

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2012

Michal Říhový

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií**

Výchova chlapce s kombinovaným postižením

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí diplomové práce:
PaedDr. Libuše Mazánková, Dr.**

**Vypracoval:
Michal Říhovský**

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Výchova chlapce s kombinovaným postižením“ zpracoval samostatně a použil jsem jen zdroje uvedené v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně, dne 16. dubna 2012

Michal Říhovský

Poděkování

Děkuji PaedDr. Libuši Mazánkové, Dr. za trpělivost, podnětné připomínky a metodickou pomoc, kterou mi poskytla během zpracování mé bakalářské práce.

Poděkovat chci také své manželce Mgr. Markétě Říhové, která mi byla při studiu oporou.

Také chci poděkovat pracovnícím DD Lila Otnice a DD Lazy Zlín za vstřícnost a ochotu, kterou prokázaly, když jsem se na ně obrátil s žádostí o informace k mé bakalářské práci.

Poděkování patří rodičům dívky L, kteří ochotně svolili s poskytováním citlivých informací o svém dítěti.

V neposlední řadě patří velké díky rodičům chlapce M, kteří nejenže souhlasili s poskytováním informací o svém dítěti, ale věnovali mi i mnoho svého času při několika návštěvách a konzultacích stran mé bakalářské práce.

Michal Říhový

OBSAH

Úvod	2
1. Vymezení řešené problematiky a základních pojmů	4
1.1 Vymezení řešené problematiky	4
1.2 Vymezení základních pojmů	11
2. Případová studie I	16
2.1 Kazuistika chlapce M	16
2.2 Umístění do náhradní rodinné péče	28
3. Výchova chlapce	29
3.1 Výchova chlapce v ústavních zařízeních	29
3.2 Výchova chlapce v pěstounské rodině	30
3.3 Výchova chlapce ve školských zařízeních	32
4. Případová studie II	34
4.1 Kazuistika dívky L	34
4.2 Krátké seznámení s ústavními zařízeními (Lila Otnice a Lazy Zlín)	47
Závěr	51
Resumé	54
Anotace	55
Seznam literatury	57

Úvod

Od starověku až po současnost se přístup k lidem s různými druhy postižení významně změnil. Neustále se zvyšuje kvalita péče, která je těmto jedincům poskytována. V současnosti je v České republice znevýhodněným dětem nabízena speciální péče v různých institucích. Jedná se zejména o speciální mateřské, základní i střední školy, denní i týdenní stacionáře a o různá poradenská centra – střediska rané péče a speciálně pedagogická centra. Vzniká také mnoho občanských sdružení na podporu jedinců s různými typy postižení.

Jelikož je výchova dítěte s postižením vždy velkou zátěží pro celou rodinu, do níž se dítě narodí, určité procento rodičů nenajde dostatek sil se o ně postarat a volí možnost umístění dítěte do ústavní péče. V kojeneckých ústavech a dětských domovech však dítě, již tak znevýhodněné svým postižením, trpí sekundárně citovou a podnětovou deprivací (personál velkokapacitních ústavů není schopen ani při nejlepší vůli a kvalifikaci poskytnout dítěti dostatečné množství podnětů pro jeho rozvoj), čímž se jeho opoždění ve vývoji zpravidla prohlubuje a vyhlídky na kvalitní budoucnost se tím významně snižují. Část těchto dětí se podaří umístit do náhradní rodinné péče (pěstounská péče, poručnická péče, adoptivní péče) a většinou se tak značně zvýší šance na jejich následnou integraci do společnosti.

Ve své bakalářské práci bych se rád zabýval problematikou výchovy konkrétního dítěte s kombinovaným postižením, a to od jeho narození po současnost. Jedná se o jedenáctiletého chlapce M, který byl ihned po narození umístěn v kojeneckém ústavu, následně, ve věku dvou a půl let v domově pro postižené děti a o rok později se mu podařilo získat náhradní rodinu. Nejprve byl v pěstounské péči, nyní jsou již jeho biologičtí rodiče zbaveni rodičovské zodpovědnosti a chlapec je v péči poručnické. První dva roky po umístění do náhradní rodinné péče navštěvoval M speciální mateřskou školu, následně – v předškolním věku - byl přijat do logopedické třídy běžné mateřské školy. První dva roky povinné školní docházky navštěvoval základní školu v místě bydliště, kde měl od 2. ročníku vypracovaný individuální vzdělávací plán. Ve třetí třídě potom přestoupil do speciální školy pro zrakově postižené děti, kterou navštěvuje dodnes.

Protože byl chlapec formován všemi výše uvedenými institucemi, chtěl bych se ve své práci alespoň ve stručnosti zabývat nástinem péče, která mu byla v jednotlivých zařízeních a nakonec i v náhradní rodině poskytována. Ústředním tématem, kterému bych se rád co nejpodrobněji věnoval, však budou konkrétní výchovné problémy, které se u chlapce v průběhu života vyskytovaly, jejich proměnlivost v závislosti na prostředí, a možnosti jejich korekce.

Ve druhé části mé bakalářské práce se budu zabývat druhou kazuistikou dítěte L, které mělo obdobné diagnózy jako chlapec v první případové studii, ale které na rozdíl od M nemělo to štěstí a nenašlo náhradní rodinu. Žilo od narození pouze v ústavních zařízeních, tedy v prostředí, které nenabízí dostatečně bohatou škálu běžných životních situací tak, jako život v rodině (např. vzájemné návštěvy s kamarády v různých rodinách, prázdniny trávené se širší rodinou, rodinné oslavy, nárok na soukromí a vlastnictví hraček, knížek, oblečení..., podílení se na běžném životě a chodu rodiny – např. společné nákupy, pomáhání rodičům s domácností – utírání nádobí, vysávání, výlety, návštěvy kina...) ani dostatek podnětů pro individuální a všestranný rozvoj osobnosti, pramenící z nedostatku času „tet“ v kojeneckých ústavech a dětských domovech, které jsou většinou schopny uspokojit pouze základní biologické potřeby dětí (hygiena, krmení...).

Cílem mé bakalářské práce tedy bude nastínit problematiku výchovy dítěte s kombinovaným postižením a vliv prostředí na formování jeho osobnosti. Rád bych poukázal na úskalí ústavní výchovy a na dopad citové a podnětové deprivace na vyvíjející se osobnost.

1. Vymezení řešené problematiky a základních pojmů

1.1 Vymezení řešené problematiky

Vstup dítěte do rodiny znamená velkou změnu v právech a povinnostech dosavadních členů rodiny. Pokud do rodiny vstupuje dítě s nějakým znevýhodněním, je zřejmé, že rodina bude vystavena mnohem většímu výchovnému zatížení, než rodina s dětmi intaktními. Pro mnohé rodiče je obtížné orientovat se v problematice, jsou ovlivněni širokým okruhem různých názorů. Je ale zřejmé, že žádné jiné prostředí, než milující rodina (ať už biologická či náhradní), nemůže pro život a výchovu dítěte poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability a ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj.

Narození dítěte s postižením bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost. Radost a naději zpravidla vystřídá úzkost, strach, obavy, pocit studu, nezájdek i pocit viny. Pocitem křivdy (že se právě jim nenarodilo zdravé dítě) nad narozením dítěte s postižením se člověk musí protrpět a postupně projít všemi stadii šoku. Nakonec by však měl najít sílu přijmout dítě takové, jaké je a snažit se je vést a vychovávat tak, aby jeho život byl co nejšťastnější, nejpřirozenější a nejlidštější (ne všem rodičům dětí s postižením se však podaří dostat se až do této fáze). Rodiče dospělých potomků s postižením, kteří se smířili s osudem, nebývají nešťastní. Ve svém dítěti nacházejí velmi často tu nejoddanější lidskou bytost, která je nikdy neopustí, nezradí, ale ani úmyslně nezarmoutí. Rodiče na začátku nevědí, jak bude vývoj dítěte pokračovat (prognózy, s nimiž bývají konfrontováni u různých odborníků, kteří jejich dítě mají v péči, se mnohdy velmi různí), jak s dítětem zacházet, jak jej vychovávat. Je důležité, aby byli o postižení svého dítěte vhodně informováni, a aby jim byla poskytnuta včasná psychologická pomoc, neboť prvním, kdo postižením dítěte trpí, není samotný postižený jedinec, ale právě rodina, která se se situací musí vyrovnat. Včasnou psychologickou pomoc dnes rodiče nacházejí nejčastěji ve střediscích rané péče, která poskytují své služby právě jedincům s různými typy postižení v nejranějším věku.

Ne nadarmo se říká, že postižení dítěte znamená postižení celé rodiny, která se musí vyrovnat i s různými předem nepředvídatelnými reakcemi okolí. Časem si musí zvyknout na netaktní a necitlivé poznámky okolí. Někteří přátelé odejdou, mohou být zaskočení situací a nevědí, jak reagovat na dítě ani jak se chovat k rodičům. Někdy se rodiče se svými dětmi dostávají až do sociální izolace. Na druhé straně se setkávají s tolerantními a empatickými lidmi, kteří jim pomohou.

Pro vývoj dítěte je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změnami okolností a zaujali k němu pozitivní postoj. Jestliže se oba rodiče nedokážou vyrovnat s faktem, že jejich dítě je postižené, volí mnohdy možnost umístění dítěte do zařízení sociální péče. Tento přístup lze lidsky pochopit, ovšem z hlediska vývoje dítěte je zpravidla nevhodný (případ dívky L., který blíže popíší ve druhé kazuistice je jednou z mála výjimek). Dítě, zejména v raných etapách svého vývoje, potřebuje láskyplnou mateřskou péči, citové zázemí rodiny, individuální přístup a trpělivé a současně důsledné výchovné vedení, které se potom pozitivně projeví v kvalitě a úrovni jeho pozdějšího života.¹

V rodinách, kde postižené dítě není přijato některým z rodičů (častěji se jedná o otce), vede situace často k rozpadu rodiny. Zůstane-li jeden z rodičů s dítětem s postižením osamocen, může se stát péče o něj neúnosnou, zejména psychickou zátěží.

Druhým extrémním postojem je zaujetí hyperprotektivního přístupu – snaha „ochránit je od všeho zlého“ je často spojena s příliš nízkými požadavky na dítě.

Dalším, poměrně častým nesprávným přístupem rodičů, je rezignace na výchovu a rozvíjení dítěte a zaměření zájmu na co nejdokonalejší uspokojování jeho základních biologických potřeb. Opakem tohoto přístupu je neúměrná snaha vychovat, vycvičit, „vycepovat“ dítě tak, aby se co nejméně lišilo od svých vrstevníků. Rodiče ve své snaze dítěti zkvalitnit budoucí život jej potom zahltní nepřiměřeným množstvím podnětů, což může vést až k neurotizaci dítěte, někdy i rodičů. Nejvhodnější přístup spočívá asi v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je. K dobrému a objektivnímu poznání svého

¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003, s. 137

dítěte potřebují rodiče pomoc kvalifikovaných odborníků (lékařů, psychologů a speciálních pedagogů).

V předškolním věku je pro dítě zpravidla přínosem, může-li navštěvovat mateřskou školu (běžnou nebo speciální) či denní stacionář, nebo je-li alespoň v péči střediska rané péče, které rodiče seznamuje s tím, jak nejlépe a všestranně osobnost dítěte rozvíjet. Rodina hraje významnou roli i ve školním věku dítěte. Výchova dětí s mentálním postižením je pracná a náročná. Vědomosti, dovednosti a návyky se vytvářejí obtížně a pomalu, děti jsou nesamostatné – vyžadují téměř nepřetržitý dohled. Velkým pokrokem na cestě k osamostatnění je zvládnutí základní sebeobsluhy, orientace v běžném životě, schopnost komunikace s ostatními lidmi. Některé děti s těžším stupněm mentálního postižení se naučí například velmi krásně vyšívat, plést, pracovat s keramickou hlinou. To ovšem vyžaduje trpělivé a dlouhodobé vedení. Kromě pocitu smysluplné činnosti zažívají i pocit uspokojení z vlastní užitečnosti. Tento pocit potřebuje každý člověk, pro mentálně postižené může být naplněním smyslu jejich života.

Velice důležité v přístupu rodičů k dětem je, aby si vytvořili určité obranné mechanismy k vyrovnávání se s obtížemi. Nezbytná je jednotná výchova obou rodičů. Jestliže rodiče vědí o možných problémech dětí, radí se spolu, dříve vyhledají i odbornou pomoc. V rodině je třeba zajistit tok výchovných podnětů:

- zaměření se na zdravý vývoj dítěte,
- rozvoj poznání,
- založení žádoucích osobnostních vlastností.

Další důležité úkoly rodiny:

- vytvoření základních dovedností a návyků,
- rozvoj vývoje řeči,
- rozvoj sebeobslužných činností,
- samostatnost v rozhodování,
- zapojení do praktických činností.²

² PIPEKOVÁ, JARMILA. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2000, s. 48

Rodina má největší vliv na utváření osobnosti dítěte, neboť základním sociálním vztahem dítěte je jeho vztah k rodičům, případně sourozencům. Tento vztah vytváří předpoklad vývoje osobnosti dítěte, protože první zkušenosti, které dítě prožívá, ovlivňují budování jeho vlastní identity. Podle tohoto vztahu dítě prožívá další vztahy se svým okolím. Rodiče svým chováním, reakcemi, pomáhají dítěti strukturovat okolní svět, poznávat ho a orientovat se v něm. Už v prvních kontaktech mezi matkou a dítětem se vytváří základní životní pocit jistoty dítěte. Matka, na jejíž tváři se empaticky odráží stav prožívaný dítětem, které se v jejím výrazu poznává, je podle Winnicotta „přijatelná matka“. V opačném případě prožívá dítě pocit opuštěnosti.

Jestliže je dítě od raného věku přijímáno jako postižené, nejsou požadavky ani očekávání, jež na ně rodiče kladou, stejná, jako kdyby bylo zdravé. Důležitý je realistický postoj rodičů k dané situaci, kdy akceptují dítě takové, jaké je a jsou ochotni je rozvíjet v mezích jeho možností. Takového postoje však nejsou schopni všichni rodičové. Projevy dítěte s postižením často neodpovídají běžným zákonitostem, a tak mnohdy vyvolávají v rodičích pocit nejistoty a neschopnosti dítěti porozumět. Nežádka se rodičům zdá, že jejich úsilí nemá smysl, protože se dítě nevyvíjí tak, jak by si představovali a očekávali, pokroky nejsou úměrné energii, kterou rodiče do výchovy svého dítěte investují.

