

1. Psychopedie

Klíčová slova:

psychopedie, mentální postižení, Downův syndrom, demence, základní škola speciální, základní škola praktická

Studium této kapitoly Vám přinese základní vhled do jedné ze subdisciplín speciální pedagogiky, v našem případě do psychopedie. Výklad je zaměřen na surdopedii jako vědní obor, dále se v textu zabýváme terminologickým ukotvením souvztažných pojmů a v neposlední řadě výchovně vzdělávacím procesem osob s mentálním postižením.

Průvodce
studiem

Po prostudování tohoto textu dokážete:

- charakterizovat psychopedii jako vědní obor (cíle, úkoly, metody, zařazení v systému věd)
- objasnit klíčové pojmy
- aplikovat teoretické poznatky v oblasti edukace osob s mentálním postižením

Cíl
kapitoly

Psychopedie je speciálně pedagogická subdisciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s mentálním postižením či jiným duševním postižením. V ideálním případě se jedná o celoživotní edukační proces, který psychopedie zkoumá vzhledem k vlivu na dané osoby. V rámci své činnosti se psychopedie zaměřuje vedle edukace na reedukaci, podporu, diagnostiku, rehabilitaci, integraci a inkluzi, prevenci a prognostiku mentálního postižení. Valenta, Müller definují psychopedii jako „speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a



zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby“ (2007, s. 4).

Ve spojitosti s psychopedií hovoříme o interdisciplinaritě, protože spolupracuje s dalšími obory. Ze speciálně pedagogických disciplín má nejbližší k etopedii, z které se roku 1969 vydělila. Vzhledem ke specifickým mentálního postižení spolupracuje psychopedie úzce i s logopedií a somatopedií. Z ostatních vědních oborů má blízko k psychologii, pedagogice, sociologii a medicíně.

Cílem psychopedie je maximální rozvoj osobnosti jedince s mentálním postižením a jeho integrace/inkluze do společnosti.

1.1 Mentální postižení

Mentální postižení vymezujeme jako **vývojovou poruchu psychických funkcí** postihující všechny složky osobnosti. Ovlivňuje stránku **duševní, tělesnou**, i stránku **sociální**. Typickým rysem je **snížení rozumových schopností**, které se liší svojí intenzitou, projevující se v **kvalitě myšlení, vnímání, paměti, pozornosti, řeči, představitosti** a v **oblasti volní, citové a sociální vyzrállosti**. Vedle stránky rozumové se často vyskytují **deficity v oblasti pohybové** a je narušeno celkové chování jedince. Jedná se o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo získaný, nejčastěji do 2. roku života. Mentální postižení se projevuje značnou závislostí na druhých, nejčastěji pečujících osobách (Bazalová in Pipeková 2010, Franiok 2008, Pipeková, 2006).



Pojem mentální odvozujeme z latinských **mens**, v 2. pádě **mentis**, což znamená **mysl, rozum, duše** a pojem **retardace** z latinského **retardatio**, které překládáme jako **zpoždění, zpomalení**. (Pipeková, 2006, s. 55).



V současné domácí terminologii u osob s mentálním postižením se můžeme setkat s pojmy – **mentální retardace** (dále MR) a **mentální** či **intelektové postižení** (dále MP). Světová zdravotnická organizace (WHO) užívá v 10. revizi **Mezinárodní klasifikace nemocí** (MKN-10, mezinárodní označení ICD-10), která představuje etiologický rámec, termín mentální retardace. V minulosti panovala terminologická nejednotnost. V odborné literatuře nacházíme termíny, jejichž konotace vyznívá v současném kontextu spíše negativně. Jedná se například o termín **slabomyslnost**, **oligofrenie**, **mentální defekt**, **vadný rozumový vývoj**, **duševní opoždění** a mnohé další (srov. Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Švarcová, 2006; Bajo, Vašek, 1994; Dolejší 1978).

Švarcová upozorňuje, že pro pokles rozumových funkcí se v současnosti používá termín mentální retardace „*který navozuje představu určité dočasnosti opožďování ve vývoji, napomáhá k překonávání fatalistických názorů na možnost a zlepšování tohoto stavu, naznačuje relativnost a plynulost opožďování, a zejména na rodiče dětí působí více optimisticky než termín postižení, který vyvolává pocit trvalosti a nezměnitelnosti stavu dítěte*“ (2006, s. 29).

Termín mentální retardace je v současném speciálně-pedagogickém diskurzu prezentován jako nevhodný vzhledem k pejorativní transformaci, kterou termín retardace vstoupil do našeho sémantického, socio-kulturního prostředí. „*Při edukaci žáků s tímto typem postižení je vhodnější užívat termín postižení. Označení retardace nese v naší společnosti poněkud hanlivý nádech.*“

(2012, s. 109). Stigmatizující pojmosloví¹ se vymaňuje z odborné terminologie a stává se souborem pejorativních termínů v běžné mluvě.

Vzhledem ke komplexnosti intelektového postižení se v literatuře setkáváme s množstvím definicí.

- Švarcová v souladu s Rubinštejnovou (1986, s. 39) vysvětluje, že se jedná o „*trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku*“ (2006, s. 29). Zdůrazňují tak biologické faktory postižení.
- Naopak v psychologické literatuře Vágnerová determinuje mentální retardaci jako „*souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit*“ (2012, s. 289).

Na vzniku mentálního postižení se podílí řada faktorů. Určujícím faktorem se stává i doba vzniku (**prenatální, perinatální a postnatální příčiny**), v takovém případě hovoříme o vrozeném postižení. Opakem je získané postižení – **demence**, která je charakteristická poklesem intelektových schopností, s výskytem nejčastěji po druhém roce života.

- **Endogenní** neboli vnitřní faktory jsou příčiny poruch **genetických dispozic**, které ovlivňují strukturu nebo funkci genetického aparátu a vedou k poruchám centrální nervové soustavy (CNS).
- **Exogenní** neboli vnější příčiny pramení z okolního prostředí. Tyto nejrozumnější vlivy jsou ve vzájemné interakci (srov. Fisher, Škoda,

¹ „Debil“, „imbecil“, „idiot“ nevyjadřují dnes nic jiného než společenskou degradaci a veřejné zostuzení.“ (Šiška, 2005, s. 14)

2007; Černá, 2008).

Určení diagnózy mentální retardace je možné na základně **komplexní** (speciálně pedagogické a psychologické) **diagnostiky**, která nahlíží na jedince optikou holismu, tedy celistvosti – po stránce biologické, psychologické i sociální.



- Diagnostika představuje **systematický a longitudinální proces**, který nabývá **interdisciplinární charakter**.
- Na procesu participuje tým odborníků z oborů medicíny, psychologie, speciální pedagogiky i sociální práce.
- Svůj velký podíl na diagnostice má rovněž rodina a škola.
- Stanovení přesné diagnózy je klíčové pro včasné nastavení relevantního způsobu speciálně-pedagogické péče.
- V České republice provádí komplexní diagnostiku žáka **speciálně pedagogická centra (SPC)**.

1.2 Klasifikace a charakteristika mentálního postižení

Klasifikace a charakteristika mentálního postižení je dle MKN-10 stupeň mentální retardace na základě posouzení inteligence určením inteligenčního kvocientu a zkoumáním schopnosti adaptability (adaptačního chování). Dělí se na:



- **Lehkou mentální retardaci (LMR), IQ 50 – 69 (F70)**
- **Středně těžkou mentální retardaci (STMR), IQ 35 – 49 (F71)**
- **Těžkou mentální retardaci (TMR), IQ 20 – 34 (F72)**
- **Hlubokou mentální retardaci (HMR), IQ je nižší než 20 (F73)**

Lehká mentální retardace (LMR), IQ 50 – 69 (F70)

V raných fázích vývoje dítěte nemusí být rozpoznatelná. Problémy se nápadněji vynořují mezi třetím a šestým rokem.



- Hlavní potíže se pak nejvýrazněji manifestují v prvních letech povinné školní docházky, **obtížemi v učení**. Nejčastěji se jedná o specifické problémy se čtením a psaním.
- **Myšlení** je jednoduché, spíše konkrétní, se stereotypními a rigidními prvky, nesamostatné a nepřesné. Znatelné nesnáze nastávají v oblasti logického myšlení, myšlenkové operace analýza a syntéza vyvolávají problémy.
- **Paměť** je mechanická.
- **Řeč** může být postihnuta ve všech svých složkách – v oblasti porozumění řeči, v gramatické stavbě, ve slovní zásobě i ve výslovnosti. Vývoj řeči se celkově opoždí, slovník je ochuzen o abstraktní

pojmy, typická je řečová neobratnost. Přesto však osoby s LMR dokáží užívat řeč v každodenním životě.

- **Jemná a hrubá motorika** jsou lehce opožděny, objevují se poruchy pohybové koordinace, vlivem vhodné stimulace a nácviku lze v dospělosti dosáhnout normality.
- **Pozornost** je povrchnější, nestálá nebo ulpívavá a spíše v krátkodobých intervalech udržitelná.
- **Emoční oblast** je v předškolním a školním věku typická afektivní labilitou, impulzivností, někdy se vyskytuje anxiety (úzkost) a zvýšená sugestibilita. Emoční a sociální zralost spolu s rysy osobnosti významně ovlivňují jejich schopnost uplatnění ve společnosti.
- Žáci s lehkou mentální retardací se **vzdělávají ve speciálních školách**, nejčastěji na **základní škole praktické**. Vhodné je výchovně vzdělávací proces zaměřit na rozvoj individuálních dovedností. Tvoří největší skupinu, kterou je možné a žádoucí integrovat do škol hlavního proudu. Po ukončení povinné školní docházky navštěvují jednoduché učební obory, odborná učiliště nebo praktické školy.
- Mají předpoklad k dosažení **úplné samostatnosti** v osobní péči a v praktických domácích úkonech.
- S oporou a dopomocí mohou získat zaměstnání. Velký podíl hraje rodinné zázemí, prostředí či celkový sociokulturní kontext, který se podílí na socializaci jedince.
- Jedinci se stupněm lehké mentální retardace tvoří nejpočetnější skupinu z celkového počtu jedinců s mentálním postižením (80%).
- Lehká mentální retardace se vyskytuje asi u 2,5% populace a je rovnoměrně rozvrstvena mezi jednotlivá pohlaví (srov. Pipeková, 2010;

Fisher, Škoda, 2007; Bazalová, 2006; Švarcová, 2006; Valenta, Müller, 2009).

Středně těžká mentální retardace (STMR), IQ 35 – 49 (F71)

Celkový psychomotorický vývoj je značně opožděný. Většina jedinců je schopna dosáhnout určitého stupně samostatnosti v sebeobsluze.

- Výchovně vzdělávací proces zajišťují základní školy speciální, kde získávají **základy vzdělání**. **Školní úspěšnost** je mnohdy omezena na zvládnutí trivia – čtení, psaní, počítání. Převažuje **mechanické učení**, s nutností neustálého opakování - vlivem zvýšeného zapomínání.
 - **Myšlení** je stereotypní a charakteristická je perseverace (ulpívání v myšlení).
 - **Paměť** disponuje malou kapacitou. Nejsou schopni abstrakce a generalizace, získané poznatky těžko třídí a mají problémy s odlišením významnosti. Záměrná pozornost žáků se středně těžkou mentální retardací vykazuje nízkou míru soustředěnosti.
 - Schopnost chápat a užívat **řeč** je mnohdy výrazně omezena, obsahuje časté agramatismy, někdy dojde k rozvinutí jen na bázi nonverbální komunikace s porozuměním jednoduchým instrukcím.
 - Vývoj **jemné a hrubé motoriky** je zpomalen, trvale zůstává celková neohrabanost, nekoordinovanost pohybů a velké problémy mohou nastat u jemných úkonů.
 - **Emocionálně** jsou velmi nevyvážení, charakteristická je infantilnost, výbušnost, někdy i negativismus a výbuchy agrese. Zvládají rutinní návyky a jednoduché dovednosti. Tento stupeň mentální retardace vykazuje velké rozmanitosti ve schopnostech každého jedince.
-

- Někteří mají vyšší úroveň senzomotorických dovedností v komparaci s dovednostmi verbálními. Naopak jiní jsou okázale neobratní, ale jejich schopnost sociální interakce a komunikace je na dobré úrovni.
- Vzdělávání probíhá v **základní škole speciální**, kde dochází k rozvoji individuálního potenciálu jedince. Důraz je kladen na praktický rozměr nabytých kompetencí.
- V zaměstnání potřebují dohled a výraznou pomoc, jsou však schopni vykonávat jednoduché manuální úkony. Vhodné pracovní zázemí pro ně představují chráněné dílny a pracoviště.
- Pouze zřídka vedou plně samostatný život.
- Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky a sociálně velmi aktivní.

Etiologii (příčiny vzniku) střední mentální retardace u jedinců lze vysvětlit organickým původem, jedná se například o chromozomální aberace, infekce organismu, metabolické a jiné choroby vedoucí k trvalému postižení. U dětí s STMR bývá přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. Často se vyskytuje přidružené tělesné postižení nebo jiná neurologická onemocnění. Tato skupina vykazuje vysokou frekvenci výskytu epilepsie.

- Z celkového počtu MR tvoří jedinci se středně těžkou mentální retardací asi 12% (srov. Valenta, Michalík, Lečbych, 2012; Pipeková, 2010; Bazalová, 2006; Švarcová, 2006).

Těžká mentální retardace (TMR), IQ 20 – 34 (F72)

Lidé s těžkou mentální retardací mají velmi podobný klinický obraz jako lidé se středně těžkou mentální retardací (postižení vzniká buď na genetickém,

nebo na jiném podkladě). Výrazné odlišení ale nastává ve schopnostech, které jsou mnohem více limitovány či úplně narušeny.

- Těžké mentální postižení inklinuje **silnou motorickou poruchou**, která je výsledkem velmi zpomaleného neuropsychického vývoje. Somatické a neurologické vady jsou příčinou poměrně častého upoutání na lůžko. Většinou jsou imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu. Nápadné mohou být stereotypní pohyby celého trupu.
- **Řeč** je na nejprimitivnější úrovni, nebo je substituována pouze non-verbální komunikací bez smyslu, nemusí se však vůbec vytvořit.
- Významné je porušení **afektivní sféry**, typické je kolísání nálad a impulzivita, někdy můžeme zaznamenat sebepoškozující tendence.
- Klíčový je zde soustavný **system pomoci** a podpory člověka s tímto stupněm postižením; tato péče je celoživotní. **Včasná a systematická péče** přispívá ke zlepšení motorických dovedností, komunikačních schopností, vede k určitému druhu samostatnosti a k celkovému z kvalitnění života těchto jedinců.
- Žáci jsou nejčastěji vzděláváni v **základní škole speciální**, kde plní druhý díl rámcového vzdělávacího programu pro obor základní škola speciální. Těžištěm výchovně vzdělávacího procesu se stávají **terapie a rehabilitační činnosti**.
- Socializace je omezena na diferenciaci známých osob.
- Často bývají přidruženy další postižení.
- TMR osoby tvoří 7% z mentálně retardovaných. (srov. Chaloupková, 2011; Pipeková, 2010; Valenta, Müller, 2009; Bazalová, 2006; Švarcová, 2006)

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Vysoké procento jedinců s hlubokou mentální retardací má kombinované postižení.

- Frekventované jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost. Z tohoto důvodu bývají často **imobilní**. Lze pozorovat stereotypní automatické pohyby.
- Bývá přidruženo záchvatovité onemocnění, **epilepsie** a poškození smyslového vnímání.
- **Poznávací schopnosti** jsou omezeny na známé a neznámé podněty a na vyjádření libosti a nelibosti.
- **Řeč** se nevytváří, přesto reagují na velmi jednoduché požadavky.
- Schopnost **sebeobsluhy** je delegována na pečující osoby, přítomnost **inkontinence**.
- Nedostatek podnětů v důsledku kombinovaného a závažného postižení mentálního, tělesného a smyslového, způsobuje neuromotorickou deprivaci.
- Tvoří 1% z populace mentálně retardovaných. (srov. Chaloupková, 2011; Pipeková, 2010; Valenta, Müller, 2009; Bazalová, 2006; Švarcová, 2006)

Jiná mentální retardace (F78)

Zařazení jedinců do tohoto stupně znamená nemožnost či nesnadnost určit stupeň MR, respektive výši jejich IQ. V takových případech není možné užít standardních metod ke zjištění IQ, nejčastěji z důvodu přidružených senzorických či somatických deficitů. Může se jednat o osoby s pervazivní vývo-

jovou poruchu, nevidomé či neslyšící jedince, ale i jedince s výraznými poruchami chování.



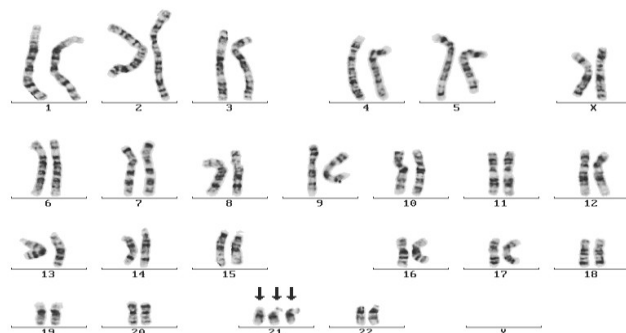
Nespecifikovatelná mentální retardace (F79)

Tato kategorie je užívána v případě, že je prokázán výskyt mentálního opožďení, ale zároveň chybí dostatek informací k přesnému zařazení do výše popsaných kategorií. (srov. Pipeková, 2010; Bazalová, 2007; Švarcová, 2006; Valenta, Müller, 2009)

1.3 Downův syndrom

Nejrozšířenější formou (10% všech lidí s mentálním postižením) mentálního postižení je Downův syndrom (dále jen DS). Jedná se o **chromozomální onemocnění** (trizomií = ztrojení 21. chromozomu). Je to kongenitální (vrozená) vada. Vzniká tak, že jeden z rodičů předá dítěti z vajíčka nebo spermie místo obvyklého jednoho 21. chromozomu chromozomy dva. Za rizikový faktor pro vznik DS bývá považován věk matky nad 35 let a otce nad 50 let.

DS byl popsán v roce 1866 doktorem Johnem Langdonem Downem (1828 - 1896). V dnešní době lze výskyt DS odhalit prenatalní diagnostikou (ultrazvuk, vyšetření krve, amniocentéza, fetoskopie, aj.).



Obr. č. 1:

Trizomie 21.
zomu

chromo-

Vývoj jedinců s DS je pomalejší a méně kompletní. Jedinci s DS v dospělosti potřebují mnohem větší oporu než intaktní člověk a mohou vykazovat určité fyziologické zvláštnosti.

- obličej – bývá kulatý, z profilu většinou plochý
- hlava - je vzadu většinou lehce oploštělá (hovoříme o tzv. brachycephalia)
- oči – jsou mírně zešíklé vzhůru, navíc se u nich často vyskytuje malá kožní řasa, která probíhá vertikálně mezi vnitřním koutkem oka a kořenem nosu (epikantická řasa)
- nos – je malý, kořen nosu je širší než u ostatních dětí
- krk - krátký, široký krk
- ústa - ústní otvor je o něco menší, než je běžné, jazyk je naopak větší a často vyčuhuje
- ruce - široké, s krátkými prsty. Na dlani bývá pouze jedna příčná rýha. Ruce mají specifické otisky prstů.
- svalové napětí - končetiny a krk malých dětí s DS bývají značně ochablé. Svalová ochablost se nazývá **hypotonie**.
- velikost postavy - v dospělosti dosahují menšího vzrůstu. Obvykle se pohybují na dolní hranici průměru, což je 145 až 168 cm u mužů a 132 až 155 cm u žen

- váha – závisí na způsobu výživy, často trpí obezitou

Mezi specifické znaky patří vrozené vady a zhoubné nádory. Co se týče četnosti vrozených vad, na prvním místě jsou srdeční vady.

Žáci s Downovým syndromem se mohou vzdělávat v:

- základní škole,
- speciální třídě při základní škole,
- základní škole praktické,
- základní škole speciální (Školský zákon č.561/2004sb, Vyhláška č.73/2005sb.).

Výběr školy je odvislý od stupně mentální retardace. Ke zlepšení jejich zdravotního stavu přispívá kvalitní diagnostika. Protože jedinci s Downovým syndromem se nejčastěji pohybují v pásmu středně těžké mentální retardace, navštěvují většinou základní školu speciální. Doporučuje se i integrace, protože tyto děti mají adaptační schopnosti na velmi dobré úrovni (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Při práci s jedinci s DS se využívá rehabilitace a terapií jako např. **Hipoterapie** (rehabilitační metoda, využívá se koňského hřbetu), **Vojtova metoda** (reflexivní ovlivňování pohybu), **Orofaciální regulační terapie** (stimulace úst a jazyka) aj.

1.4 Vzdělávání žáků s mentálním postižením

V České republice je vzdělávání legislativně upravováno **zákonem č.**

561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), který - mimo jiné - v § 16, 40, 42 a 48 specifikuje problematiku vzdělávání mentálně postižených.

Porucha poznávacích schopností se nejvíce projeví v edukačním procesu při osvojování si nových kompetencí. Z důvodu celkového opoždění přicházejí děti s mentálním postižením do školy zpravidla o rok či dva později. U jedinců s mentálním postižením usilujeme o celoživotní proces výchovy a vzdělávání.

- V systému edukace osob s MP je důležité zmínit činnost **školských poradenských zařízení**, neboť se významnou měrou podílí na komplexní péči o tyto osoby a jejich rodiny.
- **Speciálně pedagogické centrum** (SPC) se věnuje dětem od 3 let (v praxi se můžeme setkat i s intervencí u mladších dětí) až do doby ukončení vzdělávání.
- Prvotní školní institucí, která v předškolním věku dítěte s MP zahajuje výchovně vzdělávací proces, je mateřská škola. Alternativou k běžnému typu mateřské školy jsou **mateřské školy speciální**. V některých případech mají rodiče možnost umístit dítě do speciální třídy, která je zřízena při mateřské škole. Mateřská škola speciální plní celou řadu funkcí. Funkce **formativní** a **informativní** je doplněna o funkci **diagnostickou**, **reedukační** a **kompensační**. Valenta upozorňuje i na funkci **„terapeuticko-formativní (léčebně výchovnou), popř. respitní (úleva rodičům starajícím se o dítě s mentálním postižením“** (in Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, s. 97). Normativním dokumentem je **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání** (RVP PV), který zahrnuje i mateřskou školu speciální.

Díky kurikulární reformě mohou Školní vzdělávací programy (ŠVP) pružně

reagovat na potřeby žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Tento charakter umožňuje úpravu vzdělávacího obsahu, pomůcek, podpůrných opatření, forem a metod vyučování, vzhledem ke specifickým pramenících z charakteru postižení.

V rámci plnění povinné školní docházky mohou žáci navštěvovat běžnou základní školu, kde se mohou formou **individuální** či **skupinové integrace** vzdělávat, nebo na **základní škole praktické** a **základní škole speciální**. Vzdělávání žáků s mentálním postižením je závislé na stupni postižení, který významně promlouvá k umístění žáka do příslušného typu školy.

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, které pramení z lehké mentální retardace, se vzdělávají na **základních školách praktických**, které jsou nejfrekventovanějším školským zařízením z celkového edukačního systému vzdělávání osob s MP. Na **základní škole speciální** jsou vzděláváni takoví žáci, u nichž je stupeň rozumových schopností na úrovni, která jim znesnadňuje nebo neumožňuje vzdělávání na základní škole či základní škole praktické.



Základní škola praktická

- O zařazení žáka do praktické školy rozhoduje ředitel/ka školy, je však vždy podmíněno souhlasem rodičů.
- Organizace a struktura základní školy praktické se výrazně neliší od běžné základní školy. Vzdělávání trvá **devět let** a po jeho úspěšném ukončení získává žák **základní vzdělání**. Začátek povinné školní docházky je vlivem opožděného vývoje velmi často odložen, avšak nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku.

- Posláním toho typu školy je poskytnout absolventům takové kompetence, které jim umožní přijetí na střední odborné učiliště (v ideálním případě), **odborné učiliště a praktické školy**, kde získají odbornou přípravu pro jejich budoucí povolání.
- Klíčovým kurikulárním dokumentem pro tento typ základní školy je: **Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou, upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením**
- „Atributem „praktická“ je tento typ základní školy označen proto, že škola je často vybavena cvičnými byty, kuchyněmi, dřevodílnami, kovodílnami či dílnami keramickými či textilními..., kde se realizuje převážně praktická příprava žáků“ (Valenta in Valenta, Michalík, Lečbých, 2012, s. 97).

Základní škola speciální

- Tento typ školy se od škol běžného proudu odlišuje především ve frekvenci užívání speciálněpedagogických prostředků, dále v odlišné organizační struktuře (př. transformaci vyučovacích hodin na jednotky či vyučovací bloky) a v neposlední řadě strukturou učebních plánů.
- Žáci se zde, po dobu 10 let, vzdělávají podle **Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální** (RVP ZŠS), který se skládá ze dvou částí:
 - ❖ Díl I. pro vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením,
 - ❖ Díl II. pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním, včetně hlubokého mentálního postižení, a souběžným postižením více

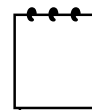
vadami.

- Velký důraz je kladen na komunikační schopnosti, které usnadňují sociální integraci, a na podporu návyků vhodných do praktického života.
- Organizací i charakterem edukačního procesu je odlišná od škol hlavního vzdělávacího proudu. Rozdíl nalezneme v učebních plánech, délce vyučovacích hodiny, které bývají častěji děleny na kratší části, vyučovací jednotky či spojovány do bloků. Důležitým prvkem je zařazení **relaxace** a odpočinku, jako nutné součásti výuky.
- Hodnocení výsledků vzdělávání je realizováno formou **slovního hodnocení**.
- Žáci získávají **základy vzdělání**. Vzdělávání je koncipováno tak, aby žáci byli připraveni na možnost pokračovat v praktické škole.

U žáků se zdravotním postižením se často setkáváme s **individuálním vzdělávacím plánem (IVP)**.

Otázky a úkoly k tématu:

1. *Charakterizuj osobnost jedince s mentálním postižením. Pro lepší orientaci se zaměřte na specifika ve vnímání, řeči, myšlení, paměti, tělesné a emotivní stránce.*
2. *Z výše uvedených informací si sestavte vlastní definici mentálního postižení.*





3. Popište fyziologické zvláštnosti jedince s Downovým syndromem?

4. Co je to Hipoterapie?

5. V jakém typu školy se vzdělávají žáci s lehkou mentální retardací?

Literatura:

1. BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 278 s. ISBN 978-80-210-5930-6.
2. FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. 140 s. ISBN: 978-80-7368-274-3.
3. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006. 207 s. ISBN: 80-86633-40-3.
4. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 187 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
5. ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Septima, 1995. 62 s. ISBN: 80-85801-54-X.



6. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN: 80-7367-060-7.
7. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu*. Vyd. 2. Liberec: Technická univerzita Liberec, 2003. 40 s. ISBN 80-7083-763-2.
8. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3829-1.

Doporučená, rozšiřující literatura:

9. . LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Praha. Portál, 2010. 435 s. ISBN: 978-80-7367-679-7.
10. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání: s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2005. 126, 92 s. ISBN 80-870-0002-1.
11. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-802-4717-333.
12. VALENTA, MÜLLER. *Psychopedie*. 4. Vyd. Praha: Parta, 2009. 366 s. ISBN 978-80-7320-137-1.