichové a chuťové) percepce, pomůcky pro rozvoj motoriky a vizuomotoriky, pro rozvoj řečových funkcí, myšlení, paměti a pozornosti (Valenta, aj. 2015, s. 163).

Při vzdělávání žáků s mírnou PI je třeba zohledňovat jejich specifika: „problémy v učení – čtení, psaní, počítání; nepřesné vnímání času; obtížné rozlišování podstatného a podružného; neschopnost pracovat s abstrakcí; snížená možnost učit se na základě zkušenosti, pracovat se změnou; problémy s technikou učení; problémy s porozuměním významu slov; krátkodobá paměť neumožňující dobré fungování pracovní paměti, malá představivost; nedostatečná jazyková způsobilost, nižší schopnost číst a pamatovat si čtené, řešit problémy a vnímat souvislosti. Mezi PO, která se kromě běžných pedagogických opatření ve vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením osvědčují, patří například posilování kognitivních schopností s využitím dynamických a tréninkových postupů, intervence s využitím specifických, speciálně pedagogických metodik a rozvojových materiálů; pravidelné a systematické doučování ve škole, podpora přípravy na školu v rodině, podpora osvojování jazykových dovedností, podpora poskytovaná v součinnosti AP“ (RVP ZV 2023, s. 147).

Pro 1.°PO nejčastěji využíváme obrázkové lišty s grafickou podobou tiskacích a psacích písmen, přehledy učiva, číselné osy, tabulky, sešity s pomocnými linkami, víčka na znázornění počtu, papírové peníze, čtecí okénka, bzučák, slovníčky pojmů, pracovní sešity, motivační notýsky, karty s pochvalami, obrázková lota, písmenné kostky na skládání slabik a slov, názorné dvoj a trojrozměrné modely aj. „V zorném poli žáka jsou pouze ty materiály, které jsou k dané činnosti nezbytně potřebné, aby nedocházelo k jeho zbytečnému rozptylování. Pomůcky jsou na stole seřazeny tak, aby vizuálně přispěly k osvětlení zadaného úkolu. Žák musí vědět, kterou pomůcku použije, kam ji má dát při práci a kam ji má odložit po splnění úkolu (k lepší orientaci, kam jednotlivé věci patří, přispívají např. malé tácky, mělké mísy

nebo čtverce z barevných papírů). Je důležité nejen dát žákovi pomůcku k dispozici, ale postupně ho také naučit ji aktivně využívat. Žáka vyzýváme, aby pomůcku užíval, používáme ji společně s ním, podněcujeme ho k využívání standardních postupů a tvorbě návyků k užívání pomůcky, kdykoli práci bez ní nezvládá“ (Valenta, aj. 2015, s. 164).

Pro 2.–3.°PO používáme navíc realistická zobrazení, reálné předměty, výukové texty s obrázky, obrázkovými postupy, modifikované učební texty, zvýrazněné základní učivo, doplněné o motivační úkoly, křížovky, rébusy, doplňovačky, vzorkovníky materiálů, stavebnice, žákovské demonstrační karty, provlékací abecedu, názorné manipulační pomůcky, počítadlo, kalkulačku, didaktické hry, laminované učební materiály, mapy, průhledné, rozložitelné a pohyblivé modely, realistické předměty, fotky, pracovní listy, program SmartBoard, PowerPoint, DUMy aj. PC výukové programy odpovídající chronologickému věku žáka (Valenta, aj. 2015, s. 164–167).

Pro 4. a 5.°PO jsou vhodné zejm. pomůcky z předcházejících stupňů podpory modifikované pro žáky se středně těžkou a těžkou PI: soubory názorných pomůcek, přírodniny, obrazy, obrázky, činnostní obrázky, fotografie, speciální učebnice a pracovní listy pro žáky ZŠS, rozkreslené postupy (procesní schémata – např. v tematické oblasti osobní hygiena, práce v domácnosti, vaření, stolování, život ve společnosti, jednoduché pracovní postupy), PC programy, zejména od občanského sdružení Petit, které umožňují ovládání i uživatelům s těžkým tělesným postižením, ale jsou určeny i pro osoby s PI, např. Psaní, Brepta, Méd'a – pro MŠ, ZŠS i ZŠP (Valenta, aj. 2015, s. 167, 168).

5.4 Období po ukončení povinné školní docházky

„V dnešní době je škola pro rodiče obdobím poměrně jistým s ohledem na péči a také rozvoj jejich dětí. Zároveň se život dětí s mentálním postižením v období školní docházky v základu vlastně nemusí moc lišit od života jejich vrstevníků. Žijí s rodiči, navštěvují školu, vzdělávají se a také se mohou s různou mírou podpory zúčastňovat volnočasových aktivit zajišťovaných školou nebo jinými institucemi“ (Blažková, Dočkálková, Kopicová, aj. 2020, s. 50).

„Ukončení základního vzdělávání – podle školského zákona, § 55 žákovi uvedenému v § 16 odst. 9 může ředitel školy ve výjimečných případech povolit pokračování v základním vzdělávání do konce školního roku, v němž žák dosáhne dvacátého roku věku, v případě žáků vzdělávajících se ve vzdělávacím programu základní školy speciální pak se souhlasem zřizovatele do dvacátého šestého roku věku. V uvedených případech, pokud jde o přípravu na výkon povolání nebo pracovní činnosti, spolupracuje ředitel školy s Úřadem práce ČR“ (Zapojme všechny 2022).

