

# Vliv sociálního prostředí na vývoj jedince

Bc. Michal Říhovský

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michal ŘÍHOVSKÝ**  
Osobní číslo: **H128207**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Vliv sociálního prostředí na vývoj jedince**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009), případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucí diplomové práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucí bude práce zaměřena na popis vlivu prostředí na vývoj čtyř konkrétních jedinců sánarušeným psychomotorickým vývojem, vyrůstajících vározdílných sociálních podmínkách sárůznou mírou podnětnosti prostředí (biologická rodina vytvářející podnětné prostředí, biologická rodina zanedbávající, ústavní výchova, náhradní rodinná péče).

Součástí práce budou kazuistiky doplněné o řízené rozhovory.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- Čačka, O. Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace. Brno: Doplněk, 2004.
- Hayesová, N. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 2003.
- Keller, J. Úvod do sociologie. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004.
- Nakonečný, M. Sociální psychologie. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Academia, 2009.
- Nožářová, J. Náhradní rodinná péče. Praha: Linde, 2012.
- Říčan, P. Cesta životem. Praha: Portál, 2004.
- Vágnerová, M. Vývojová psychologie I: dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2005.
- Vágnerová, M. Základy psychologie. Praha: Karolinum, 2008.

Vedoucí diplomové práce:

**PaedDr. Libuše Mazánková, Dr.**

Katedra sociální pedagogiky

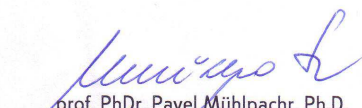
Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Michal Říhovský

.....  
Jméno, příjmení studenta

V Brně 7.3.2014

.....  
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.



## ABSTRAKT

Cílem diplomové práce je sledování vlivu sociálního prostředí na vývoj jedince a možnosti ovlivnění vývoje jeho osobnosti množstvím stimulů, které jsou mu daným prostředím poskytovány. V textu je nastíněna celá problematika s důrazem na psychickou deprivaci. V popsanych kazuistikách tří dětí s opožděným či narušeným psychomotorickým vývojem, které vyrůstaly v různých prostředí, jež jim nabízela různou míru podnětů, jsou podrobně rozebrány jednotlivé oblasti vývoje osobností v časových úsecích. Kazuistiky jsou doplněny rozhovory s rodiči a pěstouny sledovaných dětí a dále popisem nejzávažnějších poruch či onemocnění, jež značnou měrou ovlivnila schopnosti dětí.

Z textu vyplývá, že vliv sociálního prostředí na jedince je velmi významný a pokud je prostředí výrazně nepodnětné či naopak velmi podnětné a poskytující maximální a všestrannou stimulaci, může dojít až ke změně klinického obrazu. Avšak je třeba také zohlednit schopnosti osobnosti, její vnitřní dispozice, míru a způsob znevýhodnění osobnosti.

**Klíčová slova:** sociální prostředí, osobnost, psychická deprivace, psychomotorický vývoj

## ABSTRACT

The aim of the thesis is to monitor the impact of social environment on the development of the individual and the possibility of influencing the development of his personality amount of incentives that are provided to him by the environment. The text outlines the whole issue with an emphasis on psychological deprivation. In the described case reports of three children with delayed or impaired psychomotor development, who grew up in different environments, enabling them to offer different levels of stimuli are analyzed in detail the development of the individual personality into time slots. Case reports are supplemented by interviews with parents and guardians of children monitored and a description of the most serious disorders or diseases that greatly affect the ability of children

The text shows that the influence of the social environment on the individual is very important and if the environment is significantly uninspiring or very stimulating and providing maximum versatility and stimulation, can occur when a change in the clinical picture. However, it should also take into account the ability of the individual, its internal layout, and the way of peace disadvantage personality.

**Keywords:** social environment, personality, psychological deprivation, psychomotor development



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

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

Poděkování patří také pěstounce chlapce K a rodičům dívky, kteří ochotně svolili a byli nápomocni při zjišťování informací o dětech.

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

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Člověk a prostředí</b> .....	<b>12</b>
<b>2 Psychická deprivace</b> .....	<b>17</b>
2.1 Deprivace a ústavní podmínky .....	22
2.2 Deprivace a částečná kolektivní péče.....	24
2.3 Deprivace v rodině .....	26
2.4 Subdeprivace .....	31
<b>3 Osobnost</b> .....	<b>33</b>
<b>4 Vývojové fáze v životě člověka</b> .....	<b>37</b>
4.1 Novorozenec.....	37
4.2 Kojenec.....	38
4.3 Batole .....	41
4.3 Předškolní věk .....	43
4.3 Období mladšího školního věku.....	46
4.3 Období prepuberty a puberty.....	49
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>51</b>
<b>5 Případová studie I</b> .....	<b>52</b>
5.1 Z rozhovoru s poručnící .....	65
<b>6 Případová studie II</b> .....	<b>69</b>
6.1 Z rozhovoru s pěstounkou .....	81
<b>7 Případová studie II</b> .....	<b>84</b>
7.1 Z rozhovoru s matkou dítěte.....	96
<b>8 Narušený vývoj řeči</b> .....	<b>99</b>
8.1 Vývojová dysfázie.....	99
8.2 OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI JAKO SYMPTOMATICKÁ PORUCHA ŘEČI PŘI MENTÁLNÍ RETARDACI .....	105
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>110</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>113</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>115</b>



## ÚVOD

Problematika vlivu sociálního prostředí na vývoj jedince je velmi diskutovaným tématem již po staletí. Již se jí zabývalo mnoho významných osobností jak ve světě, tak i u nás, z jejichž prací budu také vycházet.

V současnosti je již zcela zřejmé, že na formování člověka má významný vliv sociální zkušenost, tedy především nejbližší lidé, kteří dítě vychovávají a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Tato primární sociální zkušenost, kterou dítě získává životem v konkrétní rodině a společnosti je ovlivněna činnostmi, které kolem sebe dítě vidí a jež jsou mu nabízeny k nápodobě, mezilidskými kontakty, způsobem komunikace atd. Avšak vývoj a zrání dítěte neprobíhají jako jednoduchá akumulace zkušeností, ale jako série vnitřních změn osobnosti v přímé souvislosti s vnějšími podmínkami a podnětností prostředí. Individuální získávání zkušeností, učení, při němž se konstruuje vlastní poznání a vztah ke světu, je vždy učení sociálním, je tedy velmi významně ovlivněno sociálním prostředím. Sociální prostředí vytváří u dítěte základ pro pojetí reality a zařazení věcí a jevů do určitého systému. Nejenom vědomé výchovné strategie, ale veškeré bezprostřední chování nejbližších osob ovlivňují zásadním způsobem to, jak bude probíhat vývoj a celkový rozvoj jedince.

Vývoj a zrání osobnosti dítěte jsou v psychologii definovány fázemi, kterým je přisuzován organický charakter. Takový vývoj je považován za přirozenou součást zrání a zákonitého vývoje celého organismu. Vývoj osobnosti je dáván do souvislosti s fyzickým vývojem, růstem manuálních dovedností, rozvojem kognitivních funkcí, tedy myšlení a percepčních dovedností, rozvoje smyslů a usuzování. Dětský věk je bezesporu specifickým obdobím, kdy se formují základy osobnosti a vytvářejí se předpoklady schopností a dovedností.

Osobně jsem se setkal s jedinci, kteří byli po určitou dobu vystaveni působení nepodnětného prostředí (ať už šlo o prostředí rodinné, avšak zanedbávající, nebo o prostředí kojeneckého ústavu či dětského domova) při formování jejich osobnosti. Některé jedince se podařilo umístit do náhradní rodinné péče, čímž se značně zvýšily jejich šance na plnohodnotný život a začlenění do společnosti. Protože jedno z těchto dětí je mým nevlastním synovcem, je mi toto téma blízké.

Ve své práci jsem kromě uvedení do problematiky vlivu sociálního prostředí na vývoj jedince pojednal o psychické deprivaci a jejich důsledcích, v krátkosti také o

osobnosti člověka a o jeho jednotlivých vývojových fázích. V praktické části diplomové práce uvádím tři případové studie, v nichž popisuji vývoj tří dětí ve věku 11 – 15 let od jejich narození až do současnosti. Poměrně podrobně jsem zaznamenal vývoj všech složek osobnosti v závislosti na věku a sociálním prostředí, které jedince v tom kterém období formovalo. Již při sestavování případových studií jsem čerpal z několika rozhovorů, které jsem vedl s rodiči a pěstouny dětí. Každou z případových studií jsem doplnil o zajímavosti z těchto rozhovorů, které přispívají k vykreslení složitosti a náročnosti práce s kompenzováním a odbouráváním následků deprivace u dětí.

Protože se v jednotlivých případových studiích zabývám i narušeným vývojem řeči, zařadil jsem za tyto studie obecné informace k tomuto tématu, pro lepší vhled do problematiky narušeného vývoje řeči a rozdílů mezi vývojovou dysfázií a opožděným vývojem řeči jako symptomatické poruše řeči při mentální retardaci.

Cílem mé diplomové práce je tedy sledovat vliv sociálního prostředí na vývoj konkrétních jedinců a možnost ovlivnění vývoje jejich osobností množstvím stimulů, které jsou jim daným prostředím poskytovány.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ČLOVĚK A PROSTŘEDÍ

Do jaké míry ovlivňuje prostředí život jedince a rozvoj jeho osobnosti, je otázka, která je předmětem diskusí, úvah a různých názorů po celá staletí. Někteří vliv prostředí podceňovali a někteří naopak přeceňovali. Dnes již nikdo nepochybuje o tom, že prostředí, do kterého se rodíme, ve kterém vyrůstáme a žijeme, v nás zanechává zřetelné stopy a v nějaké míře (to bude individuální a závislé na dalších okolnostech) nás poznamenává a ovlivňuje. Od našeho významného sociologa A. I. Bláhy pochází pojem „sociální dědičnost“, jímž chtěl vyjádřit to, že vedle geneticky přenášených dispozic, se přenášejí i určité způsoby a modely chování v daném prostředí (především rodinném) existující.

Za úvahu také stojí, jaké prostředí je optimální pro žádoucí rozvoj jedince. Odpověď není opět jednoduchá a nemůže být ani jednoznačná. Někdy prostředí na pohled špatné nemusí ve skutečnosti působit nepříznivě a naopak. Je tedy zřejmé, že je to záležitost značně individuální. Vliv prostředí se projevuje různě i z hlediska pohlaví. Z některých výzkumů vyplývá, že vlivům prostředí podléhají a jeví se jako citlivější na podmínky v prostředí chlapci.

Životní prostředí člověka lze vymezit jako tu část světa (prostor, který člověka obklopuje), s níž je člověk ve vzájemném působení, tzn. na člověka působí svými podněty, ovlivňuje jeho vývoj a on na tyto podněty reaguje, přizpůsobuje se a také je aktivně svou prací mění. Z širšího celospolečenského pohledu pak můžeme říci, že prostředí je historicky se utvářející systém jako produkt oboustranných vztahů společnosti a přírody. Obě součásti životního prostředí (přírodní i společenská) podléhají změnám pod vlivem činnosti lidí.