Hlavní principy ve výchově dítěte:

- výchova musí být v souladu s psychickým vývojem dítěte, ten je opožděn za vývojem odpovídajícím jeho fyzickému věku,
- pro výchovu je důležitější vědět, co dítě umí, než co neumí, neboť tam, kde má dítě rezervy, musí začít výchova,
- přijmout přednosti dítěte,
- pomoci mu hodnotit jeho výsledky realisticky,
- naučit dítě nebýt k sobě příliš kritické,
- dítě musí cítit, že je milováno, že někam patří,
- potřebuje mít pocit, že se může samo rozhodnout,
- je nutné zavést denní režim s pevnými pravidly,
- mít rozdělené povinnosti v rodině, být jednotní v požadavcích na dítě.³

³ PIPEKOVÁ, JARMILA. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2000, s. 48

V rodinách, kde mají děti s postižením „zdravé“ sourozence může být nebezpečné soustředění rodičovské pozornosti na dítě s handicapem, ale může se stát i opačný extrém, kdy se centrem zájmu stává zdravé dítě. Sourozenci dítěte s postižením potřebují cítit, že oni sami nejsou diskriminováni.

Zatížení rodiny v průběhu vývoje dítěte se mění, protože určité výchovné problémy vystupují do popředí až v určitém vývojovém období. V batolecím období dítěte vazba na matku přetrvává dlouho ve své původní symbiotické podobě – dítě nemá potřebu osamostatnění. V oblasti interakce nejvíc chybí jak základní porozumění řeči, tak i počátky aktivního verbálního projevu. Navazování vztahů s cizí osobou je velmi obtížné – překážky v porozumění, sociální interakci a komunikaci. Sociální reaktivita je u dětí s mentálním postižením i později omezena převážně na vlastní rodinu.

Během předškolního věku je nezkušenost značná zejména v kontaktu s vrstevníkem (omezeno na sourozence). Představa obsahu jednotlivých rolí a jejich rozdílů je u dětí s mentální retardací delší dobu nepřesná a stereotypnější. Infantilismus se projevuje např. v nedostatečném odlišení chování v různých situacích, k dospělým, k dětem. Vyvíjí se i sebepojetí, které odráží vztahy, které k dítěti mají lidé v jeho okolí.

Ve školním věku se u méně závažně postižených dětí rozšiřuje zkušenost s dalšími sociálními rolími, především je to autorita učitele. Dovednosti sociální interakce se rozvíjejí pod vlivem speciálně pedagogického působení ve škole. Patří sem verbální komunikace a sociální návyky. Rozpor mezi statutem a rolí, který je za normálních okolností v pubertě zdrojem napětí se u mentálně postižených v tomto věku nevytváří. Určitým problémem v období adolescence může být sexuální potřeba, kterou mladistvý nedovede a ani nemá příležitost uspokojivě saturovat. Mnohdy dochází ke zvýšení agresivity.⁴

Významným mezníkem nejen v životě dítěte, ale celé rodiny je jeho vstup do školy. Tímto okamžikem začíná pro rodiče nová fáze psychického zatížení. Pro každé dítě je k dispozici vzdělávací zařízení (základní školy s příslušnými vzdělávacími

⁴ VÁGNEROVÁ, MARIE. *Patopsychologie II*. Liberec: Technická univerzita, 1995, s. 62

programy, speciální škola, denní či týdenní stacionář). Rodiče však těžce tíží, že jejich dítě mnohdy plně nezvládne základy trivie. Zatížení vznikající ze školní problematiky je pociťováno více otci, čímž se extrémně zvětšuje zatížení matky. Příchodem do školy (odpovídajícího vzdělávacího zařízení) udělá dítě s postižením další krok na veřejnost. Dostává se do společnosti cizích lidí při cestě do školy. V těchto situacích dochází k nechtěnému přetěžování dětí s postižením, k výčitkám a káráním ze strany okolí, občas také k výsměchu a otevřenému odmítnutí. Z toho plyne často strach, nejistota nebo dokonce nepřátelství dítěte k okolí – pro rodiče další zatěžkávací zkouškou ve výchově jejich dítěte. Rodiče by měli pomoci svému dítěti nalézt cestu ke komunikaci s okolím a vypěstovat v něm určitou formu asertivity, kterou by uplatňovalo při jednání s cizími lidmi. Rodiče potřebují vědět, jak ke svému dítěti přistupovat. Záleží i na stylu výchovy. Příliš úzkostná péče a podpora těmto dětem neprospívá – nenaučí se tak překonávat překážky. Školní výchova ovlivňuje emocionální klima rodiny (pomoc při překonávání obtíží, spoluprožívání úspěchů a neúspěchů).

V období dospívání dítěte čelí rodiče další psychické zátěži ve formě přehnaných nadějí o reálných možnostech dítěte v oblasti jeho profesního uplatnění, obavu o budoucnost svého dítěte.

V současnosti nejde jen o zajištění vzdělání postižených osob, ale i o jejich uplatnění na trhu práce. Proto je nutné rozvíjet strategie vedoucí k jejich integraci spojenou s možností jejich pozdějšího pracovního uplatnění. Ne vždy je snadné skloubit zájmy, přání, dovednosti, psychické a fyzické schopnosti a předpoklady jedince s postižením a podle toho zvolit nejvhodnější povolání. Při volbě profesní dráhy je nutné posoudit hlavně vhodnost a přiměřenost zvoleného povolání ve vztahu k postižení, osobnostním faktorům a možnosti uplatnění spolu s pracovním potenciálem. Vždy je třeba posuzovat konkrétní situaci jedince.

Každé dítě má právo na péči v rodině, není-li jeho biologická rodina schopna nebo ochotna mu tuto péči poskytnout, nabízí se možnost umístění dítěte do náhradní rodinné péče. Postižení dítěte samo o sobě není kontraindikací náhradní rodinné péče, náhradní rodiče však musí být podrobně a pravdivě seznámeni se zdravotním stavem dítěte (s jeho vlastní i rodinnou anamnézou – je-li známa) i s prognózou do budoucna.

Každé dítě, které je umístěno do kojeneckého ústavu či dětského domova, je pečlivě a opakovaně vyšetřeno, ale u malého kojence lze odhalit pouze výraznější postižení, u staršího se již přidává i působení citové a podnětové deprivace. Je běžné, že dítě se po příchodu do náhradní rodiny začne rychle rozvíjet, což vede k optimismu náhradních rodičů. Později se však rozvoj zpomaluje. Dítě obvykle dosáhne vyšší úrovně, ale přes svou genetickou výbavu již dále nemůže. Je proto vhodnější svěřovat tyto děti rodičům méně náročným na intelektové schopnosti dítěte.

Pěstounská péče je však dosud méně tradiční formou péče o děti s mentálním postižením. V České republice tato forma péče zatím není dostatečně vžitá, avšak v mnoha zemích je běžná. Motivy mohou být různé (v některých zemích se považuje péče o postižené lidi za vysoce společensky hodnocenou aktivitu, která zvyšuje společenskou prestiž člověka nebo celé rodiny).

Nepodaří-li se dítě umístit do náhradní rodinné péče, je vychováváno v ústavních zařízeních. Ústavní péče je poskytována jednak v kojeneckých ústavech (děti od 0 – 3 let), dětských domovech (3 – 18, max. 26 let) a v ústavech sociální péče pro mládež a pro dospělé. Pro jedince s mentálním postižením se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem.

Denní stacionáře pečují o děti, mládež i dospělé klienty s postižením. Někdy nahrazují práci škol a mateřských škol. V péči pro dospělé suplují činnost chráněných pracovišť. Orientují se na vzdělávací aktivity, pracovní rehabilitaci, různé druhy terapií, volnočasové aktivity.

Týdenní zařízení představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Pro rodiny dětí s mentálním postižením představují velkou pomoc. Děti v těchto zařízeních zpravidla žijí velmi spokojeným životem, protože se stále mají na co těšit. V týdnu na rodiče a sourozence, v neděli na kamarády.

Umístění dítěte do ústavu sociální péče s celoročním pobytem znamená velmi vážné rozhodnutí, které rodičům často přináší výčitky svědomí a traumata z pocitu selhání. I zde je možné, aby dítě navštěvovalo svou rodinu, ale je k tomu již zapotřebí souhlasu sociálního pracovníka.

1.2 Vymezení základních pojmů

Výchova – proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji.

Speciální školství – je školstvím, které zabezpečuje edukaci dětí se speciálními výchovně-vzdělávacími potřebami (např. děti se smyslovým, mentálním nebo tělesným handicapem).

Děti se speciálními výchovně-vzdělávacími potřebami - děti, které se nemohou s ohledem na své postižení a další nepříznivé okolnosti (špatné rodinné zázemí, sociální nepřizpůsobivost) vzdělávat ve školách běžného typu.

Porucha - označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků chování, který je většinou spojený s pocitem tísně a narušením funkcí.

Poruchy chování – skupina poruch, které se projevují opakujícím se a trvalým obrazem asociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Bývají spojeny s nepříznivým rodinným prostředím a sociálním okolím.

Postižení – jakákoli porucha, duševní nebo tělesná, dlouhodobá nebo trvalá, která jedinci brání účinně se přizpůsobit běžným nárokům života. K postižení může dojít v období prenatálním, perinatálním či postnatálním, ale také v průběhu celého života. Může tedy jít o postižení vrozené či získané.

Handicap - je slovo, které se podle slovníku Petit Robert objevuje v Anglii kolem r. 1827 (z angl. „hand in cap“ – ruka v klobouku) a pochází z prostředí dostihového sportu. „Ruka v klobouku“ označuje los, který určuje, které z lehčích a trénovanějších koní ponese větší zátěž, aby byly podmínky vyrovnané. Později začal tento termín u lidí označovat „zátěž“ nějakého onemocnění, tělesné vady, postižení. Jde o znevýhodnění určitých osob vůči jiným osobám.⁵

Mentální retardace – je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového

⁵ VÁGNEROVÁ, MARIE et al. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2004, s. 33

období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Jedná se tedy o vývojovou poruchu integrace specifických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti (duševní, tělesná, sociální).

Pseudooligofrenie – neboli zdánlivá mentální retardace vzniká nevhodným působením vnějšího nepodnětného prostředí, nikoliv poškozením centrální nervové soustavy na jedince.

Symptomatické poruchy řeči – poruchy komunikačních schopností, které jsou průvodním znakem (symptomem) jiného, dominantního senzorického, motorického, mentálního postižení, poruchy, onemocnění. Mezi symptomatické poruchy řeči u dětí s mentální retardací, patří např. opožděný či omezený vývoj řeči, dyslalie, huhňavost...

Opožděný vývoj řeči jako symptomatická porucha řeči při MR – průběh vývoje řeči a hlavně jeho začátky primárně závisí na stupni sníženého intelektu (hluboká mentální retardace - řečové projevy zůstávají na pudové úrovni, jedinec nemluví, nevyskytuje se ani přiměřená mimika, těžká mentální retardace – řeč zůstává na stupni pudových hlasových projevů, jedinec vydává hlas obměňovaný právě prožívanými emocemi (zlost, radost...), případně jedinec mluví echolalicky, středně těžká mentální retardace – řeč se často začíná vyvíjet až okolo 6. roku života, často se vyskytují echolálie, lehká mentální retardace – začátky vývoje řeči se zpravidla opoždí o 1 – 2 roky, vážne zevšeobecnování a abstrakce).

Echolálie – ozvěnovité (papouškovité) opakování slyšených slabik, slov a vět po druhých osobách, obvykle bez pochopení obsahu řeči.⁶

Dyslalie – neboli patlavost je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem. Dyslalie je nejrozšířenější porucha komunikačních schopností.

⁶ DVORÁK, JOSEF. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001, s. 62

ADHD – (attention deficit hyperaktivity disorder) – porucha pozornosti s hyperaktivitou. Někdy též uváděn jako ADHD/ADD. V ČR se často užívá starší termín lehká mozková dysfunkce (LMD), která na rozdíl od ADD nepopisuje projevy chování, ale příčinu poruchy – porucha pozornosti.

Smyslové postižení – porucha nebo ztráta (jednoho nebo více) smyslu – zrak, sluch, čich, chuť, hmat a prostorové povědomí.

Retinopatie nedonošených – představuje patologické změny na sítnici, která je tvořena jemnou blankou vystylající nitro oka, přijímá světlo a zrakový podnět vysílá do mozku. U předčasně narozeného dítěte je sítnice příliš tenká. Děti s touto diagnózou bývají častěji postiženy strabismem a amblyopií, příp. myopií.⁷

Astigmatismus – (tzv. cylindrická oční vada) je refrakční vada, způsobující nepřesné zaostření světla na sítnici. Vyskytuje se také často společně s krátkozrakostí nebo dalekozrakostí. Vzniká nepravidelným zakřivením kulového tvaru rohovky.

Amblyopie – (tupozrakost) spočívá v mlhavém vidění, hluboce snížené zrakové ostrosti i s brýlovou korekcí, zpravidla na jednom oku. Vzniká v útlém věku a lze ji léčit.

Strabismus – strabismus neboli šilhání; nerovnovážné postavení očí. Rozlišuje se strabismus:

- a) zjevný nebo skrytý,
- b) stálý nebo periodický,
- c) sbíhavý (k nosu, konvergentní) nebo rozbíhavý (k spánkům, divergentní) aj.

Podle příčiny spočívá léčba v cvičení, korekci brýlemi nebo operaci.

Skolióza – boční a rotační vychýlení páteře.

Kombinované postižení – o kombinovaném postižení hovoříme tehdy, vyskytují-li se u jedince dvě nebo více na sobě nezávislých vad (v případě, že by se vady vyskytovaly

⁷ KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, LEA. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 1998, s. 24

v závislosti jedna na druhé, jednalo by se o komplikaci), přičemž stupeň každé z nich by opravňoval dítě k zařazení do příslušné speciální školy.

Chromozomální aberace – jde o chromozomovou mutaci; odchylku buď v počtu chromozomů, v umístění genetického materiálu ve chromozomech nebo jejich tvaru; např. u Downova syndromu.⁸

Vada corpus callosum – spočívá v navzájem omezeném spojení mezi mozkovými hemisférami. Corpus callosum je totiž struktura, která je právě zodpovědná za spojení obou mozkových hemisfér.

Koarktace aorty – je vrozená vada představující zúžení aorty, což má za následek snížení tlaku a zhoršenému prokrvení břišních orgánů a dolních končetin, naopak horní polovina těla je zásobena dobře.

Náhradní rodinná péče – je poskytována dětem bez rodiny nebo dětem, které nemohou být z různých důvodů vychovávány ve své vlastní rodině. V naší republice se uskutečňuje ve třech právních režimech - adopce, pěstounská péče a poručnická péče.

Adopce – (osvojení) – manželé si mohou osvojit dítě, které je tzv. právně volné, osvojitelé mají stejná práva a povinnosti vůči dítěti jako rodiče – stávají se tak jeho zákonnými zástupci.

Poručnická péče – poručníka ustanovuje soud, pokud rodiče dítěte zemřou nebo jsou zbaveni rodičovské zodpovědnosti, obvykle se jedná o příbuzné nebo osobu blízkou. Poručník je zákonným zástupcem dítěte spravujícím jeho majetek, ale při závažných rozhodnutích je povinen se poradit se soudem. Nemá k dítěti vyživovací povinnost.