5.4.1 Střední vzdělávání

Žáci si mohou zvolit jakoukoliv SŠ, ovšem za předpokladu splnění stanovených podmínek (ukončené ZV, úspěšnost v přijímacím řízení). Ke střednímu vzdělávání je u osob s PI podle jejich schopností a dosaženého vzdělání (ukončeného základního vzdělání nebo ukončení základů vzdělání) možno docházet na:

- **Učiliště**, v nabídce je poměrně mnoho různých oborů, jejichž učební plány jsou redukovány a kde je možnost získat po 2-3 rocích studia výuční list, a to **v odborných oborech typu H** (cukrář, kuchař, masér, instalatér, prodavač, aranžér, nástrojař, obráběč kovů aj.) nebo **v pomocných oborech typu E** (cukrářské práce, lesnické práce, zahradnické práce, pečovatelské služby, strojírenské práce, potravinářská výroba, stravovací a ubytovací služby aj.), anebo **vzdělání typu J** (bez výučního listu).
- **Praktickou školu (typu C)**, kde je vzdělání zaměřeno více na oblast praktického života a na jednoduché manuální a domácí činnosti; existují praktické školy **dvouleté** (pro žáky se středně těžkou PI a s kombinovaným postižením, ty představují rozšíření všeobecného vzdělání, a **jednoleté** pro žáky s těžkou PI či vícenásobným postižením, které se zaměřují na praktický život, manuální a sebeobslužné činnosti).

5.4.2 Celoživotní učení

Učební principy, které vedou k plánování aktivit, by měly být založené na aktivním zpracování, tj. **myšlení**, na **emoční inteligenci**, aby součástí učení bylo i řízení a propojování vlastních pocitů s pozitivním uplatňováním vlastností. Perspektivou veškerého učení je osamostatňování, resp. získání maximální možné osobní **nezávislosti**, avšak zároveň **v kontextu vzájemnosti**, která vede k udržení demokratické společenské sounáležitosti. Ideálním principem je možnost **přiměřené aktivity**, která je posilována **multisenzorickým vnímáním**. Výsledkem by měl být **zážitek uspokojení**, zábava a **chuť vyjadřovat se** a podílet se v komunitě, což je vrcholná součást procesu učení (Ginnis 2021, s. 61, 62). Problém celoživotního vzdělávání v ČR ale spočívá v tom, že zákonný nárok na dlouhodobý kognitivní rozvoj zůstal pouze u ideálu. Většina regionů totiž pro dospělé osoby s PI žádnou formu pravidelného vzdělávání (vyjma několika málo večerních škol a kurzů pro doplnění vzdělání, které uvádí tabulka v obrázku 5) nenabízí.

Předškolní, školní vzdělávání	Střední vzdělávání	Možnosti vzdělávání jedinců s MP
<p>Lze využít služby rané péče (0–7 let). V ČR program Portage (nácvik pohybových aktivit, rozumové stimulace, sociálních a komunikačních schopností a sebeobsluhy). Denní stacionáře nebo osobní asistence.</p> <p>Mateřská škola</p> <p>Formu vzdělávání v běžné MŠ využívají děti s LMR. Pro děti s těžším postižením j mohou být integrovány do běžné MŠ.</p> <p>Mateřská škola speciální</p> <p>Zde jsou přijímány děti s TMR. Dochází zde k uzpůsobení podmínek (snížení počtu žáků, přítomnost speciálního pedagoga...). Funguje na individuálním přístupu. Je vytvořen přípravný stupeň, kam může dítě docházet před začátkem povinné školní docházky.</p> <p>Běžná ZŠ</p> <p>Dle školského zákona má každý žák s mentálním postižením nárok na integraci ve spádové škole.</p> <p>ZŠS</p> <p>Nástup podmíněn vyjádřením školského poradenského zařízení. Žáci se STMP, TMP, HMP mohou navštěvovat ZŠS. Zaměření: rozvoj oblasti poznatků o společnosti, dále na základní návyky sebeobsluhy, praktických činností a maximální možnou míru osvojení si dovedností trivia (čtení, psaní, počítání). Studuje se 10. let (první stupeň – 1.-6. ročník, druhý stupeň – 7.-9. ročník)</p>	<p>Lidé s MP mohou zvolit jakoukoli střední školu, při splnění podmínek (základní vzdělání, přijímací řízení).</p> <p>Odborná učiliště</p> <p>Orientováno na manuální práce, výuky jsou praxe/stáže. Doba trvání vzdělávání – 2 roky, případně 3 roky (student získává výuční list)</p> <p>Praktická škola - Jednoletá</p> <p>Oblast praktického života a jednoduché manuální činnosti – pro lidi s TMP nebo pro lidi s kombinovaným postižením. Vzdělávání podle RVP pro obor vzdělání praktická škola jednoletá.</p> <p>Praktická škola - Dvouletá</p> <p>Určeno lidem se STMP, LMP v kombinaci s jiným postižením. Zaměřeno na praktické činnosti s důrazem na rozšíření všeobecného vzdělání, získání základních pracovních návyků, přípravu na jednoduchou práci. Vzdělávány podle RVP pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá.</p> <p>Celoživotní vzdělávání</p> <p>Kurzy pro doplnění vzdělání</p> <p>- Pro získání základního vzdělání – realizuje ZŠ, SŠ. Studium trvá jeden rok, není omezeno věkem, ukončené zkouškou, která odpovídá výstupům z RVP.</p>	<p>Možnosti vzdělávání jedinců s MP</p> <p>- Pro získání základů vzdělání – určeno pro osoby se STMP, TMP, kombinovaným postižením, kteří ukončili základní vzdělávání dříve než před ukončením povinné školní docházky. Vzdělávání trvá 1 rok. Možnosti vzdělávání: prezenční, individuální výuka v přirozeném prostředí.</p> <p>Večerní školy</p> <p>Pro absolventy ZŠS, i pro jedince s neukončenou povinnou školní docházkou. K prohlubování získaných vědomostí a praktických dovedností. Náplň aktivit na večerních školách je přizpůsobená individuálním potřebám jedinců. Zřizovatelé jsou většinou v rámci neziskového sektoru (občanské sdružení)</p> <p>Aktivační centra</p> <p>Pro absolventy povinné školní docházky, nenalezli nebo ztratili uplatnění na otevřeném/chráněném trhu práce. Zřízené jsou při základních školách praktických či speciálních.</p> <p>Další vzdělávání</p> <p>Možnost volnočasových aktivit u osob s mentálním postižením, případně jakýchkoli aktivizačních činností.</p>