Strukturu životního prostředí je možné přiblížit jako určité sféry vztahů<sup>1</sup>:

1. Sféra vztahů „lidé - příroda“, zahrnující interakci s neživou a živou přírodou.
2. Sféra vztahů „lidé – výsledky lidské aktivity (kultura)“ má formativní těžiště v uspokojování i kultivaci lidských materiálních a duchovních potřeb.

---

<sup>1</sup> KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, s. 100

3. Sféra vztahů „lidé – lidé“ v širším i užším sociálním prostředí (kterou se budu ve své práci zabývat především).

To, že člověk nemůže žít mimo přírodní prostředí, je objektivně dané. Nemůže však žít ani bez sociálních kontaktů, mimo sociální prostředí, jak to dokazují známé případy extrémní izolace („vlčí děti“). Jak dochází k těmto kontaktům, lze vyjádřit pojmem adaptace. Ten bývá definován jako vyrovnávání se s podmínkami, s novými situacemi povahy přírodní i společenské. U člověka však dominuje vyrovnávání se se situacemi sociálními a toto vpravování se do sociálních vztahů je někdy označováno jako adjustace. Člověk se tedy s prostředím, podmínkami, které jej obklopují, vyrovnává, a to s různou mírou úspěšnosti, což je značně závislé na individualitě.

Člověk je bio-psycho-sociálním systémem, a pokud si ve studiu vztahů člověk – prostředí „vypomůžeme“ opomenutím sociálně psychologické problematiky, dospějeme k popření podstatné složky podstaty člověka a k nepochopení toho, že v kontextu jedněch mezilidských vztahů a rolí se „tentýž“ jedinec často chová nebo učí chovat odlišně, např. více nebo méně kulturně, sociálně či ekologicky.

Pro potřeby sociální pedagogiky je důležitý především význam prostředí ve výchově. Smyslem výchovného procesu je dosažení určitého výchovného cíle. Účastní se ho vychovávaný a vychovatel za spolupůsobení podmínek konkrétního prostředí. Jednou z funkcí prostředí ve výchově lze označit situační funkci. Z tohoto pohledu může prostředí vytvářet vnější podmínky pro výchovu, které mohou působit ve prospěch výchovného úsilí, nebo s ním být naopak v rozporu. Prostředí se může projevat také zcela neutrálně. Druhou - výchovnou - funkci prostředí lze spatřovat ve skutečnosti, jak se mění chování a jednání člověka v závislosti na typu prostředí, ve kterém se aktuálně nachází (školní třída, hřiště, výlet atd.). Protože je působení prostředí na člověka spontánní a přirozené, lze jej účelně využít pro dosažení kvalitnějšího efektu při výchově.

Individuální získávání zkušeností, učení, při němž se konstruuje vlastní poznání a vztah ke světu, je vždy učení sociálním, je tedy velmi významně ovlivněno sociálním prostředím. Individuální poznávání světa je neodmyslitelně procesem probíhajícím na základě komunikace mezi dítětem a dalšími osobami v jeho okolí. Primární rodinné prostředí vytváří u dítěte základ pro pojetí reality a zařazení věcí a jevů do určitého systému. Nejen cílené výchovné strategie, ale veškeré bezprostřední chování nejbližších osob, zejména rodičů, ovlivňují zásadním způsobem to, jak bude probíhat vývoj a celkový rozvoj jedince.

Mezi člověkem a společností jako sociologickým fenoménem leží sociálně psychologické prostředí, v podstatě první systémová úroveň vnějšího sociálního prostředí. Je to oblast nezprostředkovaného mezilidského styku, interpersonálních vztahů a přímého působení, které mj. vytváří, udržuje nebo mění vlastnosti osobnosti, kterou probíhají procesy regulace psychických stavů a procesy podmiňující jakékoli formy součinnosti. Bez porozumění těmto procesům neporozumíme problematice psychogenních chorob, významné části problematiky chorob psychosomatického pomezí i řadě dalších problémů zdravotnických i jiných.<sup>2</sup>

Společnost se postupem času mění a vyvíjí. Podíl dětské populace ve srovnání s populací dospělých a zejména starých lidí klesá. Přestože se děti rodí do stárnoucího světa, příležitosti setkávat se tváří v tvář se starými lidmi ve skutečnosti ubývá. Střetávají se častěji s ženami a vrstevníky než s muži a starými lidmi. Dalším charakteristickým rysem současného dětství je, že stále více dětí žije ve městech. Scéna dětství se stává do značné míry feminizovanou a urbanizovanou. Před světem dospělých, do něhož by měly vrůst, jsou děti ochraňovány a zároveň jsou z něho vylučovány. Místem primární zkušenosti pro většinu dětí zůstává rodina, která je základní buňkou humanity a zdrojem otevřenosti vůči druhému. Rozhodujícím znakem rodiny z hlediska dítěte pak nejsou znaky vnější (typ rodiny, její skladba, velikost), ale znaky vnitřní. Rozhodující komponentou psychosociálního rodičovství je akceptace dítěte – akceptace úplná, vědomá, trvalá a nepodmíněná. Místem, kde se děje skutečnost rodiny, je domov – místo, které je nejvíce lidsky prostoupeno.<sup>3</sup>

V souvislosti s rodinnou výchovou lze poukázat na některé principy rodinné výchovy<sup>4</sup>:

- první princip označujeme jako vzájemné uspokojování psychických potřeb (o těchto je blíže pojednáno v kapitole o psychické deprivaci)

---

<sup>2</sup> *Vliv prostředí na zdravý tělesný, duševní a sociální vývoj člověka: [Sborník]*. Praha: Dům techniky, 1990, s. 66

<sup>3</sup> KOVAŘÍK, J. *Dětství jako sociální jev*. Bratislava: Výskumný ústav práce a sociálních věcí, 1991, s. 20

<sup>4</sup> MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1989, s. 23

- druhým rysem rodinné výchovy je trvalost a hloubka citových vztahů (v dětském domově bývá zpravidla jen velmi málo podmínek pro navázání hlubších vztahů mezi vychovatelem a dítětem)
- společná budoucnost
- prolínání soukromí (v dětském domově už sama organizace provozu vzdaluje soukromí vychovatele od světa vychovávaného dítěte)
- v rodině má dítě příležitost poznávat bohaté sociální vztahy a vlastní vztahy k okolí na těchto příkladech modelovat
- v neposlední řadě je tu ještě jeden zvláštní rys rodinného soužití (je to důraz na soužití, namísto výchovných technik a praktik – rodinní vychovatelé prožívají radost a hrdost, když se dětem něco daří, a zklamání, když se něco nepovede)

Produktem nepříznivých změn (vyšší rozvodovost, zaměstnanost rodičů, plnění mateřských funkcí větším počtem žen včetně babičky a hlídacích „tet“) sociálně psychologické konstelace rodiny jsou různé poruchy osobnosti dotčených dětí. Nepříznivé sociální změny zasahují rodinu a tím i základní sociální prostředí vývoje osobnosti. Do výchovy tak vstupuje už několikátá generace rodičů s chudší rodinnou zkušeností, danou objektivně změnami rodinnými vztahy a komunikacemi.

Tyto a mnohé další vlivy významně spolupůsobí při rozvoji podmínek pro duševní zdraví, pro rozvoj osobnosti a tedy i pro vývoj psychopatologie, jejího rozsahu, hloubky i symptomatického utváření. Racionální jádro řešení těchto problémů a jejich důsledků v našich podmínkách zahrnuje předpoklad optimalizace sociálního prostředí, sociálních vztahů, meziosobní komunikace, optimalizace činností, práce, výchovy, mimopracovních aktivit a celé sociální struktury.

Nepříznivé životní osudy dětí ze špatně fungujících rodin či dětských domovů a výchovných ústavů, nutně neznamenají fatální poruchu zjevně psychopatologického obrazu. Často ale vedou k méně výrazným povahovým změnám, které jsou jen slabým, ale nezanedbatelným odstínem různých poruch osobnosti. Může jít o různé projevy nezájmu o druhé, o společné věci, o lhostejnost, bezohlednost a využívání druhých, o navenek vzorovou výchovu bez skutečně hlubšího sblížení a poznání dítěte, o nedostatek altruismu, citovou mělkost, vztahovou nestabilitu atd.



Sociálněpsychologická oblast zahrnuje neopomenutelnou a svébytnou složku prostředí jedince. Vývojově formuje osobnost, reguluje a modifikuje její psychické a zčásti i somatické stavy a dispozice a zprostředkovává vztahy mezi jedincem a sociální mezo a makrostrukturou společnosti. Psychické a psychogenní poruchy jsou primárně generovány v sociálně psychologické a vztahové rovině. Ta je však zásadně měněna makrostrukturálními sociálními změnami, které tím zprostředkovaně pozměňují rozsah i povahu těchto poruch.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> *Vliv prostředí na zdravý tělesný, duševní a sociální vývoj člověka: [Sborník]*. Praha: Dům techniky, 1990, s. 74

## 2 Psychická deprivace

O problematice duševního strádání se dozvídáme už od starých kronikářů. Tak například u Salimbena z Parmy ve 13. století čteme pověst o císaři Bedřichu II., který dal vychovávat děti chůvám s přísným rozkazem, aby děti kojily, koupaly a myly, ale vystříhaly se jakéhokoli mluvení, laskání a mazlení. Předpokládal totiž, že řeč, kterou tyto děti začnou mluvit, nebudou-li žádné nové řeči učeny, bude onou nejstarší, nejpůvodnější řečí lidstva. Podle pověsti ale všechny děti prý zemřely – nemohly žít, jak komentuje kronikář, bez láskyplného přimlouvání a radostného výrazu tváře svých chův. Některé staré pohádky, báje a ostatní výtvořiny dávné lidové tvořivosti sahají ještě dále do minulosti. Na jedné straně tu vidíme zbožnění mateřské lásky, kterou dítěti nikdo nedovede nahradit – postava macechy je ztělesněním všeho zla. Na druhé straně stojí idealizovaný obraz opuštěného dítěte žijícího mezi zvířaty nebo mezi zlými lidmi bez lásky, bez domova, bez citové opory, a přece dorůstajícího ve spanilého jinocha nebo krásnou dívku, povahově ušlechtilou a mravně pevnou. Spoustu zajímavého k otázce duševního strádání lze nalézt také ve vlastních životopisech, novinářských reportážích, soudních protokolech.

Ve vědě je však tento problém dlouho skoro neznámý a v učebnicích psychologie a psychopatologie se s ním – s výjimkou učebnic nejnovějších – nesetkáváme skoro vůbec. Přesto je možno rozlišit přibližně čtyři charakteristická období.<sup>6</sup>

První období - „empirické“ sahá přibližně od 2. pol. 19. století do 30. let 20. století. Jde spíše jen o hromadění zkušeností a poznatků, víceméně nesourodých, ještě bez výraznější snahy o rozbor a soustavné zpracování. Zahrnuje pozorování dětských lékařů v naleznicích, dětských nemocnicích a jiných dětských ústavech. Tato pozorování vedla k důležitému poznatku, že u dětí vychovávaných ústavně lze podstatně snížit úmrtnost a zabránit zhoubným epidemiím, že však přesto jsou tyto děti ve srovnání s dětmi z rodin méně odolné vůči nepříznivým zevním vlivům a že se vyvíjejí opožděně a nerovnoměrně. Rozhodující podíl na tomto nepříznivém stavu bylo proto nutno přisoudit činitelům psychickým.

Druhé období by mohlo být označeno slovem „alarmující“. Zahrnuje 30. a 40. léta 20. století. Otázkou deprivace se začínají odborníci zabývat již z několika hledisek: sledují

---

<sup>6</sup> LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011, s. 16

děti ze špatných sociálních a ekonomických poměrů, děti bez rodin a z rodin pěstounských a také děti vychovávané v ústavěch, jejichž počet podstatně vzrostl. Objevují se závěry o přetrvávajících neblahých následcích časně ústavní péče pro intelektový a charakterový vývoj dětí. Do popředí se dostává i otázka miliónů deprivovaných dětí v zemích hospodářsky a kulturně dosud nevyvinutých, dětí hladovějících tělesně i duševně. Otázka psychické deprivace by však ve vědě sotva vzbudila takový zájem, kdyby notně nepostoupily znalosti normálního psychického vývoje a jeho předpokladů. Jak Bowlby, tak Spitz i Goldfarb vyzdvihovali hlavně těžké následky dlouhotrvající úplné deprivace, její dramatický průběh, trvalost a hluboký zásah do struktury osobnosti. Proti těmto první závěrům, jež měly volat na poplach a získat zájem odborné veřejnosti o problematiku dosud přehlíženou, ozvaly se brzy hlasy střízlivější a kritičtější.

Třetí období lze nazývat kritickým. Spadá přibližně do 50. let. Závěry nových badatelů jsou optimističtější nežli v období alarmujícím. Zatímco se v předchozím období pokládá za zdroj deprivace především život dítěte bez mateřské péče, jehož prototypem je život dítěte v ústavu, ukazuje se nyní, že je celá řada jiných situací, za nichž může k deprivaci dojít. Mnohem větší počet dětí, kterým se nedostává mateřské péče, totiž ve skutečnosti se svými matkami žije. Zcela logicky tak dochází ke studiu deprivace v podmínkách rodinného života. Nová zkoumání ukazují, že jen u menšiny dětí se vyvinou poruchy hrubší a že jejich obraz je vcelku velmi rozmanitý. Jen výjimečně se v deprivaci může uplatnit pouze jediný činitel a v prakticky každé deprivaci situaci dochází k neuspokojení několika důležitých potřeb dítěte, které jsou u různých dětí a v různých vývojových obdobích v různém vzájemném vztahu. Je rovněž poukazováno na úspěchy preventivních a terapeutických opatření, jsou-li dětské ústavy dokonale vybaveny hmotně a personálně a je-li celý jejich provoz veden myšlenkou respektovat co nejvíce osobnost každého jednotlivého dítěte.

Čtvrté období, které začíná v 60. letech, a které bývá označováno jako experimentálně teoretické, se vyznačuje prohloubeným studiem součinnosti mezi organismem a prostředím za podmínek deprivace. Předmětem zkoumání je tedy otázka, jaký výsledek dává součinnost individuálně utvářené osobnosti dítěte s individuálně utvářeným životním prostředím ochuzeným o některé významné složky. Jednu z plodných cest k řešení otázek deprivace je možno vidět mezi jiným v užší spolupráci badatelů v různých zemích. Různá hospodářská a kulturní úroveň, různé tradice ve výchovném zacházení s nejmenšími dětmi, různé společenské podmínky, různé zákonodárství, úroveň a organizace sociální a zdravot-

ní služby a mnoho dalších činitelů podmiňuje výskyt i formy deprivace u dětí. Právě srovnáním těchto různých specifických podmínek bude možné postoupit o krok blíže k poznání toho, co je pro deprivaci podstatné, všeobecně platné, a co spadá na vrub právě oněch různých podmínek.

Pro praxi má koncepce psychické deprivace nesporný význam. Ovlivnila naše představy o výchově dětí v útlém věku a zasahuje do péče o dítě ve všech úsecích – do výchovy dětí v ústavech, v nemocnicích, do organizace a plánování dalšího rozvoje péče o dítě i do každodenní práce lékaře, psychologa a sociální pracovnice. I u nás má studium psychické deprivace poměrně dlouhou tradici a na základě poznatků o psychické deprivaci došlo k zavedení nových forem náhradní rodinné péče a ke změnám v organizaci naší ústavní péče o děti bez rodin, byť byl vývoj u nás méně překotný než v některých západních zemích.

J. Langmaier ji definoval takto: „Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře po dosti dlouhou dobu.“

Psychickým stavem míní trvalejší, nikoli však neměnnou charakteristiku člověka, kterému nebyla dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil. Takovýto stav vzniká nedostatečným přívodem určitých žádoucích podnětů a projeví se tím, že jedinec v důsledku dlouhého neuspokojování svých psychických potřeb nebude schopen přizpůsobit se situacím, jež jsou v této společnosti běžné – bude se chovat zvláště, bude přinejmenším nápadný a společensky hůře zapojený. Má-li se dítě vyvíjet v psychicky zdravou a zdatnou osobnost, musí být jeho základní psychické potřeby od počátku v náležité míře uspokojovány.

Mezi tyto potřeby patří<sup>7</sup>:

- Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů, jejíž uspokojení umožňuje naladit organismus na žádoucí úroveň aktivity.
- Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech (smysluplného světa). Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z jednotlivých podnětů staly poznatky a zkušenosti.

---

<sup>7</sup> MATĚJČEK, Z. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997, str. 8

- Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, jejíž uspokojování přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.
- Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity.
- Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy. Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v člověku jeho životní aktivitu.

Psychické potřeby dítěte jsou bezpochyby nejvíce uspokojovány jeho každodenním stykem s přirozeným věcným a společenským prostředím. Je-li mu z nějakého důvodu v takovém styku bráněno – je-li tedy od podnětového okolí izolováno, trpí nutně podnětovým nedostatkem. Takováto izolace může být různě dokonalá. Při dokonalé izolaci od lidského prostředí po dlouhou dobu lze předpokládat, že základní psychické potřeby, jež nebyly od počátku uspokojovány, se nebudou vyvíjet a že zůstanou jen na zcela základní, rudimentární úrovni. Při méně dokonalé izolaci bude opoždění a porušení vývoje potřeb méně výrazné, takže lze předpokládat plynulé přechody v příčinách i následcích od krajní patologie až k normálu.

Izolace prostupuje všemi sociálními situacemi, za nichž dochází k deprivaci. V zařízeních trvalé kolektivní péče je dítě izolováno od podnětů, které přináší život v rodině a je vystaveno jisté monotonii podnětů smyslových i sociálních. Do popředí se však nyní dostává otázka vnitřní, psychologické izolace dítěte v rodině, kde na ně není čas nebo kde rodiče nejsou schopni se mu citově přiblížit. Dítě žijící v normálních vztazích rodinných může být i s rodinou izolováno od širší společnosti a může rovněž dojít k izolaci v důsledku mimořádných společenských okolností (např. život v koncentračním táboře).

Sociální izolace je zřejmě nejtěžší deprivací. Její následky jsou velmi těžké. Duševní vývoj dítěte je hrubě opožděn, řeč není vyvinuta vůbec a užitečné sociální návyky nejsou vytvořeny. Dítě vypadá jako těžce slabomyslné. U dětí s nejtěžší deprivací je zlepšování vývoje velmi pomalé a nikdy není úplné, děti méně dotčené deprivací postupují zprvu také pomalu, pak však velmi rychle dohánějí své zaostávání. I tam, kde dojde ke zlepšení intelektového vývoje, zůstávají však obvykle závažné poruchy osobnosti: děti se zprvu bojí lidí, později s nimi navazují vztahy nestálé a nediferencované; sexuální projevy bývají buď autistické povahy, nebo nekontrolovaného a nediferencovaného rázu. Citové projevy jsou charakterizovány rovněž chudobou a často nápadným sklonem k prudkým

afektům a velmi nízkou frustrační tolerancí. Vyšší city téměř úplně chybějí a morální lidská nadstavba se tvoří zřejmě jen útržkovitě a povrchně.

Druhým takovým činitelem ve vzniku psychické deprivace je přerušení již vytvořeného vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím (separace). K takové situaci dojde nejspíše, je-li odloučeno od těch osob, které mu byly dosud zdrojem citového uspokojení. Separaci lze tedy definovat jako situaci, při níž dochází k přerušení specifického vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím. To, co činí sociální separaci nebezpečnou a patogení, je časová, či lépe řečeno vývojová nepřiměřenost – předčasnost. Je-li školní dítě na čas odloučeno od rodiny, může to posílit jeho vývoj k samostatnosti v kladném smyslu. Je však nebezpečné, dojde-li k separaci v době, kdy dítě je ještě na matce či komkoliv jiném silně závislé a kdy separační aktivita nevychází z něho, ale z životních okolností, které jsou mimo dosah jeho chápání – když je touto situací zaskočeno vnitřně, vývojově nepřípravené.<sup>8</sup>

V deprivaci vidíme určitý specifický duševní stav – v separaci určitou vnější situaci, která může, ale nemusí být deprivacním činitelem. Separace bývá často na samém začátku děje, v jehož průběhu k deprivaci dojde – není však tímto dějem samotným a není ani jeho nutnou podmínkou.

Dítě si nevytváří specifický vztah jen k matce, ale velmi záhy i k ostatním členům rodiny a ke všem, kdo se jím nějak zabývají. Vytváří si však určitý osobitý vztah i k prostředí domova, k atmosféře, která tu vládne, k určitým věcem, hračkám apod., takže každá separace je komplexní, složitou psychologickou situací.

Separace může být náhlá i postupná, úplná i částečná, krátká či dlouhodobá. Může mít také více nebo méně traumatizující účinek a více nebo méně uvádí v činnost mechanismy frustrace, jimiž se tu dítě vyrovnává se situací, kdy jeho potřeba citového kontaktu s osobami tvořícími jeho sociální prostředí nemůže být uspokojena pro nepřekonatelnou překážku, jíž je v tomto případě fyzické odloučení.

Podobně jako izolace postupuje separace prakticky všemi sociálními situacemi, v nichž deprivace může vznikat. Např. dítě přicházející do dětského domova je nutně od-

---

<sup>8</sup> LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011, s. 51

loučeno od rodiny. Prožívá však určitou formu separace i při přechodu z jednoho ústavu do druhého, z oddělení na oddělení nebo při každé změně personálu. Dítě může prožívat psychickou separaci, i když v rodině zůstává (při narození mladšího sourozence, odloučení rodičů). Může se i stát, že dítě je i s celou rodinou separováno od ostatní společnosti, ať už z důvodů ekonomických, sociokulturních nebo psychologických.

Vliv separace na vývoj dítěte je třeba chápat v rámci vzájemné interakce rodičů a dětí v rodině, při níž dítě není jen pasívní obětí, ale také aktivním a osobitě reagujícím činitelem. Narušení vzájemných vztahů mezi všemi členy rodiny – ať už je doprovázeno separacemi, či nikoliv – má závažný deprivací vliv – tj. překáží dítěti v uspokojení jeho základních psychických potřeb. Naproti tomu dobré vztahy alespoň k jednomu rodiči mohou zmírnit nepříznivý vliv rodinného rozvratu i případných separací.

Konkrétní situace, za nichž dochází nejčastěji k psychické deprivaci dítěte, mohou být velmi rozmanité a složité. Vedle vlastního nedostatku příležitosti k ukojení základních potřeb uplatňují se v nich různou měrou i určité formy hygienického, výživového a sociálního zanedbání, abnormální traumatizující postoje dospělých, různé konfliktní situace.

## 2.1 Deprivace a ústavní podmínky

Poměrně důkladný přehled o vývoji ústavních dětí u nás podávají pracovníci Krajské psychiatrické poradny pro děti a mladistvé v Praze, kteří přešetřili v několika etapách děti v dětských domovech Středočeského kraje a dospěli k těmto závěrům: v kojeneckých ústavech je vývojové opoždění patrné přibližně u poloviny dětí. Do 6. měsíce je toto opoždění poměrně málo závažné, po 6. měsíci se však zřetelně prohlubuje a postihuje všechny vývojové složky, nejnápadněji řeč a spontánní činnost dítěte. V batolecích ústavech byly opožděny již dvě třetiny všech dětí a stupeň opoždění odpovídal zhruba jedné vývojové fázi. Nejnápadnější je opoždění ve vývoji řeči. U dětí mezi 3. a 6. rokem je patrná již tendence k vývojovému vyrovnání, jež postupuje nejrychleji mezi 5. a 6. rokem. Přesto se však zdá, že tyto děti při vstupu do školy nedosahují školní zralosti normální dětské populace. Výzkum dále ukázal, že se ústavní děti ve věku mezi 1. až 3. rokem za daných podmínek opoždějí více v tělesné váze než ve vzrůstu, že opoždění motorického vývoje není ještě závažné, kdežto opoždění intelektových schopností je již povážlivé a opoždění v sociálním chování a ve vývoji řeči klesá na úroveň, kterou by bylo jinak nutno hodnotit jako hranici debility. Opoždění se ve všech ukazatelích prohlubuje ve druhém roce dítěte, při čemž ke



konci třetího roku je již zřetelně patrná opět tendence vzestupná. Opoždění je tedy největší jednak v těch oblastech, k jejichž rozvoji je nejvíce zapotřebí citového kontaktu dítěte s dospělým, a jednak v té době, kdy se za normálních okolností snaha dítěte po takovém kontaktu prudce rozvíjí.<sup>9</sup>

Srovnání vývoje dětí z rodin a z ústavů téměř vždy potvrzuje horší vývoj ústavních dětí po stránce intelektové, emoční a charakterové. Nevýhoda ústavního prostředí se dotýká zvláště dětí nejtěžšího věku – do 3 nebo snad do 5 let. Děti vychovávané v ústavech prakticky od narození jsou postiženy daleko více než ty, které tam přicházejí až ve školním věku. Dále skutečnost, že i u dětí vyrůstajících ve shodných deprivacích podmínkách nacházíme rozdílné formy deprivacích následků, nepochybně ukazuje, že je nutno vážně počítat s individuálními činiteli, které si samo dítě do deprivacní situace přináší. U některých dětí se deprivace projeví tak, že dítě sníží své nároky na přívod podnětů – jsou apatické, pasívní, zaujaté jednoduchou hrou a v duševním vývoji zaostávají. U jiných dětí s živějším temperamentem se naopak v situaci „ochuzení“ nároky zvyšují – úporně se domáhají svého práva na lásku, provokují, vynucují si pozornost, dělají naschvály, jsou zlé a útočné vůči druhým dětem, v nichž vidí konkurenci v boji o přízeň dospělých. U některých dětí se nedostatek citových a společenských podnětů projeví nezaměřeným, rozptýleným společenským zájmem – jsou stejně přítulné a milé ke každé návštěvě, která do ústavu přijde, na každého se věší, s každým se chtějí pomazlit.<sup>10</sup>

Prokázané těžké následky vývoje ústavního dítěte nelze přenášet z určitých podmínek beze všeho na jiné a rozšiřovat na ústavy vůbec. Nové práce ukazují, že poškození dítěte vychovávaného v ústavu není nutné a že jsou možná velmi účinná opatření k jeho zamezení (např. přiblížení ústavní výchovy výchově rodinné). Jedna tendence jde směrem úpravy dosavadních ústavů – druhá je revolučnější a žádá radikální přestavbu celého systému ústavnictví. Obojí však dalekosáhle přizpůsobuje výchovu v ústavech dobré výchově rodinné, zejména prohloubením vztahu dospělého k dítěti. V ústavech, kde bylo dosaženo největších úspěchů, byl poměr jednoho dospělého na 2 až 3 děti.

---

<sup>9</sup> LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011, s. 100

<sup>10</sup> MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1989, s. 46

## 2.2 Deprivace a částečná kolektivní péče

Zařízení kolektivní výchovy, jež přebírají jen částečnou výchovnou odpovědnost a svým způsobem doplňují výchovu v rodině, mají z psychologického hlediska velmi rozdílný ráz. Znamená to, že i nebezpečí deprivace tu bude velmi různého stupně. Zatímco v trvalé kolektivní péči mají rodiče zpravidla jen nepřímou a nepodstatnou účast, stává se rodina v částečné kolektivní výchově zvláště důležitým činitelem. Denní kolektivní zařízení může mít navíc kladný vliv všude tam, kde je rodinná výchova zanedbávající, nesoustavná, citově nevyrovnaná nebo primitivně živelná. Vytrhuje dítě na delší dobu z nevhodného prostředí a nahrazuje výchovný deficit, který by jinak v rodině vznikal. Odborné, vyspělé zacházení s dítětem po stránce hygienické i výchovné v kolektivním zařízení je vzorem pro rodiče a jejich denní styk s pracovníky jeslí nebo mateřských škol má nesporný osvětový význam.

Mezi zařízení poskytující částečnou kolektivní péči patří u nás jesle, mateřská škola, školy a školní internáty. V dnešní době, kdy je zaměstnanost žen téměř všeobecná, mají jesle funkci především pomocnou. Společnosti umožňují využít pracovních schopností žen a ženám umožňují získat ty hodnoty, které uspokojivé zaměstnání přináší. Z hlediska společnosti jsou tedy nesporně velmi užitečným opatřením. Někteří pracovníci soudí, že jesle nejsou jen pomocným zařízením, doplňujícím rodinu, ale že poskytují dětem určité specifické hodnoty, pro které by bylo nutné je budovat, i kdyby to společnost z důvodů hospodářských přímo nepotřebovala. Některé důvody „pro“ a „proti“ budování jeslí<sup>11</sup>:

1) Zastánci výchovné funkce jeslí uvádějí, že výchova v jeslích může napravovat některé nesprávné výchovné postoje rodičů. Na druhé straně je pravděpodobné, že výchovné postoje rodičů lze napravovat i mimo jesle vhodným poučením nebo odborným vedením.

2) Při dnešním systému jedináčků má dítě velkou naději vyrůst doma samo – kolektiv dětí v jeslích mu vlastně nahrazuje sourozence. Je však možno namítat, že sourozenci v rodině mají zcela jiné postavení než děti v jeslích a že rodina vytváří mnohem

---

<sup>11</sup> LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011, s. 125

bohatší, složitější a diferencovanější sociální vztahy než jesle. Charakteristickým rysem vztahů mezi sourozenci je trvalost, které v jeslích nelze dosáhnout.

3) Někteří odborníci soudí, že malé děti mají jedno pro druhé významnou podnětovou hodnotu. Bylo by však nutno prokázat, že právě toto zvýšení stimulace má určitý specifický vliv na vývoj osobnosti. Lze také namítnout, že vhodné stimulace a oživení dítěte lze dosáhnout i v rodině.

4) Uvádí se také, že výchova v jeslích je lehce přístupná novým vědeckým poznatkům a že je proto odbornější a systematictější. Na druhé straně není vyloučeno, že by se toho nedosáhlo i vhodným poučením rodičů a zlepšením osvětové praxe.

Zatímco pobyt dítěte do 3 let věku v ústavu s trvalou péčí charakterizujeme jako nebezpečný, u dítěte v jeslích zůstává citové pouto k matce a k domovu zachováno. Je však podrobováno určité zátěži, popřípadě je doplňováno jiným střídajícím se vztahem. Nejde tu v pravém slova smyslu o nebezpečí nedostatku nebo ochuzení v přívodu důležitých podnětů. Na podkladě dosavadních studií tedy můžeme právem soudit, že vývoj dětí v denních jeslích se podstatně neliší od vývoje dětí vyrůstajících v rodinách. Nicméně je třeba poukázat na obtíže spočívající v přizpůsobování dítěte novému prostředí a zvýšená nemocnost dětí.

Mateřské školy na rozdíl od jeslí nabývají vzhledem ke své výchovné náplni skutečné výchovné funkce. Pobyt ve společnosti vrstevníků po určitou část dne přináší dítěti uspokojení potřeby sociálního kontaktu, která v tomto věku vývojově uzrává. Mateřská škola je přirozeným prostředím, kde se rozvíjejí nové společenské role, kde dítě navíc získá určité dovednosti a je připravováno pro školu. V předškolním věku je ovšem stále ještě velmi důležitou okolností doba strávená mimo rodinu. Změní-li se např. denní návštěva v týdenní pobyt, pak všechny uvedené výhody jsou zastiňovány nepřiměřenými nároky, které přináší dlouhodobé odloučení od rodiny a dlouhodobé zatížení pobytem v kolektivu.

Školy jako vzdělávací instituce už nepřinášejí zpravidla nebezpečí deprivace. Naopak by bylo závažnou deprivací situací, kdyby normálně nadané dítě školního věku nebylo školsky vzděláváno, nemělo možnost se stýkat se svými vrstevníky a účastnit se činností, které školní život přináší. Nebezpečí vzniká ovšem všude tam, kde bylo dítě postiženo deprivací již v předchozích vývojových obdobích, ať již v zanedbávající rodině, nebo v prostředí trvalých kolektivních zařízení. Poruchy v chování u dětí školního a mladistvého vě-

ku sledujeme nejspíše tam, kde se vlastní domov nestal dítěti zdrojem citové jistoty, nebo kde takovým zdrojem přestal být. Zařazení ve skupině je pak přijímáno dítětem jako kompenzace neuspokojených intimních citových vztahů a vede k přepjatým demonstrativním násilným projevům.<sup>12</sup>

Přesto může i školní prostředí být za jistých nepříznivých okolností zdrojem deprivace. Příčina může ležet v osobnosti učitelky, zejména pokud ignoruje citové a sociální potřeby dětí a nedává jim dost příležitostí k dosažením zdatu v jejich činnosti.

Nejčastější situací, za níž dochází k delší separaci dítěte od rodiny, je hospitalizace dítěte, která může představovat nebezpečí pro zdravý duševní vývoj dítěte. Odtud byly vyvozeny určité požadavky směřující k prevenci: bylo doporučováno hospitalizacím se pokud možno vyhýbat, přijímat matku společně s malým dítětem, umožnit denní návštěvy a kromě toho dalekosáhle upravit režim a celé prostředí nemocnic humanizovat.

### 2.3 Deprivace v rodině

V jednotlivých konkrétních případech dětí můžeme najít i v rodinách nedostatečné zásobení podněty, porušení vztahů a časté separace. Nelze pochybovat ani o tom, že mnohé děti vyrůstají v tak špatných rodinných podmínkách, že jsou ohroženy nejen na své výchově, ale přímo na životě. Proto je účelné poukázat i v podmínkách rodinného života na ty situace, za nichž nejspíše může dojít k neuspokojení základních psychických potřeb dítěte, tedy k deprivaci. Předně jsou to takové okolnosti, kde z vnějších příčin existuje v rodině prostý nedostatek sociálně emočních podnětů, potřebných pro zdravý vývoj dítěte. Tak je tomu například, je-li rodina neúplná (chybí otec či matka), jsou-li rodiče valnou část dne mimo domov, je-li hospodářský nebo kulturní stav rodiny tak nízký, že se dítěti nedostává vývojové stimulace. Jsou i případy, kde tyto podněty v rodině sice objektivně existují, jsou však dítěti nepřístupné, protože se ve vztahu vychovatelů k němu vytvořila jistá vnitřní, psychická bariéra. Ta brání uspokojení potřeb, ačkoliv zdroj uspokojení je takřka na dosah ruky. Tak tomu je v rodinách úplných a společensky i kulturně často velmi dobře postavených, kde však matka nebo i otec a ostatní vychovatelé jsou citově zcela neúčastní, nemají

---

<sup>12</sup> LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011, s. 131

vztah k dítěti, nevěnují mu žádnou pozornost, zřídka je ošetřují a zacházejí s ním jen mechanicky.

Rodina má v naší dnešní společnosti ústřední význam pro duševní vývoj dítěte. Přirozeným, spontánním způsobem tu plní každý jednotlivý člen jistou roli a naplňuje vitální potřeby dítěte – fyzické, citové, intelektuální a morální. V prvním období je to za normálních podmínek matka, která dítě nejen ošetřuje, ale dává mu i první intenzivní podněty emoční, když je chová, laská, směje se na ně a hovoří k němu. Role otce jako jistého vzoru chování i jako zdroje jistoty a autority stoupá v pozdějším věku – ale už v předškolním věku je velmi patrná. Ani význam sourozenců nelze přehlížet. Celková atmosféra rodiny, která silně formuje vyvíjející se osobnost dítěte, je zřejmě závislá na ustavičném těsném soužití všech těchto členů. Chybí-li tedy v rodině některý základní člen, dochází snadno k ohrožení dítěte deprivací, neboť nelze vždy zastoupit roli, kterou měl tento člen plnit vůči dítěti a vůči celé rodinné jednotce. Doba, kdy k takovému vypadnutí jedné složky došlo a příčina takové disociace určují pak další podmínky deprivace i případných přidružených konfliktů.<sup>13</sup>

Nejvážnější nebezpečí pro vývoj dítěte, zejména v útlém věku, nastává ovšem tehdy, když chybí matka. Na ní závisí nejen ošetřování, ale také uspokojování většiny jeho duševních potřeb – ona je základem jeho vztahu k člověku a jeho důvěry v okolní svět – ona mu vytváří především domov. Mnoho dětí, jimž chybí matka, je vychováváno v ústavěch. Většinou se však podaří vlastní matku přijatelně nahradit. Mnohé nevlastní matky jsou milujícími a pečlivými vychovatelkami, četné babičky konají nedoceněnou službu nezištné obětavosti a mnohé adoptivní matky jsou ideálními pěstunkami.

Daleko častější, i když zdánlivě ne tak tragickou okolností je nepřítomnost otce. Týká se to to mnoha dětí žijících se svými neprovdanými nebo z jiných důvodů osamělými matkami. Není-li pomocné ani vyrovnávací působnosti otce, záleží přirozeně na osobnosti matky daleko více než za normálních okolností. A poněvadž právě v případě osamělých matek je dosti důvodů předpokládat vyšší výskyt méně vyrovnaných osobností, je třeba předpokládat i zvýšené nebezpečí z hromadění nepříznivých činitelů. K tomu nutno přičíst ještě několik závažných okolností. Jak ukazuje běžná zkušenost a jak se prokázalo i socio-

---

<sup>13</sup> LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011, s. 140

logickými studiemi, mění se funkce otce v rodině poměrně rychle a závažně. V moderní společnosti se otcové daleko více než dříve podílejí už na ošetřování a výchově kojenců a v rodinách dochází ke spolupráci mezi mužem a ženou, jakou minulé generace neznaly. Na pozadí tohoto sociálního vývoje projeví se tedy nepřítomnost otce v rodině daleko tíživěji než v minulosti.

Dítě vyrůstající bez otce postrádá důležitý vzor mužskosti, který je zvláště pro chlapce důležitý k regulaci jejich chování. Trpí však zpravidla také nedostatkem autority, kázně a pořádku, který otec za normálních podmínek ztělesňuje. Dítě, kterému chybí hlavně otcovská autorita, bývá často neukázněné, nesociální, agresivní vůči dospělým i dětem.

Zatímco matka dává dítěti pocítit intimitu lidské lásky, klesí otec dítěti cestu a vztah k lidské společnosti. Přitom obojí je nezbytné pro vývoj lidské osobnosti – obojí tu musí být, máme-li se jednou přiblížit hranici lidských možností.

Chybí-li otec, mívá to ještě další nepřímý depriváční vliv. Matka totiž musí sama nést všecku hospodářskou a výchovnou starost o rodinu, je zpravidla tak zaměstnána, že jí pro dítě nezbyvá mnoho času a že ochabuje i její zájem o ně. Dítě pak bývá odkázáno valnou část dne na sebe, a není-li o ně postaráno jinak, snadno se začíná toulat, má více příležitostí k přestupkům, snáze se dostane na zcestí.

Jako v jiných případech ukazuje se i zde, že vedle fyzické nepřítomnosti může být významným činitelem ve vývoji dítěte směrem k asocialitě i nepatřičná role, kterou otec v rodinném společenství hraje.

K normální struktuře rodiny patří i sourozenci. Starší sourozenec patří od počátku k podnětovému poli kojence. Je to živel velice pohyblivý, vytváří podněty nejrůznějšího druhu a většinou vysoké intenzity, silně stimulující nejprve v oblasti smyslové, později afektivní a sociální. Neméně významnou, i když poněkud odlišnou hodnotu má mladší sourozenec pro staršího. Potřebuje ochrany a pomoci – probouzí tedy ve starším sourozenci postoje ochránce. Možnost společné hry, sdílení hraček, dobrot, pozornosti rodičů, řešení drobných každodenních sporů i vzájemná soutěživost či žárlivost – to vše a mnohé další okolnosti podněcují zdravě vývoj dítěte a usnadňují mu vstup do společnosti. I zde je

ovšem možnost náhrady v kamarádech, je-li pochopení rodičů pro tuto základní potřebu dostačující.<sup>14</sup>

Úloha sourozenců značně stoupá, dojde-li ke ztrátě otce nebo matky. Starší sourozenec totiž představuje pro mladšího jistou sociální oporu a přebírá někdy přímo rodičovskou funkci. Avšak i tam, kde chybějí oba rodiče, znamenají sourozenci jeden pro druhého kus životní jistoty: dítě nemá nikoho, „komu by patřilo“, ale má někoho, „ke komu patří“. Proto by mělo být např. samozřejmou zásadou společné umístění sourozenců v ústavech.

Proti neúplné rodině stojí na opačném pólu problém rodiny velmi početné. Dítěti se v takové rodině může nejčastěji dostat jen malého dílu té pozornosti a péče, které ke svému normálnímu vývoji potřebuje. Stav takovýchto rodin býval a v mnohých zemích dosud bývá komplikován hospodářskou bídou, bytovou tísní, špatnými hygienickými poměry a často také nízkým kulturním standardem. Ojedinelé případy hroživé bídy tělesné i mravní se řeší i u nás. Bylo by přinejmenším nevhodné ponechat dítě tam, kde je hrubě zanedbáváno, bito, podvyživeno, ve špíně, jen ve jménu mateřské péče a z obavy před následky separace. Řada dětí takřka rozkveté před očima, když z takového rodinného prostředí jsou umístěny do lepších podmínek ústavu. Takové děti pak začnou rychle chodit, mluvit, přibývat na váze, stanou se mnohem spontánnějšími a iniciativnějšími.

Podobné zkušenosti jsou i s dětmi, u nichž se zanedbanost z rodinného prostředí kombinuje s následky nějaké tělesné nebo smyslové vady. Zvláště děti s těžšími smyslovými vadami jsou schopny pozoruhodného pokroku v rozumovém vývoji, když přejdou z nepodnětné rodiny do odborného ústavu.

Celá řada studií poukazuje na skutečnost, že u dětí žijících trvale ve špatných socioekonomických podmínkách dochází ke zhoršování psychického stavu poklesem IQ. Chodí-li ale dítě pravidelně do školy, může její výchovný vliv zčásti vyrovnat nepříznivý vliv rodiny, neboť znamená mezi jiným i částečnou separaci. O tomto svědčí i výzkumy H. Hetzerové, která zjistila opoždění o 1 až 2 roky u školáků ze špatných rodinných poměrů proti dětem z dobrých rodin a pozvolné zmenšování tohoto rozdílu během školní docházky. Děti z velmi chudých rodin ve výzkumu Hetzerové měly zřetelně labilní citové pouto k rodičům i sourozencům a byly také fyzicky oslabené, takže autorka právem uzavírá, že

---

<sup>14</sup> LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011, s. 145



hmotná bída značí také psychické zanedbání a že fyzické oslabení značí i horší psychický stav.<sup>15</sup>

Také zvláště vysoká socioekonomická úroveň rodiny může vytvářet situace nebezpečné pro dítě z hlediska deprivace. Vysoké společenské postavení, které bylo dříve určováno rodovými nebo majetkovými výsadami, přinášelo společenské nároky. Bývalo tu běžné, že nejen otec, ale i matka byli plně zaujati společenským životem, který je odváděl od pozornosti k dítěti a od péče o ně. Situace byla řešena většinou pomocí chův, služebných a pomocného personálu, takže dítě zpravidla žilo v situaci mnohočetné mateřské péče. Problematika prominentních rodin v této podobě se udržuje dnes povětšinou jen v zemích rozvoje, kde panují velké sociální rozdíly. V zemích hospodářsky vyspělých se přesouvá spíše na rodiny mimořádně exponované ve veřejném životě a na rodiny, jejichž členové mají zvlášť náročná povolání, vyžadující „celého člověka“ (např. vědci či umělci). Nebezpečí pro dítě je však stejné. Neplyne z nedostatku smyslových nebo intelektových podnětů, ale skoro výhradně z nedostatku času pro dítě.

Neuspokojivý vztah mezi rodiči a dítětem může být ovšem i důsledkem vnitřních, psychologických zábran, nedostatečného citového příklonu k dítěti. Tyto příčiny mohou být různého druhu, stupně i kvality:

a) Neschopnost navázat s dítětem sdílný citový vztah má často příčinu v emoční a charakterové nezralosti a nevyrovnanosti matky nebo kterékoli osoby na jejím místě (např. u rodičů, kteří byli sami v dětství deprivováni).

b) Jinou kategorií psychických zábran ve styku s dítětem jsou duševní poruchy neurotického nebo psychotického rázu. Z hlediska deprivace jsou nejzávažnější depresivní stavy, při nichž se matka zcela odvrací od dítěte a nechává jeho projevy bez odezvy. Nebezpečné jsou však i patologicky nevyrovnané postoje rodičů, kteří kolísají mezi lhostejností a projevy nepřátelství a u nichž odmítání dítěte přechází až do krutosti.

c) Opačným případem jednostranně nevhodné stimulace je situace matky s dobrým citovým vztahem k dítěti, ale bez schopnosti zásobit je podněty intelektuálního rázu. Mohlo by tu jít o matku slabomyslnou nebo hluchoněmou nebo jen prostě ngramotnou. Tako-

---

<sup>15</sup> LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011, s. 152

vá matka totiž většinou přes svůj kladný vztah k dítěti není s to porozumět jeho projevům a vhodně na ně reagovat.

Deprivace v rodině může nabývat forem velmi rozmanitých, je daleko komplikovanější a obtížněji analyzovatelná než deprivace v ústavu, ale proto o nic méně skutečná a o nic méně nebezpečná vývoji dítěte – naopak, stojí zpravidla u samého začátku celé deprivací historie.

## 2.4 Subdeprivace

V souvislosti s psychickou deprivací je třeba zmínit i termín psychická subdeprivace. Vývoj a chování dětí stíženými psychickou subdeprivací v mnohém připomíná nálezy u dětí, vyrůstajících dlouhodobě v deprivacích podmínkách kolektivních dětských zařízení, nejsou však tak výrazné, dramatické a zřetelně ohraničené. O psychické subdeprivaci je řeč v případech dětí vyrůstajících sice ve vlastních rodinách, avšak za méně příznivých sociálních a emocionálních podmínek. Skutečnost, kterou pojem psychická subdeprivace vystihuje, má v dnešní společnosti širší platnost a stává se velice aktuálním problémem.

Koncepci psychické subdeprivace podle Z. Matějčka podpořily poznatky získané při řešení čtyř výzkumných projektů v 70. letech. Jejich předmětem byly děti vychovávané ve vlastních rodinách, avšak psychologicky – jak se dalo předpokládat – za podmínek méně příznivých nebo přinejmenším problematických. První studie byla zaměřena na děti narozené prokazatelně z nechtěného těhotenství. Druhá studie se týkala dětí, žijících v úplné rodině, kde otec byl evidován jako alkoholik. Třetí zkoumaný soubor představoval všechny děti narozené mimo manželství a čtvrtou skupinou sledovaných dětí tvořil opět užší výběr ze všech dětí, jimž se v Praze v prvním pololetí roku 1976 rozvedli rodiče. Srovnání psychologických nálezů získaných u dětí uvedených čtyř skupin ukázalo, že skupina dětí z rozvedených manželství se od ostatních zřetelně odlišuje. Ve zvýšené míře u nich byly zřetelné následky psychických traumat, frustrací, konfliktů, projevujících se vyšším výskytem neurotických rysů. Nebyla ale zachycena symptomatologie deprivací ani subdeprivací. V těchto případech šlo zřejmě o nepříznivé životní okolnosti, které postihly dítě již na určitém stupni psychického vývoje, působily spíše v kratším vymezeném časovém úseku, a i když je dítě prožívalo tíživě, nepoznaly jeho osobnost do takové šíře a hloubky, jako je tomu v případech citového ochuzení od časných dětství. Skutečnost, že skupina dětí z rozvedených rodin se takto od ostatních odlišila, možno pokládat za argu-

ment ve prospěch pojmu psychické subdeprivace. Nálezy ze všech studií shodně ukazují jedním směrem. Skupiny dětí vyrůstajících v nepříznivých psychosociálních podmínkách, se v některých jednotlivých proměnných významně liší od skupin dětí vyrůstajících v optimálních podmínkách. Při stejné inteligenci mají horší školní prospěch, nezávislým pozorovatelům se jeví jako méně sociálně vyspělé, spolužáci je hodnotí (v sociogramech) méně příznivě v celé řadě ukazatelů, vykazují významně více drobných zdravotních obtíží aj.<sup>16</sup>

Psychická deprivace i subdeprivace jsou závažným společenským jevem. Netýkají se jenom relativně malého počtu dětí v ústavách, ale nepoměrně většího počtu dětí v rodinách, které jsou navenek třeba zcela nenápadné. Takové rodiny také přirozeně nejsou předmětem pozornosti a zájmu orgánů péče o dítě ani zdravotnických institucí. Citové ochuzení hrozí všude tam, kde je dítě rodině „na obtíž“, kde mu lidé neprokazují lásku, zájem a kde nemají ohledy k jeho individuálním potřebám. Hrozí i tam, kde v systému hodnot je dítě pro rodiče až kdesi hluboko za hodnotami vnějšího blahobytu. Ale i tam, kde je výchova v rodině sice „rozumná“, ale jen knižní, chladná, bez citu a sympatií.

Následky psychické deprivace z dětství jsou patrné u osob i ve věku dospělém, kdy ovlivňují uplatnění osob ve škole, v zaměstnání, v milostném životě a manželství, v rodičovství. Také proto má včasné odhalení deprivace a náprava mimořádný společenský význam. Náprava ovšem není snadná a trvá zpravidla dlouho. Musí se nastoupit zpětný pochod – dodat dítěti dost podnětů, naučit je mít někoho rádo. A to nejde jinak, než když má někdo rád je.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> MATĚJČEK, Z. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997, s. 13

<sup>17</sup> MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1989, s. 46

### 3 Osobnost

Pojmu osobnost se v psychologii užívá k označení celku duševního života člověka, který je integrován s biologickou a sociální stránkou jeho existence v dynamickou strukturu individuálních rysů, která je vlastní pouze jednomu člověku a kterou se odlišuje od ostatních lidí. Pojem osobnost je jedním z hlavních pojmů psychologie a je pojmem odvozeným ze zobecněných pozorování rozmanitého chování různých lidí ve stejné situaci. Fakt, že ve stejné situaci reagují různí lidé různě, znamená, že jejich reakci nevyvolává jen situace sama, nýbrž různé reakce determinují interindividuální dispozice, které jsou však nepozorovatelné a na které usuzujeme z vnějších reakcí lidí.

Osobností se člověk nerodí. Stává se jí v průběhu svého života, při interakci se sociálním prostředím, zvláště pod vlivem učení a výchovy. Osobnost člověka se utváří především v dětství a jakákoli chyba ve výchově v tomto období se v dospělém věku obtížně napravuje. Převýchova je vždy obtížnější než výchova. Určitým mezníkem přeměny individua v osobnost je období kolem třetího věku dítěte, kdy se utváří vědomí JÁ a vůle. Je to období negativismu a tzv. prvního vzdoru, kdy dítě uplatňuje svou vůli (často proti vůli dospělých).

Chování osobnosti i její vývoj ovlivňují podmínky vnější (přírodní a společenské prostředí) a vnitřní, které členíme na biologické činitele, individuální zkušenost a vlastnosti osobnosti. Vnější podmínky nemají na psychiku a její vývoj přímý vliv. Jejich působení se lomí přes podmínky vnitřní). Proto stejné vnější podmínky (např. stejná výchova) mohou mít na různé jedince různý vliv, protože se lomí přes jejich odlišnou zkušenost.<sup>18</sup>

Duševní život člověka je určitým způsobem organizován a tvoří celek, který se vyznačuje jednotou jeho částí, resp. jednotou psychického a tělesného, psychického a sociálního a jednotou všech psychických funkcí. S ohledem na téma mé práce se zastavím zejména u tvrzení, že osobnost je jednotou psychického a sociálního, což znamená, že osobnost tvoří jednotu se svým sociálním prostředím, s nímž žije v interakci a toto sociální prostředí utváří osobnost člověka natolik, že se stává součástí osobnosti. O důsledcích absence sociálního prostředí při utváření osobnosti svědčí případy extrémní sociální izolace

---

<sup>18</sup> VÍZDAL, F. *Základy psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 150

osob – pokud děti nežily v lidském společenství, tak se z nich lidské bytosti nestaly. O významu sociálního prostředí pro utváření osobnosti svědčí i výsledky výzkumů zkoumající rozdíly mezi jednovaječnými dvojčaty žijícími od narození v různém sociálním prostředí. Zatímco po tělesné stránce jsou k nerozeznání, rozdíly v povahových vlastnostech mezi nimi byly zjištěny a jsou přičítány právě rozdílným sociálním a kulturním vlivům, kterým byly vystaveny.

Osobnost je tvořena uspořádaným celkem jejích vlastností, nebo-li dispozic, které jsou relativně stálé a ovlivňují prožívání a chování člověka. V rámci struktury osobnosti jakožto uspořádaného systému určitých kategorií vlastností, které třídíme na temperamentové, charakterové, schopnosti a motivačně aktivační vlastnosti, dochází k jejich vnitřní organizaci, při níž hrají důležitou úlohu vědomí JÁ a VŮLE. Osobnost není jen produktem interakce vnitřních a vnějších podmínek, nýbrž je i výsledkem vnitřní organizace duševního života člověka.

Temperament je individuálně charakteristický způsob reagování jak v oblasti prožívání, tak i v oblasti chování. Je formálním základem průběhu duševních dějů i projevů chování. Temperament určuje dynamiku psychické činnosti bez ohledu na její obsah, projevuje se přibližně stejně v různých aktivitách. Projevuje se v něm spojení mezi psychikou a tělem, ovlivňuje individuálně typickým způsobem fyziologické reakce organismu i psychické projevy. Temperamentové vlastnosti předurčují způsob reagování na vnější podněty i vztah jedince k těmto podnětům. Jde především o potřebu stimulace, zejména potřebu podnětů určité kvality a intenzity. Významný je také její vztah k potřebě jistoty a bezpečí: nadměrné množství nových podnětů nebo jejich intenzita mohou vést až k narušení pocitu pohody a ke zvýšení celkové nejistoty jedince.

Temperamentové vlastnosti jsou faktorem, který prostřednictvím individuálně odlišné potřeby stimulace a subjektivního prožitku míry jeho nasycení specificky reguluje příjem podnětů. Při subjektivním pocitu nedostatku podnětů dochází zpravidla k růstu míry aktivace, která je využita k činnosti zaměřené na uspokojení této potřeby. Nadměrná stimulace vede naopak k pocitům přetížení, podrážděnosti a psychického napětí, které je spojeno s tendencí vyhnout se další stimulaci. Temperamentové vlastnosti nejenže zabarvují prožívání, ale projevují se i v chování, včetně chování k sociálním podnětům, tj. v sociálních

vztazích. A dále se projevují ve způsobu zpracování a hodnocení všech podnětů, které jsou na temperamentových vlastnostech, zejména na jejich emoční složce, závislé.<sup>19</sup>

Zatímco o temperamentu je možno říci, že označuje formální stránku, resp. dynamiku, prožívání a chování, charakter vyjadřuje obsah prožívání a chování člověka a tvoří kostru, páteř osobnosti a má významnou regulační funkci – je řídicí složkou osobnosti, usměrňuje projevy chování člověka i v náročných životních situacích a ovládá také projevy jeho temperamentu. Charakter je souborem kladných i záporných vlastností člověka, které mají úzký vztah k morálním požadavkům společnosti a představují jádro osobnosti, které dává každému člověku pečeť jedinečnosti a reguluje jeho chování. Lze jej popsat prostřednictvím vztahů člověka k sobě samému (sebepojetí a zejména sebehodnocení), k druhým lidem (ke společnosti), k práci a k hodnotám (jak materiálním, tak i k duchovním).

Charakter není vrozený. Utváří se v průběhu života člověka a jeho utváření začíná kolem třetího roku věku dítěte, v období tzv. sebeuvědomování, resp. „prvního vzdoru“. Předpokladem pro utváření charakterových vlastností je určitý stupeň rozumového vývoje. Je to proces mravního přizpůsobování se požadavkům dospělých a dítě je zpravidla plní jen tehdy, když je přítomna nějaká vnější kontrola jejich chování, resp. vidina odměny nebo hrozba trestu. V další fázi dochází k přetváření vnější mravní kontroly ve vnitřní morální regulaci především tím, že dítě požadavek citově prožívá. V poslední etapě utváření charakterových vlastností dítě bez vnější kontroly uvědoměle mravně jedná. Jestliže vývoj pokračuje dále, tak jedinec tento požadavek také vyžaduje od svého okolí – nastal proces exteriorizace mravního principu.

Na utváření charakteru má rozhodující vliv rodina se svým způsobem života a výchovným působením. Později se ke vlivu rodiny připojuje vliv předškolních zařízení, školy, skupiny vrstevníků a další vlivy společnosti, resp. činitelé socializace jedince, k nimž patří mimo jiné působení masových sdělovacích prostředků, četby, zájmových a volnočasových aktivit. V soustavě vnitřních mravních zásad má důležitou úlohu vůle a svědomí, které je nejsilnějším vnitřním regulátorem činů člověka.

Vůle není jednoduchou vlastností, nýbrž skládá se z většího počtu různých složek – volných vlastností – které nemusí být u každého člověka rozvinuty ve stejné míře. Aktivní

---

<sup>19</sup> VÍZDAL, F. *Základy psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 154

vlastnosti vůle (rozhodnost a ráznost, iniciativnost a činorodost, pružnost vůle) se uplatňují především při rozhodování a do značné míry ovlivňují průběh rozhodování. Pasivní vlastnosti vůle (stálost a neovlivnitelnost, vytrvalost, sebevláda a sebekontrola) se pak uplatňují zejména při realizaci rozhodnutí a jejich podstatou je schopnost vytrvat v tomto úsilí a odolávat různým tlakům. Volní vlastnosti nejsou vrozené, ale jsou získané učním.

Dalším předpokladem pro úspěšné vykonávání činnosti jsou také schopnosti osobnosti. Ty nejsou vrozené, ale jsou získané v průběhu života jedince a rozvíjejí se v jeho činnosti. Jejich vrozeným základem jsou vlohy, nebo-li dispozice. Vlohy jsou anatomicko-fyziologické zvláštnosti organismu, zejména mozku. Existence vloh usnadňuje osvojení si určitých schopností nebo dovedností, ale jejich přítomnost ještě neznamena, že se z těchto vloh schopnosti skutečně rozvinou. Nezbytným předpokladem vzniku schopností není jen přítomnost vloh, nýbrž jejich rozvíjení prostřednictvím činnosti jedince.

Jednou ze schopností je i inteligence, která je považována za obecnou schopnost ovlivňující způsob orientace, tj. porozumění, a projevuje se i v chování. Stejně jako ostatní schopnosti se inteligence rozvíjí na základě interakce vrozených dispozic a podnětů vnějšího prostředí. Její výsledná úroveň závisí na individuálně typické kvalitě obou uvedených faktorů a z toho vyplývající specifičnosti jejich interakce.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005, s. 123

## 4. Vývojové fáze v životě člověka

Každá vývojová fáze v životě člověka má své charakteristiky, své úkoly, svou slávu, svá úskalí, svá nebezpečí – každá je pro něco zvláště důležitá, ne-li kritická. Každá je tedy i jinak citlivá na určité specifické vnější vlivy. Následkem toho je i různě citlivá na ochuzení o určité podněty, čili na určitou deprivaci situaci. Podle Eriksona každá dobře prožitá a dobře zvládnutá vývojová fáze vytváří příhodný nástupní terén pro fázi následující.<sup>21</sup> Proto soudím, že je pro tuto práci přínosné aspoň ve zkratce nastínit jednotlivé etapy vývoje neznevýhodněné osobnosti.

### 4.1 Novorozenec (0 – 2 měsíce)

Novorozenec představuje nejranější vývojovou fázi, ve které je z centrálního nervového systému plně funkční především prodloužená mícha řídící základní životní procesy jako je dýchání, srdeční činnost apod. Novorozenec je vybaven jen základními nepodmíněnými reflexy (hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranný, orientační, úchopový, polohový aj.). Novorozenci signalizují prožívanou libost plynulými a vláčnými pohyby, zatímco nelibost křečovitými a trhavými pohyby, zavíráním očí, křikem. Novorozenec je sice „sociálně naivní“, není ale „sociálně slepý“. Jedná se o určitou empatickou interakci mezi dítětem a matkou na základě vzájemného vcítění. Motorické pohyby jsou u novorozenců omezené, rozhodně nedokážou své pohyby nijak úmyslně ovládat. Dítě ještě neudrží hlavu, pěsti jsou většinou zaťaté a nesou připraveny pro aktivní úchop. Veškerý pohybový projev je reflexního původu.<sup>22</sup>

Pro zdárný kognitivní rozvoj novorozence je nezbytná adekvátní nabídka podnětů prostředí. To platí i pro emocionální náklonnost a vytváření schopnosti kontaktů, tedy rozvoj celé osobnosti. Chvilu, kdy novorozenec bdí, by měl trávit v kruhu rodiny. Kromě jiných přirozených podnětů má slyšet lidské hlasy; to má velký význam pro jeho pozdější jazykový vývoj. První týdny a měsíce jsou z tohoto důvodu pro budoucí život člověka

---

<sup>21</sup> MATĚJČEK, Z. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997, s. 60

<sup>22</sup> ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Masarykova Univerzita, 2000, s. 31



velmi významné. Zralý novorozenec je schopen se učit – hledá souvislosti v podnětovém okolí a získává z nich zkušenosti. Dokonce aktivně vyhledává problémy v okolí a pátrá po jejich správném řešení. Je tedy už při narození vybaven schopností jednoduchých myšlenkových pochodů.<sup>23</sup>

## 4.2 Kojenec (2 – 12 měsíců)

V následujícím období zbývajících měsíců prvního roku života se dispozice rozvíjí tak, že dítě je schopno záměrných aktivit řízených vůlí. Prudký psychický vývoj dítěte má zákonitý průběh a je jistě z velké části určován tělesným růstem a zejména zráním centrální nervové soustavy, i když vnější podmínky mohou vývoj závažně pozdržet, nepříznivě ovlivnit, nebo naopak do jisté míry podněcovat.

### Vývoj motoriky

V rámci vývoje hrubé motoriky kojenec nejprve udrží pevně zvednutou hlavu, převrací se z břicha na záda a sedí s oporou. Mezi 6. a 9. měsíce se dítě začíná stavět na dlaně a kolena a začíná popolézat. V 9. měsíci již leze po čtyřech, samo se posadí, vzpřimuje se do stoje u opory. Ve 12. měsíci chodí za ruku a v chůzi se postupně osamostatňuje.

Kojenec dělá pokroky rovněž v jemné motorice. Ve 3. měsíci již úchopový reflex vyhasíná. Lze pozorovat pozvolnou přípravu na aktivní úchop, prozatím formou nekoordinovaných pohybů rukou při spatření podnětu. Mezi 3. a 6. měsícem kojenec pohybuje spontánně rukama, přičemž nejprve náhodně a později záměrně uchopuje jedna ruka druhou. Dítě objevuje své ruce a učí se je rozlišovat od jiných předmětů. Každé zpomalení pohybů v tomto období je charakteristickou známkou toho, že dítě začíná pohyb kontrolovat. V 6. měsíci dítě uchopuje čtyřmi prsty s vyloučením palce. Vědomě uchopuje oběma rukama současně. Palce začíná kojenec zapojovat obvykle v 9. měsíci, což se projeví klešťovým úchopem. Dítě je tak schopno uchopit i malé předměty. Ve 12. měsíci je rozvoj

---

<sup>23</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, s. 34

jemné motoriky na takové úrovni, že dítě se postupně zmocňuje prostředí formou manipulace s předměty, hračkami.<sup>24</sup>

### Kognitivní vývoj

Během kojeneckého období se dítě učí adekvátní zrakové percepci, kterou podmiňuje schopnost fixace předmětu, konvergence (oční osy se protínají a v jejich průsečíku je nejostřejší vidění) a akomodace (změna tvaru oční čočky při zaostřování na blízké či vzdálené předměty). Zraková akomodace se vytváří teprve mezi 3. a 4. měsícem na několik metrů a rychle se rozšiřuje. Dítě ostří už do vzdálenosti 50 cm. Dítě ve 4. měsíci sleduje pohybující se předmět v zorném poli nejen očima, ale i pohybem hlavy a později i trupu. Od 6. měsíce se výrazně zdokonaluje koordinace očí a rukou.

V kojeneckém období již také můžeme mluvit o procesu učení v širším slova smyslu, neboť se vytvářejí krátké řetězce podmíněných reflexů. S učením souvisí paměť, která je v kojeneckém věku zastoupena znovupoznáváním. Tato schopnost je spjata s emočním vztahem k objektu, který kojeneček znovupoznává. Vývoj myšlení je spjatý s aktuálně prováděnou činností a opírá se o počítky a vjemy. Mezi 1. a 4. měsícem začíná dítě koordinovat vrozené reflexy a procvičené odpovědi: dívá se na to, co drží v ruce, strká do úst a saje. V období od 4 do 8 měsíců začíná kojeneček předvídat následky své činnosti a může také záměrně opakovat ty činnosti, které vyvolaly dříve zajímavé dění. Od 8 měsíců pak začíná dítě rozlišovat mezi prostředkem a cílem. Začíná tedy užívat způsobů chování ustavených v předešlé době k dosažení žádoucích cílů.<sup>25</sup> Rovněž začíná chápat trvalost předmětu v čase.

### Citový a sociální vývoj

V rámci sociálního vývoje dítě podle Reného Spitze prochází třemi stadii:

---

<sup>24</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005, s. 53

<sup>25</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, s. 58

- 1) preobjektální stadium (od narození do 3. měsíce) – dítě ještě nerozlišuje mezi okolními objekty
- 2) stadium předběžného objektu (od 3. měsíce do 6. - 8. měsíce) – dítě odlišuje obličej od ostatních objektů v prostředí, ale zatím si nevytváří trvalý vztah k jedné osobě, k jednomu obličejí. Projev radosti při spatření lidského obličejí podněcuje další kontakty dítěte a dospělého a vzájemná komunikace se stává bohatší a intenzívnější. Zvláště kontakt s matkou vyvolá u dítěte po 3. měsíci projevy radosti
- 3) stadium objektu (začíná od 6. - 8. měsíce) – dítě začíná rozlišovat mezi známou a cizí tváří, začíná dávat najevo úzkost při odloučení od známé osoby. Kromě toho se začíná u dítěte objevovat strach z cizích lidí. Dítě si začíná vytvářet odstup, což souvisí s potřebou intimity.

Projevy separační úzkosti a strachu z cizích jsou znakem normálního emočního vývoje dítěte. Pokud porovnáme tyto projevy s ústavními dětmi, které neměly možnost vytvoření specifického vztahů, lze vyzorovat nepřítomnost těchto emotivních reakcí, což ukazuje, že vývoj jejich osobnosti byl v základu ohrožen.<sup>26</sup>

## Řeč

Vývoj řeči probíhá u kojence stejně jako osvojování jakékoli jiné dovednosti. Dítě dlouho více slovům rozumí, než kolik jich dokáže vyslovit. Od 6. týdne začíná dítě broukat (samohlásky, později i dvojhlásky). Jedná se o reflexní pohybovou činnost mluvidel, hru, bez primární funkce kontaktu. Kolem 6. měsíce začíná dítě tvořit některé souhlásky, jež spojuje se samohláskami ve slabiky. V této době začíná dítě zcela záměrně hlasovými projevy vyvolávat účinky v okolním světě. Mezi 6. a 9. měsícem je pro dítě důležité zvýšené množství osobních kontaktů, oslovování, opakování žvatlavých projevů, laskavé citové klima a jistota rodičovského vztahu. Pokud tomu tak není, aktivita kojence ke žvatlání upadá a je nepříznivě ovlivněn nástup prvních slov. Někdy kolem 9. měsíce života dítě začíná rozumět jednoduchým výzvám (udělej „pá-pá“, „paci-paci“). To je důležitým vývo-

---

<sup>26</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005, s. 59

jovým krokem, neboť dítě si musí nejprve vytvořit zásobu pasivních slov, než začne jedno z nich aktivně používat. Kolem 12. měsíce života začíná dítě smysluplně užívat první slova (máma, táta, bába).

### 4.3 Batole (období druhého a třetího roku života)

Dítě se v tomto období začíná učit osobní hygieně a sebeobsluze. Potřeba vyprazdňování u mladších batolat souvisí s volným ovládním. Koncem batolecího období se u většiny dětí potřeba vyprazdňování dostává pod psychickou kontrolu, ale ještě i v tomto období může návyk selhat. Potřeba samostatnosti se uplatňuje ve zdokonalování sebeobsluhy. Dítě se učí svlékat, oblékat, mýt, pít z hrníčku, jíst lžičkou. Učení závisí rovněž na podmínkách a přístupu dospělých.

#### Vývoj motoriky

Vývoj hrubé motoriky je patrný na první pohled. Mladší batolata se učí ovládat své tělo, učí se udržovat rovnováhu. Zpočátku je chůze nejistá, ale kolem jednoho a půl roku dítě začíná být jistější. Dvouleté dítě je již schopno zvládat nerovnosti terénu, překračuje práh, jde do schodů. Kolem tří let je dítě již schopno zvládnout jízdu na tříkolce. Dítě se učí chytat míč, při čemž zapojuje celé tělo.

K významným pokrokům dochází i ve vývoji jemné motoriky. Ve druhém roce vzrůstá zrakově pohybová souhra a dítě dělá pokroky například ve stavění kostek. Dále vhazuje drobné předměty do otvoru, listuje v knize, čmárá na papír, zlepšuje se v sebeobsluze. Tříleté dítě již také zvládne složitý akt navlékání korálků na provázek.

#### Kognitivní vývoj

V batolecím období dochází k obzvlášť velkému posunu všech poznávacích funkcí. Batolata si již bezděčně neosvojují jen to, co bude následovat, ale začínají také zvolna předvídat to, co je třeba udělat k dosažení žádoucího efektu.<sup>27</sup> Zkvalitňuje se vnímání tvarů

---

<sup>27</sup> ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Masarykova Univerzita, 2000, s. 50

a prostorových vztahů. Vědomí konstantní velikosti předmětu, navzdory perspektivnímu zmenšení, je teprve ve vývoji. Batole však ji začíná odlišovat větší od menšího, takže zasouvání většího předmětu do menšího otvoru je již řídké. V rámci časových vztahů je batole zaměřeno téměř výhradně k přítomnosti a nejbližší budoucnosti. Usuzování je zatím primitivní, založené na nápodobě činností a jejich výsledků. Je tedy zatížené fantazií, která ztroskotává na skutečných logických problémech. V batolecím věku se vedle posilování vědomí fyzické odlišnosti od světa vyvíjí také vědomí jedinečnosti vlastního já. Rozvoj sebeuvědomění je významným stupínkem na cestě k cílové autonomii osobnosti, u batolat se ale navenek projevuje nejčastěji v podobě neovládaného egoizmu, negativizmu a vzdoru. Vliv stále výraznějších faktorů sebeuvědomování vyústí až k charakteristické intenzivní citlivosti batolat na vnější hodnocení, které ještě nekriticky přejímají do vlastního sebehodnocení. Batole tak evidentně zažívá radost a hrdost z pochvaly, nebo naopak pocit zahanbení a ponížení při kárání.

### **Citový a sociální vývoj**

Významnou roli v citovém ladění batolete hraje přítomnost dospělého a jeho emocionálně sociální kontakt s ním. City dítěte ve druhém roce života jsou krátkodobé, často velmi silné a vznětlivé. Mezi vývojově nejstarší citové kvality patří strach. U staršího batolete můžeme pozorovat již naučený strach, kdy se dítě bojí předmětů a situací, které mu připomínají nepříjemné zážitky. Jako reakci na omezování spontánní aktivity se u batolete projevuje zlost. Začíná se projevovat soucit ve vztahu k jiným dětem, také i v citlivém zacházení s hračkami a zvířaty. Prostřednictvím sociálních kontaktů se city prohlubují. Potřeba sociálního kontaktu je výrazná a její nedostatečné uspokojování způsobuje psychickou deprivaci. Sociální cítění se váže především na dospělé osoby, u staršího batolete se dostávají stále více do popředí vztahy k vrstevníkům. Ty bývají v tomto období dosti konfliktní, děti si hrají spíše vedle sebe než spolu. Společenská přizpůsobivost a kooperace postupně narůstá až koncem batolecího období.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005, s. 65

## Řeč

Další oblast, ve které dochází v tomto období k rozhodujícímu pokroku, je oblast řeči. Do osmnácti měsíců dítě používá jednoslovných vět, které však nesou významově bohatou informaci na úrovni věty až souvětí. Kolem dvou let života začíná dítě používat i dvě a více slov, zatím však bez správného slovosledu. Mezi 2. a 3. rokem je období počátků ohebné řeči (skloňování, časování, množné číslo). Dítě tvoří první věty s respektováním slovosledu mateřského jazyka. Později již osvojená slova nestačí k vyjádření rozšiřujících se zkušeností a poznatků, proto jsou u batolat obvyklé nejrůznější novotvary (např. vypínač – točák). Bohatost svého vnitřního duševního světa dokážou děti ještě dlouho lépe vyjadřovat imaginativně-emotivní cestou, tedy námětovou hrou, kresbou atp., než slovy.

## 4.4 Předškolní věk (4 – 6 let)

### Vývoj motoriky

Předškolní věk je posledním stadiem raného dětství. V závislosti na intenzivním rozvoji mozkové kůry, který podmiňuje celý psychický vývoj, se mění pohybové funkce dítěte. Zdokonaluje se hrubá motorika. Na počátku období jsou pohyby rukou a nohou ještě málo koordinované, ale v průběhu se chůze automatizuje. Rovněž běhání, skákání, pohyb po nerovném terénu, se zdokonalují. Koncem tohoto období již zvládá jízdu na kole, bruslení, lyžování či plavání.

Rozvoj jemné motoriky umožňuje dětem manipulaci s tužkou, nůžkami, házet a chytat míč. Větší manuální zručnost se projeví v rychle narůstající soběstačnosti: samostatně jí, samo se svléká a obléká, i když ještě potřebuje menší pomoc nebo alespoň vhodnou přípravu částí oděvu, obouvá si botičky a zkouší si zavazovat tkaničku. Také při toaletě potřebuje jen malou pomoc. Umí si dobře umýt ruce a může se pod dohledem samo koupat. Cvičí svou zručnost i v mnohých hrách s pískem, s kostkami, s plastelínou a zejména při kresbě, kde se uplatní rychlý růst jeho rozumového pochopení světa. Tříleté dítě již napodobí různý směr čáry, zvládne tedy nápodobu vertikální, horizontální i kruhové čáry. Ve čtvrtém roce ovládne i kresbu křížku, v pátém roce je schopno napodobit čtverec a asi v šestém trojúhelník. