

## Smyslově a tělesně postižené dítě

### 1. Zrakově postižené dítě

a, zraková ostrost – schopnost vidět zřetelně

b, vliv osvětlení (vidí špatně za šera nebo při ostrém světle?)

c, rozsah zorného pole (snížené)

d, barvocit (nepředstavuje větší praktické omezení)

Stupně: praktická nevidomost - zbytky zraku - těžká a lehká slabozrakost

#### Nejčastější vady:

- porucha sítnice – retinopatie, vrozené vady – anophthalmus a microphthalmus
- neschopnost akomodace čočky (těžká krátkozrakost)
- postižení částí oka (mimo sítnici a nerv) např. glaukom, zánět žilnatky
- postižení sítnice a zrakového nervu - často kombinace s postižením CNS = atrofie zrakového nervu, kortikální postižení mozku, DMO, někdy i poruchy sluchu
- Centrální slepota (postižení zraku) postižení CNS; proměnlivost využívání zraku (jeden den na podnět reaguje, druhý ne)

lépe poznává známé předměty, krátká spontánní zraková aktivita, nemžikají mu oči, jejich oči vypadají normálně, pohyby očí plynulé – rodiče si myslí, že dítě normálně vidí

-jen malá část dětí – zcela slepá – většinou jen buď se světlocitem nebo nevyužívané zbytky zraku

-zrání a učení bez účasti zraku – složité

-vizuální podněty jsou důležité pro: aktivaci dítěte, jako zdroj informací, aktivizují pohybový vývoj (zvedá hlavu, leze za ním)

-velmi důležitá – speciální záměrná stimulace zbytků zraku v raném dětství – speciální techniky (běžné podněty pro ně nemají stimulační hodnotu) – lesklé plochy, černobílé plochy, kontrasty, neónové barvy kontrastní, ozvučené hračky, spojování výrazného vizuálního podnětu se zvukem, využívání periferního vidění – zraková stimulace v černé komoře

-důležitá je ale také činnost zaměřená na rozvoj ostatních smyslů, které nejsou postižené (zejména sluch a hmat – předměty s různými povrchy)

-u nás velmi dobře funguje „raná péče pro děti se zrakovým postižením“ (Praha, Brno, Olomouc, Ostrava, Plzeň)

#### Vývojové charakteristiky:

- důležité je, zda je postižení vrozené nebo získané
- dítě se opoždí v **motorice**, **adaptivním chování** a **sociálním chování**; většinou nelezou, ale posunují se po zadečku; chůze – průměrný věk 19 měsíců – 2 roky; jemný úchop až po druhém roce, volný úchop – po zvuku mezi ½ a ¾ roku, pokud je stimulované, hledání rukama kolem ½ roku
- **řeč** – někdy se může opožďovat (je-li prostředí podnětné nemusí), dítě nemá možnost pozorovat artikulaci dospělého; více než normální děti experimentují s hlasem, melodií, rytmem – získávají tak představy o prostoru, opakují to, co právě slyšely, nechápou obsah řady slov – chybí zraková zkušenost – mluví, aby udrželo kontakt
- **sociální chování** – typická nápadná tichost, aby dobře mohly vnímat sluchově své okolí; nereagují na separaci matky pláčem, sledují sluchem, zda se ozve; v 6ti týdnech – selektivní úsměv na hlas matky; může vymizet, není posilován úsměvem matky; matka může mít pocit, že ji nepotřebuje; separační úzkost – přibližně v normě 10.-18. měsíc, ale trvá déle než dosáhne permanence objektu – teprve kolem 4-5ti let vnitřní reprezentace matky, separace od matky bývá opožděná (větší závislost), rychlost socializace je ovlivněna výchovou rodiny (zda se mu sociálně věnují)
- stereotypie časté – houpání, kývání, hopsání, mžikání očí, doplňují si tak svoji hladinu aktivity; dlouho trvá, než je schopné toto chování kontrolovat; obvykle se lépe

osvědčuje převést tuto aktivitu do společensky přijatelné formy = houpání na houpačce apod., než odvádění pacienta k jiné činnosti

- děti jsou zvýšeně úzkostné, špatně se adaptují na nové prostředí
- **hmat** je kompenzační smysl, ale nemá takovou informační hodnotu – hmatové vnímání je pomalejší, analytické, má mnoho dílčích kroků

### **Psychodiagnostika**

- některé děti – optické pomůcky
- dotazníky a projekční techniky lze administrovat ústně
- u slabozrakých – jako u normálních s optickými pomůckami, na psaní fixy, obrázky se zdůrazněnou konturou
- prodloužené období závislosti, potřebuje její fyzickou pomoc při každodenní rutinně dítě se zrakovým postižením vyšetřujeme vždy na několik sezení, nejlépe v jemu známém prostředí (doma, v MŠ); potřebuje delší dobu na seznámení
- problematicky navazují kontakt, neadekvátní mimika (nemá komunikační význam)
- do 2 let se moc standardní vyšetření udělat nedá, musí se přizpůsobit:
- **Gessel a Baylleyová** – příliš zatížené položkami na zrakovou zkušenost (lze použít položky na výv. řeči, motorickou škálu lze vyplnit i anamnesticky, senzomotorickou dle stupně poruchy)
- u nás k dispozici překlad manuálu **škály Reynell – Zinkin** (1979) – určena pro děti od 0 do 5ti let = škála vývojová; nemá standardní škály; místo obrázků jsou zde konkrétní předměty, zjišťuje vývoj v 6 oblastech: sociální adaptace, senzomotorické poznávání, orientace v prostředí, reagování na zvukové podněty, porozumění řeči

předškolní:

- u starších dětí lze použít verbální části testů (pokud řeč v normě) – **S-B, Perkins-Binet Test of Intelligence for the Blind** (modifikace S-B pro nevidomé) **WPPSI, PDW, Vineladnská škála sociální zralosti** – pro posouzení socializační úrovně v předškolním věku (pozor zastaralé normy!)

škola:

- **PDW / WISC** – verbální část, pozor je ale sycena jinými faktory – dílčí subtesty mají specifický význam (nižší bývá POR, POD jsou taky o zkušenosti s předměty z položek, OČ bývá nejlepší, SLO a INF jsou o podnětnosti rodiny)
- Raven (Barevné progresivní matice) – u slabozrakých lze použít, stejně tak lze u těchto dětí použít Kostky a Skládanky z Wechslera, lépe bez časového limitu
- **Hmatová úprava Kohsových event. Wechslerových kostek** – pro děti od 6 let (místo č/b barvy je použit haldký/drsný povrch), obohaené o další úlohy
- **Blind Learning Aptitude Test (BLAT)** – neverbální zkouška dětí na ZŠ, obsahuje úkoly převzaté z Ravena (formou plastových výlisků), sleduje se proces učení
- Kresběné zkoušky u slabozrakých – vývoj je obvykle zpomalen, horší senzomotorická koordinace – (nepřesnosti, asymetrie, nenavazování) – lze ale použít Test kresby lidské postavy (obsahově dosahují průměrně stenu 4, formálně stenu 3) a Matějčkův test obkreslování – zjišťujeme míru zrakového defektu, nehodnotíme tím konitivní vývoj
- Osobnost: dotazníky verbálně administrované – **JEPI, SPAS**, u slabozrakých **CATO**, v kolektivu sociometrika **SORAD**, škály sebeposouzení, posouzení sociálních kompetencí rozhovorem, pozorováním

profesní poradenství: -méně adekvátní ambice (vliv kompenzace, tlaky rodičů) – vzít v úvahu stav zraku, dosavadní prospěch, motivaci, předpoklady (verbál. Wechsler, neverbál Raven, Kohsovy kostky), orientačně osobnost JEPI, škály sebeposouzení

### **Vzdělávání:**

-integrace do běžné ZŠ – obtížně se zařazují, bývají izolováni (rizikové jsou závislé a přecitlivělé děti, egocentrické, s malým rodinným zázemím)

- internátní speciální škola – problém v odloučení od rodiny, chybí běžné sociální zkušenosti

-

### Podpora rodiny

- základ ve střediscích rané péče – naslouchat, dát prostor pro vyjádření emocí?, podpora, respekt, akceptace
- pravidelné návštěvy rodičů
- rehabilitační pobyty (týdenní)
- schůzky rodičů ve střediscích RP
- dospívání – školy, SPC; Tyfloservis – pomůcky

## 2. Sluchově postižené dítě

- záleží na stupni; je-li zbytek – nutné co nejdříve sluchadla (v kojeneckém věku)
- rané období – kritická perioda pro rozvoj řeči a abstraktního myšlení
- **1. nedoslýchavé** (sluchadla); **2. neslyšící**; **3. ohluchlé**
- u úplně sluchově postižených lidí – narušené i abstraktní myšlení
- pokud dojde ke ztrátě sluchu po 1. roce života, někdy není postižení tak vážné – naučí se lépe mluvit, než když ztráta sluchu od narození
- mírné postižení – většinou pozdě diagnostikováno

### Vývoj:

- na počátku tyto děti nejsou nápadné; schopnosti slyšet se člověk v prvním roce života učí?; i neslyšící kojeneček brouká ale už nežvatlá - kolem 20. týdne ustává, protože neslyší svůj hlas (5 měsíců), důležité je včasné zachycení a užití sluchadla aby se neopožd'oval vývoj, v interakci s matkou se nechová očekávaně a matka na něj neumí často reagovat
- v batolecím a předškolním věku – do 2 let (citlivé období pro rozvoj řeči) se rozhodnout pro vhodný způsob komunikace (normální řeč x znaková – vhodnější u těžších postižení)

#### 1. nejtěžší poruchy

- od raného věku se dítě nenaučí spontánně mluvit (jen se zvláštním výchovným postupem – pomocí zrakových vjemů, kinestetickomotorických)

2. myšlenkové pochody pouze na úrovni konkrétních činností – manipulace s předměty, pozorování, obtížně se tvoří obecné pojmy (vlivem vypadnutí jednoho smyslu nedochází k dokonalé integraci sensorických modalit) – myšlení obtížně dosahuje stadia symbolických operací

3. pokud se neřádají, nemají žádné informace

4. omezené komunikační možnosti - nechápou motivy jednání svého okolí, neorientují se v mezilidských vztazích, (v rodině je bezbranné, neschopné vyjádřit pocity a potřeby, závislé na rodičích, často se cítí vyděleni od zbytku slyšící rodiny)

5. citová a podnětová deprivace – internátní výchova

### Etiologie:

- hlavní = dysfunkce CNS; dále nedonošenost, hypoxie, zarděnkový syndrom, meningitida, inkompatibilita Rh – faktoru; genetický faktor + pojí se s dalšími vadami (v 11- 40%) > tím že jsou vlastně organické, častěji kombinované vady (MR, DMO, vady zraku...)

-výskyt neurotických projevů – významně vyšší než u běžné populace – tím že jsou vystaveni podnětové deprivaci, citové deprivaci, mají více mozkových dysfunkcí, často prožívají zklamání neboť nejsou schopny splnit nároky učitelů, jsou ve stresu když musí komunikovat slovně či odezírat

- v kojeneckém období zvýšená dráždivost, plačtivost, zvýšená spavost / bdělost, vyhýbají se očnímu kontaktu s matkami
- v batolecím a předškolním věku – problémy s jídlem, vyměšováním, spaním, záchvaty vzteku, instabilita, zvláštní rituály a návyky, poruchy přizpůsobení
- ve školním věku a adolescenci – poruchy chování

## Terapie

- práce s dítětem omezená kvůli komunikační bariéře > hlavní je práce s rodiči
- individuální terapeutický plán – prvky behaviorální terapie
- zpočátku rodiče, kteří potřebují pomoc; typické prožívání vyrovnávání se s faktem nevyléčitelného onemocnění (Kubler Rossová):
  1. šok – popření
  2. hněv – kritika
  3. smlouvání
  4. deprese
  5. přijetí

-zpočátku je důležitá podpora rodiny (lépe se vyrovnávají matky, také lépe lidé se SŠ, VŠ mívají na děti větší očekávání-hůře se smiřují, SOU špatně odhadují druhotné následky)

Cíle: - poskytnout emoční podporu při překonání krize

- korigovat pocity bezmocnosti
- hledat přiměřené perspektivy a pozitivní cíle
- posílit integritu rodiny
- 

-fungují i Rodičovské skupiny (mají dojem, že jsou na společné lodi, že si rozumí, setkávají se jedinci v různém stádiu a předávají si zkušenosti, skupiny poskytuje zázemí když se izolují od okolí)

- kochleární implantáty = protetická pomůcka, přímá stimulace sluchového nervu

## Zařazení do školy

- častěji pozdější nástup
  - speciální školy pro sluchově postižené (podle normálních osnov, s redukovanými osnovami) – MŠ, SPC – většinou internátní, kde to umí (x izolace od rodiny)
  - integrace do běžné ZŠ – obtížné, často nerozumí, okolí nerozumí jim, ideální s tlumočnickem, výhodou je lepší sociální rozvoj
  - ZŠ s redukovanými osnovami (následně speciální učební obory, a speciální odborné sš)
  - absolventi – do běžných učilišť a středních odborných škol
  - gymnázium pro sluchově postiženou mládež – dále pak pro slyšící
  - speciální školy – pedagogická, elektr., zubní laborant, oděvní, ZVŠ

## Psychodiagnostika

- nedoslýchavost x těžká sluchová porucha x totální hluchota,
- prelingválně (zde je postižen celý vývoj řeči, >senz. deprivace)x postlingválně získaná vada
- sekundárně opožděný vývoj sociální inteligence

-v batolecím věku škála Bayleyové

-v intelektu vycházíme hlavně z neverbálního (verbální se rozvíjí nerovnoměrně) – Raven, Leiterova performační škála, neverbální část PDW (WISC-R) s úpravami v zadání, z celkových např. S-B rozdíl mezi IQv a IQp bývá 15-30b!

-kresebné zkoušky: kresba lidské postavy, Matějčkův test obkreslování

-predikce studijních předpokladů: Váňův inteligenční test VIT, Amthauerův IST, Kaufmanův ABC

-vyš. osobnosti: rozhovor (s tlumočником), projektivní – Test barevného sémantického diferenciálu, Lüscher, Test stromu, Kresba rodiny

### 3. Dětská mozková obrna (DMO)

- závažné postižení hybného vývoje – podmínkou pre-, peri, postnatálně (časně) – hypoxie, mechanické vlivy porodu, krvácení do mozku, velmi častá mentální retardace

#### Formy:

1. *Hypotonická DMO* – nejlepší prognóza

2. *Hypertonická (spastická)* – kvadruparézy, hemi-, di- parézy (dobíhání?)

3. *Atetoidní* – nejméně postižen intelekt, ale pohybově značně postižené, včetně řeči

4. *Mozečková* – postižena motorika i intelekt (vzácná); diagnóza z neurologického hlediska jasná obvykle až kolem prvního roku

#### Motoricky postižené dítě

- méně mimických a emočních projevů, postihuje i vývoj řeči
- děti si nemohou aktivně vybírat podněty
- opožďování separace
- negativismus dlouho přetrvává
- dráždivé děti – v rodičích to vzbuzuje pocity viny; dítě celkově pro rodiče méně srozumitelné
- děti s motorickým a smyslovým postižením – riziko v interakci s rodiči
- ve vývojových škálách je nutné se u motoricky postižených dětí orientovat podle toho, o co se zajímá: zda se v 11ti měsících více zajímá o malé nebo velké předměty --- ne podle toho na co sahá, ale podle toho na co se dívá očima
- zkoumat sociální úroveň
- **práce s rodiči** – stres – neplní očekávání rodičů; cvičení – rehabilitace = Vojta (velká emoční zátěž pro rodiče)
- **interakce** – přizpůsobena v běžném životě chronologickému věku dítěte a ne mentálnímu, svět se pro dítě stává nesrozumitelný!!!
- pro postižené děti – mentálně retardované – systém „PORTAGE“ – nácvik různých dovedností (psycholog, speciální pedagog) – do rodiny 1x týdně