Obrázek 5: Vzdělávací systém v ČR (Machovcová, Lemberková, Zuzčaková 2022)

5.5 Princip provázení a doprovázení

Provázení je proces systematické, kontinuální a dlouhodobé spolupráce s rodinou, jejímž členem je člověk, který je z hlediska rozumových nebo duševních schopností neautonomní. **(Do)provázení je úsilí o maximální integraci všech důležitých blízkých lidí do přípravy na životní změny a jejich realizace** tak, aby postupně vzniklo důvěrné klima, aktualizovaná i potenciální motivace k procesuálnímu nastolení nových úprav směrem k maximální možné samostatnosti v sebeurčení. Je-li člověk s postižením v centru zájmu, jedná se podle Kopičky, Vojířové, a kol. (2022, s. 9) o metodu **PCP** (Person Centred Planning – **Plánování zaměřené na člověka**), z níž je třeba čerpat nástroje podle vlastních potřeb každé rodiny. Například je při provázení třeba mluvit o tom, jak může člověk s postižením být rodině prospěšný, protože často je spíše pasivním objektem pomáhání. Ale i tito lidé mohou mít, resp. **měli by mít svoji užitečnou roli v rodině**, měli by prvořadě mít šanci takovou roli dostat. Je potřeba se ptát, kdo co v rodině potřebuje a jak delegovat zodpovědnost za prospěch rodiny i na člověka s postižením. Aby byl důležitý, mohl také sám něčím prospět, přispět.

5.6 Bydlení v sociálních službách

Pro pochopení důležitosti osamostatnění dospělého člověka s PIV je potřeba pomoci jeho rodičům nahlédnout na to, že jejich péče zároveň obsahuje vztah rodič – dítě. Sociální služby umí poskytnout péči v dostatečné kvalitě, ale nemohou nahradit generační vztahy. Proto je potřeba rodičům vysvětlovat, že starost o zajištění potřebné péče mohou postupně předat sociální službě, aniž by přišli o svůj vztah se svým dospělým dítětem. V rámci provázení je žádoucí pomalu a citlivě pomáhat **oddělit péči od vztahu**. „Rodiče často tak dlouho odkládají předání péče, až nemají energii na udržování vztahu. **Využíváním pobytové sociální služby rodič automaticky nepřichází o vztah se svým dospělým dítětem**. Toto povědomí je třeba budovat jak mezi rodiči, tak i mezi poskytovateli sociálních služeb, a zde je pak také prostor pro nezávislou podporu doprovázejícího pracovníka. ... Rodiče péči často zaměňují za vztah a není to jejich chyba. Stále je zde mnoho rodin, které byly připraveny se o péči o dítě podělit, ale systém v jejich případě selhal (Kopička, Vojířová, aj. 2022, s. 11).“

S plánováním bydlení může pomáhat **sociální služba** (v místě bydliště), resp. sociální pracovník, ale i úřad práce, občanská poradna, poradenské centrum v místě bydliště nebo Poradenské centrum SPMP ČR s celorepublikovou působností. **Oblasti, v kterých sociální služba poskytuje podporu**, jsou zejm.: nakupování, vaření, osobní hygiena, domácí práce, (praní prádla, úklid apod.), zdraví (léky, objednání lékaře, doprovod k lékaři), plánování dne, peníze (hospodaření s penězi, placení účtů), veřejná doprava, udržování kontaktů s rodinou a přáteli (Blažková, Dočkálková, Kopička, aj. 2020, s. 36, 38). Maximální výše úhrady za sociální službu je uvedena ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Tabulka 1: Typy bydlení v sociálních službách (stav k listopadu 2019)
(Blažková, Dočkálková, Kopička, aj. 2020, s. 41)

Služba	Charakteristika	Pro koho je vhodná	Věk	Úhrada (ceny závislé na poskytovateli)
Chráněné bydlení	organizace zajišťuje skupinové nebo individuální bydlení s asistencí v běžné zástavbě	mentální a kombinované postižení, snížená soběstačnost	starší 18 let	nájem, stravování, náklady na asistenci (hodinové)
Podpora samostatného bydlení	bydlení ve vlastním bytě, organizaci zajišťuje asistence dle individuálních potřeb	mentální a kombinované postižení, snížená soběstačnost	starší 18 let	náklady na asistenci (hodinové)
Týdenní stacionáře	pobytová služba od pondělí do pátku, většinou součástí bývalých ústavů sociální péče	mentální a kombinované postižení, snížená soběstačnost	dle cílové skupiny (děti, dospělí)	ubytování, stravování, 75% příspěvku na péči
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	celoroční pobytová služba - bývalé ústavy sociální péče, často velká skupina lidí	mentální a kombinované postižení, snížená soběstačnost	dle cílové skupiny (děti, dospělí)	ubytování, stravování, 100% příspěvku na péči
Domovy se zvláštním režimem	celoroční pobytová služba, specializace na určitá onemocnění	dle onemocnění či postižení (např. pro osoby s autismem, demencí, Alzheimerovou chorobou apod.)	záleží na cílové skupině (většinou dospělí)	ubytování, stravování, 100% příspěvku na péči
Domovy pro seniory	celoroční pobytová služba	snížená soběstačnost zejména z důvodu věku	nejčastěji od 64 let (dle individuální domluvy)	ubytování, stravování, 100% příspěvku na péči

5.7 Pracovní uplatnění osob s poruchou intelektu

Zaměstnávání osob s postižením se v České republice věnují dva základní právní předpisy, zákon č. 435/2004 Sb. (o zaměstnanosti) a zákon č. 262/2006 Sb. (zákoník práce). Zaměstnání většinou lidem **uspokojuje jejich důležité potřeby**, a to potřebu sociální interakce, vztahů, komunikace a společenského rituálu, potřebu finanční jistoty, ale i potřebu sebehodnoty a radosti z výsledku odvedené práce. Pracovní rehabilitace²⁸ je součástí sociální integrace lidí s PI a zahrnuje předprofesní a profesní přípravu, **kariérní poradenství**, průzkum pracovních příležitostí a **vytváření pracovních příležitostí**²⁹ včetně dočasné protekce pracovní pozice. Podporu realizují např. job kluby, které pravidelně sdružují klienty s konzultanty za účelem rozvoje a nácviku dovedností potřebných pro zaměstnání.

Doprovázení do zaměstnání zpravidla zajišťují neziskové organizace, což *deklaruje i příklad výpovědi mladé dospělé ženy, která jednou týdně pracuje v kavárně pod záštitou organizace Fokus:*³⁰ „Dneska musím jít brzy spát, protože ráno vstávám, jdu do Fokusu a pak jdu zase do práce. Tam mě to baví. Teda jenom, když tam chodí lidi. Je to hezká práce a mamka s tatškou jsou rádi, že si vydělávám. Ale moc toho tam neprodáme. Teď lidi už nechtějí sendviče, tak jen vaříme kafe. Ale bylo to hezký, když jsme dělali ty sendviče. Jenomže pak nám zbyly a co s tím. Možná ale v létě budeme dělat sladkosti, ale to určuje Lucka, naše klíčová asistentka, co budeme dělat.“³¹ *A chodí nás tam kontrolovat, jestli to tam děláme dobře.“*

Hledání zaměstnání ve veřejném sektoru probíhá u lidí s postižením třemi způsoby: vlastním úsilím, prostřednictvím služeb úřadu práce nebo za podpory neziskových organizací, což mohou být i organizace přímo zaměřené na zprostředkovatelské služby lidem s PI.³² Ideálem v pracovní rehabilitaci je trend **work-life balance**, který sladí práci se životem a jeho prioritami. K uzavírání smluv (v právních záležitostech) mohou firmy využívat pro lidi s PI výhodnější formát písemností snadného čtení, **easy-to-read**, graficky i obsahově zjednodušenou a potřebám lidí s PI uzpůsobenou úpravu písemnosti (do krátkých vět, v činném rodu) s využitím obrázků či piktogramů (Ombudsman 2021, s. 7). V ČR je možné lidem s PI nabídnout v zásadě dvě možnosti pracovního uplatnění – na volném pracovním trhu nebo v chráněném prostředí.

²⁸ Dle ust. § 69 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti mají osoby se zdravotním postižením právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce ČR a hradí náklady s ní spojené.

²⁹ Pro osoby se ZP mohou být organizovány i specializované rekvalifikační kurzy.

³⁰ Fokus Turnov, pracoviště Turnov, je zapsaným spolkem provozujícím polyfunkční komunitní centrum, kde probíhá mj. i podpora samostatného bydlení i sociální rehabilitace.

³¹ „K naplňování činností dochází prostřednictvím individuálních plánů (plán průběhu služby). Při uzavření dohody o poskytování služby se s uživatelem mapuje jeho sociální situace, a také jeho potřeby. Dle těchto údajů se vytváří Individuální plán s činnostmi a cíli, které budou v rámci poskytování služby realizovány“ (Fokus Turnov 2023).

³² Jednou z dlouhodobě fungujících neziskových organizací, které poskytují sociální služby a sociální podniky dospělým lidem s PI, je občanské sdružení Pferda (<https://www.pferda.cz/>). Usiluje o to, aby lidé s PI žili samostatným a soběstačným životem, o jejich uplatnění a činnosti, které jsou adekvátní jejich věku a potřebám (v pekárně, kavárně, úklidové firmě). Další podobně zaměřenou agenturou je organizace Fosa (<https://www.fosaops.org/>).

5.7.1 Podporované zaměstnávání na otevřeném trhu práce

Za otevřený trh práce považujeme běžný či volný pracovní trh utvářený různými zaměstnavateli (korporacemi, státními či neziskovými organizacemi), na které se většinou vztahuje povinnost zaměstnávat určitý podíl lidí s postižením podle zákona o zaměstnanosti.³³ Úprava pracoviště v případě podporovaného zaměstnávání není tak náročná, ale je třeba, aby vedoucí i spolupracovníci byli dobře informováni o povaze postižení a byli vedeni k empatickému přijetí a dohledu, příp. k podpoře individuálním pracovním zácvikem, dlouhodobou dopomocí či jinou specifickou i nspecifickou podporou. Pracovní místa bývají **pomocného charakteru** a nabídky někdy navazují na učební obory (zejm. typu E), ovšem některé pozice nevyžadují výuční list, jen krátkodobý zácvik, takže na pracovní pozici se může uplatnit i člověk, který má pouze základní vzdělání nebo základy vzdělání. Podporované zaměstnávání je časově omezená služba, po kterou lidé s PI mohou získat pracovní schopnosti a využívat individuální průběžně poskytovanou podporu před i po nástupu do práce s cílem práci si dlouhodobě zachovat.

