

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
CENTRUM DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Speciální pedagogika 1. díl

PhDr. Zdena Michalová, Ph.D.

Liberec 2012



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

TENTO STUDIJNÍ MATERIÁL BYL PŘIPRAVEN V RÁMCI PROJEKTU, KTERÝ JE
SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM
ČESKÉ REPUBLIKY

Recenzent: prof. PhDr. RNDr. Marie Vágnerová, CSc.

© PhDr. Zdena Michalová, Ph.D. – 2012

ISBN 978-80-7372-831-1

OBSAH:

Úvod.....	4
1. Speciální pedagogika – vymezení pojmů, předmět, cíl	5
1.2 Předmět a základní pojmy speciální pedagogiky.....	6
1.3 Cíle a úkoly speciální pedagogiky	8
1.4 Speciálně pedagogické jevy a procesy.....	8
1.5 Vztah mezi speciální pedagogikou a defektologií	9
1.6 Postavení speciální pedagogiky v soustavě věd.....	9
1.7 Systém speciální pedagogiky	10
1.8 Změna paradigmatu v české speciální pedagogice	11
2. Základní kategorie ve speciální pedagogice	15
2.1 Terminologická nejednotnost označovaných kategorií	15
2.1.1. Základní klasifikace osob s postižením podle typu postižení	15
2.2 Defekt (vada, porucha), handicap, disabilita	16
2.3 Defektivita a její charakteristika	17
2.4 Socializace – proces vrůstání jedince do společnosti	18
2.4.1 Stupně socializace	19
2.5 Otázka normality a abnormality ve speciální pedagogice	20
3. Typy vývojových vad. Metody a zásady speciální pedagogiky	24
3.1 Vývojové vady	24
3.2 Typy vývojových vad.....	24
3.2.1 Vývoj opožděný	24
3.2.2 Vývoj předčasný.....	24
3.2.3 Vývoj omezený.....	25
3.2.4 Vývoj narušený.....	25
3.2.5 Vývoj scestný	25
3.3 Metody speciální pedagogiky	25
3.4 Komprehenzivní péče o jedince s postižením.....	28
3.5 Zásady speciální pedagogiky	29
4. Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince.....	32
4.1 Reakce rodičů na postižení jejich dítěte (Vágnerová, 2004)	32
4.2 Proces akceptace postižení dítěte rodiči	33
4.3 Reakce rodičů u jedinců s postižením, které se projevuje nebo rozvíjí později	36
5. Systém speciálních škol a školských zařízení, poskytujících edukaci a reedukaci	38
5.1 Formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením.....	40
5.1.1 Speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je zajišťováno	40
5.1.2 Zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání.....	40
5.2 Typy speciálních škol.....	41

Úvod

Předkládaná skripta jsou inovována v duchu novelizované školské legislativy v České republice. Jsou určena studujícím speciální pedagogiky, tedy těm, kteří potřebují vstupní informace do problematiky této vědní disciplíny.

Nekladou si za cíl poskytnout studujícím vyčerpávající informace, spíše vzhled do tohoto oboru, který je nutno rozšířit četbou odborné literatury. **Jejich cílem je tedy podat základní přehled o některých podstatných otázkách a problémech základních terminologických kategorií speciální pedagogiky. Skripta nepřináší rozbor jednotlivých disciplin speciální pedagogiky, neboť autorka předpokládá, že text skutečně zprostředkovává prvotní orientaci studujících v oboru a že s podrobnou náplní jednotlivých disciplin se seznámí do hloubky v rámci dalšího vzdělávání a v rámci integrativní speciální pedagogiky.**

Studium textů předpokládá, že studující bude propojovat nově nabyté poznatky s osvojenými vědomostmi z jiných disciplin.

Tvorba textu

Distanční texty lze vytvářet úpravou dosud vydané odborné literatury. Autorka této možnosti využila a pro základní sestavení těchto textů použila některé části kapitol vysokoškolské učebnice autorů Renotierové, Ludíkové a kol. s názvem Speciální pedagogika vydanou Univerzitou Palackého v Olomouci, kterou upravila pro potřeby distančního vzdělávání a doplnila dalšími dle jejího názoru vhodnými zdroji poznatků.

Jak jsou skripta koncipována?

Jedná se o distanční texty určené pro distanční vzdělávání. Předpokládá proto samostatné studium uživatelů, proto je doplněno otázkami a případnými úkoly ke studiu. Každá kapitola je uzavřena stručným shrnutím.

Použitá a doporučená literatura

Za každou kapitolou jsou odkazy na autorkou použitou literaturu, která je další doporučenou literaturou pro studující, určenou k hlubšímu pochopení celé problematiky.

Doba potřebná k prostudování jednotlivých kapitol je určena orientačně, spíše v její nižší hodnotě potřebné k zvládnutí a pochopení předkládané problematiky. Za tuto dobu by se studující měl naučit látku tak, aby byl schopen na průměrné úrovni, bez závažnějších obtíží, zvládnout nároky kladené při běžné zkoušce na vysoké škole.

Otázky a úkoly za každou kapitolou by měly studujícím pomoci se přesvědčit, zda prostudovanou látku skutečně zvládl a pochopil. Zvládnutí odpovědí na otázky by nemělo vést studujícího k falešnému dojmu, že již vše výborně zná a ovládá. Mělo by ho naopak podnítit ke studiu další doporučené literatury.

Pokud se studujícímu stane, že po prostudování kapitoly nezvládne odpovědět na některou z otázek správně, je důležité si kapitolu zopakovat a potom teprve přecházet k další oblasti. Jelikož otázky jsou velice konkrétní, mapující zvládnutí speciálně pedagogických termínů z jednotlivých kapitol, nejsou v závěru skript zpracovány odpovědi na tyto otázky. Nebude-li studující znát po přečtení kapitoly odpověď na otázku, při dalším čtení si ji v daném textu bez obtíží vyhledá.

Závěrem přeji všem, kteří budou skripta používat, aby je skutečně motivovala k dalšímu hlubšímu studiu speciální pedagogiky, aby zažili při studiu samé úspěchy a radostné chvíle a veškeré teoretické poznatky úspěšně využili ve své bohaté pedagogické praxi.

Autorka

Kontrolní otázky

1. Jaké znáte formy speciálního vzdělávání pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami?
2. Co to jsou speciální vzdělávací potřeby?
3. Co to jsou podpůrná opatření a k čemu slouží?
4. Vyjmenujte typy speciálních škol.
5. Jak probíhá zařazení žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do školského zařízení?
6. Jaká znáte zařízení poskytující výchovu a vzdělávání jedincům s ústavní a ochrannou výchovou.

Použitá a doporučená literatura:

Zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v aktualizovaném znění 472/2011 Sb.⁴

Vyhláška 147/2011 Sb. ze dne 25. května 2011, kterou se novelizuje vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ze dne 9. února 2005.

Zákon č. 109/2002 o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivní výchovné péči ve školských zařízeních.

⁴ Zákon ze dne 20. prosince 2011, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Shrnutí:

Je stále zřejmější, že do speciálních výchovně vzdělávacích, ale i sociálních institucí, by se měli zařazovat jedinci s těžšími nedostatky, kdežto ostatní patří mezi běžnou populaci bez postižení. Segregace žáků, kteří mohou obohacovat svou jedinečností celou společnost, je pro demokratickou společnost nepřijatelná.

Novelou vyhlášky 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v jejím aktualizovaném znění č. 147/2011 Sb. dochází k těmto změnám:

- Původní vyhláška se týkala především žáků se zdravotním postižením a dětí mimořádně nadaných.
- Odpovídajícím způsobem nezahrnovala problematiku vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním.
- Novela reaguje na **rozsudek velkého senátu Evropského soudu pro lidská práva ve Štrasburku** ve věci *D+H a ostatní proti ČR* a napravují zjištěné porušení článku 14 Evropské úmluvy o lidských právech.
- Novelizované texty se týkají převážně **žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním** (včetně žáků romských).
- Pro potřeby vzdělávání se **definuje žák se sociálním znevýhodněním**.
- Doplnují se ustanovení o „**vyrovnávacích**“ opatřeních k podpoře vzdělávání žáků se sociálním a zdravotním znevýhodněním, které poskytuje škola hlavního vzdělávacího proudu v **inkluzivním vzdělávání**.
- Zřetelně se uvádí, že **žáci bez zdravotního postižení se nevzdělávají podle vzdělávacích programů pro žáky se zdravotním postižením**.
- Zpřesňuje se možnost **výjimečného přijetí žáka bez zdravotního postižení do speciální školy** (v případech dlouhodobého selhávání v otevřeném školním prostředí i při využívání vyrovnávacích opatření).
- Rozšiřuje se okruh činností asistenta pedagoga o **pomoc žáku s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze**, a to i při akcích mimo školu.
- Zkracuje se **délka diagnostického pobytu** žáka v případě jeho vzdělávání ve speciální škole/třídě (1 až 3 měsíce).
- Zřetelně se kodifikuje postup při přijímání žáka do speciální školy/třídy a vzdělávání podle vzdělávacího programu pro zdravotně postižené **pouze s informovaným souhlasem** zákonného zástupce žáka.
- Doplnuje se **příloha vyhlášky**, která uvádí podklady pro tvorbu formuláře informovaného souhlasu.
- Uplatňuje další **formální úpravy** (umožňuje spojit ročníky obou stupňů speciálních škol atd.).

1. Speciální pedagogika – vymezení pojmů, předmět, cíl

Doba potřebná k prostudování a osvojení kapitoly: 8 hodin

Cílem této kapitoly je po jejím prostudování zvládnout:

- *Objasnit termín speciální pedagogika, jeho předmět, cíle a úkoly.*
- *Orientovat se v základních pojmech vymezujících předmět oboru dle Mezinárodní klasifikace nemocí.*
- *Objasnit vztah speciální pedagogiky a defektologie.*
- *Charakterizovat členění defektů dle různých hledisek.*
- *Vymezit postavení speciální pedagogiky v soustavě věd.*
- *Orientovat se ve vnitřním systému oboru.*
- *Pochopit nezbytnost a smysl změny paradigmatu české speciální pedagogiky.*

Klíčová slova:

Cíle vědního oboru, definice vědního oboru, disabilita, handicap, klasifikace vědního oboru, postižení, předmět speciální pedagogiky, speciální pedagogika jako věda, speciálně pedagogické jevy a procesy, úkoly speciální pedagogiky.

Speciální pedagogika, volně řečeno, je vědní oblast o zákonitostech teorie a praxe vývoje, výchovy, vyučování a vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění osob (dětí, mládeže i dospělých) postižených různými nedostatky v oblasti rozumové, smyslové, tělesné či s poruchou chování nebo sociálních vztahů. V této kapitole se seznámíte především s jejím předmětem, cílem, úkoly, paradigmaty. Studujte pečlivě, s patřičným soustředěním, nové poznatky si několikrát zopakujte.

Speciální pedagogika se jednoznačně řadí do oblasti pedagogických věd. V průběhu posledního století nedošlo k jednotnému terminologickému pojetí speciální pedagogiky, v jednotlivých zemích se stále projevují některé rozdíly v odborných názvech, obsahově se však přístupy jednotlivých odborníků k sobě přibližují.

Speciální pedagogiku můžeme označit za vědní disciplinu zaměřenou na výchovu, vzdělávání a komplexní osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout u něj co nejvyšší míry jeho sociální integrace, zahrnující i pracovní a společenské možnosti a uplatnění.

V současné době **pojmem postižený můžeme nahradit jinými termíny pod vlivem terminologicky zmírňujících humanizačních tendencí**, jako např.:

- člověk se speciálními vzdělávacími potřebami,
- handicapovaný (ve smyslu člověk s nerovností podmínek),
- člověk znevýhodněný,
- žák (dítě) se speciálními výchovnými a vzdělávacími potřebami,
- člověk s postižením.

Význam speciální pedagogiky a medicíny narůstá zhruba již od druhé poloviny 20. století, kdy významnou úlohu začíná sehrávat otázka předcházení vrozeným i získaným postižením (tj. prevence). V širším slova smyslu speciální pedagogika označuje každou speciálně zaměřenou pedagogiku vztahující se k obecné pedagogice, v užším slova smyslu je samostatnou vědní disciplinou zkoumající zákonitosti speciální výchovy a vzdělávání

a přípravy na pracovní a společenské uplatnění handicapovaných jedinců v důsledku mentálního, smyslového či motorického postižení nebo sociálního znevýhodnění. Každého handicapovaného jedince však v rámci speciální pedagogiky primárně považujeme, a podle toho též k němu přistupujeme, jako neopakovatelnou osobnost, její postižení pak považujeme za sekundární. Z toho pak vyplývá současná preference nahrazení pojmu postižený například pojmem dítě, člověk, jedinec s postižením.

1.2 Předmět a základní pojmy speciální pedagogiky

Abychom lépe pochopili předmět a s ním související základní pojmy speciální pedagogiky, je třeba vyjít z termínu **norma a normalita**. Podrobněji se tomuto tématu budeme věnovat ve druhé kapitole. Zde jen uvádíme vzhled do problematiky z důvodu souvislosti s předmětem a základními pojmy speciální pedagogiky.

Obecně je pojem **norma** chápán jako závazná ustálená směrnice, obecně respektované pravidlo či dokonce zákon. Vlivem vnějších podnětů i vnitřní dynamiky se však platnost norem i jejich pojetí ve společnosti mění.

Je důležité si uvědomit, že:

1. Vymezení normy je obtížné a nejednoznačné.
2. Norma může být chápána statisticky, funkčně nebo sociokulturně.
3. Hranice mezi normou a abnormalitou je plynulá, představuje kontinuum.
4. Vymezení normy závisí na mnoha faktorech, především na aktuální úrovni dané společnosti, u různých skupin se může lišit, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost.

Normalitu osobnosti posuzujeme podle relativní **přiměřenosti** jejího jednání v současnosti a dohledné budoucnosti.

Slovo **relativní** užíváme, abychom odlišili normální osobnost od **ideální** (dokonalé) osobnosti. Normální osobnost totiž může výjimečně udělat něco neočekávaného, nevhodného, nepřiměřeného, nedomyšleného.

Pojem normální, normalita (ve smyslu souhlasu s normou) může mít význam statistický, funkční nebo normativní (ideální), nebo se tyto významy mohou kombinovat.

Statistická normalita určuje umístění jedince v populaci vzhledem ke kvantitativně měřenému průměru (např. ve zkoušce inteligence může mít člověk vzhledem k průměru výkon nadprůměrný nebo podprůměrný, defektní). Často se uvádí i tolerance možného rozptylu od centrální tendence. Tak např. pásma úrovně inteligence se opírají o výpočet směrodatné odchylky (sigma), tj. míry variability (rozptylu).

Rozdělení inteligence, stejně jako jiných lidských vlastností, v celkové populaci lze znázornit pomocí Gaussovy křivky normálního rozdělení (Obr. 1). Z grafu vyplývá, že inteligence většiny obyvatelstva (68,2 %) se pohybuje kolem průměru v pásmu podprůměrné a nadprůměrné inteligence. Méně lidí v oblasti nízké a vysoké inteligence (33,2 %), ještě méně v oblasti velmi nízké a velmi vysoké inteligence (4,2 %) a pouze zlomek lidí se nachází v pásmech extrémně nízké a vysoké inteligence (0,4 %). Obyvatel s nízkou a velmi nízkou inteligencí je oproti předpokladu Gaussovy křivky poněkud více, protože inteligence části z nich byla snížena v důsledku onemocnění nebo nehody.