Pěstounská péče – dítě v pěstounské péči nemá práva biologického potomka. Právní vztah mezi dítětem a pěstounem končí dosažením zletilosti dítěte. Biologičtí rodiče neztrácejí rodičovskou zodpovědnost, ví, kde jejich dítě vyrůstá a budou-li ho chtít zpět, podají žádost soudu, a ten jejich požadavek zváží.

⁸ HARTL, PAVEL., HARTLOVÁ, HELENA. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 13

Výchovné problémy – nebo-li poruchy chování, lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy dítě není schopné respektovat běžné normy chování na úrovni odpovídající jeho věku.

Citová deprivace - citové strádání, dlouhodobý nedostatek citu a emocí pociťovaný jednotlivcem.

Podnětová deprivace - dlouhodobý nedostatek podnětů, který může být způsoben nevhodným sociálním prostředím, ale také např. těžkým tělesným či smyslovým postižením.

Frustrační tolerance - schopnost odolávat psychické zátěži (zklamání, napětí, konfliktům, oddálení, ohrožení, ztrátě, neúspěchu).

Ústavní péče - v ústavní péči jsou jednak děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, děti, které byly soudem svěřeny do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, a dále děti, které byly do péče zařízení svěřeny rodiči.

Kojenecký ústav – zdravotnické zařízení léčebně preventivní péče v rezortu Ministerstva zdravotnictví, pečující o děti ve věku do tří let.

Dětský domov – do domova jsou umísťovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let nebo do ukončení přípravy na povolání nejvýše do 26 let, účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou bez závažných poruch chování.

2. Případová studie I

2.1 Kazuistika chlapce M

Pohlaví: muž

Rok narození: 2000

Diagnóza: ADHD, nerovnoměrné rozumové schopnosti (ve třech letech byla chlapci diagnostikována STMR, v současné době se intelekt pohybuje v pásmu průměru), retinopatie nedonošených (praktická slepota levého oka), astigmatismus myopicus (korigováno brýlemi), amblyopie, konvergentní strabismus, vadné držení těla, plochonoží

Současný stav:

Jedná se o 11ti – letého drobného, usměvavého a velmi komunikativního chlapce M. Dítě trpí poruchami pozornosti, hyperaktivitou a těžkou zrakovou vadou. Již sedmým rokem žije v náhradní rodině se svými poručníky a nevlastním bratrem K. (roč. 2006). Navštěvuje Základní školu pro zrakově postižené v Brně na Kamenomlýnské ulici, která mu plně vyhovuje zejména pro malý počet žáků ve třídě. Je vzděláván podle programu Základní školy. Zdravotní stav je v současné době dobrý, nemocnost je v normě. Chlapec je sledován na neurologii, kde již druhým rokem pravidelně (jednou týdně) navštěvuje biofeedback, psychologii (ve třech letech byla chlapci diagnostikována středně těžká mentální retardace, která byla později vyhodnocena jako pseudooligofrenie), oftalmologii (pro retinopatii nedonošených, astigmatismus, který je korigován brýlemi, amblyopii a strabismus), ortopedii (pro vadné držení těla a plochonoží) a ortodontii (vadný skus – předkus spodní čelisti – chlapec nosí snímatelná rovnátka).

Anamnéza a scholarita

Rodinná anamnéza

Informace o rodinné anamnéze dítěte jsou minimální.

Matka – roč. 1962, otec dítěte neuveden, manžel matky M roč. 1960 není pokrevním otcem dítěte. Sourozenci – sestra 1982, bratr 1984, bratr 1986. Dítě žije nyní v náhradní rodině, neboť se ho jeho biologická matka ihned po porodu zřekla.

Osobní anamnéza

Dítě ze 6. gravidity, bez prenatální péče (matka údajně o těhotenství nevěděla, byla závislá na alkoholu). Jednalo se o 5. porod matky. Jeden ze sourozenců zemřel ve věku 2 měsíců. Na gynekologii přišla matka, když už bylo dítě téměř porozeno. Novorozenec nezralý, gestačně odpovídal 28. týdnu. Plodová voda zkalena smolkou, smolka i v žaludku a dýchacích cestách. Dítě bylo odsáto. Bylo hypotonické, apatické, patrné byly známky parézy (pravostranná hemiparéza – pro kterou bylo intenzivně rehabilitováno Vojtovou metodou cca do 3 let). Na vnitřní straně stehna má dítě cévní hemangiom (2x2 cm). Bylo převezeno na JIP ve Zlíně, kde bylo 11 dní inkubováno a ventilováno. Dítě mělo potíže s příjmem potravy, strava byla přechodně podávána sondou. Ve dvou měsících bylo dítě na základě souhlasu matky přeloženo do Kojeneckého ústavu Kyjov. Chlapec byl pro stigmatizaci (asiatské rysy v obličeji, mongoloidní postavení očí...) vyšetřen na Downův syndrom, který byl vyšetřením vyloučen. Vzhledem k psychomotorické retardaci a nepříliš dobré prognóze nebylo dítě doporučeno do náhradní rodinné péče a bylo přeloženo z KÚ do Domova pro postižené děti - DD Lila Otnice.

Ve třech letech byla dítěti diagnostikována středně těžká mentální retardace, syndrom ADHD, blíže nespecifikovaná zraková vada, která byla později vyhodnocena jako retinopatie nedonošených (praktická slepota levého oka), astigmatismus myopicus, amblyopie a konvergentní strabismus.

Dítě bylo třikrát v životě hospitalizováno – pro zažívací obtíže, adenotomii a při vyšetření zraku, které bylo pro nízký věk a nespolupráci dítěte nutno provést v celkové narkóze.

Chlapec byl sledován na neurologii (pro PMR), oftalmologii (retinopatie nedonošených, praktická slepota na levé oko, astigmatismus, amblyopie, konvergentní strabismus) a dermatologii (pro kapilární hemangiom na stehně). V dětském domově byl v pravidelné péči dětského psychologa (diagnostikována STMR, ADHD), fyzioterapeuta (dlouhodobě rehabilitován Vojtovou metodou) a logopeda (pro opožděný vývoj řeči). V současnosti navštěvuje též ortopedii (pro vadné držení těla a plochonoží) a ortodontii (předkus spodní čelisti – nosí snímatelná rovnátka).

Scholarita

Chlapec žil od narození v ústavních zařízeních. Od 2,5 let mu byla v Domově pro postižené děti (DD Lila Otnice) věnována individuální speciálně pedagogická péče - 3 x týdně, včetně intenzivní péče logopedické – 5 x týdně (vývoj řeči byl u dítěte výrazně opožděn - v té době teprve začínal užívat první duplikace a onomatopoeia). Po umístění dítěte do náhradní rodiny (ve 3,5 letech) začal chlapec navštěvovat MŠS (mateřskou školu speciální) v Brně na Barvičově ulici. V předškolním věku přestoupil do běžné MŠ, kde navštěvoval pro přetrvávající vícečetnou dyslalii logopedickou třídu, která byla pro chlapce ideální pro malý počet dětí v kolektivu (10 dětí).

Povinnou školní docházku zahájil M v běžné základní škole v místě bydliště, kde byl od druhého ročníku vzděláván podle IVP (individuálního vzdělávacího plánu). Pro velký počet žáků ve třídě a vysoké nároky školy (zařazení cizího jazyka již od prvního ročníku...), které vedly ke vzniku neurotických projevů, nastoupil chlapec od třetího ročníku na Základní školu pro zrakově postižené na Kamenomlýnské ulici, kde nyní navštěvuje pátý ročník. Malý kolektiv (9 žáků) a odbornost učitelů – speciálních pedagogů, kteří uplatňují individuální přístup s ohledem na osobnostní specifika každého dítěte, mu plně vyhovuje. Je vzděláván podle programu Základní školy. Učivo základní školy zvládá bez větších obtíží (má pouze lehčí dysgrafické a dysortografické potíže, mírně vážně též logika, což se projevuje zejména při řešení slovních úloh v matematice) a prospívá s vyznamenáním.

Rodinné prostředí

Ihned po narození se biologická matka chlapce zřekla, druhý den po porodu jej opustila a nikdy o dítě neprojevila žádný zájem (telefonicky ani písemně se neinformovala na jeho zdravotní stav, nikdy jej nenavštívila). Dítě bylo umístěno v Kojeneckém ústavu (Kyjov) odkud bylo ve věku 2,5 let přeloženo do Domova pro postižené děti (DD LILA Otnice). Ve 3,5 letech získal chlapec náhradní rodinu, v níž žije dodnes. Bydlí ve čtyřpokojovém bytě se svými poručníky a mladším nevlastním bratrem (2006), který je biologickým synem poručníků. Vztahy v rodině jsou bezkonfliktní. Chlapec byl všele přijat celou širší rodinou, s níž je často v kontaktu. Zejména s částí rodiny ze strany náhradní matky, která žije v Brně. S rodinou ze strany poručníka, která žije na Šumavě, se stýká asi dvakrát do roka (většinou o letních prázdninách a o Vánocích). Rodinné prostředí je velmi podnětné, oba poručníci mají pedagogické vzdělání a chlapce se snaží všestranně rozvíjet. M. za uplynulých sedm let,

kdy žije v náhradní rodině, udělal velké pokroky. Navštěvuje několik zájmových kroužků – sólový zpěv, atletiku a náboženství. Také dochází již druhým rokem jednou týdně na biofeedback. Koncentrace pozornosti se znatelně zlepšuje. Rozumové schopnosti dítěte se významně zvýšily (chlapcovo IQ se nyní pohybuje již v pásmu průměru x při příchodu do náhradní rodiny se nacházelo v horním pásmu středně těžké mentální retardace).

Ze zpráv SRP (střediska rané péče), SPC (speciálně pedagogického centra), PPP (pedagogicko- psychologické poradny), odborných lékařských zpráv z Kojeneckého ústavu (KÚ Kyjov) a Dětského domova (DD LILA Otnice), psychologických a logopedických vyšetření z let 2002 až 2011 a vlastního pozorování:

Motorika:

Ve věku 2 let (v tomto období pobývalo dítě v KÚ):

Celkový psychomotorický vývoj dítěte vykazoval opoždění ve všech složkách dlouhodobého rázu.

Hrubá motorika – samostatná, místy méně vybalancovaná chůze. Kolem nábytku začal chlapec obcházet okolo 14 měsíců, veden za ruce chodil od 15 měsíců, od 16 měsíců vydržel na krátkou chvíli stát bez opory, samostatná chůze od 17 měsíců. Dokázal překonat menší překážky, utíkal.

Jemná motorika – čistý klíšťový úchop neutvořen, drobné předměty uchopoval do dlaně. Dokázal vložit i vyjmout předměty z duté nádoby. Upřednostňoval prostou manipulaci s předměty, které vkládal do úst a olizoval, případně jimi tloukl o podložku. Měl v oblíbě ozvučené hračky a chrastítka. Kostky na sebe nestavěl.

Ve věku 3,5 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):

Hrubá motorika – samostatně běhal, chodil po schodech, střídal nohy. Při delších vycházkách však bylo ještě dítě vozeno na kočárku.

Jemná motorika – poměrně dobrá, chlapec manipuloval i s drobnými předměty, vložil kolíčky do otvorů, postavil komín z kostek, navlékl velké korále. Úchop klíšťový byl již utvořen. Grafomotorika byla na velmi nízké úrovni

Ve věku 6 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Hrubá motorika – bez větších nápadností. Chlapec jezdil na kole s přídatnými kolečky.

Grafomotorika – kresba byla na nižší vývojové fázi (odpovídala úrovni asi 4 let věku), kresba jednoduchá jak po stránce obsahové, tak i formální s prvky organicity (vizuomotorická koordinace mírně vážla).

Ve věku 8 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Hrubá motorika byla v normě. Chlapec jezdil na kole, plaval.

Grafomotorika – snížená grafomotorická a vizuomotorická obratnost ovlivňovala kvalitu zápisu zejména v časově limitovaných úkolech. Kresba byla na vývojově nižší úrovni – při kresbě lidské figury nebyly dodrženy základní proporce, kresba postrádala detaily.

Současný stav (11 let – chlapec žije v náhradní rodině):

Hrubá motorika je v normě. M je pohybově zdatný, jezdí na kole, rád a dobře běhá. Navštěvuje atletiku.

Jemná motorika, grafomotorika a vizuomotorika je mírně oslabena. Při grafomotorických úkolech používá chlapec levou ruku, má správný úchop. Má-li M psát v nějakém časovém limitu, má jeho výkon sestupnou tendenci – kvalita zápisu je významně snížena. S časovou tolerancí je však schopen psát pomalým tempem čitelně a úhledně.

Lateralita:

Ve věku 2 let (v tomto období pobývalo dítě v KÚ):

Lateralita fyziologicky nevyhraněná.

Ve věku 3,5 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):

Lateralita fyziologicky nevyhraněná.

Ve věku 6 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Lateralita ještě nebyla plně vyhraněna, většinou však chlapec preferoval levou horní končetinu.

Současný stav (11 let – chlapec žije v náhradní rodině):

Lateralita je zkrřížená, chlapec preferuje levou horní končetinu, vzhledem k těžké zrakové vadě (praktické slepotě na levé oko) – je dominantní pravé oko.

Sebeobsluha:

Ve věku 2 let (v tomto období pobývalo dítě v KÚ):

Chlapec byl zcela zaplenován, krměn mixovanou stravou ze lžice, z hrníčku se napil s dopomocí.

Ve věku 3,5 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):

Ve všech sebeobslužných činnostech potřeboval M dopomoc nebo alespoň dohled dospělé osoby – byl nadále celodenně zaplenován, přes den byl vysazován na nočník (bez většího efektu), jedl velmi nečistě - sám lžící, nezvládal kousat, všechna potrava mu byla mixována, pil z hrníčku, většinou se však polil. Při oblékání se snažil spolupracovat, ale sám se neoblékal.

Ve věku 6 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Ve všech sebeobslužných činnostech byl chlapec již víceméně samostatný, potřeboval pouze dohled – sám se oblékl (knoflík i zip rozepnul i zapnul, tkaničky nezavázal), najedl se příborem, vyčistil si zuby, umyl si ruce.

Ve věku 8 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Ve všech sebeobslužných činnostech byl chlapec již samostatný. Samostatně chodil do školy i ze školy.

Současný stav (11 let – chlapec žije v náhradní rodině):

V sebeobslužných činnostech je chlapec zcela samostatný. Sám se obléká i vysvléká, oblečení je schopen si samostatně vybrat s ohledem na počasí. Oblečení si

skládá a uklízí (je však trochu nedbalý). Snaží se udržovat pořádek ve svém pokoji (ustele si postel, vysaje, otře prach). Samostatně se sprchuje, umývá si vlasy, dokáže si ostříhat nehty.

Sám jezdí městskou hromadnou dopravou do školy i ze školy. Pomáhá s domácími pracemi – utírá nádobí, chodí sám na nákup, vynáší odpadkový koš, snaží se pomáhat při vaření (připravuje salát – krájí zeleninu, strouhá rohlíky na strouhanku...).