5.7.2 Chráněný trh práce

Ze zákona o zaměstnanosti je chráněný trh práce tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců a se kterými Úřad práce ČR uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání za zaměstnavatele na chráněném trhu práce. Tito zaměstnavatelé se často stávají dodavateli náhradního plnění. V praxi se lze setkat s označeními jako „chráněná dílna“ či „sociální podnik“ (Ombudsman 2021, s. 7). Do chráněného trhu práce patří: **denní stacionáře**, **chráněné sociálně terapeutické dílny** (ty jsou dotovány státními organizacemi a zaměřují se mj. na podporu pracovních dovedností a návyků, ale i na dohled osobní hygieny a stravování) a **výrobní družstva**. Přítomný bývá zpravidla pracovní asistent, který zaučuje zaměstnance, pomáhá ostatním zaměstnancům i zaměstnavateli v navazování vztahu a komunikaci s pracovníkem.

Chráněné pracovní místo je vytvořené pracoviště, které na základě písemné dohody zaměstnavatele a úřadu práce musí plnit tyto náležitosti:

- Musí být obsazeno po dobu tří let.
- Musí z jeho zřízení vyplývat přínos pro osobu s postižením.
- Příspěvek může činit maximálně osmi až dvanáctinásobek průměrné mzdy.
- Zaměstnavatel se musí zavázat, že chráněné pracovní místo bude obsazováno pouze osobami s postižením.

³³ Tzv. **povinný podíl** je procentuální podíl zaměstnanců se ZP z celkového počtu zaměstnanců u jednoho zaměstnavatele a podle zákona o zaměstnanosti činí 4 %. K jeho plnění jsou povinni všichni zaměstnavatelé, kteří mají více než 25 zaměstnanců. Povinný podíl lze plnit buď přímým zaměstnáváním lidí se ZP, nákupem výrobků či služeb od zaměstnavatelů na chráněném trhu práce nebo odvodem částky do státního rozpočtu (Ombudsman 2021, s. 7).

5.8 Sebeobhajování, svéprávnost a soběstačnost

Sebeobhájci jsou mezinárodně organizovaní lidé s PI, kteří na společných setkáních řeší svá práva a povinnosti, radí se o svých aktuálních problémech (v zaměstnání, v osobním životě). Skupinově se spolu s asistenty účastní konferencí (v ČR i v zahraničí). Jejich asistenti mají pouze provázející funkci, za sebeobhájce nerozhodují. Sebeobhájci si budují vlastní odpovědnost, získávají zkušenosti a nové informace od jiných lidí, učí se úspěšně komunikovat a řešit problémy.³⁴ Sebeobhajování (self advocacy) je trend podpory lidí s PI k zvýšení schopnosti převzít za sebe **zodpovědnost, hájit svá práva**, bránit se účinně **proti diskriminaci**, ale i **správně chápat své povinnosti**.

Pocit důstojnosti v sebeobhajování do značné míry vychází z potřeb rovnoprávnosti a **svéprávnosti**³⁵ neboli způsobilosti k právním úkonům. Vrcholem sociální rehabilitace je schopnost lidí s PI chtít mít zodpovědnost za svoje rozhodnutí, finance, vlastní věci, za to, co dělají. Společensky žádoucí touha po důležitosti a odpovědnosti těmito lidem poskytuje pocit dospělosti, což např. ukazuje sebeobhajoba dospělé ženy s PI: *„Jsem už svéprávná, protože chci bydlet s přítelem a pracovat v centru. Už nechci žít u tety. Když mi moje asistentka pomáhá, zařídím si všechno sama a ona na mě dává pozor a pak mě už jen zkontroluje, abych něco nespletla.“*

K posuzování soběstačnosti a svéprávnosti je zásadní zjistit, jak autonomní člověk s PI dokáže být. Blažková, Dočkálková, Kopicčka, aj. (2020, s. 58, 59), resp. SPMP ČR stanovila **oblasti pro mapování soběstačnosti v denních aktivitách** takto:

1. **Sebeobsluha**, péče o sebe (toaleta, mytí, zuby, menstruace, manikúra, vlasy).
2. **Jídlo**, stravování (samostatnost/potřeba podpory při vaření, ohřívání jídla).
3. **Péče o domácnost**, úklid (nádobí, osobní věci, vysávání, prach, koupelna, WC).
4. **Oblékání**, péče o sebe (chystání, vhodnost, praní, žehlení oblečení, třídění prádla).
5. **Cestování**, doprava (samostatnost, MHD, nácvik nové trasy).
6. **Zacházení se spotřebiči**, elektro (sporák, konvice, myčka, pračka, PC).
7. **Nakupování**, finanční gramotnost (plánování nákupu, realizace).
8. **Když se něco pokazí**, podpora (telefonování, kontakty, návody, bezpečí).
9. **Denní aktivity**, zájmy (trávení času, práce, zájmy, koníčky).
10. **Peníze**, zacházení s penězi (hodnota, počty, důležité platby, kapesné, karta).
11. **Orientace v čase**, hodiny (organizace času, poznávání času, řídit se jím, plánování).
12. **Práce**, práce schopnost (motivace, pracovní návyky, zkušenosti, učení se novým věcem).

³⁴ V ČR byla zorganizována první skupina sebeobhájců po roce 2000 (Šnajdrová 2006).

³⁵ Pokud z nějakého důvodu, který není pouze přechodný (PI, PAS, duševní onemocnění), člověk není schopen samostatně právně jednat, může mu být na základě soudního rozhodnutí omezena jeho svéprávnost. V návrhu na **omezení svéprávnosti** se uvádějí důvody, a také lékařská zpráva posuzovaného. Soud může svéprávnost omezit nejdéle na tři roky. Pak musí danou kauzu znovu projednat a zhodnotit, zda je omezení svéprávnosti nutné i nadále. Požádat soud o nabytí svéprávnosti lze, naopak úplné omezení svéprávnosti možné není.

13. **Volný čas**, koníčky (současné aktivity, přání a představy, plánování a realizace, přátelé).
14. **Zacházení s komunikačními prostředky**, telefon (PC, internet, bezpečnost sociální sítě).
15. **Zdraví**, prevence (příprava a užívání léků, návštěvy u lékařů, popis obtíží).
16. **Vyřizování na úřadech**, doklady (důchod, dávky, formuláře, dopis, pošta, banka).

Šnajdrová (2006) uvedla, že tehdejší Evropská konference sebeobhájců (European People First – V první řadě Evropané), která se konala v r. 2005 ve skotském Edinburghu, již před téměř dvěma desítkami let usilovala o založení Evropské nezávislé organizace sebeobhájců. Sebeobhájci z jiných zemí už totiž mohou stavět na základech, které se v České republice teprve budují. Ke změně postojů celé naší společnosti k lidem s PI, ale i k nastolení vhodných podmínek pro jejich inkluzi, vede ještě dlouhá cesta. Mnoho z nás se na ni již vydalo.

Závěr

Inkluze vychází z morálních principů, je to záležitost humánní vyspělosti, rozumnosti a nastavení společensky rovných příležitostí. Osvícené morální postoje odborné i laické české populace, normalizující lidi s poruchou intelektu, nepotřebují přesvědčovat že, „jsou to lidé se stejnými lidskými právy, stejnými potřebami, stejnými emocemi, stejnou potřebou bezpečí a lásky jako lidé bez postižení. Mají také své sny a cíle, potřebu být respektováni a mít možnost seberealizace. K tomu, aby mohli své potřeby uspokojit a rozvinout, často ale potřebují určitou podporu. Někdo ji bude potřebovat jen občas, jiný po celý život. Někdo pouze v jedné oblasti života a jiný zase ve všech. Je ale důležité si uvědomit, že to, co potřebují především, je dostat příležitost, aby mohli získávat své vlastní zkušenosti, z nich se učit a moci tak vést co nejllepší život; život podle svých přání a představ, tak nezávislý, jak jen to je možné“ (Blažková, Dočkálková, Kopička, aj. 2020, s. 9).

Intencí celého textu bylo úsilí o lepší porozumění člověku, který je ve své podstatě stejný a zároveň stejně tak úplně jiný jako jsme my, každý z nás. Speciální pedagog zaměřený na lidi s PI by měl svoje uplatnění najít kdekoliv v oblastech výše popsaných, i když reálný stav pomáhajících profesí v ČR jejich opodstatněnosti zatím neodpovídá. Lidé s PI potřebují empatické a kvalifikované vzdělavatele, koordinátory, manažery ..., potřebují je v rané péči, poradenství pro děti i v sociální práci (službě) pro dospělé, nebo i v paliativní péči a jinde. Jednou z očekávaných moderních profesních možností uplatnění psychopedické kvalifikace by výhledově mohla mj. být role case managera, kterého Kopička, Vojířová, aj. (2022, s. 24) považují za žádoucího mezioborového prostředníka v doprovázení rodin. Rodiče pečující o lidi s poruchou intelektu by tak měli někoho, o koho se mohou opřít, na koho se mohou spolehnout, komu mohou bez ostychu zavolat, s kým se mohou poradit a s kým by mohli sdílet. Protože třeba právě profesionál, který by člověka s PIV a jeho rodinu provázel všemi obdobími života, v České republice chybí.

Vzhledem k neodkladnosti a nutnosti zavádění a šíření nových pozitivně orientovaných trendů do vzdělávání a sociální práce je do budoucna jakákoliv odborná role na podporu kvality státního školského, zdravotního i sociálního systému nezbytná. Speciální pedagogika osob s poruchou intelektu je obor progresivní, ale ještě stále nemá statut obecně uznané nezbytnosti, aby byli odborníci v něm vzdělaní považováni za ocenění hodné. To je vidět na neutěšené fluktuaci pracovníků ve ŠPZ a z této situace plynoucích dlouhých lhůt na vyšetření dětí. Podobně indiferentně veřejnost vnímá i nejistou pracovní pozici asistentů pedagoga, bez nichž děti s PIV nejsou ve škole schopné fungovat. Ale problém české inkluze je třeba i systémová neochota transparentně **požadovat speciálně pedagogické minimum od každého současného i budoucího učitele**. Protože je statisticky pravděpodobné, že minimálně dítě v pásmu širší normy nebo s PAS má či bude mít každý učitel ve své třídě. A pokud ne, tak ho jen nepoznal. Obejde se bez teoretických poznatků, aby s ním dokázal smysluplně pracovat?

Seznam použitých zdrojů

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.

BAZALOVÁ, B., 2010. Psychopedie. In: PIPEKOVÁ, J., aj. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, s. 289–304. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

BAZALOVÁ, B., 2023. *Psychopedie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3725-1.

BEADLE-BROWN, J., MILLS, R., 2020. *Rámec SPELL: porozumění autismu: příručka pro pracovníky ve zdravotnictví, ve školství a v sociální oblasti*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice. ISBN 978-80-88178-09-5.

BENDOVIÁ, P., ZIKL, P., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.

BLAŽKOVÁ, A., DOČKÁLKOVÁ, X., KOPIČKA, P., PTÁČKOVÁ, G., SMÝKALOVÁ, M., STEJSKALOVÁ, J., LATIMIER, C., 2020. *Co teď a co potom? Průvodce pro pečující o člověka s mentálním postižením*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením. ISBN 978-80-88178-08-8.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2017. Jinakost je výzvou charakteru. In: KALÁBOVÁ, H., MEIER, M. (ed.). *Jinost ve výchově a sociálních vědách: implementace nových forem výuky ve speciální pedagogice*, s. 38–46. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7494-346-1.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2024. Pastorační péče o seniory. In: KOLÁŘ, P., LIGUŠ, J. *Poimenika. Pastorační služba církve v kontextu tradice a současnosti*, s. 315–322. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5454-6.

CIMRMMANOVÁ, T., 2020. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1575-2.

CÍSAŘOVÁ, T., HORÁKOVÁ, K., 2023. Přehled okolností milostného života lidí s PI. Materiály do výuky psychopedie, seminární práce. Liberec: KSS FP TUL.

ČERNÁ, M., a kol., 2015. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2023. Příznaky demence. In: *Česká alzheimerovská společnost*. Online. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/priznaky-demence/>. [citováno 2023-12-20].

ČSÚ (Český statistický úřad), 2023. *Výběrové šetření osob se zdravotním omezením – VŠPO*. Online. Aktualizováno 2023-10-23. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/vykazy/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-omezenim-vs-po>. [citováno 2023-12-14].

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

FOKUS TURNOV, 2023. *Sociální rehabilitace*. Online. Dostupné z: <https://www.fokusturnov.cz/socialni-rehabilitace/>. [citováno 2023-12-29].

FOSA, o. p. s. Online. Dostupné z: <https://www.fosaops.org/>. [citováno 2023-12-29].

FRIEDLOVÁ, K., 2008. Bazální stimulace v pediatrii. In: SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

GINNIS, P., 2021. *Efektivní výukové nástroje pro učitele. Strategie pro zvýšení úspěšnosti každého žáka*. 3. české vyd. Praha: Nakladatelství publishED a EDUKAČNÍ LABORATOŘ, Lingea. ISBN 978-80-906082-6-9.

HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I., 2010. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3070-7.

HEČKO, T., LATIMIER, C., STEJSKALOVÁ, J., PRUDIL, M., 2023. *Důstojný život s mentálním postižením*. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. Online. Dostupné z: <https://www.spmpr.cz/product/dustojny-zivot-s-mentalnim-postizenim>. [citováno 2023-04-19].

HELUS, Z., 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1168-3.

HOLMEROVÁ, I., 2020. Klidem s demencí bychom se neměli chovat jako k dětem. In: PASZ, J., PLECHATÁ, A. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*, s. 331–340. Brno: Host. ISBN 978-80-275-0389-6.

HOMOLKOVÁ, K., 2022. *Raný vývoj verbální a neverbální komunikace dítěte s Downovým syndromem*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5327-3.

HRADILKOVÁ, T., 2015. *Historie rané péče v Čechách*. Online. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/wp-content/uploads/letak-Historie-RP.pdf>. [citováno 2023-12-03].

HRDLIČKA, M., 2023. *Výskyt autismu dál strmě stoupá. Co je příčinou? Jaké má příznaky a jaké jsou dnes možnosti diagnostiky?* Online 2023-04-12. Dostupné z: <https://nasezdravotnictvi.cz/aktualita/vyskyt-autismu-dal-strme-stoupa-co-je-pricinou-jake-ma-priznaky-a-jake-jsou-dnes-moznosti-diagnostiky>. [citováno 2023-12-27].

HURYCHOVÁ, E., PTÁČKOVÁ, B., 2022. *Sociální práce ve školství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3313-0.

KÁBELE, F., 1998. *Základy speciální pedagogiky pro výchovné poradenství*. Praha: SPN.

Katalog podpůrných opatření. Mentální postižení nebo oslabení kognitivního výkonu. Online. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/mentalni-postizeni-nebo-oslabeni-kognitivniho-vykonu/uprava-prostredi/4-10-1-uprava-pracovniho-prostredi-5/>. [citováno 2023-12-22].

KOHOUTOVÁ, L., 2023. *Příznaky Rettova syndromu*. Online. Dostupné z: <https://www.rett-cz.com/rettuv-syndrom/co-je-rettuv-syndrom/priznaky-rettova-syndromu/>. [citováno 2023-12-27].

KOPIČKA, P., VOJÍŘOVÁ, D., LATIMIER, C., BRCHAŇOVÁ, J., DOČKÁLKOVÁ, X., 2022. *Doprovázení rodin s potomky s mentálním či kombinovaným postižením*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. ISBN 978-80-88178-14-9.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.

KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy. In: ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*, s. 195–221. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.

KREJČÍŘOVÁ, D., 2021. Speciální otázky dětské diagnostiky. In: SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 400–413. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1851-7.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

LEČBYCH, M., 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2071-4.

LEČBYCH, M., 2012. Pojem inteligence. In: VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. *Mentální postižení*, s. 20–27. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

ROSENBERG, M., B., 2023. *Nenásilná komunikace ve škole*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-2006-0.

MACHOVCOVÁ, K., LEMBERKOVÁ, N., ZUZČÁKOVÁ, B., 2022. *Vzdělávací systém v ČR. Materiály do výuky psychopedie, seminární práce*. Liberec: KSS FP TUL.

MATĚJČEK, Z., 1989. *Rodiče a děti*. 2. vyd. Praha: Avicenum.

Metodika podpory sociálních dovedností. Online. Dostupná z: www.spmPCR.cz/co-delame/vzdelavani/socialni-dovednosti/#metodika_socialnich_dovednosti.

[citováno 2023-08-25].

MKN-11. *Náhled české verze Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize. ICD-11 MMS Czech Pre-release, duben 2023.* Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>.

[citováno 2023-08-25].

MKN-10. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.* Online. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz>. [citováno 2023-08-25].

MLYNÁŘOVÁ, M., STRÁNSKÁ, A., 2022. AAK. Materiály do výuky psychopedie, seminární práce. Liberec: KSS FP TUL.

MŠMT, 2022. Institucionalizace podpůrných pedagogických pozic. In: *Edu.cz*. Online. Dostupné z: <https://www.edu.cz/wp-content/uploads/2022/06/Institucionalizace-podpurnych-ped.-pozic-2.-6.-2022.pdf>. [citováno 2023-12-09].

MŠMT, 2023. Strategie 2030. In: *MŠMT*. Online. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/strategie-2030>. [citováno 2023-04-19].

NAKONEČNÝ, M., 2004. *Základy psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1290-7.

NOVÁK, T., 2007. *Sourozenecké vztahy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2057-3.

OMBUDSMAN, Veřejný ochránce práv, 2021. *Zaměstnávání lidí s postižením ve veřejném sektoru – pohled lidí s postižením.* Výzkum veřejného ochránce práv 2021. Online. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/dokument/vyzkum_crpd/zamestnavani_ozp_-_vyzkum_-_pohled_lidi_s_postizenim.pdf. [citováno 2023-12-26].

OREL, M., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktual. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5516-8.

PECKOVÁ, E., SYNKOVÁ, P., ŠVARCOVÁ, J., 2022. *Tabulka typických znaků vybraných syndromů s predikcí či důsledkem vzniku PI.* Seminární práce v Psychopedii. Liberec: KSS FP TUL.

PELCOVÁ, N., 2017. *Výchovný rozhovor, řeč a porozumění.* In: KALÁBOVÁ, H., MEIER, M. (ed.). *Jinost ve výchově a sociálních vědách: implementace nových forem výuky ve speciální pedagogice*, s. 11–19. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7494-346-1.

PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2022. *Data o dětech: sociálně-právní ochrana dětí v České republice v datech.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1338-5.

PETRÁŠOVÁ, J., 2012. Emoce. In: VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*, s. 241–248. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

PFERDA, z.ú. Online. Dostupné z: <https://www.pferda.cz/>. [citováno 2023-12-29].

PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

PICHAUD, C., THAREAU, I., 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.

PROCHÁZKA, M., 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3470-5.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Online. Červen 2023. Dostupné z: <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/ramcovy-vzdelavacici-program-pro-zakladni-vzdelavani-rvp-zv/>. [citováno 2023-12-17].

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol., 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.

ROSENBERG, M., B., 2023. *Nenásilná komunikace ve škole*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-2006-0.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. Online. Dostupné z: <https://www.spmpr.cz/>. [citováno 2023-04-19].

SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI, 2023. Co je raná péče. In: *Raná péče*. Online. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/pro-rodice/co-je-rana-pece/>. [citováno 2023-12-14].

ŠIŠKA, J., *Dítě s mentálním postižením*. Aktualizováno 2023-03-24. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/dite-s-mentalnim-postizenim>. [citováno 2023-12-26].

ŠNAJDROVÁ, M., 2006. Sebeobhajování. In: *Metodický portál*. Online. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/500/sebeobhajovani.html>. [citováno 2023-10-27].

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace*. 4. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVEJCAR, J., FRÜHAUF, P., 2003. *Péče o dítě*. Dopl., rozš., a aktualiz. vyd. Praha: Nuga. ISBN 80-85903-15-6.

ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), 2022. *Spuštěna česká verze e-learningového kurzu k Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví*. Online. Aktualizováno 2022-11-09. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti>. [citováno 2023-12-14].

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

VÁGNEROVÁ, M., 2006. Dědičnost psychických vlastností, jejich odchylek a poruch. In: ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*, s. 53–68. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.

VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J., 2008. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1538-7.

VALENTA, M., MÜLLER, O., 2004. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd. Praha: Parta. ISBN 80-7320-063-5.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M., PETRÁŠ, P., a kol., 2012. *Metodika práce se žákem s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3311-0.

VALENTA, M. (ed.), 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, M., a kol., 2015. *Katalog podpůrných opatření*. Online. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4614-1. Dostupné z: <https://inkluze.upol.cz/ebooks/katalog-mp/katalog-mp.pdf>. [citováno 2023-12-09].

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol., 2018. *Mentální postižení*. 2., přepr. a akt. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.

WILLINGHAM, T., D., 2022. *Proč žáci nemají rádi školu?* Praha: Nakladatelství published a EDUkační LABORatoř. ISBN 978-80-908240-3-4.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [citováno 2023-11-22].

ZAPOJME VŠECHNY, 2022. Přehled možností vzdělávání žáků s mentálním postižením na základních školách. In: *Zapojme všechny*. Online. 2022-03-22. Dostupné z: <https://zapojmevsechny.cz/clanek/prehled-moznosti-vzdelavani-zaku-s-mentalnim-postizenim-na-zakladnich-skolach-2>. [citováno 2023-12-16].

Název	Speciální pedagogika jedinců s poruchou intelektu
Autorky	ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D. Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.
Recenzentka	Mgr. et Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D.
Vydavatel	Technická univerzita v Liberci Studentská 1402/2, Liberec
Schváleno	Rektorátem TUL dne 14. 2. 2024, čj. RE 12/24
Vyšlo	v březnu 2024
Vydání	1.
ISBN	978-80-7494-692-9
Č. publikace	55-012-24

Tato publikace neprošla redakční ani jazykovou úpravou.