Ředitel školy může třídy, oddělení a studijní skupiny dělit v souladu:

- se školním vzdělávacím programem,
- s pedagogickými, hygienickými, ekonomickými a prostorovými podmínkami,
- s požadavky na bezpečnost žáků a ochranu jejich zdraví,
- s charakterem předmětu.

K doplnění žáků ve třídě, oddělení a studijní skupině výše uvedených mohou být na základě žádosti zletilého žáka nebo na základě žádosti zákonného zástupce žáka zařazeni i žáci bez zdravotního postižení. Jejich počet však nesmí přesáhnout 25 % nejvyššího počtu žáků ve třídě, oddělení či studijní skupině.

Ve třídě běžné základní nebo střední školy, v oddělení běžné konzervatoře a ve studijní skupině běžné vyšší odborné školy lze s přihlédnutím k rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb žáků individuálně integrovat nejvýše 5 žáků se zdravotním postižením

Speciální škola a škola při zdravotnickém zařízení má nejméně 10 žáků.

8. Zařízení poskytující výchovu a vzdělávání jedincům s ústavní a ochrannou výchovou V souladu se zákonem č. 109/2002 o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivní výchovné péči ve školských zařízeních dochází ke změně organizace v etopedických zařízeních.

Zařízení poskytující výkon ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních jsou:

- **Diagnostický ústav** – pobyt jedince v diagnostickém ústavu trvá zpravidla 8 týdnů. Poskytuje po dobu nezbytně nutnou péči dětem s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, nebo pokud o umístění požádají osoby odpovědné za výchovu dítěte
- **Dětský domov** – zajišťuje péči o děti ve věku od tří do osmnácti let s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova
- **Dětský domov se školou** – bývají sem zpravidla umístěny děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Zajišťuje péči o děti:
 - a) s nařízenou ústavní výchovou, mají-li závažné poruchy chování nebo které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči
 - b) s uloženou ochrannou výchovou
 - c) jsou-li nezletilými matkami a splňují – podmínky stanovené v písmenu a) či b), a jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole, jež není součástí dětského domova se školou
- **Výchovný ústav** – pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Tato zařízení se zřizují odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou. Jako součást výchovného ústavu se zřizuje základní nebo speciální škola.
- **Střediska výchovné péče** – jsou určena pro děti a mládež s negativními společenskými projevy, pokud u nich nejsou důvody pro výkon ústavní výchovy. Středisko může být zřízeno jako ambulantní zařízení nebo jako kombinace ambulantního a internátního zařízení. V případě potřeby může středisko poskytnout krátkodobý pobyt s internátní péčí, a to maximálně v délce dvou měsíců. Dále nabízí dětem i jejich zákonným zástupcům krizovou pomoc, terapeutické programy, doučování, víkendové pobyty a prázdninové akce, pracovní poradenství, terénní sociální práce, apod.

3. Školy pro jedince hluchoslepé
- *mateřská škola pro hluchoslepé*
 - *základní škola pro hluchoslepé*

4.a Školy pro jedince s tělesným postižením

- *mateřská škola pro tělesně postižené*
- *základní škola pro tělesně postižené*
- *střední školy pro tělesně postižené:*
střední odborné učiliště pro tělesně postižené
odborné učiliště pro tělesně postižené
praktická škola pro tělesně postižené
gymnázium pro tělesně postižené
střední odborná škola pro tělesně postižené

4.b Školy při zdravotnických zařízeních pro žáky zdravotně oslabené nebo žáky dlouhodobě nemocné

- *mateřská škola při zdravotnickém zařízení*
- *základní škola při zdravotnickém zařízení*
- *základní škola speciální při zdravotnickém zařízení*

Tento typ základních škol může poskytovat podle svých možností konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech i žákům středních škol umístěných v daném zdravotnickém zařízení.

K zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se vyžaduje vždy doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rovněž rozsah a organizaci výuky žáka určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem žáka.

5. Školy pro žáky s řečovým postižením

- *mateřská škola logopedická*
- *základní škola logopedická*

6. Školy pro jedince s mentálním postižením

- *mateřská škola speciální*
- *základní školy*
základní škola praktická (dříve zvláštní škola)
základní škola speciální (dříve pomocná škola)
- *střední školy*
odborné učiliště
praktická škola

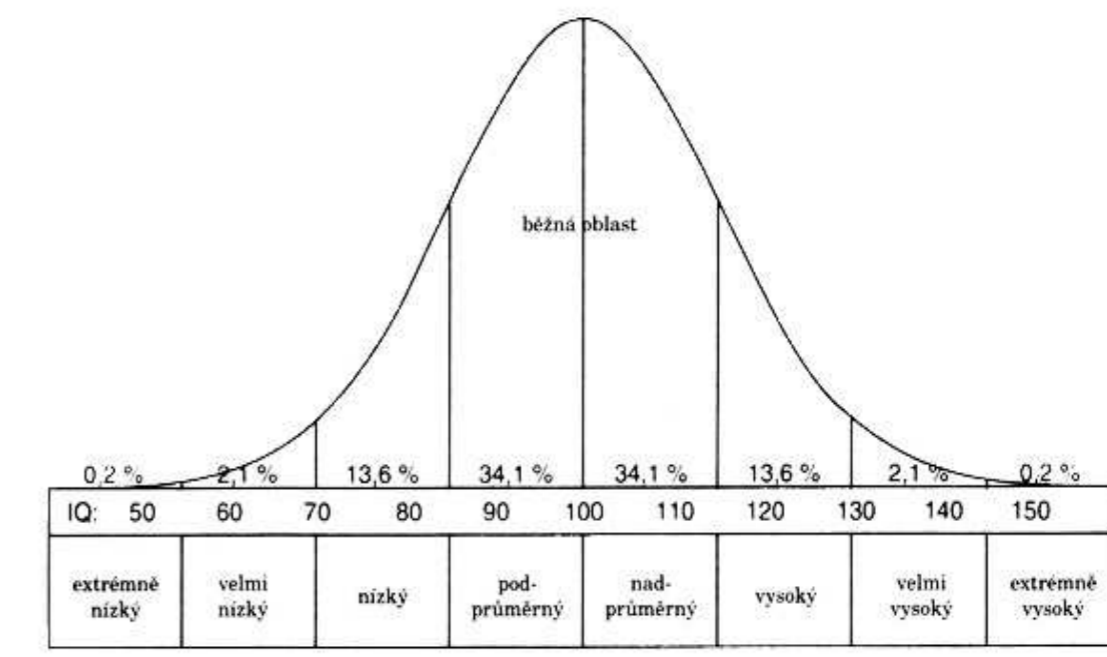
7. Školy pro žáky se specifickými poruchami učení a chování

- *základní školy:*
základní škola pro žáky se specifickými poruchami učení
základní škola pro žáky se specifickými poruchami chování

Počty žáků

- třída, oddělení a studijní skupina zřízená pro žáky se zdravotním postižením a třída ve škole při zdravotnickém zařízení má nejméně 6 a nejvíce 14 žáků s přihlédnutím k věku a speciálním vzdělávacím potřebám žáků
- třída, oddělení a studijní skupina zřízená pro žáky s těžkým zdravotním postižením má nejméně 4 a nejvíce 6 žáků

Obr. č. 1 Rozložení inteligence v populaci podle Gaussovy křivky



Funkční normalita je určována vzhledem k plnění funkce určitého systému, vzhledem ke stavu optimální činnosti, stavu vnitřní rovnováhy.

Ideální (normativní) normalita je předem dohodnutá na základě racionálního úsudku (je stanoven určitý ideál, např. plného duševního zdraví).

Jedinec normální a dobře sociálně přizpůsobený chce např. přijímat odpovědnost přiměřenou jeho věku a jeho postavení. Usiluje o to, stát se aktivní tvůrčí osobností. Je duševně odolný, **psychicky zdatný**. Ujímá se problémů, které je třeba řešit, a nehledá způsoby, jak se jim vyhnout. Dokáže činit rozhodnutí při minimu obav, nejistot, nerozhodnosti, proseb o radu a jiných forem úniku před rozhodnutím.

➤ **Předmětem oboru speciální pedagogiky** z pohledu etiologie, symptomatologie, z pohledu možností aplikace speciálně pedagogických metod a profylaxe neadekvátního vyrovnání zdravotně a sociálně znevýhodněných jedinců je zkoumání podstaty a zákonitostí jejich výchovy a edukace.

➤ **Předmětem péče speciální pedagogiky** jsou jedinci s různými druhy postižení, jejich podpora v oblasti výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění a jejich realizace.

➤ **Základní pojmy vymezující předmět oboru.**

Mezi **základní pojmy vymezující předmět oboru** patří podle Mezinárodní klasifikace nemocí:

1. **Vada (defekt)** = ztráta či abnormalita v psychologické, anatomické nebo fyziologické struktuře či funkci.
2. **Postižení (disabilita)** = omezení, nedostatek nebo ztráta schopnosti vykonávat určitou činnost způsobem nebo v rozsahu považovaném za normální pro lidskou bytost.
3. **Postižený** = takový jedinec, který trpí nějakým druhem tělesného, duševního, řečového či smyslového poškození, které mu bez speciální pomoci více méně znemožňuje splnit požadavky běžného vzdělávacího procesu a provozu.

4. **Handicap** = negativní důsledek postižení na činnost jedince, znevýhodnění. Zasahuje jednak kvalitu i kvantitu činnosti samotné, jednak postavení a sociální vztahy jedince. Jedinci tedy ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která by byla zcela přirozená jeho věku, pohlaví, sociokulturním příležitostem.
5. **Handicapovaný žák** = takový žák, který na podkladě svého postižení je znevýhodněn ve školní práci, výkonnosti a v sociálních vztazích.
6. **Ohrožené dítě** = dítě, u kterého se podmínky či prostředí změnilo na tolik, že může bezprostředně poškozovat jejich vývoj a začleňování do společnosti.

1.3 Cíle a úkoly speciální pedagogiky

Cíle spgg vycházejí z principu humanismu, jehož podstatou je uznání hodnoty a svébytnosti každého člověka včetně takového, který se nějakým způsobem odlišuje od tzv. průměrné normy.

Kysučan a Kuja (1996) uvádějí **3 následující cíle**:

1. **Humanitární** – vyjadřuje právo postiženého na zajištění co nejúplnějšího rozvoje a respektování jejich osobnosti.
2. **Výchovný** – je realizací práva postiženého na takové vzdělání, které napomůže k realizaci jeho optimálně možného rozvoje.
3. **Ekonomický** – je uplatněním práva postiženého na jeho odpovídající pracovní zařazení.

Cílem speciální pedagogiky v praxi je vychovávat, vyučovat a vzdělávat jedince s postižením tak, aby se nejen vnitřně vyrovnali se svým postižením, ale aby se dokázali včlenit do pracovního procesu a do společnosti. Speciální pedagogika dosahuje těchto cílů výlučně pedagogickými prostředky, tj. výchovou a vzděláváním. Pro dosažení těchto cílů je nutné dodržovat důsledné uplatňování individuálního přístupu v praxi, v jehož rámci se stanovené nároky budou přizpůsobovat skutečným možnostem a schopnostem každého jedince s postižením.

Úkoly speciální pedagogiky

Speciální pedagogika plní řadu úkolů heterogenního charakteru. Z tohoto důvodu např. dle Vaška (1996) představuje složitý vnitřně členěný systém, který odpovídá spíše komplexní vědní oblasti než vědnímu oboru. Označení vědní oblast totiž v sobě spojuje a zahrnuje celý systém vědních disciplin zabývajících se výchovou a vzděláváním osob s postižením z jednoho hlediska, přičemž každá z těchto vědních disciplin se zabývá jiným typem postižení nebo speciálních potřeb. **Sjednocujícím prvkem všech těchto vědních disciplin mezi sebou může být např. systém edukace, její podmínky, průběh a výsledky, zkoumání historického vývoje oboru, apod.** Jednotlivé užší obory speciální pedagogiky jsou pak zaměřeny na skupiny osob se stejným typem postižení, jsou vnitřně samostatně členěny na konkrétní teoretický základ, historii, metodologii, teorii výchovy a vyučování, metodiky výchovy a vyučování.

1.4 Speciálně pedagogické jevy a procesy

Vědecké poznatky o speciálně-pedagogických jevech a procesech jsou předpokladem proniknutí k jejich společenské podstatě pomocí vědeckých metod a následné realizace ve speciálně-pedagogické praxi. Podstatu speciální pedagogiky jako vědního oboru tvoří dle Vaška (1996) interakce mezi nimi.

Speciálně-pedagogické jevy jsou dílčí kategorie, jako např. postižení, specifická potřeba. **Speciálně-pedagogické procesy** označují pojmy typu speciální edukace, výchovná kompenzace, výchovná rehabilitace, apod.

- c) **s informovaným souhlasem** uděleným zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem na formulář zpracovaný podle přílohy k vyhlášce 147/2011 Sb.

Tomuto zařazení **může předcházet diagnostický pobyt v daném zařízení**, a to v délce 2-6 měsíců nebo 1-3 měsíce (týká se vzdělávání ve speciálních školách a třídách).

O průběhu diagnostického pobytu vydá školské poradenské zařízení zletilému žákovi nebo zákonnému zástupci žáka zprávu a doporučení obsahující návrhy vzdělávání žáka. Zpráva a doporučení se vydávají nejpozději do 30 dnů ode dne ukončení diagnostického pobytu.

Podobu diagnostického pobytu je žák kmenovým žákem původní školy.

§8 odst. 6 říká, že ve třídách a studijních skupinách zřízených pro žáky s těžkým zdravotním postižením a ve třídách škol **při psychiatrických léčebnách mohou zabezpečovat výchovně vzdělávací činnost souběžně 3 pedagogičtí pracovníci, z nichž alespoň 1 je asistent pedagoga.**

Pokud **dojde k významné změně speciálních vzdělávacích potřeb žáka**, jeho zařazení do režimu speciálního vzdělávání přezkoumá školské poradenské zařízení a dle potřeby navrhne úpravu dosavadního režimu. V případě přeřazení žáka do jiného vzdělávacího programu zařadí ředitel školy žáka do ročníku, který odpovídá jeho dosaženým znalostem a dovednostem.

Pokud **ředitel školy nezařadí žáka se zdravotním postižením**, který má povinnost plnit školní docházku, do některé z forem speciálního vzdělávání, oznámí tuto skutečnost zákonnému zástupci žáka, krajskému úřadu a obci, v níž má žák trvalý pobyt.