Sociálně citová oblast:

Ve věku 2 let (v tomto období pobývalo dítě v KÚ):

Jevil zájem o okolní podněty, reagoval na své jméno, na změnu prostředí. Navázal a udržel zrakový kontakt, přiběhl se pomazlit, ale takový blízký kontakt akceptoval vždy pouze na krátkou chvíli. Byl neustále v pohybu, silně instabilní. Přetrvávaly některé zlovyky – jako dumlání palce, pohybové stereotypie – kývání celým tělem ze strany na stranu při usínání. V sociálním kontaktu dával přednost dospělým osobám před dětmi (s vrstevníky si nehrál, jejich společnost nevyhledával). Žádnou konkrétní osobu nepreferoval, rád se s kýmkoli (zcela bez výběru) pomazlil.

Ve věku 3,5 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):

V chování byl chlapec bezprostřední, u žádné činnosti delší dobu nevydržel, přetrvávala silná instabilita. Chlapec již dokázal při příchodu a odchodu z místnosti pozdravit, žádal-li o nějakou věc, poprosil gestem. Vzhledem k nedostatkům v komunikaci docházelo mnohdy ke konfliktním situacím, kdy chlapec jakýkoli komunikační neúspěch řešil afektem a autoagresivními projevy. Hlasitě křičel, plakal, houkal a tloukl hlavou o zem nebo o zeď. Stejně projevoval jakoukoli nelibost (např. sebralo-li mu druhé dítě hračku, ublížilo-li mu...).

Ve věku 6 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Dítě bylo bezprostřední, nevadila mu přítomnost cizí osoby. Před řízenou činností preferovalo hru. Pokud si s něčím nevědělo rady, hledalo oporu u dospělé osoby, mělo nižší frustrační toleranci, většinu náročnějších situací řešilo křikem, pláčem či únikem. Chyběl sociální distanc. M se choval k lidem bez ohledu na jejich věk i

postavení (nerozlišoval, zda se jedná o osobu známou či cizí), měl potíže s vykáním dospělým osobám.

Ve věku 8 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Dítě se projevovalo vzhledem ke svému věku infantilně, v cizím prostředí a mezi cizími lidmi vykazovalo mírné adaptační potíže. Chlapec měl nižší sebehodnocení. Při jakékoli činnosti vyžadoval bezprostřední zpětnou vazbu a časté povzbuzení. Neúspěch řešil pláčem, únikem či agresí proti předmětům (např. zničil nějakou hračku, rozstříhal časopis...). V tomto období se u M začaly projevovat neurotické příznaky – okusoval si nehty či kůži na prstech, bezmyšlenkovitě si strkal prsty do nosu (aniž by měl rýmu), neustále si olizoval rty.

Současný stav (11 let – chlapec žije v náhradní rodině):

M je velmi milý a rád dává své emoce najevo. S oblibou a často říká blízkým osobám, že je má rád a to i v momentech, kdy takováto důvěrnost není zcela namístě a neodpovídá jeho věku (např. třídní paní učitelce – i v 5. ročníku...) – chybí sociální odstup. Chlapec je pozitivně emočně laděný. Vztahy navazuje spontánně a zcela bez zábran. Kamarádké vztahy vyhledává spíše s mladšími dětmi. Vhled do sociálních situací je na nižší úrovni než by odpovídalo věku. M mnohdy neví, jak řešit některé nečekané události či konflikty. Má nižší frustrační toleranci. Situace často řeší velmi impulzivně a reaguje afektem. Někdy volí únik z místnosti či pláč, jindy agresivní chování, které však obrací pouze proti předmětům (ničí většinou své nejoblíbenější hračky a předměty – např. hodinky, oblíbené CD...), nikdy proti lidem. Po afektu dochází k velmi rychlému zklidnění a následným projevům lítosti. Ve chvílích nejistoty či při neúspěchu si okusuje nehty či kůži na prstech. V posledních měsících se u M začínají projevovat známky počínající puberty. Objevují se časté změny nálad, chlapec nechce poslouchat, je drzý na své rodiče... Stále častěji se také objevují dotazy na biologickou matku a původní rodinné prostředí.

Zrakové vnímání a orientace v prostoru:

Ve věku 3,5 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):

U dítěte bylo vzneseno podezření na zrakové postižení a bylo doporučeno odborné oční vyšetření. Chlapec si dával prohlížené předměty velice blízko k očím.

V tomto období byl zrak funkčně vyšetřen ve středisku rané péče. M byl schopen fixovat pohybující se předměty, výrazně preferoval pravé oko, otáčel za podnětem oči a hlavu, v levé periferní části zorného pole byly reakce velmi nejisté. Zraková orientace na ploše byla bezproblémová. Koordinace oko-ruka byla oslabena, ruku byl schopen sledovat jen několik sekund (což souviselo mj. i s těžkou poruchou pozornosti). Poznával reálné předměty, fotografie i některé obrázky. Dokázal ukázat detaily na předmětech (např. kolo od auta...).

Ve věku 6 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Po odborném lékařském vyšetření, které probíhalo v celkové narkóze, byla dítěti diagnostikována zraková vada – retinopatie nedonošených (praktická slepota levého oka), astigmatismus myopicus, amblyopie a konvergentní strabismus. Astigmatismus korigován brýlemi. Orientace oko-ruka byla na dobré úrovni, chlapec se dobře orientoval v prostoru i na ploše, prohlížené předměty a obrázky již sledoval z přiměřené vzdálenosti (neměl potřebu si je přibližovat k pravému oku). Rozlišoval všechny základní i doplňkové barvy i jejich odstíny.

Ve věku 8 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Chlapec měl obtíže se zrakovou diferenciací. Krátkodobá vizuální paměť byla oslabena.

Současný stav (11 let – chlapec žije v náhradní rodině):

Při zrakové diferenciaci má chlapec mírné obtíže v diferenciaci detailů, celkově však v rámci širší normy. Orientace v prostoru i na ploše je bezproblémová.

Rozumové schopnosti:

Ve věku 2 let (v tomto období pobývalo dítě v KÚ):

Psychomotorický vývoj dítěte vykazoval výrazné opožďení ve všech složkách.

Ve věku 3,5 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):

Zvládal základní orientaci na vlastním těle (správně ukázal jmenovanou část těla na sobě i na druhé osobě či panence). Dokázal vybrat jmenovaný předmět z více předmětů, přiřadit předmět k obrázku. Dokázal najít a správně přiřadit stejné tvary,

barvy i obrázky. Chápal pojmy malý X velký, nahoře X dole, stejný X odlišný, studený X teplý, málo X mnoho. Pasivně zvládal základní barvy. Rozumové schopnosti se pohybovaly v horním pásmu středně těžké mentální retardace.

Ve věku 6 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Aktuální intelektový výkon vykazoval výrazný progres a to až do pásma podprůměru. Výkony v jednotlivých subtestech byly nerovnoměrně rozloženy. Na dobré úrovni byla všeobecná informovanost, počty i logika. Váznu zejména vzhled do sociálních situací (dítě se chovalo a projevovalo jako dítě vývojově mladší, slabší byla též vůle i motivace podat dobrý výkon) a výkon subtestu mechanické paměti (vštipivost i retence paměti). Výkon byl nadále negativně ovlivňován poruchami pozornosti a hyperaktivitou.

Ve věku 8 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Úroveň rozumových schopností celkově odpovídala podprůměrnému pásmu s převahou složky verbální, kde chlapec podával průměrný výkon. Neverbální rozumové schopnosti byly hraniční s podprůměrnými hodnotami.

Současný stav (11 let – chlapec žije v náhradní rodině):

Intelektové schopnosti se nyní pohybují celkově v pásmu průměru. Ve složce verbální podává chlapec nejlepší výkony v oblastech všeobecné informovanosti, slovní zásobě a praktických početních dovednostech. Krátkodobá mechanická paměť je oslabena, nejslabší výkony podává chlapec v oblasti verbálního logického uvažování a porozumění sociálním situacím. Potíže má se zapamatováním si lidských tváří.

Ve škole prospívá s vyznamenáním.

Verbální schopnosti:

Ve věku 2 let (v tomto období pobývalo dítě v KÚ):

Řečový vývoj byl od počátku významně opožděn. Porozumění mluvené řeči bylo značně sníženo. Chlapec užíval hrdelní zvuky, reduplikované slabiky (úroveň pudového žvatlání), slovo s významem neužíval. Libost vyjadřoval úsměvem či hlasitým smíchem, nelibost křikem či autoagresivními útoky.

Ve věku 3,5 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):

Chlapec reagoval na své jméno, plnil jednoduché instrukce, které byly doprovázeny gestem. Pochopení složitějších slovních instrukcí bylo značně problematické. Zákaz chápal, často jej však nerespektoval. Dokázal identifikovat podle jména osoby ve svém nejbližším okolí. Pasivně zvládal pojmy základní slovní zásoby (poznal a ukázal většinu předmětů denní potřeby, hraček, základních potravin, domácích zvířat...). Aktivní slovní zásoba neodpovídala věku, slovník byl velmi chudý, v tomto období se však začala pomalu rozšiřovat. Expresivní složka řeči vykazovala opoždění asi o 2 roky (tzn. verbální věk odpovídal 1,5 roku). Aktivní slovník obsahoval pojmy základní slovní zásoby – zvuky a názvy některých domácích zvířat, zjednodušené názvy předmětů denní potřeby, hraček, potravin, jména osob a základní činnosti. Ze slovních druhů byla ve slovníku zastoupena především citoslovce, podstatná jména a některá slovesa, v menší míře užíval již také některá základní přídavná jména a několik předložek. Začal tvořit dvojslovné věty, užíval otázku „Co je to?“. Řeč byla zcela agramatická a dyslalická, srozumitelnost byla problematická.

Ve věku 6 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Pasivní i aktivní slovní zásoba odpovídala věku. Slovní zásoba byla poměrně dobrá, místy se ještě v řeči objevovaly dysgramatismy. Srozumitelnost řeči byla dobrá, ve výslovnosti přetrvávala vícečetná dyslalie (interdentální sigmatismus, rotacismus a rotacismus bohemicus).

Ve věku 8 let (chlapec žil v náhradní rodině):

Chlapec měl velkou mluvní apetenci, pragmatická jazyková rovina byla na dobré úrovni. Slovní zásoba byla bohatá. Dysgramatismy se téměř nevyskytovaly. Výslovnost bez větších nápadností, místy se ještě objevoval interdentální sigmatismus.

Současný stav (11 let – chlapec žije v náhradní rodině):

Chlapec má velkou mluvní apetenci, spontánně navazuje konverzaci s vrstevníky i dospělými osobami. S chutí vypráví o svých zážitcích a zájmech, vyjádří vlastní potřeby, zformuluje myšlenku. Vyjadřuje se rozvinutými větami bez dysgramatismů. Má bohatou slovní zásobu. Rád čte. Čtenářské dovednosti jsou na velmi dobré úrovni. Rychlost čtení odpovídá věku a nadání, chybovost je minimální,

obsah a základní děj si chlapec většinou vybavuje. Text je schopen reprodukovat vlastními slovy.

Srozumitelnost řeči je dobrá, jen někdy se ještě vyskytují interdentální sykavky, které je však chlapec po upozornění schopen vyslovit čistě. Porozumění řeči odpovídá věku, pouze místy se ještě ojediněle objevují dílčí nedostatky způsobené ranou podnětovou deprivací.

Závěr:

M je chlapec ve věku 11 let. Po narození byl umístěn v Kojeneckém ústavu, ve věku 2,5 let byl přeložen do Domova pro postižené děti. Od svých 3,5 let žije v náhradní rodinné péči. Bydlí společně se svými poručníky (nevlastní matka roč.1979, nevlastní otec roč. 1974) a nevlastním bratrem ve čtyřpokojevém bytě, kde má svůj vlastní pokoj.

Navštěvuje základní školu pro zrakově postižené – 5. ročník, kde je vzděláván podle programu Základní školy. Pravidelně chodí do několika zájmových kroužků – atletika, sólový zpěv a náboženství.

Chlapec má těžké postižení zraku - retinopatie nedonošených (praktická slepota levého oka), astigmatismus myopicus (korigováno brýlemi), amblyopie a konvergentní strabismus a syndrom ADHD. Projevují se u něj poruchy chování související s nezralostí v oblasti emocionální a sociální. Chlapec se chová infantilně, má nízkou frustrační toleranci, konfliktní situace řeší únikem, pláčem či autoagresí (ničí své oblíbené věci a hračky), je velmi hyperaktivní (je téměř neustále v pohybu) a impulzivní (nedomyšlí důsledky svého chování), při zátěži se objevují neurotické projevy – okusování nehtů a prstů, olizování rtů.

Je sledován na neurologii (druhým rokem dochází jednou týdně na EEG biofeedback – korekce poruch pozornosti), psychologii, oftalmologii, ortopedii a ortodontii (pro vadu skusu – předkus spodní čelisti – nosí snímatelná rovnátka).

2.2 Umístění do náhradní rodinné péče

Chlapec M měl ve zdravotní dokumentaci zapsáno, že vzhledem ke kombinaci svých postižení není vhodný k umístění do náhradní rodiny a byl v podstatě odsouzen k pobytu v dětských domovech. Přesto byl v roce 2004 do náhradní rodiny umístěn. Se svými pěstouny se chlapec znal již delší dobu, neboť jeho pěstounkou se stala jedna ze zaměstnankyň dětského domova, která s dítětem byla v každodenním kontaktu. K bezproblémovému a rychlému umístění dítěte do náhradní rodiny přispělo i vzdělání a zaměstnání obou pěstounů, kteří jsou speciálními pedagogy. S výchovou postižených dětí mají značné zkušenosti a chlapce si oblíbili od první chvíle. Protože sociálním pracovníkům evidentně záleželo na prospěchu dítěte, bylo umístění do náhradní rodiny schváleno i přes fakt, že pěstouni nebyli sezdáni a bydleli v garsonce se záchodem na chodbě, která byla zkolaudována jako nebytový prostor. Je tedy zřejmé, že v odůvodněných případech převládne zájem dítěte nad materiálními podmínkami pro umístění dítěte do náhradní rodiny.

Přechod dítěte do nového prostředí byl spontánní a proběhl bez komplikací. Chlapce láskyplně přijala i celá širší rodina náhradních rodičů a M tak zaujal pozici prvorozeného dítěte, prvního vnoučete a synovce, který se těšil velké pozornosti celé rodiny. První dva měsíce v novém prostředí byl chlapec se svými pěstouny doma, poté nastoupil do speciální mateřské školy pro děti s mentálním postižením (postižení všech dětí v této škole byla ve srovnání s dětmi z dětského domova výrazně méně závažná). Adaptace chlapce v nové rodině trvala velmi krátkou dobu a spontánně. Poměrně brzy se začaly upravovat i výchovné problémy a postupně došlo k velmi výrazné akceleraci ve vývoji dítěte.

3. Výchova chlapce

3.1 Výchova chlapce v ústavních zařízeních

Ve dvou měsících byl chlapec na základě souhlasu matky přeložen do Kojeneckého ústavu Kyjov. O děti se staraly zdravotní sestry, které pro velkou kapacitu ústavu mohly zajistit pouze základní biologické potřeby dětí, čímž docházelo k citové a podnětové deprivaci chovanců. Chlapec M, který byl již svou rodinnou a ranou osobní anamnézou (zcela chybějící prenatální péče, velmi předčasný porod, nízká porodní váha...) handicapován, byl tak sekundárně postižen. Kombinací zdravotního znevýhodnění a nepodnětného prostředí tak docházelo ke stále výraznější retardaci psychomotorického vývoje, pro nějž byl ve svých 2,5 letech přemístěn z kojeneckého ústavu do Domova pro postižené děti – Lila Otnice.

Při příchodu do DD Lila byl chlapec zcela nemluvicí, vydával jen neartikulované hrdelní zvuky a houkal. Libost projevoval hlasitým smíchem, nelibost křikem a pláčem. Byl celodenně zaplenován, chůze byla velmi nejistá (samostatně se začal pohybovat okolo 1,5 roku).

V Dětském domově byla, naštěstí pro chlapce, zajištěna speciálně pedagogická péče včetně péče logopedické a také rehabilitace (Vojtova metoda). Pobýval ve skupině deseti dětí ve věku od 1 do 10 let s různým typem a stupněm postižení (zejména děti s mozkovou obrnou, Downovým syndromem, poruchou autistického spektra a kombinovaným postižením). Ubytován byl v pokoji společně se třemi dalšími dětmi. Nevlastnil žádné hračky ani oblečení (vše bylo pro děti společné).

Na oddělení pracovaly dvě zdravotní sestry, které zajišťovaly základní péči o dítě. Individuálně pak chlapec pracoval se speciálním pedagogem a logopedem. Byl rehabilitován Vojtovou metodou a jednou měsíčně byla prováděna canisterapie.

Chlapec se již samostatně, bez větších obtíží, pohyboval – chůze o širší bázi, samostatná lokomoce v nerovném terénu však byla dlouho problematická. Do 3,5 let chlapec neudržel čistotu, potřebu sám nehlásil, nosil pleny, noční enurézy přetrvávaly

cca do čtyř let věku. Při většině sebeobslužných činností potřeboval pomoc. Sám se najedl lžící, stravu však nedokázal v ústech rozmělnit (až do 3,5 let), byla mu proto podávána strava mixovaná. Při oblékání a osobní hygieně byl odkázán na pomoc dospělé osoby.

První slova začal M užívat okolo 3,5 let (citoslovce, duplikace), porozumění řeči bylo významně narušeno, aktivní slovní zásoba rostla jen velmi pozvolna (k výraznému rozvoji řeči došlo až po umístění dítěte do náhradní rodinné péče).

Díky kombinovanému postižení – středně těžké mentální retardaci, výrazné poruše pozornosti a aktivity – těžká hyperaktivita, závažné zrakové vadě – retinopatii nedonošených (praktické slepotě na jedno oko) a v neposlední řadě vlivem výrazně opožděného vývoje řeči, který byl způsoben jak dominantním postižením, tak těžkou psychickou a podmětovou deprivací, docházelo každodenně ke konfliktním situacím, způsobeným neporozuměním či snahou dítěte po přitáhnutí pozornosti. Chlapcovo chování bylo velmi impulzivní, těžká porucha pozornosti mu neumožňovala setrvat u jakékoli činnosti déle než 1-2 minuty. Déle nevydržel ani u nejoblíbenějších činností, kterými bylo např. mazlení s „tetou“, hra s atraktivní zvukovou hračkou... M byl téměř neustále v pohybu. Každé nedorozumění či křivdu (např. sebralo-li mu jiné dítě hračku nebo mu ublížilo) řešil hlasitým křikem, pláčem a autoagresí – tloukl hlavou o zem či o zeď. Chlapec si zafixoval také několik zlovyků – kousání palce i ostatních prstů, při usínání pak kývání celým tělem ze strany na stranu a současně hlazení se po tváři. Tyto zlovyky vykazovaly velkou rezistenci a některé z nich i při dlouhodobé snaze o jejich odstranění přetrvávají u chlapce dodnes.

3.2 Výchova chlapce v pěstounské rodině

Do náhradní rodiny byl chlapec umístěn ve svých 3,5 letech. První dva měsíce v novém prostředí byl chlapec se svými pěstouny doma, poté nastoupil do speciální mateřské školy pro děti s mentálním postižením. Adaptace v rodině i ve školce byla velmi rychlá.

M začal pod vedením pěstounů, kteří se mu plně věnovali, dělat velké pokroky. Výrazný posun bylo možno sledovat v oblasti sebeobsluhy - chlapec velice rychle začal udržovat čistotu a plenky potřeboval již pouze na noc. Naučil se kousat pevnou stravu, samostatně si umyl ruce a při oblékání potřeboval již pouze mírnou dopomoc (zapnout knoflík, zip...). V oblasti komunikace došlo také k velkému pokroku. Výrazně se zlepšilo porozumění řeči, chlapec již pohotově reagoval na běžné slovní instrukce a značně se rozšiřovala také jeho aktivní slovní zásoba. Byl velmi zvědavý a období otázek „proč“ u něj trvalo několik let. Díky podnětnému prostředí se postupně zmírňoval jeho intelektový deficit. Ve 4,5 letech znal již všechny barvy, v předškolním věku poznal všechna písmena a čísla (četl i čísla dvojciferná).

Upravovala se i jeho hyperaktivita a prodlužovala se doba koncentrace pozornosti. Ve 4 letech byl schopen setrvat u činnosti i 10 – 15 minut. Pozornost je však dodnes snadno odklonitelná vnitřními i vnějšími podněty.

Adaptace v nové rodině i ve školce trvala velmi krátkou dobu a spontánně a poměrně brzy se začaly upravovat i výchovné problémy. Během prvních dvou měsíců se podařilo zcela odbourat autoagresivní sklony dítěte, které byly spojeny s frustrací z nepochopení (v období, kdy chlapec ještě nebyl schopen verbálně komunikovat a kdy mu chyběl komunikační partner, který by si udělal dostatek času na dekodování jeho pokusů o komunikaci). Dítě již mělo v nové rodině dostatek komunikačních partnerů, kteří měli chuť i čas se s dítětem dorozumět. Místo tlučení hlavou o zem či o zed' začal chlapec v momentech rozčilení či nespokojenosti házet věcmi a postupně (během několika dalších měsíců) upustil i od tohoto druhu agrese. Výrazně též ubylo vztekání a křiku.

Dodnes má však chlapec nižší frustrační toleranci a jakékoli nedorozumění řeší únikem a pláčem, místy ještě dochází k agresi vůči předmětům, zpravidla vlastním (např. roztrhá oblíbený časopis, zničí hodinky). Cucání palce a kývání se na posteli byly reakcí na nedostatek podnětů z okolí a sloužily jako výplň volného času – zejména v postýlce, kde dítě trávilo 13 až 14 hodin denně. Po příchodu k pěstounům, kde se upravila doba, kterou M trávil v postýlce (pouze na dobu nezbytně nutnou k odpočinku) a přibýlo vhodných podnětů, cucání palce spontánně ustoupilo. Kývání se při usínání ale přetrvává dodnes. Hlazení tváře, které bylo zřejmě reakcí na nedostatek fyzického

kontaktu a na citovou deprivaci bylo v novém prostředí odbouráno záhy, neboť dítě bylo ve své nové rodině zahrnováno projevovanou láskou a fyzickým kontaktem. M se sám snaží volně ovlivnit své chování, ne vždy se mu to však daří.

Po příchodu do náhradní rodiny bydlel chlapec se svými pěstouny nejprve v garsonce, později (ve věku 6 let) se přestěhovali do čtyřpokojového bytu, kde dostal M vlastní pokoj plný vlastních hraček. Ve věku osmi let byl k chlapci do dětského pokoje přistěhován jeho mladší dvouletý bratr, což M vnímal jako těžký zásah do svého před krátkou dobou nabytého soukromí a vlastnictví. S bratrem v pokoji vydržel jen několik málo měsíců. Rušilo ho bratrovo kňourání ze spaní, půjčování hraček. Dnes mají oba sourozenci svůj vlastní pokoj. M si často chodí hrát do bratrova pokoje, do svého pokoje jej však pouští spíše výjimečně. Chlapec vykazuje projevy egocentrismu a nedostatek empatie, který zřejmě souvisí se sociální nezralostí, má potíže s porozuměním sociálním situacím. Je lehce ovlivnitelný i mladšími a cizími dětmi. Nechápe správně pojem kamarád, kdy takto označuje i dítě, které právě poznal nebo které mu ubližuje. Má velké potíže se změnami, zejména jedná-li se o přechod období, které je pro něj příjemné do toho, které je všední, či méně atraktivní (např. velmi těžce nese konec prázdnin a nástup do školy, přesto, že za normálních okolností chodí do školy velmi rád). Tyto situace pak mnohdy řeší autoagresivními projevy, kdy ničí své oblíbené předměty a hračky, aniž by však problém sám dokázal pojmenovat a vyhodnotit příčiny svého nevhodného jednání.

V posledních měsících se u chlapce začínají objevovat i prepubertální projevy spočívající ve vzdoru, negativismu a drzosti k autoritám – především k rodičům. Stále častěji také konfrontuje své náhradní rodiče s dotazy týkajícími se vlastní biologické rodiny, zejména matky a důvodů, proč se o něj nemohla starat.

3.3 Výchova chlapce ve školských zařízeních

První školské zařízení, které chlapec začal navštěvovat, byla speciální mateřská škola pro děti s mentálním postižením (ve věku 4 let). Po roce docházky do speciální mateřské školy chlapec přestoupil do logopedické třídy běžné mateřské školy, kterou navštěvoval pro přetrvávající dyslálii. Ve třídě bylo deset dětí s vadami řeči. Malý kolektiv a individuální přístup v mateřské škole chlapci plně vyhovoval.

Po absolvování dvou let v mateřské škole chlapec nastoupil do 1. třídy běžné základní školy v místě bydliště, kde byl vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu. Zde absolvoval první dva ročníky. Vzhledem k velkému množství dětí ve třídě (27 žáků) a tím omezeným možnostem paní učitelky věnovat se chlapci individuálně a díky přetrvávajícím potížím způsobeným poruchou pozornosti a hyperaktivitou, přestoupil M do 3. ročníku na jinou školu. Chlapec těžce nesl konkurenci ostatních dětí a časté zklamání ze selhání, které bylo podporováno neustálými soutěžemi zaměřenými na rychlost a výkon (např. hra na matematického krále ...). Chlapec každý týden obdržel diplom za 27. místo (z 27) v některé z třídních soutěží, což mu značně snižovalo sebevědomí. Postupně se začaly objevovat neurotické projevy – M si začal okusovat nehty, stále si olizoval rty... Začaly se také množit stížnosti ze strany paní učitelky – odmítá počítat příklady, k příkladům píše stále stejný výsledek, neustále vyrušuje, snaží se na sebe strhnout pozornost ostatních dětí.... Tyto projevy řešili pěstouni návštěvou psychologa a následným přestupem na speciální školu. Vzhledem k závažné zrakové vadě začal M navštěvovat speciální školu pro zrakově postižené, kde je vzděláván nadále podle programu Základní školy. Malý kolektiv (9 žáků) a individuální přístup speciálních pedagogů je pro chlapce optimální. Na nový kolektiv si velmi rychle zvykl. Neurotické problémy postupně ustoupily a značně se zvýšilo i chlapcovo sebevědomí. V nové škole nebyly doposud žádné stížnosti na jeho chování. Chlapec prospívá s vyznamenáním.

4. Případová studie II

4.1 Kazuistika dívky L

Pohlaví: žena

Rok narození: 2001

Diagnóza: STMR (v současné době na horní hranici pásma), genetická vada – Turnerův syndrom (chromozomální aberace monosomie X, trisomie chromozomu 8 v mozaice), vrozená vývojová vada mozku (vada corpus calossum) a srdce (koarktace aorty), poruchy pozornosti, skolióza (trupový korzet), susp. celiakie, symptomatická porucha řeči – opožděný a omezený vývoj řeči, vícečetná dyslalie, lehká rhinolalie

Současný stav:

L je velmi milá a přátelská 10ti – letá, drobná dívka. Děvčátko má diagnostikovanu středně těžkou mentální retardaci, poruchy pozornosti, skoliózu a symptomatickou poruchu řeči při MR. Spontánně navazuje kontakt s dospělými osobami i se svými vrstevníky, bez ohledu na to, jedná-li se o známou či zcela cizí osobu (je sociálně odbržděná). Je velmi komunikativní, ke komunikaci využívá mluvenou řeč, kterou doplňuje živou mimikou, která ne vždy odpovídá situačnímu kontextu, využívá též augmentativní komunikační systém VOKS (má vytvořený komunikační deník, který obsahuje několik desítek grafických symbolů).

L žije od novorozeneckého věku v ústavních zařízeních – nejprve v Kojeneckém ústavu Kyjov, následně v Domově pro postižené děti Lila Otnice, nyní v Dětském domově ve Zlíně. Navštěvuje základní školu v areálu Dětského domova, chodí do 4. ročníku, je vzdělávána dle programu Speciální školy.

V současné době je dívka sledována na psychologii, psychiatrii, kardiologii, endokrinologii, alergologii, neurologii, ortopedii, pravidelně navštěvuje logopedii.

Anamnéza a scholarita

Rodinná anamnéza

Matka – roč. 1977, vyučená, zdravá, otec dítěte – roč. 1975, vyšší odborné vzdělání, zdrav. Dívka má dva zdravé mladší sourozence, kteří žijí ve společné domácnosti s rodiči.

Rodinná anamnéza bez zátěže.

Osobní anamnéza

Dítě z 1. gravidity. Těhotenství bylo sledováno od 30. týdne pro VCC u plodu. Prenatálně byla zjištěna vrozená genetická vada – Turnerův syndrom (chromozomální aberace monosomie X, trisomie chromozomu 8 v mozaice).

Porod ve 40. týdnu, spontánně, porodní hmotnost 3280 g, porodní délka 52 cm. Plodová voda čirá. Poporodní adaptace probíhala bez výraznějších obtíží.

Pro kombinovanou chromozomální vadu s nepříznivou prognózou mentálního vývoje (později diagnostikována středně těžká mentální retardace) a vrozenou vývojovou vadu srdce (koarktace aorty) i CNS (vada corpus callosum) se rodiče rozhodli umístit dítě do ústavního zařízení. Novorozenec byl přijat do Kojeneckého ústavu Kyjov. Ve věku 3 let bylo dítě přeloženo do domova pro postižené děti - DD Lila Otnice, kde vyrůstalo až do věku 8,5 roků. Poté bylo umístěno v Dětském domově ve Zlíně. Rodiče s dítětem udržují od počátku pravidelný kontakt – 1 x měsíčně, na svátky a několik dní o prázdninách si jej berou na návštěvy domů.

Dítě bylo od počátku sledováno na genetice, neurologii (pro PMR a VVV CNS), kardiologii (pro VVV srdce), později na ortopedii (pro skoliózu). V dětském domově bylo v pravidelné péči dětského psychologa (diagnostikována STMR), fyzioterapeuta (pro opožděný psychomotorický vývoj) a logopeda (pro symptomatickou poruchu řeči při MR - opožděný vývoj řeči). Logopedická péče je mu věnována i nadále (1x týdně).

Scholarita

Dívka žila od novorozeneckého věku v ústavních zařízeních. Nejprve v Kojeneckém ústavu Kyjov, následně, od věku 3,2 let v Domově pro ostižené děti – Lila Otnice. Od 8,5 let pak je dítě vychováváno a vzděláváno v Dětském domově ve Zlíně.

V DD Lila Otnice byla dítěti věnována individuální speciálně pedagogická péče 3 – 4 x týdně, včetně péče logopedické – 5 x týdně (vývoj řeči byl od počátku významně opožděný). Ve školním věku pak zahájila dívka povinnou školní docházku v rámci dětského domova, kde byla vzdělávána podle IVP (individuálního vzdělávacího programu), který vycházel ze vzdělávacího programu Pomocné školy. V současnosti navštěvuje čtvrtý ročník základní školy, kde je nadále vzdělávána dle IVP vycházejícího ze ŠVP školy speciální. Dívka je hodnocena širším slovním hodnocením.

Rodinné prostředí

Již v novorozeneckém věku (v 16 dnech) bylo dítě umístěno do Kojeneckého ústavu (Kyjov), ve 3 letech bylo přeloženo do Domova pro postižené děti (DD LILA Otnice) a v 8,5 letech pak do Dětského domova ve Zlíně.

Biologická rodina dívku dodnes pravidelně 1 x měsíčně navštěvuje, svátky a několik dní o prázdninách tráví se svou rodinou v domácím prostředí. Z pobytů doma se dívka vrací převážně spokojená, radostně se vítá s dětmi i sestrami, s návratem do prostředí Dětského domova nemá problémy.

Ze zpráv SPC (speciálně pedagogického centra), odborných lékařských zpráv z Kojeneckého ústavu (KÚ Kyjov) a Dětského domova (DD LILA Otnice), psychologických a logopedických vyšetření z let 2002 až 2011 a z vlastního pozorování:

Motorika:

Ve věku 3 let

Celkový psychomotorický vývoj dítěte byl opožděn ve všech složkách.

Hrubá motorika – chůze samostatná, místy ještě nevybalancovaná s občasnými pády. Dítě bylo schopno překonat menší překážku, po předvedení neobratně kopnout do míče. Chůzi do schodů zvládalo dítě vedeno za ruku. Na jedné noze rovnováhu neudrželo ani malou chvíli.

Jemná motorika – dítě bylo schopno postavit komín ze 2 – 3 větších kostek, navléknout tvary s většími otvory na pevný bod, s dopomocí vložit kolečko do příslušného otvoru. Ostatní geometrické tvary vkládalo metodou pokus - omyl. Zašroubovalo víčko nádoby, drobné předměty uchopovalo klíšťovým úchopem.

Grafomotorika – kresba byla na úrovni bezobsažné čmáranice. Dívka se pokoušela o kresbu pastelkami, bavilo ji též kreslit křídou na tabuli. Prstové barvy odmítala, stejně jako modelínu – vadily jí ušpiněné ruce.

Ve věku 4 let

Hrubá motorika – dívka chodila samostatně po schodech, nahoru byla schopna střídat nohy, dolů s oporou. Dokázala hodit míč, pokoušela se jej též chytat.

Jemná motorika – L uměla zasunout kolíčky do otvorů, geometrické tvary vkládala do příslušných otvorů nadále metodou pokus – omyl, navlékala kroužky na trn, složila jednoduché puzzle, napodobovala šroubování. Dokázala střídavě bubnovat na bubínek.

Grafomotorika – dívka byla schopna napodobit tečky, čáru svislici i horizontálu, kruhový pohyb. Držení tužky bylo nejisté.

Ve věku 6 let

Hrubá motorika – dívka zvládala chůzi po zvýšené rovině, vylezla na ribstol, dokázala se plazit, hodit míč, chytit je však činilo potíže. S mírnou dopomocí zvládla vylézt na klouzačku a svézt se dolů.

Jemná motorika – jemná motorika se nadále rozvíjela a zlepšovala se její úroveň. L dokázala vhodit kuličky do úzkého otvoru, s dopomocí stavěla puzzle.

Grafomotorika – v tomto období si dívka velmi oblíbila malování (štetcem, houpičkou, prsty). Dokázala zaplnit plochu na papíře, napodobila svislici, horizontálu, krouživé pohyby, spojila dva body čarou.

Ve věku 8let

Hrubá motorika - přetrvávala lehká neobratnost, zvládala však většinu základních motorických aktivit (chůze, běh, skákání, plazení, házení a chytání míče) – na úrovni 4 – 5ti letého dítěte. Jezdila samostatně z kopce na bobech, ráda si hrála ve vodě. Pro skoliózu nosila L trupovou ortézu, pravidelně rehabilitovala.

Jemná motorika – vizuomotorická koordinace na dobré úrovni, pouze s drobnou neobratností s cílením. L dokázala samostatně pracovat s modelínou, s barvami, pokoušela se stříhat, uměla obracet listy v knize, skládat puzzle... Postavila překlenovací stavbu, ráda lepila malé části.

Grafomotorika – při kresbě zvládala základní figuru na úrovni cca 4,5 let, napodobila některá písmena – učila se K a A. Grafomotorika byla těžkopádná s organickými rysy.

Současný stav – 10 let

Hrubá motorika – v současné době je hrubá motorika méně obratná, dívka navštěvuje plavání, sportovní zájmový kroužek a canisterapii. Házení a chytání míče činí mírné potíže. Pro skoliózu je sledována na ortopedii, nosí trupový korzet a ortopedickou obuv.

Jemná motorika - jemná motorika je na poměrně dobré úrovni, L dokáže výborně manipulovat s drobnými předměty, trpělivě navléká korálky různých velikostí i tvarů, potíže činí jen velmi drobné skleněné korálky. Běžně používané předměty pozná podle hmatu. V pracovním vyučování potřebuje dopomoc.

Grafomotorika – je na nižší úrovni (odpovídá mentální úrovni dítěte) – dívka zvládá nakreslit jednoduchý dějový obrázek, lidským postavám chybí některé detaily (např. krk, uši, postavičky mají 2 – 3 prsty na ruce...), dokáže napsat některá písmena a číslice.

Lateralita:

Ve věku 3 let

Lateralita fyziologicky nevyhraněná.

Ve věku 4 let

Lateralita již byla plně vyhraněna, dívka preferovala pravou horní končetinu.

Sebeobsluha:

Ve věku 3 let

L se snažila jíst samostatně, ještě však velmi nečistě. Najedla se lžící. Ovoce a chléb však sama neuchopila. Měla potíže s kousáním a žvýkáním, jedla převážně kašovitou stravu, z hrníčku se napila s dopomocí. Nesnášela ušpiněnou bradu či ruce, při jídle se neustále otírala. Trvala na dodržování určitých rituálů – např. musela být u stolečku vždy první. Dívka byla celodenně zaplenována, byla vysazována na nočník, z něž však neustále utíkala. Potřebu nehlásila. Nerada se koupala ve vaně, při oblékání se snažila pomáhat – natahuje ruce, sama se však neoblékla ani nevysvlékla, nanejvýš si vyzula přezůvky. Nesnášela neznámé či nové oblečení. Při usínání se dívka uspávala kývavými pohyby celého těla ze strany na stranu.

Ve věku 4 let

Dítě již bylo v některých sebeobslužných činnostech částečně samostatné. Svléklo se a obléklo s dopomocí, najedlo se lžičkou. Zvládalo již jíst drobné kousky, nadále však přetrvávaly potíže se žvýkáním stravy. L kousky mnohdy polykala celé. Přes den byla již dívka bez plen, potřebu nehlásila, byla pravidelně vysazována na nočník.

Ve věku 6 let

Ve všech sebeobslužných činnostech již byla dívka částečně samostatná. Potřebu hlásila, udržela čistotu, s dopomocí se oblékla (knoflík ani zip nezapnula ani nerozepnula, tkaničku nezavázala), samostatně si umyla ruce (s dohledem), najedla se lžící či vidličkou, pila z hrníčku. Při usínání přetrvávaly pohybové stereotypie (kývání celým tělem).

Ve věku 8 let

Ve všech sebeobslužných činnostech byla dívka již víceméně samostatná. Dokázala se sama obléknout i vysvléknout, poznala přední část oblečení. Zvládla rozepnout knoflík, provléknout tkaničku, pracovala se zatahovacím i suchým zipem. Dokázala si uklidit své věci. Samostatně jedla příborem s dopomocí při krájení.

Současný stav 10 let

V sebeobslužných činnostech je dívka víceméně samostatná – sama se oblékne i vysvlékne, většinou již i sama dokáže odhadnout, které oblečení si vybrat s ohledem na počasí. Sama si umyje ruce, po použití toalety však potřebuje umytí rukou připomenout. Dokáže si poskládat a uložit oděvy, je však trochu nedbalá. Navštěvuje kroužek vaření, kde se naučila pod dohledem krájet nenáročné potraviny (např. ovoce, zeleninu...), dokáže také prostřít stůl. Potíže jí činí udržování pořádku ve svém pokoji, dokáže si povléci polštář.

Sociálně citová oblast:

Ve věku 3 let

Dívka rozlišovala známé osoby, byla však družná i k zcela cizím lidem. Snažila se získat zájem dospělé osoby. V případě náhlého přerušení kontaktu dávala najevo svou nelibost hlasitým křikem. Preferovala některé „tety“ před druhými, snažila se jim projevit svou náklonnost. Rozlišovala známé a neznámé prostředí. V „domácím prostředí“ (v domově) se velmi dobře orientovala, pokud se však dostala do neznámého cizího prostředí, dostávala se do afektu - hlasitě křičela, plakala, strkala si prsty do uší, zakrývala si oči, prskala. Byla velmi citlivá na jakékoli změny prostředí, trasy při vycházkách... Takto přecitlivěle reagovala také na některé zvukové podněty – např. zpěv, hluk z aut, letadla, sirény, sekačky na trávu, ale i při některých dalších situacích - např. když foukal vítr... činnost si nejraději volila sama, nerada se podřizovala. Při jakémkoli zvýšeném tlaku se dostávala do afektu, vztekala se, snažila se prosadit vlastní vůli, byl patrný výrazný motorický neklid.

Ve věku 4 let

V chování nadále přetrvávaly obavy ze změn a čehokoli nového (bublifuku, psů...), postupným „psychickým otužováním“ se však podařilo zmírnit afektivní reakce na některé zvuky (sekačka, auta, letadla, zpěv). V kontaktu s dětmi byla dívka sociabilní, chránila malé děti, ráda je hladila.

Ve věku 6 let

Dítě bylo spontánní, bezprostřední, komunikativní. Snažilo se navazovat kontakt s dospělými osobami ve svém okolí (i těmi, které pro něj byly cizí) i s dětmi, k nimž

mělo pěkný, mnohdy až pečovatelský vztah. Nadále přetrvávaly nejrůznější strachy. V popředí byl v tomto období panický strach ze zvířat a některých zvuků, na něž L reagovala těžkými afekty.

K činnosti byla dívka dobře motivovaná pochvalou, snažila se být úspěšná, těšilo ji ocenění ze strany dospělé osoby. Frustrační tolerance dívenky byla celkově velmi nízká. Emoční reakce byly bohaté a diferencované. Mimika většinou odpovídala situačnímu kontextu. Vůči dětem byla L kamarádká, vyžadovala však zvýšenou pozornost vůči své osobě. Krátce dokázala pracovat společně s ostatními dětmi u stolečku.

Ve věku 8 let

Adaptace dítěte na nové prostředí a změny byla již na lepší úrovni. Dívka byla většinou pozitivně emočně laděná, nadále však přetrvávaly občasné afektivní stavy. Emoční reakce byly většinou adekvátní dané situaci, sociální chování bez výraznějších nápadností, přítomná byla pouze typická desinhibice.

Současný stav 10 let

L je převážně pozitivně emočně laděná, afekty jsou stále méně časté. Je velmi komunikativní, ráda navazuje kontakt s dospělými osobami, bez ohledu na to, jedná-li se o osoby známé či cizí. Dívka nemá sociální odstup, ihned si sedá cizí osobě na klín, objímá ji a říká, jak ji má ráda. Má také několik kamarádů ze třídy a z domova, o nichž s oblibou hovoří. Dokáže vyjádřit základní emoce, umí říci, že je smutná, nebo že má radost.

Nastane-li situace, že L něco provede a dospělý po ní chce vysvětlení, v tu chvíli nemluví, komunikovat začne až po delší době (např. po půl hodině).

Hra:

Ve věku 3 let

Dívka si ráda hrála s míčem, kostkami, vkládacími tvary. Krátce sledovala obrázky v leporelu, obracela stránky. Brala dětem hračky, o které měla zájem, na vyzvání je však dokázala vrátit. Hrála si mezi dětmi, ale ne s nimi. V tomto období již

bylo možno pozorovat náznak napodobivé hry – dívka se snažila vozit kočárek s panenkou, pomáhala při úklidu hraček. Krátce dokázala sledovat kreslenou pohádku v televizi.

Ve věku 4 let

L s oblibou napodobovala některé jednoduché lidské činnosti. S dětmi nadále nespolupracovala, pouze si hrála vedle nich. Prodlužovala se doba, po kterou byla dívka schopna sledovat animovanou pohádku v televizi.

Ve věku 6 let

Dítě dokázalo kutálet a házet míčem, rádo si hrálo na hřišti. Nadále přetrvávaly imitační hry – zejména hra v dětské kuchyňce na vaření. L si začala hrát s druhým dítětem – měla jednoho oblíbeného kamaráda, s nímž byla schopna rozvíjet napodobivou hru na různá témata – hra na flétnu, česání panenek, uklízení, zametání, hra s lékárníčkou... ráda také stavěla jednoduché stavby (převážně komíny) z legadupla, hrála si se zatloukadlem či vkládala do otvorů jednoduché tvary. Ráda malovala.

Ve věku 8 let

Ráda pomáhala dospělým osobám, rozvíjela se námětová hra. S oblibou organizovala činnost ostatních dětí, hrála si na paní učitelku, na maminku...mezi další oblíbené námětové hry pak patřila hra na lékaře, na kuchařku...ráda si hrála s panenkou, jezdila s kočárkem, prohlížela si knížky a sledovala krátké kreslené pohádky v televizi.

Současný stav 10 let

L si nadále ráda hraje s panenkami, dokáže také rozvíjet některé námětové hry – na kadeřnici, na kuchařku, na prodavačku. Ráda si hraje také s několika oblíbenými kamarádkami. V týdnu navštěvuje několik zájmových kroužků, které si sama zvolila z nabídky, kterou domov poskytuje. Navštěvuje plavání, sportovní kroužek, vaření, výtvarný a hudební kroužek – bubínky. Velmi ráda hraje na jednoduché hudební nástroje (Orffovy nástroje), a zpívá dětské a lidové písničky.

Rozumové schopnosti:

Ve věku 3 let

Psychomotorický vývoj dítěte vykazoval výrazné opožďení ve všech složkách, celkově rozvoj psychomotoriky odpovídal úrovni 18-20 měsíců, mentální schopnosti se pohybovaly v pásmu středně těžké mentální retardace.

Ve věku 4 let

Dívka reagovala na své jméno, měla utvořenu základní orientaci na vlastním těle. Jmenované základní části těla dokázala ukázat na sobě (místa ještě chybovala) na druhé osobě však ne. Rozuměla jednoduchým slovním pokynům s doprovodnými gesty, chápání složitějších slovních instrukcí bylo problematické. Zákaz chápala, ne vždy jej však respektovala. Byly patrné poruchy pozornosti.

Ve věku 6 let

Pozornost byla významně narušena, byla snadno odklonitelná vnitřními i vnějšími podněty, místa ulpívavá. Koncentrace pozornosti byla velmi krátkodobá. Dívka byla lehce unavitelná. U oblíbené činnosti setrvala maximálně 10 minut. Od hry často odbíhala. Výkon byl vždy významně ovlivněn momentální náladou i koncentrací pozornosti. L rozlišila osoby, základní části těla již většinou bez chyby ukázala na sobě, na druhé osobě či na obrázku (další části těla – jako např. pata, rameno, brada... - určovala s chybami). Dokázala správně přiřadit předměty podle jejich barvy. Základní barvy podle názvu neurčila, barvu správně nepojmenovala. Přiřazovala některé základní geometrické tvary, dokázala je vkládat do příslušných otvorů.

Ve věku 8 let

Dívka rozlišovala základní protikladné pojmy, dokázala vytvořit některé nadřazené pojmy. Měla relativně dobře vyvinutou abstraktně-vizuální složku (vizuální analýza a syntéza). Mechanicky byla schopna napočítat do 5ti (s chybami). Poznala, četla a graficky zaznamenala číslici 1. Uměla obtáhnout tvary některých písmen, několik tiskacích písmen dokázala samostatně napsat. S chybami byla schopna přečíst pět probraných tiskacích písmen. Pasivně zvládala základní barvy, jejich názvy však užívala nesprávně. Orientovala se v prostoru i na ploše. Četla obrázky v řádku, orientace na stránce byla bezproblémová. Zнала jména členů rodiny a chápala jejich

vztahy (dědeček, babička...). Slovní sluchová paměť byla slabá, k lepšímu vstřípení procvičovaného se osvědčilo využívání vizuální opory (obrázkové texty). Celková úroveň rozumových schopností se pohybovala při horní hranici pásma středně těžké mentální retardace (mentální věk odpovídal cca 4 - 4,5 roků), jednotlivé složky byly opožděny rovnoměrně.

Současný stav 10 let

Rozumové schopnosti L se nadále pohybují v horním pásmu středně těžké mentální retardace. Orientace v čase je nejistá, dívka se částečně orientuje v časových úsecích dne (ráno x poledne x odpoledne x večer x noc), určení dne, ročního období, měsíce v roce či roku je však značně problematické. Slovní sluchová paměť (krátkodobá i dlouhodobá) je nadále oslabena. S dopomocí dokáže L přečíst jednoduché slabiky a slova, psát i počítat (zvládá učivo 4. ročníku – program speciální školy).

Verbální schopnosti:

Ve věku 3 let

Řečový vývoj byl od počátku významně opožděn. Ve třech letech byla u dívky zahájena individuální logopedická péče, která jí byla poskytována až 5 x týdně. Pasivní slovní zásoba odpovídala úrovni 1,5 – 2 let, aktivní cca 1 – 1,5 roku. L reagovala na své jméno, rozuměla některým základním slovním pokynům doprovázeným gesty. Zákaz mnohdy nerespektovala. Poznávala některé předměty denní potřeby podle jejich názvu, předvedla činnost, k níž předměty slouží. Výběr ze dvou předmětů se nedařil. Měla ráda některá dětská říkadla a hříčky, aktivně se do nich však nezapojovala. Aktivní slovník tvořilo asi 10 slov převážně onomatopoií a duplikací. Síla hlasu byla významně zvýšena, hlas byl hluboký. Oromotorika byla opožděná, dívka měla potíže s kousáním a žvýkáním. Měla zkrácenou podjazykovou uzdičku.

Ve věku 4 let

Pasivní slovní zásoba se pozvolna rozvíjela. Dívka již rozuměla většímu množství jednoduchých slovních instrukcí, některým i bez doprovodného gesta. Poznala a správně vybrala jmenovaný předmět ze dvou nabízených, a to jak v jejich reálné či zástupné podobě (model, fotografie, barevný obrázek). Do dětských říkadel, písniček a hříček se již snažila zapojovat pohybem, tleskáním či hrou na hudební nástroje

(bubínek, ozvučená dřívka, trianl...). Rytmus písničky neudržela, její začátek ani konec nerespektovala. Aktivní slovník se rozšířil o několik nových slov. Ze slovních druhů v něm byla zastoupena především citoslovce, ale i některá podstatná jména a jednoduchá slovesa. Na požádání sdělila dívka své jméno, snažila se pojmenovávat předměty ve svém okolí. Napodobovala některá slova, která ještě ve spontánním projevu neužívala. Verbální projev byl stále velmi hlasitý, po upozornění však byla L na chvíli schopna sílu hlasu snížit.

Ve věku 6 let

L byla velmi komunikativní. Její verbální projev byl nadále velmi hlučný. Oční kontakt dívenka dokázala navázat a po krátkou dobu jej udržet. V řeči se vyskytovaly odložené echolálie, které L užívala k funkční komunikaci (ve správném kontextu). Impresivní složka řeči nadále převyšovala složku expresivní. Dívka rozuměla běžným slovním instrukcím i některým nadřazeným pojům. Rozeznala základní protiklady (malý x velký, stejný x jiný, teplý x studený, suchý x mokrý...). Aktivní slovník se značně rozšířil. L již dokázala pojmenovat některé tety a děti ve svém okolí, slova začala spojovat do krátkých vět. Užívala již první osobu jednotného čísla, začala užívat minulý i budoucí čas. Užívala i jednoduché otázky (Co to je? Co děláš?...). Dějový obrázek popisovala jednoduchými větami. Srozumitelnost řeči byla významně narušena těžkou dyslalií (výslovnost některých hlásek se však po odstranění zkrácené podjazykové uzdičky upravila) a velkým množstvím zkomolenin.

Ve věku 8 let

Dívka rozuměla jednoduchým otázkám, na něž reagovala. Odpovědi byly většinou obsahově přiléhavé. Přesné chápání složitějších verbálních celků však bylo problematické. L byla schopna zařadit předmět pod nadřazený pojem. Zvládala základní předložkové vazby, začala se orientovat v některých časových souvislostech. Dokázala vytvořit jednoduchá slova opačného významu. Říkadla s oblibou doprovázela pohybem a rytmizací. Měla velkou mluvní apetenci. Komentovala dění ve svém okolí. Dokázala popsat jednoduchý dějový obrázek. Aktivní slovní zásoba se nadále rozšiřovala, pojmová vybavenost však byla značně podprůměrná (odpovídala mentální úrovni děvčete). Pojmy užívala L mnohdy nepřesně, jejich vybavování bylo pomalé, místy užívala opisu. V řeči přetrvávaly občasné dysgramatismy na úrovni slovní i větné. Srozumitelnost řeči byla nadále narušena vícečetnou dyslalií, verbální dyspraxií (dívka

dokázala srozumitelně vyslovit dvojslovná slova, u slov delších či těch, která obsahovala artikulačně náročnější hlásky či souhláskové shluky docházelo k jejich komolení) a také zrychleným, mnohdy až překotným tempem řeči, řeč byla rhinolalická.

Současný stav 10 let

L má velkou mluvní apetenci. S chutí navazuje jednoduchý rozhovor s dospělou osobou i s vrstevníky. Slovní zásoba (pasivní i aktivní) je značně podprůměrná a omezená. Ke komunikaci využívá dívka i augmentativní komunikační systém VOKS. Má založený komunikační deník, který obsahuje několik desítek grafických symbolů. Verbální projev doplňuje též živou mimikou, která však ne vždy odpovídá situačnímu kontextu. Odpovědi na otázky jsou místy obsahově nepřiléhavé, jednoduchým, běžným dotazům však dívka rozumí. V řeči se vyskytují mluvní stereotypie (L velmi často a zcela bez výběru opakuje „Mám tě ráda“, či klade stejné otázky). Pojmy jsou mnohdy vybavovány pomalu a nepřesně, místy dívka užívá opis, či použije pojem, který je zvukově (nikoli obsahově) podobný.

L se vyjadřuje jednoduchými větami s občasnými dysgramatismy na úrovni slovní i větné. Chybuje v tvoření množného čísla, užívání správných rodů podstatných jmen, předložky jsou mnohdy použity nepřesně, místy redukovány. Zvratná zájmena jsou místy užita nesprávně, nebo je při jejich výskytu ve větě změněn slovosled. Podobně tomu je i s užíváním pomocného slovesa BÝT. Srozumitelnost řeči je značně narušena, místy je řeč téměř nesrozumitelná. Ve výslovnosti přetrvává vícečetná dyslalie, tempo řeči je mnohdy zrychlené, až překotné, vyskytuje se velké množství zkomolenin (zejména jedná-li se o slova obsahující artikulačně náročnější hlásky, slova se souhláskovými shluky, či slova mnohoslabičná.). Nazalita je značně narušena (rhinolalie).

Závěr:

L je dívka ve věku 10 let. V novorozeneckém věku byla pro množství a závažnost zjištěných postižení umístěna do Kojeneckého ústavu v Kyjově. U dítěte byla zjištěna genetická vada (chromozomální aberace trizomie chromozomu 8 v mozaice), vrozená vývojová vada mozku a srdce (koarktace aorty). Později byla diagnostikována STMR, která se nyní pohybuje na horní hranici pásma a symptomatická porucha řeči při

MR – opožděný a omezený vývoj řeči, vícečetná dyslalie, verbální dyspraxie. V současné době je L rehabilitována pro skoliózu, pro níž nosí trupovou ortézu. Ve věku 3,2 let byla přeložena do Domova pro postižené děti v Otnicích, kde žila až do svých 8,5 let. Nyní je umístěna v Dětském domově ve Zlíně. Po celou dobu jejího pobytu v ústavních zařízeních s ní její rodina udržovala pravidelný kontakt. Víkendy (1 x za měsíc) a svátky tráví dívka v domácím prostředí se svými rodiči a dvěma mladšími sourozenci doma.

Nyní L navštěvuje 4. ročník základní školy, kde je vzdělávána dle IVP speciální školy a hodnocena širším slovním hodnocením. Pravidelně navštěvuje mnoho zájmových kroužků dle vlastního výběru - plavání, sportovní kroužek, vaření, výtvarný a hudební kroužek – bubínky.

V současné době je sledována na neurologii, kardiologii (pro VVV srdce), endokrinologii, ortopedii (pro skoliózu – nosí trupový korzet a ortopedickou obuv), je v péči dětského psychologa, psychiatra, fyzioterapeuta (rehabilitace) a logopeda (pro symptomatickou poruchu řeči při MR - opožděný a omezený vývoj řeči). Několik let u ní probíhala canisterapie (dodnes 1 x týdně) a hipoterapie, která jí pomohla omezit její fobie ze zvířat.

4.2 Krátké seznámení s ústavními zařízeními (Lila Otnice a Lazy Zlín)

Dětský domov, Základní škola speciální a Praktická škola, Lazy VI, Zlín

Zařízení je umístěno v klidné části města v blízkosti centra a současně na okraji lesa. Zařízení je rozděleno do tří budov. V hlavní budově jsou umístěny školy, internát, školní družina, školní jídelna a pracovna pro logopedii. V zahradě je nově postavený dětský domov, který má kapacitu 16 dětí. Ve třetí budově je Speciální pedagogické centrum. V zařízení se vzdělávají žáci s lehkým, středně těžkým a těžkým mentálním postižením, poruchou autistického spektra a s kombinovanými vadami ve věku od 5 do 19 let.

Východiskem pro všechny pracovníky zařízení je motto Marie Montessori (uznávané odbornice ve výchově a vzdělávání dětí, která propagovala, že dítě je tvůrcem sebe sama): „*Pomoz mi, abych to dokázal sám!*„ V zařízení se snaží žáky vybavit schopnostmi a dovednostmi, které jim umožní zapojit se do společnosti tak, aby byli co nejméně závislí na svých rodičích, vychovatelích a tak i celé společnosti. Do instituce jsou přijímáni žáci se všemi stupni mentálního postižení, žáci s kombinací postižení a žáci s poruchami autistického spektra od 5 do 19 let.

V současné době tvoří pedagogický sbor zařízení 11 učitelů základní školy speciální, 1 učitel základní školy praktické, 6 asistentů pedagoga. Ve škole pracuje i logoped na 0,6 úvazku. Věková struktura pedagogického sboru je vyvážená, od začínajících pedagogů až po zkušené pedagogy s delší praxí. Požadované vzdělání (speciální pedagogika) splňuje 61 % učitelů, ostatní učitelé si kvalifikaci doplňují. V některých třídách pracuje souběžně učitel a asistent pedagoga. Pedagogický sbor je stabilní, většina pedagogů pracuje ve škole dlouhodobě. Ve škole rovněž pracuje výchovný poradce, který zároveň vykonává funkci školního metodika prevence.

Historie zařízení se začala psát v září roku 1960, kdy škola sídlila v ul. Hluboká v malé vilce. V prvním roce bylo do školy zařazeno 25 žáků. Již tehdy byl součástí školy internát přímo v budově. Proto zde byly umístěny děti s nařízenou ústavní výchovou. V praxi se stávalo, že děti setrvaly ve škole déle, často až do 15 let. Proto škola přivítala novou koncepci a od roku 1978 byla pomocná škola určena dětem, které se pro své postižení nemohou vzdělávat ani ve zvláštní škole. Vzdělávací proces byl rozdělen do nižšího, středního a vyššího stupně a byl osmiletý. Další novelou zákona v r. 1990 se školní docházka prodloužila o pracovní stupeň, tedy na 10 let. Tímto se legislativně upravila zkušenost pedagogů, že žáci se středním a těžším mentálním postižením potřebují vzdělávání dlouhodobé. S rostoucí potřebou míst se pomocná škola rozšiřovala o další odloučená pracoviště. Velké změny nastaly po roce 1989. Mladý pedagogický sbor využil všech příležitostí k pozvolným změnám v oblasti vzdělávání i společenského života. Přínosem pro rozvoj školy se stalo přestěhování do společné budovy v roce 1993, odkdy zařízení sídlí ve Zlíně, na ul. Lazy VI. V souladu se zákonem č. 109/2002/Sb. vzniká v instituci samostatné školské zařízení – dětský domov. Od roku 1998 jsou tak v zařízení poskytovány komplexní školské služby žákům

přípravného stupně, základní školy speciální a jednoleté praktické školy. Od roku 2007 přibyla v rejstříku možnost vzdělávat i žáky základní školy praktické.⁹

Dětský domov LILA Otnice

LILA Domov pro postižené děti Otnice, příspěvková organizace je nestátní zdravotnické zařízení v resortu zdravotnictví. Domov pečuje v nepřetržitém provozu o 35 dětí s tělesným, duševním, smyslovým nebo sociálním postižením, ve věku od 1 do 10 let, které z různých důvodů nemohou mít v péči jejich rodiče. Nejčastější diagnóza je Downův syndrom, dětská mozková obrna, vrozené vývojové vady a psychomotorické retardace.

O děti pečuje 12 sester, 3 ošetřovatelky, 3 fyzioterapeuti, 6 speciálních pedagogů včetně logopeda. Děti jsou rozděleny do tří skupin podle svých schopností a míry postižení. Rozdělení jsou i pracovníci, takže každá skupinka dětí má své čtyři sestry, ošetřovatelku a fyzioterapeuta. Každá skupina má svoji hernu, kuchyňku, sanitární zařízení a ložničky.

Zdravotní péče zahrnuje péči diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, preventivní, ošetřovatelskou a poradenskou. Zdravotní péči garantuje pediatr, který v domově ordinuje pravidelně 3x týdně. Mimo stanovené ordinace je v dosahu dle potřeby. Na pravidelné konzultace dojíždí rehabilitační lékař. Ubytované děti s kombinovanými vadami navštěvují ambulantně specialisty v Brně a ve Vyškově. Nedílnou součástí zdravotní péče o děti je stanovení individuálního dietního režimu. Jídelníček každý týden nutriční terapeutka konzultuje s ošetřující lékařkou. Složení stravy je přizpůsobeno zdravotnímu stavu konkrétního dítěte a jeho potřebám. Speciální přístup vyžadují hypotonické děti s těžší formou dětské mozkové obrny.

Rehabilitační péči zajišťují tři fyzioterapeuti. Fyzioterapeuti využívají všechny známé metodiky rehabilitace pro děti s dětskou mozkovou obrnou a s kombinovaným postižením. Fyzioterapeuti zajišťují i speciální cvičení po ortopedických operacích. Jednoduché rehabilitační úkony provádí i zdravotní sestry v rámci denního programu.

⁹ www.ddskolyzlin.cz, 4.4.2012, 22:30 h

3x týdně je prováděna vodoléčba ve vířivé vaně a 1x týdně odpoledne volný pobyt dětí v bazénku. 1x týdně dojíždí se svými psy školená terapeutka na canisterapii.

Každodenní výchovnou péči zajišťují dětem sestry a ošetřovatelky. Zaměřují se především na rozvoj sebeobsluhy a zvládnání základních dovedností. Vzdělávání zabezpečuje šest speciálních pedagogů včetně logopeda. Na pravidelné návštěvy dojíždí psycholog ze Speciálně pedagogického centra, Brno. V psychologicko výchovné oblasti je spolupracováno i s rodiči, kteří si berou dítě na pobyty domů. Aby děti měly širší kontakt s vnějším světem, účastní se sportovních a kulturních akcí, výletů a týdenních ozdravných pobytů.¹⁰

Sociální péče v LILA domově představuje především řešení krizových situací v rodinách dětí, poradenskou péči rodičům a budoucím pěstounům a spolupráci při organizaci náhradní rodinné péče. Polovina dětí má soudem nařízenou ústavní výchovu. Tyto děti čtyřikrát do roka osobně navštěvují sociální pracovnice orgánu sociálně právní ochrany.

Děti jsou do domova přijímány z rodin nebo z ústavů ze zdravotních důvodů na žádost rodičů nebo na základě rozhodnutí soudu. V případě, že se nepodaří návrat dítěte do vlastní rodiny, ani náhradní rodinná péče, jsou děti předávány do speciálních školských dětských domovů nebo do ústavů sociální péče.

¹⁰ www.lila.cz, 4.4.2012, 23:00 h

Závěr

Výchova dítěte s postižením je velmi náročný úkol. Některé děti s postižením jsou vychovávány ve své biologické rodině. Ty, které tolik štěstí nemají, a jejich rodiče nenaleznou dostatek sil se o takovéto dítě, mnohdy celoživotně, postarat, jsou vychovávány v ústavních zařízeních (kojenecké ústavy, dětské domovy, ústavy sociální péče) či v lepším případě jsou umístěny do náhradní rodinné péče (většinou pěstounské či poručnické).

Výchova a vzdělávání dítěte s postižením zpravidla bývá velkou zátěží pro celou rodinu, a to jak pro rodiče, kteří se musí dítěti věnovat ve zvýšené míře, tak pro jejich sourozence, na něž tak mnohdy zůstává již podstatně menší díl času a energie rodičů.

Domnívám se, že pokud je dítě umístěno do ústavního zařízení, jeho postižení se ještě prohlubuje, neboť je dítě již podruhé znevýhodněno, tentokrát málo podnětným prostředím a citovou deprivací (personál velkokapacitních ústavů není schopen ani při nejlepší vůli a kvalifikaci poskytnout dítěti dostatečné množství podnětů a citové zázemí pro všestranný rozvoj jeho osobnosti tak, jak by tomu mohlo být v láskyplném rodinném prostředí).

Podarí-li se dítěti umístěnému v ústavním zařízení získat náhradní rodinu, která mu poskytne chybějící podněty i dostatek lásky, jeho šance na kvalitní život a budoucí integraci do společnosti se tak významně zvyšují. To mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, neboť jsem měl možnost takový případ osobně a po dlouhou dobu sledovat (konkrétně u chlapce M).

Kazuistiky obou dětí v mé bakalářské práci (chlapce M a dívky L), dle mého názoru, plně dokazují vliv prostředí, v němž je jedinec formován, na jeho vývoj. Změny ve vývoji (retardace, stagnace a následná akcelerace vývoje) jsou patrné zejména u chlapce M, který se po několikaletém pobytu v kojeneckém ústavu a následně dětském domově dostal do přirozeného prostředí náhradní rodiny. Původní diagnózy, které chlapec v raném věku získal (ADHD, STMR, zrakové postižení - retinopatie nedonošených - praktická slepota levého oka, astigmatismus, amblyopie a konvergentní

strabismus) a velmi nepříznivé prognózy, které mu byly některými odborníky přisouzeny (lékař v propouštěcí zprávě z kojeneckého ústavu uvádí, že dítě pro množství a závažnost postižení není vhodné do náhradní rodinné péče), se podařilo ve velké míře zmírnit a upravit.

Úroveň rozumových schopností se u chlapce zvýšila až do pásma průměru. M je vzděláván podle vzdělávacího programu základní školy a prospívá s vyznamenáním. Zraková vada je částečně korigována brýlemi a kompenzována pomůckami, které jsou k dispozici doma i ve škole pro zrakově postižené, kterou chlapec navštěvuje. Těžké poruchy pozornosti a hyperaktivita se také významně upravily, zejména pravidelným a dlouhodobým tréninkem (chlapec již několikrát rok navštěvuje biofeedback) i bez medikace, kterou chlapcova náhradní rodina odmítla. Ustoupila též většina výchovných problémů, které se u M v průběhu života vyskytovaly (autoagresivní projevy – tlučení hlavou o zem a o zeď, cucání palce, agrese vůči věcem, některé neurotické projevy - okusování prstů, olizování rtů...), některé nové však s věkem opět či nově vznikají a chlapec a jeho rodina jsou nuceni se s nimi vypořádávat.

Dívka L je na rozdíl od chlapce M celoživotně vychovávána v ústavních zařízeních. Mezi kvalitou zařízení je mnohdy velký rozdíl. L měla štěstí na zařízení, v němž jí byla poskytnuta péče v maximální možné míře, kterou dětský domov může nabídnout.

V DD, ve kterém nyní dívka žije, je jí věnována téměř rodinná péče (jedná se o domov, v němž kvalifikovaní odborní pracovníci pečují pouze o 16 dětí). Pracovnice, se kterými jsem hovořil, mluvily o dětech s evidentní láskou. Celé zařízení se snaží dětem poskytnout maximum možného, od materiálního zajištění až po různé zájmové kroužky a speciální terapie. Po návštěvách v DD mohu uvést, že dívka je v domově šťastná. U L je rovněž velkým přínosem, že nejsou přetřhány ani vztahy s biologickou rodinou, která ji pravidelně (zhruba 1 x měsíčně) navštěvuje a ke které jezdí také na návštěvy (zejména o prázdninách a svátcích). Dívka se na návštěvy rodičů těší, stejně jako se pak těší zpět do domova za svými kamarády a „tetami“. I přesto všechno však dívka ve srovnání s chlapcem, který je vychováván v náhradní rodině, nevykazuje takové pokroky, což připisuji tomu, že přes všechnu snahu se pracovnice domova dívce nemohou věnovat nepřetržitě a v takové míře, jako náhradní rodiče chlapce. Stejně tak není v jejich silách

nabídnout L celou bohatou škálu podnětů a sociálních situací, do nichž by měla možnost vstupovat v běžném rodinném životě, který je pro dítě vždy nenahraditelný.

Resumé

Podstata bakalářské práce spočívá v pokusu o nastínění problémů souvisejících s výchovou dětí s kombinovaným postižením, a to jak v rodině, tak v ústavních zařízeních. Je založena na přečtené literatuře související s danou problematikou, na lékařských a jiných zprávách, které se mi podařilo obstarat k oběma dětem a na vlastním pozorování a osobních zkušenostech.

Cílem bakalářské práce tedy bylo uvést alespoň rámcově čtenáře do problematiky výchovy dítěte s kombinovaným postižením a poukázat na vliv prostředí na formování jeho osobnosti. Měl jsem v úmyslu nastínit úskalí ústavní výchovy a dopad citové a podnětové deprivace na vyvíjející se osobnost.

Na začátku práce jsem se snažil teoreticky vymezit celou problematiku a snažil jsem se podat výklad některých v práci použitých pojmů a termínů.

V další části jsem se zabýval výchovou konkrétního dítěte s kombinovaným postižením, které mělo to štěstí a bylo umístěno do náhradní rodiny, a to od jeho narození po současnost. Ve stručnosti jsem se zabýval nástinem péče, která mu byla v jednotlivých zařízeních a nakonec i v náhradní rodině poskytována. Zmínil jsem konkrétní výchovné problémy, které se u chlapce v průběhu života vyskytovaly, jejich proměnlivost v závislosti na prostředí a možnosti jejich korekce.

Ve druhé části mé bakalářské práce jsem se zabýval kazuistikou dítěte L, které mělo obdobné diagnózy jako chlapec v první případové studii, ale které na rozdíl od M žilo od narození po současnost pouze v ústavních zařízeních. V krátkosti jsem popsal jednotlivá zařízení (Lila Otnice, Lazy Zlín), v nichž byla dívka L umístěna.

V závěru práce jsem učinil konkrétní závěry, které vyplynuly ze zjištěných a v práci popsaných skutečností a snažil jsem se najít jejich příčiny.

Anotace

Tato bakalářská práce měla přiblížit problematiku výchovy dětí s postižením. V teoretické části jsem využil literaturu, která se tímto problémem zabývá. Snažil jsem se nastínit obtížnost takové výchovy a její úskalí, s nimiž jsou rodiče, náhradní rodiče či vychovatelé a speciální pedagogové v ústavních a školských zařízeních konfrontováni v každodenním životě.

Hlavním tématem práce bylo podrobně popsat vývoj a výchovu chlapce M s kombinovaným postižením v ústavních zařízeních a následně v náhradní rodině, do níž byl ve věku 3,5 let umístěn, po celou dobu jeho života (11 let), čímž jsem chtěl poukázat na nezanedbatelný vliv prostředí, v němž vyvíjející se jedinec žije, a jež formuje jeho osobnost.

V další části práce jsem pak popsal vývoj a výchovu dívky, jejíž výchova proběhla výlučně v ústavních zařízeních.

V závěru jsem se pokusil o stručné shrnutí a srovnání vlivů prostředí, v němž děti vyrůstaly – jedná se tedy o srovnání výchovy rodinné a té, kterou nabízí ústavní zařízení. Došel jsem k názoru, že výchova v milující rodině (ať už se jedná o rodinu biologickou či náhradní) je pro formování osobnosti dítěte a jeho prospívání zcela nezastupitelná.

Klíčová slova

Postižení, mentální retardace, zrakové postižení, kombinované postižení, ADHD, náhradní rodinná péče, ústavní péče, výchova, poruchy chování, speciální školství

Annotation

This work should draw on the issue of raising children with disabilities. In the theoretical part, I used the literature that deals with this problem. I tried to outline the difficulty of such education and its challenges, with which parents, foster parents or educators and special educators in institutions and educational establishments face in everyday life.

The main theme of the study was to describe in detail the development and education of boys M with multiple disabilities in institutions and then in foster family, to which the age 3.5 years are placed throughout his life (11 years), so I wanted to point out the significant influence the environment in which the developing individual lives, and which formed his personality.

The next section I describe the development and education of girls, whose education was exclusively in residential homes.

In the end I tried a brief summary and comparison of the effects of the environment in which children grow up - this is the comparison of the family and the education offered by institutional facilities. I came to the conclusion that education in a loving family (whether it is a biological family or alternative) is shaping the child's personality and his well-being totally irreplaceable.

Keywords

Disability, mental retardation, visual impairment, multiple disability, ADHD, foster care, institutional care, education, behavior disorders, special education

Seznam použité literatury

1. DVOŘÁK, JOSEF. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN: 80-902536-2-8
2. HARTL, PAVEL., HARTLOVÁ, HELENA. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-303-X
3. HUTYROVÁ, MILUŠE. *Etopedie pro výchovné pracovníky*. Vydavatelství UP v Olomouci, 2006. ISBN: 80-244-1190-3
4. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, LEA. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 1998. ISBN: 80-85931-58-8
5. LECHTA, VIKTOR et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003.
6. MATĚJČEK, ZDENĚK. *Po dobrém nebo po zlém?* 3. vydání. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-00-3
7. PIPEKOVÁ, JARMILA. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6
8. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-821-X
9. THOROVÁ, KATEŘINA. *Poruchy artistického spektra*. Praha: Portál, 2006.
10. VÁGNEROVÁ, MARIE. *Patopsychologie II*. Liberec: Technická univerzita, 1995.
11. VÁGNEROVÁ, MARIE et al. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN: 80-7184-929-4
12. VALENTA, MILAN., MÜLLER, OLDŘICH, et al. *Psychopedie*. Nakladatelství Parta, s.r.o., 2007. 3. vydání. ISBN: 978-80-7320-099-2
13. ZAHÁLKOVÁ, MILADA. *Pediatric pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 1998.
14. www.lila.cz
15. www.ddskolyzlin.cz
16. www.wikipedia.org