5.2 Typy speciálních škol

1. Školy pro jedince se zrakovým postižením

- *mateřská škola pro zrakově postižené*
- *základní škola pro zrakově postižené*
- *střední školy pro zrakově postižené:*
 - střední odborné učiliště pro zrakově postižené
 - odborné učiliště pro zrakově postižené
 - praktická škola pro zrakově postižené
 - gymnázium pro zrakově postižené
 - střední odborná škola pro zrakově postižené
 - konzervatoř pro zrakově postižené

2. Školy pro jedince se sluchovým postižením

- *mateřská škola pro sluchově postižené*
- *základní škola pro sluchově postižené*
- *střední školy pro sluchově postižené:*
 - střední odborné učiliště pro sluchově postižené
 - odborné učiliště pro sluchově postižené
 - praktická škola pro sluchově postižené
 - gymnázium pro sluchově postižené
 - střední odborná škola pro sluchově postižené

5.1 Formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením

5.1.1 Speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je zajišťováno

- Formou individuální integrace** – žák se touto formou vzdělává přednostně v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy nebo v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.
- Formou skupinové integrace** – žák se vzdělává ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.
- Ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením**, v tzv. speciální škole
- Kombinací výše uvedených forem pod písmenem a-c.**

Žák bez zdravotního postižení se nevzdělává podle vzdělávacího programu pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

Žák bez zdravotního postižení se výjimečně a pouze po dobu nezbytně nutnou pro vyrovnání jeho znevýhodnění může vzdělávat ve škole, třídě či studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením, pokud jde o žáka se zdravotním znevýhodněním, který při vzdělávání v běžné škole i při zohledňování individuálních vzdělávacích potřeb a uplatňování vyrovnávacích opatření podle § 1 odst. 2 celkově selhává, a pokud to vyžaduje jeho zájem; ustanovení § 9 odst. 1 platí obdobně.

Nejméně jedenkrát za školní rok škola posoudí, zda důvody pro vzdělávání žáka podle věty první trvají; pokud tyto důvody pominuly, navrhne zákonnému zástupci žáka nebo zletilému žákovi návrat do původní nebo jiné běžné školy, třídy nebo studijní skupiny.

Dále se může jednat o žáka bez zdravotního postižení v případě, že jde o žáka se sociálním znevýhodněním, který při vzdělávání v běžné škole i při zohledňování individuálních vzdělávacích potřeb a uplatňování vyrovnávacích opatření podle § 1 odst. 2 celkově dlouhodobě selhává, a pokud to vyžaduje jeho zájem; ustanovení § 9 odst. 1 platí obdobně.

Žák se sociálním znevýhodněním může být do školy, třídy či studijní skupiny zařazen nejdéle na dobu 5 měsíců; po dobu, po kterou je žák takto zařazen, zůstává žákem původní školy.

5.1.2 Zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání

Zařazování žáka do některé z forem speciálního vzdělávání je nově upraveno vyhláškou 147/2011 v § 9 odstavce 1 a 2 takto:

- Žáka lze zařadit do školy, třídy nebo studijní skupiny zřízené pro žáky se zdravotním postižením nebo převést do vzdělávacího programu upraveného pro žáky se zdravotním postižením jen:**
 - na základě písemného doporučení školského poradenského zařízení, jehož součástí je návrh konkrétních podpůrných opatření,
 - po projednání se zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem, včetně poskytnutí srozumitelného poučení podle přílohy k této vyhlášce; přiměřeného poučení se dostane také nezletilému žákovi,

1.5 Vztah mezi speciální pedagogikou a defektologií

Speciální pedagogika má specifický vztah k defektologii jako její širší biologické platformě. Již nestor oboru, Miloš Sovák (1972), **charakterizoval rozdíl mezi pojmem speciální pedagogika a defektologie**, striktně upouští od chápání obou pojmů coby synonym. Speciální pedagogika je užším pojmem v porovnání s defektologií, o které můžeme říci, že tvoří speciální pedagogice spíše jakousi biologickou základnu. **Vztah speciální pedagogiky k defektologii lze vyjádřit jako podmíněný jejich rozdílným předmětem.**¹

1.6 Postavení speciální pedagogiky v soustavě věd

Vyjdeme-li z předmětu speciální pedagogiky, **v širším pohledu spadá do soustavy věd o člověku, z užšího pojetí pak do systému pedagogických věd.**

Nejtěsněji je speciální pedagogika provázána s **pedagogikou obecnou**, což je určeno obecným filosofickým principem dialektické jednoty obecného a jedinečného, čili speciálního. Je nesporné a nezpochybnitelné, že úspěšnost procesu speciální edukace je podmíněna kvalitní znalostí odlišností vývojových charakteristik člověka v rámci fyziologie a patologie jako východiska v rámci biologických věd.

Zřejmá souvislost nastává mezi speciální pedagogikou a:

- **psychologií** (obecná psychologie, vývojová psychologie, patopsychologie, psychopatologie, sociální psychologie, forezní psychologie apod.).
- **medicínou** (foniatrie, neurologie, psychiatrie, ORL, ortopedie, oftalmologie, dětské lékařství).

Lékařské vědy jako takové ve vztahu ke speciální pedagogice řadíme mezi pomocné vědy speciální pedagogiky **tzv. deskriptivního charakteru**, které popisují člověka s postižením takového, jaký je. Vašek (1996) mezi ně zařazuje i další tzv. **přímé pomocné vědy**, jako patopsychologie, patobiologie či sociální patologie postižených zabývající se zkoumáním negativních jevů ve společnosti a jejich důsledky pro postižené.

Oproti přímým pomocným vědám speciální pedagogiky **vědy nepřímé** popisují postiženého jedince nepřímou, prostřednictvím analogií. Mezi ně řadíme:

- **Kybernetiku** – pro speciální pedagogiku má význam především teorie informací, teorie komunikace a bionika.
- **Psycholingvistiku** – zabývá se zvláštnostmi řečových procesů u postižených.
- **Semiotiku** – teorie o systému znaků.

¹ **Předmětem defektologie** je zkoumání postiženého jedince ze sociálního, biologického a psychologického aspektu v rámci jeho komplexní rehabilitace a spadá jím do soustavy věd o člověku. Jeho rozsah je podstatně širší než rozsah speciální pedagogiky.

Předmětem speciální pedagogiky je zkoumání zákonitostí výchovy, vzdělávání se celkového rozvoje postižených jedinců.

Ve výchovných cílech socializačního charakteru jsou speciální pedagogika a defektologie téměř identické, odlišnost nastává při srovnání jejich metod, prostředků a forem, kterými jsou tyto cíle dosahovány a naplňovány. **Speciální pedagogika dosahuje především svých socializačních cílů prostřednictvím pedagogických prostředků, tj. výchovou a vzděláním, i když i zde jsou využívány některé dílčí terapeutické postupy, defektologie za pomoci komplexní rehabilitace (Vašek, 1992).**

Naproti tomu Dvořák (1998) považuje termín defektologie za synonymum speciální pedagogiky. „**Je to věda o výrazných odchylkách lidí, zabývající se etiologií, symptomatologií, diagnostikou a terapií či kompenzací defektů se snahou dospět k co nejvýše možné socializaci postižených.**“

- **Bioniku** – zkoumá možnosti kooperace mezi lidským organismem a elektronickými systémy.

Vědy, které ukazují, jaký by měl jedinec s postižením být prostřednictvím vyhledávání optimálních přístupů, postojů a norem, označujeme **jako normativní pomocné vědy**, z nichž speciální pedagogika využívá:

- logiku,
- etiku,
- estetiku.

1.7 Systém speciální pedagogiky

Široká škála postižení a jeho různorodost předpokládá využití specifických metod a přístupů ke každému jedinci. To také vyžaduje speciální přípravu učitele, specifické formy výchovy, vzdělávání a přípravy pro jeho pracovní a společenské začlenění do intaktní společnosti. Pro snazší orientaci a výběr metod a specifických přístupů alespoň v prostředí naší republiky členíme speciální pedagogiku dle pojetí nestora speciální pedagogiky, Miloše Sováka (1972), podle druhu postižení jedince, který je předmětem speciálně výchovné péče.

Speciální pedagogika je tak vnitřně členěna na 6 oborů, k nimž v posledním desetiletí lze přiřadit další dva:

- **Psychopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o osoby s mentálním postižením.
- **Etopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince s poruchami v chování a osob obtížně vychovatelných.
- **Somatopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince s tělesným postižením, osob nemocných a zdravotně oslabených.
- **Logopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince s narušenou komunikační schopností.
- **Surdopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince se sluchovým postižením.
- **Tyflopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince se zrakovým postižením.
- **Speciální pedagogika osob s vícenásobným postižením** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince s více vadami.
- **Speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince se specifickými poruchami učení, chování a pozornosti.

Další možnou variantou je například **členění speciální pedagogiky podle věkových kategorií klientů** na speciální pedagogiku:

- předškolního věku,
- školního věku,
- dospělých (speciální andragogiku),
- seniorů (speciální gerontagogiku).

Všeobecně zaměřené poznatky mají všeobecnou platnost v oblasti edukace postižených lze klasifikovat na:

- Všeobecně zaměřené poznatky mají všeobecnou platnost ve výchově a vzdělávání postižených všech druhů.
- Specificky zaměřené poznatky na určitý typ znevýhodněných osob (Vašek 1996).

Z této klasifikace pak vycházejí dva subsystemy:

1. **Systém speciální pedagogiky z hlediska všeobecného zaměření** – členění v rámci tohoto systému nebylo ještě komplexně uzavřeno, jeden z přístupů členění v jeho rámci je následující:

kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb³, zajištění služeb asistenta pedagoga dle § 2 odst. 2 písm. f) zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, § 16 odst. 9 školského zákona, snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

Podpůrnými opatřeními při vzdělávání mimořádně nadaných žáků se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, didaktických materiálů, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující vzdělávací potřeby těchto žáků.

Nejvyšší míra uváděných podpůrných opatření náleží dle této vyhlášky žákům s těžkým zdravotním postižením.

Za žáky s těžkým zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky považují žáci s těžkým zrakovým postižením, s těžkým sluchovým postižením, s těžkým tělesným postižením, s těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo středně těžkým, těžkým či hlubokým mentálním postižením. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření včetně podpory asistentem pedagoga či případně potřebného vzdělávání ve speciálních školách.

Asistent pedagoga

V § 7 vyhlášky 147/2011 Sb. odstavec 1 zní:

(1) Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou:

- a) pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky a zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází,
- b) podpora žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí,
- c) pomoc žákům při výuce a při přípravě na výuku,
- d) nezbytná pomoc žákům s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání.

Kromě toho se speciální vzdělávání poskytuje i žákům zařazeným do škol zřízených při školských zařízeních pro výkon ústavní či ochranné výchovy (Zákon č. 109/2002 Sb. O výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění nálezu Ústavního soudu uveřejněného pod č. 476/2004 Sb. a zákona č. 563/2004 Sb.).

³ Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb.

5. Systém speciálních škol a školských zařízení, poskytujících edukaci a reedukaci

Doba potřebná k prostudování a osvojení kapitoly: 3 hodiny

Cílem kapitoly je zvládnout:

- stanovit legislativní rámec, podle kterého probíhá vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.
- porozumět pojmu podpůrná opatření.
- vyjmenovat formy speciálního vzdělávání.
- osvojit si systém zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání.
- orientovat se v dílčích typech škol a školských zařízení pro žáky s jednotlivými typy postižení.

Klíčová slova:

Formy speciálního vzdělávání, diagnostické pobyty, druhy a typy škol, podpůrná opatření, školská legislativa, vyrovnávací opatření.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, tzv. speciální vzdělávání se uskutečňuje dle vyhlášky MŠMT ČR č. 147/2011 Sb. ze dne 25. května 2011, kterou se mění vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ze dne 9. února 2005. Tato vyhláška nadále vychází z §7 odst. 3, §19, §23 odst. 3, §26 odst. 4 a §56 zákona 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v jeho aktualizovaném znění 472/2011 Sb.

Speciální vzdělávání se uskutečňuje s pomocí **podpůrných a vyrovnávacích** opatření (§1 vyhlášky 147/2011 Sb.). Nehovoří se již o tom, že by měla být poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, tzn. v tak zvaných běžných školách. **Škola tato opatření poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, průběhu a výsledků jeho vzdělávání, popřípadě ve spolupráci se školským poradenským zařízením.**

Vyrovňovacími opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním se pro účely této vyhlášky rozumí využívání pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků, poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga.

Za žáka se sociálním znevýhodněním se pro účely poskytování vyrovnávacích opatření podle odstavce 2 považuje zejména žák z prostředí, kde se mu nedostává potřebné podpory k řádnému průběhu vzdělávání včetně spolupráce zákonných zástupců se školou, a žák znevýhodněný nedostatečnou znalostí vyučovacího jazyka.

Podpůrnými opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání,

- všeobecné základy speciální pedagogiky,
- historiografie speciální pedagogiky,
- metodologie speciální pedagogiky,
- filozofie speciální výchovy,
- teorie komunikace postižených,
- výchovná rehabilitace (zásady, metody edukace, metodiky předmětů),
- nauka o speciálních školách a zařízeních,
- komparativní speciální pedagogika,
- speciální pedagogika (vzdělávání, společenské uplatnění, další vzdělávání).

2. **Systém speciální pedagogiky z hlediska užšího zaměření** – k tomuto systému je třeba říci, že v jednotlivých zemích a historických obdobích se varianty systému speciální pedagogiky lišily a liší se ještě nyní v závislosti na výkladu speciálně-pedagogických jevů a procesů z filosofického hlediska. Hovoří se proto např. o speciální pedagogice humanistické, křesťanské, materialistické, antroposofistické, atd.

1.8 Změna paradigmatu v české speciální pedagogice

Pojem paradigma byl poprvé použit jako synonymum či náhrada za pojem světonázor Thomase Kühnem v roce 1962. Kühn vypořádal, že běžný výzkum vždy probíhá v rámci ustáleného a obecně uznávaného vzorce myšlení, nebo-li paradigmatu, které určuje východiska i směr poznávacích a hodnotících procesů. Tento rámec poznávání, pronikající i do obsahů vzdělávacích programů a samozřejmě ovlivňující metody práce učitelů, může být buď katalyzátorem, anebo brzdou veškerého poznávání.

Současná česká speciální pedagogika navazuje na tradice vědy v meziválečném i poválečném období, kdy byly základy oboru položeny.

V padesátých letech se speciálně pedagogická teorie vyvíjela relativně autonomně, především díky zakladateli oboru prof. Sovákovi, který ji svým reflexologickým pojetím poskytl potřebnou ochranu. Takto vytvořený teoretický rámec se však po mnoho let stal těžko překročitelným a vedl k jisté uzavřenosti.

V devadesátých letech se objevují první pokusy o definování nového paradigmatu oboru a s ním související koncepce studia. Přístup k informacím a odborné literatuře, jakož i stále se prohlubující kontakt s představiteli speciální pedagogiky z vyspělých demokratických států, ke kterému došlo po listopadu 1989, přináší možnost srovnání. Ukázalo se, že současná česká speciální pedagogika je srovnatelná s mezinárodně uznávanou aktuální odbornou úrovní a její včlenění do evropských i celosvětových struktur by nemělo být problémové.

V obecně speciálně-pedagogické rovině se hovoří o čtyřech paradigmatech (Vítková, 1998):

1. **Model medicínský** – vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což navozuje medicínsky orientovanou péči. Jejím cílem je léčebná reparace.
2. **Model sociálně patologický** – klade důraz na problémy sociální povahy, proto v centru pozornosti stojí socializace a diskriminace podmíněná postižením.
3. **Model prostředí** – zabývá se především hledáním východisek pro změnu školských systémů ve prospěch jedinců s postižením. Školská reforma by měla poskytnout diferencovanou nabídku všem žákům podle jejich vzdělávacích potřeb.

4. **Model antropologický** – usiluje o zlepšení interpersonální interakce, jejímž východiskem je respektování individuality, identity, jedinečnosti postižených, z něhož se následně odvíjí postoje učitelů, vychovatelů, spolužáků i širšího sociálního prostředí.

Vliv nového myšlení je možno zaznamenat také ve zprávě Mezinárodní komise pro vzdělávání v 21. století při UNESCO. Podrobně s touto zprávou seznamuje brožura s názvem „Učení je skryté bohatství“. **Tento dokument přináší pedagogům svěží inspirace, jak nové paradigma vnášet do vzdělávání.** Je třeba uvítat, že dokument chce vzbudit zájem učitelů nejen o tradiční vzdělávání, ale také o jejich vnitřní cestu, aby mohli, chtěli a uměli využívat takových lidských kvalit jako je empatie, trpělivost a pokora, a tak podpořili svou autoritu.

Tvůrci zprávy nabádají pedagogy k hlubšímu pohledu na sebe, především k objevení vlastního Já jako duchovního jádra osobnosti, neboť si jsou vědomi, že úloha učitelstva bude v příštím století ještě významnější, než-li byla dosud.

Začíná se takto naplňovat myšlenka J. A. Komenského, že „*učitelé musí být přesvědčeni, že jsou na vysokém místě důstojnosti a že jim byl svěřen vznešený úřad, nad nějž není nic pod sluncem většího.*“

Zpráva konstatuje, že vzhledem ke hlubokým změnám tradičního způsobu života vznikají nové požadavky, z nichž nejdůležitější je, abychom se naučili *žít pospolu*.

Učení se globálnímu spoluzití je v dokumentu kladeno na první místo mezi tzv. čtyřmi pilíři vzdělávání pro 21. století.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Popište základní typické reakce rodičů po zjištění, že mají dítě s postižením.
2. Jak rozumíte pojmu fáze krize rodičovské identity?
3. Existuje rozdíl v reakcích rodičů, jejichž dítě postižení získá v pozdější ontogenetické fázi?

Použitá a doporučená literatura:

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Portál: Praha, 2001.

KOLAUT. *Dítě se zdravotním postižením*. MŠMT a Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí. Praha, 1999.

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Avicenum: Praha, 1968.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. SLON: Praha, 1993.

STRUSKOVÁ, O. *Život mi dal za uši*. Praha, 2000.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Portál: Praha, 2002.

VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu, 2. část. Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. Liberec: TU v Liberci, 2003.

4.3 Reakce rodičů u jedinců s postižením, které se projevuje nebo rozvíjí později

V těchto případech bývá delší latence mezi prvními projevy, které mohou rodičům signalizovat, že dítě není zcela v pořádku, a definitivním potvrzením určité diagnózy. Nejistota tohoto období představuje pro rodinu specifickou stresovou situaci. Stimuluje tendenci hledat pravdu, ale někdy podporuje i obranné reakce, které se jí zároveň snaží zkusit, aby byla přijatelná, nebo dokonce popřít. **V tomto období se vytváří konflikt mezi dvěma potřebami: potřebou získat jistotu, jaký je skutečný stav dítěte, a potřebou zachovat si iluzi pozitivní naděje.**

Příkladem může být situace rodičů dítěte postiženého DMO, kteří si na tuto dobu dobře pamatují: „Už během prvních šesti měsíců jsme tušili, že není v pořádku... Podvědomě jsme cítili, že s jeho zdravotním stavem je to nějak jinak, než by mělo být... Byla to vlastně úleva dozvědět se pravdu.“ (Pavlátová, 1999, s. 63-64 in. Kol. aut. 1999)

Jestliže postižení vznikne později a dítě bylo po celou dobu akceptováno jako normální, bývají reakce rodičů i laické veřejnosti trochu jiné.

Později vzniklý defekt nepůsobí jako znehodnocení rodičovské prestiže. **Dítě se narodilo zdravé, a nedochází tedy k narušení rodičovské identity.** Rodičovské obrany jsou více zaměřeny na nemocné dítě než na udržení vlastní sebeúcty. Později vzniklý defekt je akceptován primárně jako neštěstí, které postihlo normálního, zdravého člověka. I z hlediska postojů široké veřejnosti je získané postižení akceptovatelnější než vrozená vada, protože je z hlediska své etiologie srozumitelnější. Skutečnost, že lidé mohou v průběhu života onemocnět nebo utrpět úraz, je obecně známá a akceptovaná.

Shrnutí

Chování rodičů, kteří mají postižené dítě, může být odlišné od normy, může být méně přiměřené či akcentované, někdy se tyto reakce objevují pouze v určitých obdobích nebo náročnějších situacích. Je třeba chápat je jako reakci na komplexní a dlouhodobou zátěž, s níž se musí vyrovnávat a ne vždy ji zvládnou tak, jak by bylo žádoucí.

Kvalita vedení a podpory rodičů je určujícím faktorem úspěšnosti dalšího rozvoje dítěte včetně dítěte s postižením.

Reakce rodičů na postižení jejich potomka mívají typicky se opakující průběh (Vágnerová, 2002). Dostatečné množství informací, sociální opory a odborného vedení může rodičům pomoci rychleji projít od fáze šoku, sebeobviňování, vzájemného obviňování ve smyslu kdo za to může přes psychicky obranné mechanismy (popření, rezignaci, únik, agrese) k reálnému zvládnutí existující situace.

Zvládnutí každé vývojové etapy dítěte s postižením jeho rodiči je úspěšným základem pro další fázi. Rodiče postižených dětí tendují k srovnávání jeho vývoje s úrovní vrstevníků bez postižení. Vhodným informováním a speciálně-pedagogickým vedením lze neadekvátní rodičovské chování usměrňovat. Daná situace je zjevně zátěžová i pro sourozence bez postižení, kteří jsou v rodině vychováváni.

Shrnutí

Předmětem oboru speciální pedagogiky je zkoumání podstaty a zákonitostí jejich výchovy a edukace, **předmětem péče speciální pedagogiky** pak sociálně znevýhodněný jedinec.

Vyjdeme-li z předmětu speciální pedagogiky, **v širším pohledu spadá do soustavy věd o člověku, z užšího pojetí pak do systému pedagogických věd.**

Cíle speciální pedagogiky (humanitární, výchovný, ekonomický) vycházejí zásadně z principu humanismu. V praxi je pak **cílem** speciální pedagogiky pak edukace jedince se speciálními potřebami.

Ve výchovných cílech socializačního charakteru **jsou speciální pedagogika a defektologie** téměř identické, odlišnost nastává při srovnání jejich metod, prostředků a forem, kterými jsou tyto cíle dosahovány a naplňovány. **Speciální pedagogika je pojmem užším než defektologie, která tvoří speciální pedagogice jakousi biologickou základnu.**

Speciální pedagogiku členíme dle pojetí Sováka (1972) **podle druhu postižení jedince**, který je předmětem speciálně výchovné péče. **Speciální pedagogika je tak vnitřně členěna na 6 oborů, k nimž v posledním desetiletí lze přiřadit další dva:**

- **Psychopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o osoby s mentálním postižením.
- **Etopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince s poruchami v chování a osob obtížně vychovatelných.
- **Somatopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince s tělesným postižením, osob nemocných a zdravotně oslabených.
- **Logopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince s narušenou komunikační schopností.
- **Surdopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince se sluchovým postižením.
- **Tyflopedie** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince se zrakovým postižením.
- **Speciální pedagogika osob s vícenásobným postižením** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince s více vadami.
- **Speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky** – zabývá se výchovou, vzděláním a péčí o jedince se specifickými poruchami učení, chování a pozornosti.

Ukázalo se, že současná česká speciální pedagogika je srovnatelná s mezinárodně uznávanou aktuální odbornou úrovní a její včlenění do evropských i celosvětových struktur by nemělo být problémové. Konceptuální, strukturální i obsahové změny zasáhly po roce 1989 všechny humanitně orientované obory včetně speciální pedagogiky. S tím souvisí i **změna paradigmat** v současné české speciální pedagogice, v jejíž obecné rovině uvádí Vítková (1998) čtyři:

- **Model medicínský** – vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což navozuje medicínsky orientovanou péči. Jejím cílem je léčebná reparace.
- **Model sociálně patologický** – klade důraz na problémy sociální povahy, proto v centru pozornosti stojí socializace a diskriminace podmíněná postižením.
- **Model prostředí** – zabývá se především hledáním východisek pro změnu školských systémů ve prospěch jedinců s postižením. Školská reforma by měla poskytnout diferencovanou nabídku všem žákům podle jejich vzdělávacích potřeb.
- **Model antropologický** – usiluje o zlepšení interpersonální interakce, jejímž východiskem je respektování individuality, identity, jedinečnosti postižených, z něhož se následně odvíjí postoje učitelů, vychovatelů, spolužáků i širšího sociálního prostředí.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Mezi jaké vědy řadíme speciální pedagogiku (dále již sppg)?
2. Co označuje sppg v širším slova smyslu?
3. Co označuje sppg v užším slova smyslu?
4. Jakými zákonitostmi se vědní oblast sppg zabývá?
5. Od kterého období narůstá společenský význam speciální pedagogiky a s čím je spojen?
6. Co je předělem oboru sppg?
7. Co považujeme za předěl péče speciální pedagogiky?
8. Vysvětlete pojmy: vada (defekt), postižení, postižený, handicap, handicapovaný žák, ohrožené dítě, člověk s postižením.
9. Z čeho vycházejí cíle speciální pedagogiky? Vyjmenujte je a charakterizujte je.
10. Jaký je rozdíl mezi speciálně pedagogickými jevy a procesy?
11. Vyjádřete vztah mezi sppg a defektologií.
12. S kterými vědami sppg souvisí a jakým způsobem?
13. Které vědy řadíme mezi pomocné vědy sppg a jak je dělíme?
14. Charakterizujte jednotlivé obory speciální pedagogiky.
15. Co je to paradigma a kým byl tento termín prvně použit?
16. Vyjmenujte a charakterizujte 4 paradigmaty, kterými se zabýváme ve speciálně pedagogické rovině.

Použitá a doporučená literatura:

- KYSUČAN, J., KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. Olomouc: UP, 1999.
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1972.
- VALENTA, M. *Krátké zamyšlení nad nutností změny paradigmatu české speciální pedagogiky pro jednadvacáté století*. Speciální pedagogika, 2001, č.1, s. 1-3.
- VÁŠEK, Š. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapientia, 1996.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998.

2. Pasivní

- Únikové varianty zvládnání zátěžové situace jsou charakteristické nějakou formou útěku ze situace, kterou nelze uspokojivě zvládnout nebo se s ní rodiče ještě nedokážou vyrovnat. Krajním řešením je umístění dítěte do péče instituce nebo odchod z rodiny. Jinou únikovou variantou je přetrvávající popírání situace, event. její bagatelizace. Rodiče se chovají tak, jako by dítě bylo zdravé, resp. jeho potíže byly nevýznamné, dočasné apod. Mohou jej takto prezentovat pouze za určitých okolností, např. před ostatními lidmi.
- Rodiče mohou kompenzovat své neuspokojení v rodičovské roli přijetím náhradního řešení, tj. substitucí: začnou se věnovat něčemu jinému, např. profesi. Mohou na možnost zlepšit stav svého dítěte rezignovat a akceptovat, že se nedá nic dělat. Důsledkem tohoto řešení je zbytečná stagnace dítěte i v těch oblastech, kde by k ní nemuselo dojít.

V této fázi nejde jen o zpracování problému, o postupné vyrovnávání s jeho existencí, ale i o hledání jeho řešení. Budoucnost dítěte, a tím i celé rodiny se zdá být postižením znehodnocena. Rodiče sice vědí, že dítě nebude nikdy zdravé, ale často si vůbec nedovedou představit, jak se vlastně jejich dítě může vyvíjet. Potřebují informace o možnostech péče o postižené dítě, další léčbě, speciálně-pedagogických postupech apod.

4. Fáze smlouvání

Je přechodným obdobím, kdy **rodiče** již akceptují skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale **mají tendenci získat alespoň něco, malé zlepšení, když už není možné, aby se zcela uzdravilo**. Například dítě bude chodit alespoň s berlemi, bude alespoň částečně vidět.

Smyslem je vyjádření určité naděje, jež není zcela nerealistická. Je znakem kompromisu, který lze chápat jako signál přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti. Mění se charakter zátěže, v této době už nejde o trauma, spíš o dlouhodobý stres spojený s únavou a vyčerpáním náročnou péčí o takové dítě. To může posilovat i pocity bezvýchodnosti a minimální efektivity jejich úsilí, od něhož očekávali mnohem víc.

5. Fáze realistického postoje

Rodiče postupně akceptují skutečnost, že je jejich dítě postižené a přijímají je takové, jaké je. **Začnou se chovat přiměřenějším způsobem, jejich plány jsou reálnější a splnitelnější**. Ke smíření s postižením dítěte nedochází ve všech případech, postoj rodičů může kolísat v závislosti na jeho vývoji a s ním spojených nově vzniklých zátěžích (problémy se školním zařazením, volbou povolání atd.).

Rodina pokud nenalezne dostatek podpory od svého sociálního okolí **bývá ohrožena rizikem sociální izolace** a klesá tím míra její vnitřní stability.

Může v takovéto situaci vyhledat **alternativní možnosti péče o jedince s postižením**, zejména v případě, že se jedná o náročnou soustavou péči:

- **Ústavní péči** (dětské domovy, ...)
- **Rezidenční sociální služby** – domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo pro seniory, penziony, apod.
- **Náhradní rodinnou péči** – adopce, pěstounská péče, SOS vesničky (jedinci s postižením se však do této péče hůře umísťují).
- **Respitní péči** – jedná se o péči odlehčovací, která může být poskytována jako sociální služba přímo v domácím prostředí.

Vybavila se mi všechna těhotenská vyšetření, odběry krve, a stále jsem nemohla přijít na to, kde se stala ta osudová chyba.“ (Strusková, 2000, s. 14) Rodiče prožívají v tomto období pocity viny, které se vztahují k dítěti, a pocity hanby, které se vztahují k očekávaným reakcím jiných lidí. Jejich prožitky bývají ambivalentní, bojí se zavržení a odmítnutí a zároveň očekávají pomoc, ale nemají přesnou představu, jaká by měla být a v čem by měla spočívat. Proto mohou být zvýšeně citliví k chování ostatních lidí, jak je zřejmé z vyjádření jedné matky: „Za celou dobu jsme od lékařů neslyšeli nic pozitivního..., čekali jsme nějakou pomoc, ale ona nepřicházela... člověk si v té situaci, zahlcen katastrofickými prognózami, vůbec nepředstaví, že jsou někde lidé, kteří by mu mohli pomoc“ (Chvátařová, 2001).

3. Fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem.

Pro toto období je typické zvýšení zájmu o další informace. Rodiče chtějí vědět, proč postižení vzniklo, jaká je jeho podstata a jak by měli o své dítě pečovat, zajímá je i jeho budoucnost. Racionálnímu zpracování informací často brání emoční vyladění rodičů, které může vést k jejich zkreslení. **Negativní emoční reakce přetrvávají ještě v tomto období, může jít o:**

- prožitky smutku, deprese zahrnující truchlení nad ztrátou očekávaného narození zdravého dítěte;
- prožitky úzkosti a strachu, které se vztahují k budoucnosti;
- pocity hněvu na osud, resp. předpokládaného viníka.

V této fázi, kdy jde o zpracování a zvládnání základního problému, **lidé používají různé strategie**. Objevují se obranné reakce, které mohou být z racionálního hlediska nepochopitelné, ale i ony mají svůj význam: pomáhají jim udržet psychickou rovnováhu a zachovat přijatelné sebehodnocení v oblasti vlastní rodičovské role. **Obrany se vztahují především k předpokládané příčině postižení.**

Rodiče se mnohdy považují za viníky a z toho vyplývají některé jejich, zdánlivě nesmyslné reakce. Ze subjektivního hlediska ovšem pochopitelné jsou: rodič se dítěti obětuje, aby odčinil svou předpokládanou vinu, nebo popírá závažnost defektu, aby se jeho zavinění zdálo menší. Vina může být přisouzena jen jednomu z rodičů, nejčastěji matce, např. ve smyslu: „U nás to nikdy nebylo, ona je cizí, ona za to může.“ Za viníka bývá považován i někdo mimo rodinu, např. profesionál, označovaný neadresně „oni“. Někdo, nějaká síla selhala, avšak zcela mimo dosah možnosti vlivu rodičů. Oni jsou oběti, a tudíž jsou nevinní.

Uvědomte si, že volba určitého způsobu zvládnání nebývá náhodná. Alternativy, které se v životě osvědčily, mají tendenci se fixovat a člověk je v kritických situacích opakuje. Způsob a adekvátnost vyrovnávání se zátěží závisí na mnoha faktorech: na zkušenostech rodičů, jejich osobnostních vlastnostech, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí, které spolu mají, na druhu a příčině postižení atd.

Strategie zvládnání mohou mít dvojí charakter:

1. Aktivní

Aktivní způsob zvládnání se projevuje tendencí bojovat s nepříjemnou situací. Může jít o hledání pomoci, např. lékaře či léčitele, zvýšená aktivita může být prostředkem ke snížení psychického napětí, např. odreagováním při rehabilitačním cvičení, jež je předpokládanou cestou k nápravě. Může jít i o neuvědomované obranné reakce, např. agresivitu vůči předpokládanému, resp. náhradnímu viníkovi.

2. Základní kategorie ve speciální pedagogice

Doba potřebná k prostudování a osvojení kapitoly: 5 hodin

Cílem této kapitoly je po jejím prostudování zvládnout:

- **Orientovat se v částečně užívané zahraniční terminologii.**
- **Objasnit termín člověk s postižením.**
- **Uvést klasifikaci osob s postižením dle typu postižení.**
- **Klasifikovat defekty dle různorodých hledisek.**
- **Postihnout souvislost mezi defektem a handicapem.**
- **Objasnit termín disaptibilita a handicap.**
- **Definovat, co je to defektivita a kdy k ní u postiženého jedince dochází.**
- **Postihnou rozdíl mezi normalitou a abnormalitou.**
- **Postihnout socializaci jako proces vrůstání člověka do společnosti.**

Klíčová slova:

Členění defektů, klasifikace podle typu postižení, socializace, stupně socializace, zahraniční terminologie.

2.1 Terminologická nejednotnost označovaných kategorií

Při studiu této kapitoly vyjděte ze skutečnosti, že v jednotlivých státech ani ve 21. století neexistuje jednotnost ve smyslu shodného označení objektů zájmu speciální pedagogiky. Různorodost kategorií souvisí s různým chápáním problematiky postižených z pohledu dílčích rezortů, které se jimi zabývají. I sama speciální pedagogika jako vědní obor využívá k označování osob s různým znevýhodněním nejednotné terminologie.

Ze zahraniční terminologie je například známý termín:

handicapped children – znevýhodněné děti,
exceptional children – výjimečné děti,
lernebehinderete Kindern – děti omezené v učení,
exceptional children – výjimečné děti,
enfants inadaptés – nepřízpůsobivé děti, atd.

V České republice v současné době využíváme často termín **člověk s postižením**, který označuje na prvním místě člověka jako plnohodnotnou osobu a teprve na místě druhém se zmiňuje o jeho postižení, člověk handicapovaný, se speciálními potřebami, se zdravotním postižením či oslabením, apod.

Vašek (1996) k tomu vysvětluje, že termín zdravotně postižený, který se v posledních letech často v naší odborné literatuře objevuje, obvykle nezahrnuje jedince s mentální retardací. Je to proto, že **mentální retardaci nemůžeme dle pojetí medicínského chápat za zdravotní postižení.**

2.1.1. Základní klasifikace osob s postižením podle typu postižení

Podle typu postižení nejčastěji dospíváme k této základní klasifikaci osob s postižením:

- **Jedinci s poruchou chování** – obtížně vychovatelní s typickými problémy v psychosociální oblasti.
- **Jedinci se specifickými poruchami učení a chování** – jedinci s obtížemi ve čtení, psaní, počítání, matematice, s poruchou pozornosti či poruchou pozornosti s hyperaktivitou.

- **Jedinci s vícenásobným postižením** – jedinci, u nichž dochází ke kombinaci například mentální retardace s postižením tělesným, jedinci s hluchoslepotou apod.
- **Jedinci s mentálním postižením** – jedinci s různým stupněm vrozené či získané mentální retardace (lehký až hluboký stupeň MR, demence, apod.).
- **Jedinci s pohybovým postižením** – jedinci s tělesným postižením, se zdravotním oslabením, nemocní.
- **Jedinci s řečovým postižením** – jedinci s poruchou plynulosti řeči, vadami výslovnosti apod.
- **Jedinci se sluchovým postižením** – jedinci nedoslýchaví, ohluchlí, se zbytky sluchu, atd.
- **Jedinci se zrakovým postižením** – jedinci s různým typem a stupněm postižení zraku (nevidomí, slabozrací, se zbytky zraku, s refrakčními vadami, ...).

2.2 Defekt (vada, porucha), handicap, disabilita

Trvalé zdravotní postižení má podobu defektů (z lat. defectus – úbytek, vada, nedostatek, porucha) v anatomické stavbě organismu nebo poruch jeho funkcí (Sovák, 1983). Jedná se o poškození v oblasti integrity organismu, k níž dochází v důsledku poruchy, narušení v oblasti psychické, sociální, sensorické nebo somatické. Většinou je pro něj charakteristický největší odklon od normy. Bývá chápán jako nezvratný a neupravitelný (ireverzibilní, ireparabilní). Následek defektu se u jedince s postižením může projevit desintegrací jeho osobnosti, která se projevuje v poruše vztahu k sobě samému, k okolí, práci i společnosti. Jedním z úkolů speciální pedagogiky je prevence těchto následků a v případě vzniku jejich náprava. Lze tedy uvést i hledisko společenské. Tzn. do jaké míry je jedinec s postižením svým defektem ovlivněn v jeho vztahu zapojení do intaktní společnosti.

Méně často se v odborné terminologii v současné době používá termín vada (porucha, narušení), který vyjadřuje mírnější odchylku od normy než defekt, dle Sováka (1983) má charakter zvrtný, upravitelný (reverzibilní, reparabilní).

Členění defektů

1. Defekt z hlediska charakteru:

- **orgánový** (chybění, vada, nedostatek části), který může být způsoben:
 - a) vývojovou vadou (rozštěp páteře, rtu, patra, různé anomálie),
 - b) nemocí (postižení vzniklé po prodělané klíšťové encefalitidě),
 - c) úrazem.
- **funkční**, který je poruchou orgánové funkce, aniž by byla poškozena jeho tkáň (např. neuróza žaludku, psychoneuróza). Téhož charakteru jsou poruchy chování a sociálních vztahů. Lze tedy říci, že vznikají v důsledku narušených vzájemných sociálních vztahů mezi jedincem a jeho prostředím.

2. Defekt z hlediska jeho intenzity (hloubky):

- **lehký** – nedochází k narušení vztahu ke společnosti,
- **střední** – jedinec je ohrožen poruchou společenských vztahů, dokonce toto narušení může být již téměř vyvinuto,
- **těžký** – jeho součástí je vážné poškození sociálních vztahů či jejich úplná ztráta.

3. Defekt podle doby vzniku:

- **vrozený** (vzniklý v období prenatalním, perinatálním či raně postnatálním),
- **získaný** (vzniklý v průběhu celého života).

4. Defekt podle druhu:

- pohybový,
- zrakový,
- mentální,

setkat i s odmítáním postiženého potomka. Změna požadavků a očekávání sama o sobě, bez ohledu na další odlišnosti, mohou ovlivnit psychický vývoj dítěte. Za nepříznivých okolností se tyto postoje mohou stát zbytečnou brzdou jeho rozvoje.

Obtíže a zvláštnosti vývoje osobnosti postiženého dítěte, které se promítají **i do problémů sociální adaptace, bývají ve větší míře ovlivněny nepřiměřenými postoji rodičů, tj. sociálními faktory, než samotnou vadou.** V nich se projeví i míra subjektivního zvládnutí této situace, z níž vyplývá riziko vzniku nestandardního výchovného přístupu.

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že je jejich dítě postižené, lze označit jako **fázi krize rodičovské identity**. Lze ji chápat jako reakci na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv, částečně nejasných a částečně negativních, to znamená hůře akceptovatelných. Může ji předcházet fáze nejistoty, kdy si rodiče uvědomují, že jejich dítě je v něčem odlišné, jinak vypadá nebo se jinak projevuje, ale ještě není jeho postižení jednoznačně potvrzeno. Toto období může být velmi krátké, např. matka si již v porodnici všimne, že dítě nereaguje obvyklým způsobem, a vzápětí se dozví proč. Obecně platí, že čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se změní jejich postoj.

4.2 Proces akceptace postižení dítěte rodiči

Prožívání i chování rodičů postiženého dítěte se v průběhu času mění, **prochází pěti typickými fázemi:**

1. **Fáze šoku a popření.**
2. **Fáze bezmocnosti.**
3. **Fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem.**
4. **Fáze smlouvání.**
5. **Fáze realistického postoje.**

1. Fáze šoku a popření.

Představuje první reakci na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé. Lze ji charakterizovat výrokem: „To není možné, to nemůže být pravda.“ Šok se projevuje strnutím, neschopností jakékoli reakce, jak jej charakterizuje jedna z matek: „Byla jsem jak ve snu, nemohla jsem ani brečet.“ V tuto chvíli je popření nepřijatelné informace projevem obrany vlastní psychické rovnováhy. Matka tělesně postižené dcery shrnuje své prožitky zcela jednoznačně: „Je to strašná rána, když vám řeknou, že máte dítě, které jste si tolik přála, ale že je těžce nemocné a nikdy v životě nebude zdravé.“ (Chváralová, 2001, s. 124) V této době nechtějí rodiče slyšet nic o možnostech péče a výchovného vedení svého dítěte, protože se dosud nesmířili ani s existencí jeho postižení. V průběhu času dochází k postupnému přijetí této informace. Reakce rodičů ovlivňuje i skutečnost, kdy a jak se o postižení svého dítěte dozvěděli. Mnoha rodičům chybí sympatizující přístup zdravotnického personálu v neštěstí, které je potkalo. Námitky proti způsobu, jakým jim lékař informaci podal, mohou být projevem obranné reakce traumatizovaných lidí, kteří rozumově vědí, že jim lékař říká pravdu, ale nedovedou ji emočně přijmout. Proto je lékař jako posel špatné zprávy trestán kritikou, stává se pro tuto chvíli náhradním viníkem.

2. Fáze bezmocnosti.

Rodiče nevědí, co by měli dělat, nikdy se s podobným problémem nesetkali a nedovedou jej řešit. Matka postiženého dítěte si vzpomíná, jak tuto situaci prožívala: „Cítila jsem v sobě bolest, jakou jsem ještě nikdy nezažila. Pocit zklamání střídal pocit bezmocnosti.“

4. Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince

Doba potřebná k prostudování a osvojení kapitoly: 2 hodiny

Cílem této kapitoly je po jejím prostudování zvládnout:

- Pochopit, na čem závisí přijetí určitého způsobu řešení dané situace.
- Osvojit si pět fází, kterými rodiče reagují na zjištění, že mají postižené dítě.
- Definovat fázi krize rodičovské identity.
- Rozlišit reakce rodičů u jedinců s postižením, které se projevuje nebo rozvíjí v pozdějším věku.

Stejně jako pro běžnou populaci představuje i pro zdravotně postižené nejpřirozenější prostředím rodina. Je třeba vytvářet všechny podmínky pro to, aby rodiny nemusely své zdravotně postižené děti dávat do ústavních zařízení.

Problém je v řadě předsudků, které je nutno překonávat trvalou osvětou.

Rodič svým chováním, které k dítěti směřuje, mu pomáhá strukturovat okolní svět, napomáhá mu vyznat se a orientovat se v něm. U vrozených postižení je již samotný počátek vývoje ovlivněn vlastním omezením dítěte vyplývajícím z jeho postižení. Je proto potřeba, abyste si byli dobře vědomi, čím vším si prochází rodič handicapovaného dítěte.

4.1 Reakce rodičů na postižení jejich dítěte (Vágnerová, 2004)

Způsob zvládnání této situace rodiči a přijetí určitého způsobu jejího řešení závisí na mnoha okolnostech, i na předpokládané příčině vzniku postižení. Závisí na tom, jaké bylo jejich očekávání ve vztahu k rodičovské roli. Narození postiženého dítěte představuje zátěž, obvykle neočekávanou. Je **traumatem vyplývajícím z pocitů selhání v rodičovské roli** a viny, které se vztahují k postiženému dítěti. Vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti.

Reakce rodičů na takové trauma je **ovlivněna i převažujícími postoji společnosti**, v níž žijí. Důležité je, jak hodnotí své současné postavení a jaké reakce očekávají, resp. jak se s nimi dovedou vyrovnat. S negativními projevy svého okolí se mohou rodiče setkat zejména tehdy, jestliže jde o vrozené a nápadné postižení, jehož původ nelze jednoduše vysvětlit (např. infekcí či úrazem).

Psychoanalyticky lze interpretovat narození postiženého dítěte jako narcistické trauma matky, které je, jak uvádí Matoušek (1993), srovnatelné s traumatem po zohyžďujícím úrazu. Matka se s dítětem identifikuje, a jestliže je její potomek postižený, cítí se méněcenná. Otcové prožívají podobné pocity, které se více vztahují k jejich mužské, ploditelské roli.

Rodiče různého pohlaví zpravidla reagují odlišně, nejen vzhledem k biologické a sociální specifičnosti jejich role, ale i s ohledem na důsledky této situace pro jejich další život. Není pochyb o tom, že jakékoli závažnější postižení dítěte ovlivní i jejich manželský vztah a změni celkové klima v rodině. Může vést k posílení vzájemných vazeb a poskytované opory, nebo naopak k jeho rozpadu.

Podstatné je, že za těchto okolností budou rodičovské postoje a chování k dítěti jiné, než kdyby bylo zdravé. Je zde větší riziko, že budou v určitém směru extrémní. Na jedné straně se **zvyšuje pravděpodobnost hyperprotektivního přístupu**, na druhé straně se lze častěji

- sluchový,
- řečový,
- poruchy chování,
- parciální nedostatky,
- postižení vícenásobná.

S aplikací mezinárodní klasifikace poruch se u nás začaly objevovat a užívat i další dva termíny související s termínem defekt:

- **Disaptibility (disability)** – jedná se o omezení funkce či naprostou ztrátu některé části těla či tělesného orgánu. Toto postižení se promítá v poškozené schopnosti nebo kvalitě některých funkcí (psychických, smyslových, motorických). Pokud však postižení nevede či dosud nevedlo k osobním, pracovním, výchovným, vzdělávacím či sociálním problémům, nemusíme takového jedince považovat za handicapovaného.
- **Handicap** – vyjadřuje znevýhodnění jedince s postižením, defektem, v rámci jeho interakce s prostředím společenským.

2.3 Defektivita a její charakteristika

Defektivita vzniká v případech, když defekt přestává být osobní záležitostí a dosahuje sociální dimenze. Dle Sováka (1983) **defektivitou označujeme poruchu integrity člověka s defektem**. Dochází při ní k narušení jednoty organismu a prostředí, které se projevuje narušením společenských vztahů mezi postiženým jedincem a jeho společenským prostředím. Často se projevuje i poruchami vztahu člověka s defektem vůči vlastní osobě.

Příčinou defektivity je neadekvátní nebo nevhodná reakce na defekt, která není adekvátní jeho typu a stupni. Projevuje se např. změnami ve funkční a psychické výkonnosti, poruchami vztahu ke společnosti, ke vzdělávání, práci, v neschopnosti reálného sebehodnocení, ve změnách v potřebách a hodnotovém systému apod. Stupeň defektivity se určuje velice obtížně, rozhodně vyžaduje dlouhodobou zkušenost a kvalifikaci odborného pracovníka, aby i v dobré víře nepoškodil diagnostikovaného jedince.

Znaky defektivity:

- je reparabilní, tzn. jedná se o stav dlouhodobý, nikoliv trvalý;
- působí mezi člověkem s defektem a jeho sociálním prostředím;
- nebývá přímo úměrná stupni a typu defektu;
- má specifické znaky z hlediska typu defektu;
- může se projevit i změnami ve struktuře osobnosti.

Shrnutí předcházejícího výkladu

V jednotlivých státech ani ve 21. století neexistuje jednotnost ve smyslu shodného označení objektů zájmu speciální pedagogiky. I sama speciální pedagogika jako vědní obor využívá k označování osob s různým znevýhodněním nejednotné terminologie. V našich zemích používáme pro označení osob s defektem více termínů, např. člověk postižený, znevýhodněný, ... Uvedené pojmy označují následující skupiny jedinců: zrakově postižené, pohybově postižené, řečově postižené, sluchově postižené, mentálně postižené, obtížně vychovatelné, jedince se specifickými poruchami učení a chování, jedince s vícenásobným postižením.

Trvalé zdravotní postižení má podobu defektů. Z hlediska velikosti odchylky od normy se defekt zpravidla vyznačuje největším odklonem. Defekty členíme podle doby vzniku, charakteru, druhu a intenzity. S rozvojem zahraničních odborných kontaktů a s aplikací mezinárodní klasifikace poruch se u nás začaly užívat i další dva termíny, a to termín disabilita a handicap.

POZOR! Defekt se může stát handicapem pouze v určitém společenském prostředí, v určité situaci, v níž se jedinec nachází.

Ve chvíli, kdy defekt dosahuje sociální dimenze, hovoříme u člověka o vzniku defektivy. Tou označujeme dle Sováka poruchu integrity člověka s defektem. Příčinou defektivy je neadekvátní nebo nevhodná reakce na defekt, která není adekvátní jeho typu a stupni. **POZOR!** Ne každý defekt se tedy musí stát příčinou vzniku defektivy. Defektivita není stavem trvalým, je reparaibilní, čili upravitelná či odstranitelná především speciální výchovou a vzděláváním.

2.4 Socializace – proces vrůstání jedince do společnosti

Všestranný vývoj dítěte kromě jiných činitelů ovlivňuje i společnost. Ta působí na jedince zvenku, ale také umožňuje jedinci, aby se do ní začlenil. Začlenění do společnosti se děje sociálním učením, v jehož průběhu si jedinec osvojuje žádoucí společenské normy a chování. Proces socializace zasahuje veškeré stránky duševní činnosti, tj. oblast kognitivní (socializace poznávání), oblast emotivní (socializace citů) a konativní (socializace vůle).

„Socializace vede k osvojování si určitých sociálních rolí, tj. způsobů chování, které sociální okolí jedince očekává z hlediska jeho věku, pohlaví a společenského statusu. V převzetí a realizaci rolí je též vyjádřen vztah jedince k rolím. Sociální vztahy jedince, ať už to jsou postoje k jiným lidem či společenským institucím, událostem apod., v podstatě vyjadřují poměr jeho osobnosti k převzatým rolím.“ (Nakonečný, 1999, s. 58)

Člověk se jako osobnost nerodí, osobností se stává.

Socializace je „proces, kterým se jedinec začleňuje do sociální skupiny, přičemž si osvojuje normy ve skupině panující, její hodnoty, učí se sociálním rolím spojeným s určitými pozicemi a dalším dovednostem a schopnostem. Pokud jedinec pocítuje osvojené způsoby chování, postoje a představy jako svoje vlastní a samozřejmé, jsou tzv. internalizovány...“ (Jandourek, 2001, s. 220)

Vydeme-li pouze z dvou výše uvedených definic je nám zřejmé, že socializace je komplexní proces, který začíná v novorozeneckém věku v rodině, pokračuje ve škole a v zaměstnání, vymezený masmédií, ale také příslušností k různým skupinám pracovním, zájmovým atd.

Primární socializace se uskutečňuje v rodině v procesu rodinné výchovy, jejímž cílem je uvést dítě do příslušného kulturního prostředí a naučit je orientaci v tomto prostředí. Na primární socializaci navazuje potom další společenská instituce, škola, a později pracovní organizace, kde se dospělý učí novým pracovním rolím.

Souhrn veškeré péče o jedince nazýváme komprehenzivní rehabilitace, která je ve starší literatuře označována jako komplexní rehabilitační péče.

U dětí a mladistvých ji lze vyjádřit vzorcem:

$$KR = LR + PeR = ORF + (ORO + ORSKP) + ORPP$$

KR = komprehenzivní péče

LR = léčebná rehabilitace

PeR = pedagogická rehabilitace

ORF = obnovení rozvoje funkcí

ORO = obnovení rozvoje osobnosti

ORSKP = obnovení rozvoje sociálně kulturního potenciálu

ORPP = obnovení rozvoje pracovního potenciálu

Didaktické zásady, které vyplývají ze zákonitostí vyučovacího procesu, jsou co do počtu analogické obecným didaktickým zásadám, mají však rozdílný význam a obsah podle typu a stupně postižení. Uplatňují se ve všech etapách vyučování a je nezbytné, aby tvořily jednotný celek. Máme na mysli zásadu názornosti, uvědomělosti, soustavnosti, přiměřenosti a trvalosti.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Co je to etiologie?
2. Jak rozumíte pojmu fenomenologie?
3. V čem spočívá obsah pojmu prevence?
4. Co zahrnuje výkonová terapie?
5. Jak dělíme speciálně pedagogické diagnostické metody?
6. Jak členíme zjišťovací metody?
7. Jak člení Sovák defektologickou prevencí?
8. Jak členíme metody prevence z časového hlediska?
9. Charakterizujte jednotlivé druhy prevence.
10. Jaký je cíl speciálně pedagogických nápravných metod?
11. Definujte jednotlivé speciálně pedagogické nápravné metody.
12. Za jakých podmínek je prospěšné učení osob se speciálními vzdělávacími potřebami?
13. Vyjmenujte a charakterizujte z hlediska speciálně pedagogického jednotlivé speciálně pedagogické zásady.
14. Pokuste se určit obsah jednotlivých složek KRP.
15. Co to je komprehenzivní rehabilitace a jaké znáte její zásady dle Kábeleho a dle Vaška?

Použitá a doporučená literatura:

- KYSUČAN, J., KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. Olomouc: UP, 1999.
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1983.
- VALENTA, M. *Krátké zamyšlení nad nutností změny paradigmatu české speciální pedagogiky pro jednadvacáté století*. Speciální pedagogika, 2001, č.1, s. 1-3.
- VAŠEK, Š. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapiencia, 1996.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998.

1. Zásada názornosti

Je nejdůležitější zásadou, pokud ji speciální pedagog nedodrží, zbavuje se prvního předpokladu vedoucího k úspěchu v edukačním procesu. Zahrnuje v sobě požadavek multisenzoriálního přístupu k žákům, tzn., že osvojování vědomostí, dovedností a návyků by mělo probíhat na základě smyslového vnímání, na pozorování předmětů a jevů, obrazů, modelů, ... Například u dětí se zrakovým postižením především prostřednictvím hmatu a sluchu, u sluchově postižených především pomocí zraku a hmatu.

2. Zásada uvědomělosti

Je požadavek, aby i vědomosti žáků s postižením byly výsledkem jejich aktivní práce řízené pedagogem. Patří k základním didaktickým požadavkům a směřuje především k rozvíjení schopností rozvíjet nové poznatky na podkladě dřívějších zkušeností. Specifičnost uplatnění této zásady ve speciální pedagogice spočívá v nutnosti častěji motivovat jedince s postižením k zájmu a překonávat jejich přirozeně oslabenou uvědomělost k získávání nových poznatků.

3. Zásada soustavnosti

Je požadavek, aby předkládané vědomosti a dovednosti tvořily takovou didaktickou soustavu, která by umožnila žákům osvojení potřebných vědomostí a dovedností. Uspořádání učiva se nemusí striktně shodovat se soustavou příslušné vědy, nesmí však jejím poznatkům odporovat. Soustavnost se zde projevuje v tom, že se při osvojování vědomostí a dovedností striktně postupuje od známého k neznámému, od blízkého ke vzdálenému, od konkrétního k abstraktnímu, od jednoduchého ke složitějšímu, od lehčího k těžšímu.

4. Zásada přiměřenosti

Je požadavek, aby obsah a rozsah předkládaného učiva, jeho obtížnost a způsob vyučování odpovídaly duševnímu rozvoji a tělesným schopnostem žáků s konkrétním postižením. Pedagogické umění speciálního pedagoga spočívá v tom, aby dovedl odhadnout obtížnost úkolů, které dětem ukládá, v souvislosti s možnostmi žáků s postižením. Zásada přiměřenosti souvisí v některých bodech se zásadou soustavnosti, a to tam, kde jde o postup od jednoduchého ke složitějšímu, od lehčího k těžšímu.

5. Zásada trvalosti

Je požadavek, aby si jedinec s postižením osvojené poznatky tak zapamatoval, aby je dokázal v praxi používat. Proto obzvláště u některých typů postižení je opakování a procvičování nejlepším způsobem, jak nejlépe získávané vědomosti upevňovat.

Shrnutí

Z hlediska celkového rozvoje, výchovy a vzdělávání se speciální pedagogika zabývá jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami všech věkových kategorií, od časného dětství až po stáří. Zaměřuje se na všechny typy a stupně postižení, od lehkých, hraničních, až po velmi těžké, tak zvané hluboké.

Rozdělení vývojových vad na určité typy má své odůvodnění ve speciálně-pedagogické praxi, a to jak v hodnocení etiologie defektivit, tak i v aplikaci následně používaných nápravných pedagogických metod (rozlišujeme vývoj omezený, předčasný, opožděný, přerušovaný, scestný).

Z oblastí vymezení přístupů k těmto jedincům speciální pedagogika v sobě zahrnuje etiologii, fenomenologii, prevenci a výchovnou terapii. V souladu s těmito uvedenými oblastmi se pak rekrutují jednotlivé metody speciální pedagogiky.

Smyslem socializace není jen sociální adaptace nebo konformní „splynutí“ se skupinou, ale především humanizace jedince, tj. polidštění. Nejde tedy o pouhé vřazení jedince do společenských vztahů. Socializaci můžeme chápat jako cíl společenského působení na jedince podmíněnou jeho individuální schopností socializace, tj. *sociabilitou*.

U jedinců s postižením získaným, kteří v jeho důsledku byli nějakým způsobem vyčleněni ze svého především širšího sociálního prostředí, se při snaze o jejich opětné začlenění do společenského prostředí hovoří o tzv. *resocializaci*, např. pomocí výchovných a vzdělávacích programů, individuální péče.

2.4.1 Stupně socializace

V naší speciální pedagogice se tradičně rozlišují **4 stupně socializace**, příp. resocializace, a to podle úspěšnosti socializovaných příp. resocializovaných jedinců:

- 1. Integrace** (z lat. integer – začlenění) – vyjadřuje plné úspěšné začlenění jedinců s postižením do pracovního a společenského prostředí intaktních osob bez potřeby zvláštních dalších opatření.
- 2. Adaptace** (z lat. adaptatio – přizpůsobení) – jedné se o částečně úspěšné začlenění jedinců s postižením do pracovního a společenského prostředí intaktních osob s potřebou nastolení zvláštních dalších opatření zjednodušujících jim proces socializace (např. bezbariérovost vstupu do školy, zaměstnání, apod.).
- 3. Utilita** (z lat. utilis – potřebný, užitečný) – jedná se o tzv. sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, která představuje jeho zařazení do společensky užitečné práce za předpokladu celoživotní společenské pomoci a ochrany.
- 4. Inferiorita** (z lat. inferior – nižší) – vyjadřuje sociální nepoužitelnost člověka, jeho vyloučení, segregaci často pro velice těžké vícenásobné (kombinované) postižení. Sociální vztahy v tomto případě jsou nevytvořeny, popř. zcela ztraceny.

Dosažení uvedených stupňů socializace či resocializace nemusí přímo odpovídat typu nebo stupni postižení konkrétního jedince. Jsou známy případy osob s postižením, u nichž v průběhu života může dojít ke změně socializačního stupně v důsledku zlepšení či naopak zhoršení jejich zdravotního stavu, schopností a předpokladů pro pracovní či společenské zařazení.

Jesenský (1993) vychází ve své klasifikaci a odstupňování socializace podle hodnocení WHO (Světové zdravotnické organizace) a člení ji na 9 stupňů:

- **Plná integrace**
 1. *Sociálně integrovaný jedinec* – plně se účastní veškerých společenských činností.
- **Vysoká integrace**
 2. *Inhibovaná účast* – postižení vyvolává určitou nevýhodu znamenající částečné omezení v plné účasti.
 3. *Omezená účast* – jedinec se plně neúčastní obvyklých společenských činností, neboť jeho postižení negativně ovlivňuje společenský život, soukromý život, atd.
- **Středně vysoká integrace**
 4. *Zmenšená účast* – v důsledku postižení nejsou tito jedinci schopni navázat náhodné kontakty a jejich účast na společenském životě je omezena na přirozené komunitní vztahy v rámci rodiny, pracoviště, atd.
- **Nízká integrace /nízká segregace**
 5. *Ochuzené vztahy* – dochází k omezení ve fyzickém, sociálním nebo psychickém vývoji bez tendování k určité formě zlepšení.
 6. *Redukované vztahy* – postižení jedinci jsou schopni udržovat v důsledku svého znevýhodnění vztahy jen k vybrané a omezené skupině či jednotlivci.

7. **Narušené vztahy** – jedná se o jedince neschopné udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, neboť změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny.
- **Středně vysoká segregace**
8. **Odcizení** – opět se jedná o jedince neschopné udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, lze říci, že nemají ani potřebu vztahy s ostatními lidmi navazovat.
- **Vysoká segregace**
9. **Společenská izolace** – jde o jedince s postižením jejichž schopnost míry socializace je nezjistitelná pro jejich izolovanost. Hovoříme o tzv. úplné segregaci.

Shrnutí

Smyslem socializace není jen sociální adaptace nebo konformní „splynutí“ se skupinou, ale především humanizace jednotlivce, tj. polidštění. Nejde tedy o pouhé vřazení jedince do společenských vztahů. Socializaci můžeme chápat jako cíl společenského působení na jedince podmíněnou jeho individuální schopností socializace, tj. *sociabilitou*. Socializace je „celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, poznatky, hodnoty, kulturu a začleňuje se tak do společnosti. Realizuje se hlavně sociálním učením, sociální komunikací a interakcí, i nátlakem.

Nejvyšším stupněm socializace člověka se speciálními vzdělávacími potřebami je integrace, tj. naprosté a bezproblémové zapojení do širší intaktní společnosti. Znevýhodněný člověk byl schopen se vyrovnat se svým postižením, spolupracuje vzájemně s jedinci bez postižení, vytváří takové hodnoty, které intaktní společnost uznává jako významné a potřebné.

Oproti tomu segregace je chápána jako opak integrace. Jedná se o stav, kdy postižený je vyčleněn z intaktní společnosti nebo se z ní vyčleňuje sám.

2.5 Otázka normality a abnormality ve speciální pedagogice

Ke studiu této kapitoly přistupte jako k rozšíření vědomostí z první kapitoly.

Porozumět podstatě **abnormality** předpokládá definovat normalitu. Stanovení normality je základním předpokladem diagnostiky. Kritéria normality jsou v podstatě normativní, nemohou být ani pravdivá, ani nepravdivá. Hranice mezi tím, co je normální a co abnormální je často sotva postřehnutelná, obzvláště v oblasti speciálně-pedagogické. Vychází-li se z představy, že to, co je časté, je normální, může se tedy stát, že normální a tedy časté je něco, co se nám osobně vůbec nebude líbit, co dokonce společnosti bude škodit. Takovýmto častým jevem v naší společnosti je např. rozpadlá rodina.

Popsanému pojetí normy říkáme **matematicko-statistické** nebo čistě **statistické** a určuje se podle četnosti zkoumaného jevu či hodnoty typické pro danou populaci. Při grafickém znázornění většinou získáme křivku s jedním vrcholem a relativní symetrií, tzv. Gaussovu křivku. Hodnota, která má podle tohoto pojetí největší četnost, se tak stává normou. Avšak ne vždy je toto hledisko zcela vyhovující, neboť jestliže je četnost nějakého znaku v populaci velká, neznamená to ještě, že by měl být normou pro celou společnost. Je tedy možné, že i průměr se dostává mimo normu. Naopak okrajové jevy vyhlížející jako abnormální, mohou být pro společnost velice žádoucí (např. vysoká inteligence). I přes uvedené připomínky je však stále matematicko-statistické pojetí normy relativně objektivní a faktograficky přesné.

Syříšřová (1972) říká, že:

„Statistická norma má např. v lékařské nebo psychologické praxi i výzkumu své opodstatnění, protože zdravé, pravidelné a skutečné zpravidla převládá výskytem, jsou však situace, kdy může svým mechanickým postupem svádět k nesmyslným závěrům.“

Komprehenzivní rehabilitace se projevuje ve dvou rovinách:

- a) v časovém sledu,
- b) v obsahu.

ad a) V časovém sledu se projevuje jako péče

- preventivní
- aktuální
- následná

ad b) V obsahové náplni zahrnuje složky

b1) hlavní:

- léčebná
- pedagogická
- pracovní
- sociální

b2) odborné:

- psychologická
- technická
- právnícká
- ekonomická

Komprehenzivní rehabilitace má i své vymezené zásady.

Podle Kábeleho (1988) se tradičně uvádějí zásady:

- **Individuálního přístupu** – znamená striktní dodržování speciálních edukačních potřeb jedince.
- **Komplexnosti** – spočívá v důsledném dodržování celostního přístupu.
- **Přiměřenosti** – smyslem této zásady je akceptování druhu a stupně postižení, věku, stupně vývoje rozumových a dorozumivacích schopností, aj.
- **Reflexnosti** – je třeba využívat reflexních zákonitostí při nácviku poškozených funkcí motorických.

Vašek (2003) uvádí následující zásady ucelené rehabilitace:

- **Kognitivizace** – rozvíjení poznávacích procesů.
- **Ortofunkcionalizace** – vytváření a rozvíjení správných funkcí.
- **Hyperemocionalizace** – vytváření silných emocionálních stimulů.
- **Detenzionalizace** – odstraňování, likvidace psychického napětí.
- **Substitucionalizace** – nahrazování poškozených systémů.
- **Synergetizace** – vzájemná podpora podnětů a procesů.
- **Kreativizace** – podpora tvořivého myšlení činností, aktivitou.

3.5 Zásady speciální pedagogiky

Didaktické zásady, které vyplývají ze zákonitostí vyučovacího procesu, jsou co do počtu analogické obecným didaktickým zásadám, mají však rozdílný význam a obsah podle typu a stupně postižení. Uplatňují se ve všech etapách vyučování a je nezbytné, aby tvořily jednotný celek.

Učení u osob se speciálními vzdělávacími potřebami je úspěšné v případě, že obsah učiva i postup při jeho osvojování je přiměřený jejich poznávacím schopnostem, což způsobuje onu specifickou **obecně platných didaktických zásad**:

- výchova vzdělávání (všeobecné i odborné),
- příprava na povolání,
- výchovné poradenství.

3. Rehabilitace pracovní

- Zaměřuje se na získání potřebné kvalifikace a rekvalifikace osob se speciálními potřebami.

4. Rehabilitace sociální

- Pomáhá potřebným jedincům při zajišťování bydlení, zaměstnání, dopravy, kulturní vyžití, sociální dávky.

5. Rehabilitace psychologická

- Jedná se o využívání možností psychologického ovlivňování znevýhodněných jedinců při vyrovnání se s defektem a ve všestranném rozvoji jejich motivace v dílčích oblastech života.

6. Rehabilitace technická

- Zajišťuje např. výzkum a vývoj ortopedických pomůcek, protéz a technických (např. akustických) prostředků.

7. Rehabilitace právní

- Podílí se na veškeré legislativě k zajištění a naplnění práv pro všechny osoby se speciálními potřebami.

8. Rehabilitace ekonomická

- Zajišťuje organizaci a řízení výrobní činnosti a produktivní práce jedinců s postižením.

3.4 Komprehenzivní péče o jedince s postižením

(komprehenzivní = ucelený)

Pro úspěšný vývoj jedince s postižením je zapotřebí takové péče, která by směřovala k zapojení jedince do intaktní společnosti. Seznamte se s tím, co je nezbytné k tomu, abychom jej mohli úspěšně vychovávat a vzdělávat.

K úspěšné edukaci a socializaci jedince s postižením je nezbytné:

- **stanovení diagnózy a prognózy** vývoje postižení či nemoci,
- **týmové péče odborníků** z resortu školství, zdravotnictví a sociální sféry.

Na základě komplexní diagnózy se stanoví, jak a kde se bude jedinec s postižením vzdělávat, v jakém zařízení a v jakém časovém rozsahu.

Souhrn veškeré péče o jedince nazýváme komprehenzivní rehabilitace, která je ve starší literatuře označována jako komplexní rehabilitační péče.

U dětí a mladistvých ji lze vyjádřit vzorcem:

$$KR = LR + PeR = ORF + (ORO + ORSKP) + ORPP$$

KR = komprehenzivní péče

LR = léčebná rehabilitace

PeR = pedagogická rehabilitace

ORF = obnovení rozvoje funkcí

ORO = obnovení rozvoje osobnosti

ORSKP = obnovení rozvoje sociálně kulturního potenciálu

ORPP = obnovení rozvoje pracovního potenciálu

Takovýmto nesmyslným závěrem se může zdát statistické tvrzení **Herrnsteina a Murraye (1994)** o relativně citové černošské a relativně rozumové bělošské populaci ve Spojených státech Amerických, kterými vysvětlují nalezené diference v inteligenčním kvocientu, o nichž tvrdí, že se postupně budou stírat v důsledku dlouhodobě působícího společenského prostředí, v němž žijí. Působením společenského prostředí by se obdobně mohlo doufat v postupné minimalizování negativních projevů chování dětí s SPCH. Každý člověk je vytvářen v konstelaci vnitřních podnětů včetně podnětů transcendentních a vnějších podnětů, záměrů, ale nesmí se zapomenout, že je přinejmenším diskutabilní věcí, v jaké časové lhůtě a v jaké proporcionalitě. Bez genetických dispozic, rozvíjených dále jak samovolně tak systematicky vědomě, by se „*Homo sapiens sapiens jako poddruh nestal, čím je, a jeho vynikající představitelé tím spíše.*“ (Stehlík, 2002)

Socio-kulturní pojetí normality je vázané především na hodnoty platné v dané společnosti a zároveň se s touto společností vyvíjí. Bývá označováno jako norma **ideální**. Postoj společnosti k jedincům s určitou odchylkou, její míra tolerance a odmítání, je dán právě tímto socio-kulturním pojetím. Nepřímo z něho vyplývá i vymezení postavení takového jedince v dané společnosti či etniku. Některá omezení a poruchy, tzv. stigmatizující, vyvolávají větší odpor ve společnosti než jiné, aniž by k tomu byly objektivní důvody. Jsou tedy sociálně závažnější (např. mentální defekty, antisociální poruchy chování). Tento postoj často vyplývá z malé informovanosti o problému, s tím souvisí i neschopnost porozumět jeho podstatě a příčině. Různé socio-kulturní celky se mohou svými kritérii pro normu značně lišit, vznikají tak např. problémy adaptace jedinců minoritního etnika do majoritní společnosti, ale opět můžeme uvést i příklad dětí se specifickou poruchou chování, které jsou také určitou minoritou postupně vrůstající do majority.

Nezadnebatelný je **časový faktor** působící na hodnoty společnosti. Ty se pak mění a spolu s nimi se mění i tolerance k určitým projevům, které se tak přestávají řadit mezi abnormální. Naopak se může zvýšit tlak na kvalitu nějakého projevu (např. intelektuálního výkonu). Zde pak bude hranice abnormálního posunuta do oblasti, která byla dříve tolerována jako široká norma. Hodnocení dětského chování je dobrým příkladem právě pro posun této hranice. V posledních dvou až třech desetiletích se zvyšuje tlak na normalitu ve smyslu optima a snižuje se tolerance k odchylkám (tedy projevům, které se za odchylky začínají považovat). Na základě toho se mění postoje dospělých, učitelů i rodičů, k chování dětí.

Věková kategorie hodnocené skupiny hraje v pojetí normality poměrně významnou roli – z toho vyplývá větší tolerance k chování malých dětí a starých lidí. Vůči dětem je tato tolerance bohužel často zvýšená i v předškolním věku, kdy je ještě vysoká možnost nápravy obtíží a kdy situace dítěte není zatím navíc ztížena stanovenými jednoznačnými kritérii v podobě např. školní klasifikace.

Individuální, subjektivní pojetí normy odráží osobnostní vlastnosti člověka, jeho individuální zkušenost, případně i situaci, v jaké se nachází ve vztahu k určitému aktuálnímu vlivu. Nezanedbatelnou úlohu v tomto směru hraje i intelektová úroveň jedince a jeho informovanost v dané problematice. Jsou-li možnosti jedince v tomto směru omezeny, jeho pohled na normu je více emocionální, mechanický a šablonovitý, s nižší schopností rozlišovat. Příkladem takového individuálního pojetí normy může být rozdílné hodnocení jednoho žáka učitelským sborem.

Dalším možným pohledem je **funkční** pojetí normy. V tomto pojetí se normálním stává to, co je účelné, to, čím se dosáhne žádoucího účinku, občas bez ohledu na prostředky. Tato norma se obtížně vymezuje, neboť je vázána na určitou situaci (projevy lidí se mohou lišit v závislosti na aktuálních podmínkách). Značné omezení na nějak definovanou situaci, kterou mnohdy nelze zobecnit, je častokrát hlavním nedostatkem tohoto pojetí. To znamená, že hodnocená situace je vytržena z kontextu celé osobnosti i komplexnější vazby na prostředí. Příkladem tohoto pojetí je adaptace na stres, adaptace v partnerských vztazích, výkonová

adaptace, ap. Někdy může být úspěšná adaptace i negativním projevem např. opět z hlediska poruch chování, kdy jedinec se úspěšně adaptuje v partě antisociálních lidí, přitom souvislost s jeho adaptací je tu dána závislostí na použitých způsobech řešení vlastních problémů.

Při vymezení normality sehrávají v současné době značnou roli také média. Např. **Vágnerová (2000)** ve shodě s **Šulovou (2002)** či **Silvrem (1989)** dokonce říká, že by bylo možno vymezit tzv. normu mediální, která dle ní „*představuje jakýsi vzor toho, co je opakovaně a často atraktivním způsobem prezentováno jako žádoucí nebo standardní. Součástí mediální formy je i jakási symbolická, idealizovaná realita, jež prezentuje jako normu výjimečné jedince (kteří jsou krásní, výkonní, úspěšní, apod.). Vyrovnat se jim není snadné, mohou nejvýše působit jako ideál.*“

Shrnutí předcházejícího výkladu a jeho mírné rozšíření o další termíny:

Pojem normální je nejčastěji chápán jako něco pravidelného, častého, průměrného. Pojem abnormální vyjadřuje něco nepravidelného, odlišného od průměru. Pojem "norma" ve společenských vědách může být chápán jako soubor kritérií, způsobů hodnocení, postojů či pravidel, které byly přijaty buď určitou konvencí nebo zákonodárným orgánem. Ve speciální pedagogice se jako normální či abnormální může považovat úroveň percepčně-kognitivních schopností, apod. Indikací pro speciálně-pedagogickou podporu, výchovu a vzdělání je výrazně negativní vybočení z pásma normality. Ve speciálně-pedagogické diagnostice je normalita a abnormalita posuzována zpravidla v souvislostech s vývojem dílčích oblastí:

1. funkci:

- kognitivních
- motorických
- komunikačních
- emocionálně-sociálních

2. orgánů:

- somatických
- senzorických

Vytváření norem je založeno na tzv. axiomu normality, tzn. že vychází z názoru, že psychologické i biologické jevy mají tzv. normální rozložení v populaci.

Z dalších termínů speciálně pedagogických, které úzce souvisí s vymezením normy, lze uvést:

- **Anomálie** (z řeckého *an* – zápor, *nomos* – pravidlo, zákon) – je chápána jako relativně trvalá negativní odchylka od normy v oblasti somatické, psychické nebo v jejich kombinaci, ale není považována za patologický jev.
- **Deviace** – (z latin. *via* – cesta, *deviatio* – odbočení z cesty) je odchylka od normy, která se většinou týká chování nebo vývoje. Jedinec se stává nápadným odklonem od normy.
- **Deformity, deformace** (z lat. *deficere* – odpadnout, chybět) je taková odchylka od normy, která ještě nezasahuje úroveň patologie.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ A PÍSEMNÉMU VYPRACOVÁNÍ:

Úkol: Napište, které faktory ovlivňují člověka s postižením při jeho začleňování do společnosti. Pokuste se najít faktory, které převažují v případech, kdy se člověk s postižením nevyrovná a dochází v těchto případech k narušení vztahu k sobě samému, k práci, ke společnosti.

- Zjišťování sociability
- Zjišťování úrovně motoriky
- Zjišťování laterality
- Zjišťování úrovně vývoje řeči
- Zjišťování úrovně sebeobsluhy
- Orientační vyšetření funkcí smyslových orgánů

ad III. Metody prevence

Sovák (1983) hovoří o tzv. prevenci defektologické, kterou člení na:

- **prevenci defektů** – zaštiťují a naplňují ji medicínské obory,
- **prevenci defektivy** – je speciálně-pedagogickou záležitostí a zaměřuje se na zabránění tomu, aby defekt přerostl v poruchu sociálních vztahů.

Prevenci v současnosti chápeme jako soubor aktivit zaměřených na předcházení ohrožení narušení či postižení u člověka, příp. na snižování jejich možných následků. Je více oborovou záležitostí, každý obor pojímá činnosti charakteristické pro prevenci způsobem a obsahem pro něj typickým (př. prevence v oblasti lékařské, sociální, ekonomické, speciálně-pedagogické, ...)

Dlouhodobě, tzn. z hlediska času, v jehož rámci působí, členíme metody prevence na:

Primární – zaměřené na předcházení vzniku orgánových a funkčních defektů.

Sekundární – předcházejí zhoršování stavu u jedince s již vzniklým orgánovým či funkčním defektem.

Terciální – spadají především do oblasti následných, tzv. dispenzárních služeb, které často nemůže školská oblast poskytovat.

Ad IV. Speciálně-pedagogické nápravné metody (zaměřují se především na překonávání a zmírnění, někdy i na prevenci defektivy, tj. narušených vztahů jedince se speciálními výchovnými a vzdělávacími potřebami v jeho sociálním prostředí).

Jejich členění je následující:

- **Metody reedukace** (z lat. *re* – opět, znovu, *educatio* – výchova) = postupy zaměřené na rozvoj a celkové zlepšení a posílení těch funkcí, které se v důsledku orgánového vrozeného či získaného poškození nerozvinuly či vymizely. Zaměřuje se též na odstranění nežádoucích důsledků předchozí výchovy.
- **Metody kompenzace** (z lat. *compensatio* – vyrovnání, vyvážení, náhrada) – při jejich aplikaci se zdokonaluje a zlepšuje výkonnost jiných funkcí než těch postižených. Jsou zaměřeny na nahrazení chybějících funkcí jinými nebo na vyrovnání nedostatků u znevýhodněného jedince v jedné oblasti kvalitami v oblasti jiné, náhradní.
- **Metody rehabilitace** (z lat. *re* – znovu, opět, *habilitas* – schopnost, způsobilost čili volně přeloženo opětovné dosažení schopnosti). Ve speciální pedagogice se rehabilitační metody pojímají spíše v širším slova smyslu, a to ve významu uzpůsobení (*habilitace*) i takových osob, které nikdy nebyly intaktní, ale s některým typem postižení se již narodily. Speciálně-pedagogické rehabilitační metody jsou tedy způsobem využívání výchovně-vzdělávací složky jako součásti tzv. komprehensivní (komplexní, ucelené) rehabilitace.

Jednotlivé složky mají následující cíle:

1. Rehabilitace léčebná

- léčba operativní, medikamentózní,
- léčba rehabilitační (léčba prací, fyzioterapie, atd.).

2. Rehabilitace výchovně-vzdělávací

A nyní podrobněji k uvedenému dělení:

ad I., II. S etiologií a fenomenologií a jejich obsahovými náplněmi úzce souvisí **speciálně-pedagogická diagnostika**, která využívá pro práci s klientem **speciálně-pedagogické diagnostické metody**:

1. Obecné – slouží ke sběru základních dat a údajů o vyšetřované osobě. Jsou užívány i v ostatních vědách, s nimiž speciální pedagogika úzce spolupracuje.

1.1 Anamnéza

(V praxi se realizuje především rozhovorem či písemným dotazníkem doplněným rozhovorem a je realizován dle předem stanovené struktury – údaje o širší rodině, rodičích, dosavadní somatický a psychický vývoj od prenatálního věku, výchovné a sociální vlivy rodiny, vliv školy, vrstevníků, mimoškolní aktivity – to vše až po současný stav.)

1.1.1 Anamnéza rodinná

1.1.2 Anamnéza osobní

1.2 Katamnéza

(Zkoumá situaci, v níž se bývalý klient ocitá po určitém časovém odstupu po ukončené pravidelné odborné péči, případně hledá příčiny způsobující recidivu obtíží, pro které byl klient v péči.)

2. Speciální

(Jejich cílem je provést komplexní popis druhu a stupně postižení konkrétního klienta za spolupráce odborného týmu tak, aby bylo možno stanovit objektivní speciálně-pedagogickou diagnózu zahrnující individuální charakteristické vlastnosti zkoumaného jedince, které ovlivňují úroveň jeho edukace.)

Je podkladem pro stanovení speciálně-pedagogické prognózy v oblasti další výchovy a vzdělávání konkrétní osoby s postižením.

Kritériem pro rozdělení **speciálních metod** je **jak a co zjišťovat, dělí se proto podle:**

2.1 Způsobu zjišťování

Metody:

- Pozorování
- Explorační metody (rozhovor, dotazník, ...)
- Diagnostické zkoušení
- Testové metody
- Kazuistika (studium případu)
- Rozbor výsledků činností
- Přístrojové metody

2.2 Zaměření zjišťování

Metody:

- Úrovně vědomostí
- Sociability
- Vývoje řeči a motoriky
- Laterality
- Orientační vyšetření funkcí smyslových orgánů
- Sebeobsluhy

2.3 Další kritérií

Metody:

- Výkonové
- Funkčně a anatomicko-morfologické
- Standardizované a nestandardizované atd.

Vašek (1995) tyto **zjišťovací metody** obecně klasifikoval do následujících okruhů:

- Zjišťování úrovně vědomostí

Kontrolní otázky a úkoly

1. S čím souvisí terminologická rozličnost označovaných speciálně pedagogických kategorií?
2. Vysvětlete, co označujeme termínem člověk s postižením ve smyslu humanizace.
3. Proč termín zdravotně postižený nezahrnuje jedince s mentální retardací?
4. Uveďte klasifikaci osob s postižením podle typu postižení.
5. Rozčleňte defekty z hlediska jejich charakteru, intenzity, podle doby vzniku a druhu.
6. Objasněte termín disaptibilita a handicap.
7. Existuje nějaká souvislost mezi defektem a handicapem? Jaká?
8. Co označuje v odborné terminologii termín vada?
9. Vysvětlete obsah termínu defekt.
10. Kdy dochází ke vzniku defektivitu? Co je to defektivita? K čemu při ní dochází?
11. Jaké jsou znaky defektivitu?
12. Objasněte obsah termínu socializace.
13. Vyjmenujte a definujte 4 tradiční stupně socializace dle Sováka.
14. Uveďte 9 stupňů socializace podle hodnocení Světové zdravotnické organizace tak, jak je uvádí Jesenský.

Použitá a doporučená literatura:

HERRNSTEIN, R., MURRAY, CH. *Bell Curve*. New York 1994, pg. 59.

SILVER, L. Psychological and family problems associated with learning disabilities:

Assesment and Intervention. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 319-325, 1989.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1983.

STEHlíK, J. *Budoucnost lidského společenství*. Praha: UK, 2000, s. 252.

SYŘIŠŤOVÁ, E. a kol. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972, s. 126.

ŠULOVÁ, L. *Co je to nápadné chování*. Praha: Raabe, 2002.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000, s. 7.

VÁŠEK, Š. *Speciální pedagogika*. Bratislava: Sapientia, 1996.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998.

3. Typy vývojových vad. Metody a zásady speciální pedagogiky

Doba potřebná k prostudování a osvojení kapitoly: 3 hodiny

Cílem této kapitoly je po jejím prostudování zvládnout:

- *Definovat vývojovou vadu.*
- *Rozdělit vývojové vady na dílčí typy a každý typ charakterizovat.*
- *Vyjmenovat a charakterizovat speciálně pedagogické diagnostické metody a vědět, s kterými obsahovými náplněmi speciální pedagogiky souvisí.*
- *Rozčlenit metody prevence.*
- *Vyjmenovat a charakterizovat speciálně pedagogické nápravné metody.*
- *Charakterizovat jednotlivé zásady speciální pedagogiky.*
- *Orientovat se v problematice komprehenzivní rehabilitace.*

Klíčová slova

Komprehenzivní rehabilitace, metody prevence, speciálně pedagogické diagnostické metody, speciálně pedagogické zjišťovací metody, typy vývojových vad.

3.1 Vývojové vady

Vývojové vady postihují jedince v kterékoliv vývojové fázi ontogeneze.

V posuzování edukace jedince je nutno vzít v úvahu zděděné vlohy, vývojové stádium, typ výkonnosti nervové soustavy i vlivy prostředí.

3.2 Typy vývojových vad

Rozdělení vývojových vad na určité typy má své odůvodnění ve speciálně-pedagogické praxi, a to jak v hodnocení etiologie defektivní, tak i v aplikaci následně používaných nápravných pedagogických metod.

3.2.1 Vývoj opožděný

Opožděný vývoj je charakterizován tím, že **některé z vyšších činností a dovedností jedince se sice rozvíjejí v normálním rozsahu, ale podstatně později, než tomu bývá obvykle** (hybnost, řeč, návyky, atd.). Opožděný vývoj některé z činností působí určitou disharmonii v rozvoji celé osobnosti, nemá však pro další život nepříznivé důsledky, protože se jedná o přechodný jev. Příčinou mohou být např. některé choroby, které oslabily organismus před tím, než se postižené činnosti začaly rozvíjet.

3.2.2 Vývoj předčasný

Předčasný vývoj osobnosti dítěte po všech jeho stránkách, zvláště v oblasti duševních schopností, může mít svou příčinu v genetickém základu či v akceleraci (urychlení) rozvoje vloh a schopností. **Obvykle se v tomto případě jedná o harmonické urychlení rozvoje osobnosti výrazně nadprůměrně nadaných dětí.**

Může se však týkat pouze určitých vlastností nebo schopností, které se pak vytvářejí jednostranně a obvykle na úkor jiných. Navenek se projevuje jako nevyvážený vývoj v disharmonické struktuře osobnosti. Naproti tomu však vhodně podporované předčasné spontánní rozvíjení vrozených vloh přispívá k maximálnímu uplatnění talentu nadaného jedince.

3.2.3 Vývoj omezený

Omezený vývoj znamená, že **veškeré činnosti a dovednosti se vyvíjejí pomalu a omezeně. Dochází při něm v podstatě k omezenému rozvoji vyšší nervové činnosti na základě orgánových změn především v mozkové kůře.** Postižení se pak týká převážně oblasti rozumové a projevuje se navenek především jako mentální retardace různé hloubky. Omezený vývoj tedy znamená, že rozvoj vyšší nervové činnosti hlavně ve složce rozumové zůstává již od samého svého začátku na nižší úrovni, jedinec nedosáhne rozumové úrovně jedinců ostatních.

3.2.4 Vývoj narušený

Při narušeném vývoji se jedná o **rušivý zásah do rozvoje jedince.** Jde tedy o pozdější narušení dosud běžným způsobem probíhajícího rozvoje jedince. Příčinou jsou nejčastěji důsledky těžkých onemocnění a závažných úrazů postihujících celistvost organismu. **Nejtěžší následky nechávají choroby a úrazy ústředního nervstva, obzvláště kůry mozkové.**

Znakem narušeného vývoje tedy bývá, že postihuje dítě, jehož vývojové základy se již rozvíjely, tj. přibližně od druhého roku života. Na rozdíl od omezeného vývoje jde u vývoje narušeného o dočasné nebo i trvalé poškození jedince dosud se normálně rozvíjejícího. Jeho schopnosti a dovednosti jsou ve svém vývoji zastaveny nebo ukončeny teprve v některém pozdějším vývojovém období.

3.2.5 Vývoj scestný

Při scestném vývoji **nebývají narušeny rozumové schopnosti**, scestný vývoj se může objevit jak u dětí málo, tak velice nadaných.

Při scestném vývoji jde o to, že **na normálním základě se buď vlohy rozvíjejí abnormálně nebo se vytvářejí nové, nežádoucí rysy chování.**

Zapamatujte si, že podkladem scestného vývoje bývá nejčastěji slabý, nevyrovnaný typ vyšší nervové činnosti ve spojení s nežádoucími vlivy sociálního prostředí, např. nedostačující nebo naopak nadměrnou výchovou. Důsledky scestného vývoje se mohou projevit zřetelně až v pozdějších letech jako snížené sebevědomí, úzkostnost, nedostatek citu a empatie apod.

3.3 Metody speciální pedagogiky

Ve smyslu vymezení přístupu k jedincům se speciálními vzdělávacími potřebami speciální pedagogika zahrnuje:

- I. etiologii** – stanovení příčin konkrétního postižení²,
- II. fenomenologii** – přesné definování obrazu postižení,
- III. prevenci** – její působení spočívá ve snaze zabránit vzniku defektivní,
- IV. výchovnou terapii** – spočívá v uplatnění a aplikaci speciálně-pedagogických metod (Kuja, Kysučan 1999).

² V rámci etiologie a fenomenologie dochází především ke zkoumání biologických faktorů v rámci diagnostiky postiženého jedince. Důležitou roli v této etapě sehrává kooperace s lékařskými obory jejichž výsledky se kompilují se závěry dalších vědních disciplín, jako je psychologie, sociologie apod. Spoluurčují další způsob výchovy a vzdělávání konkrétního jedince s postižením.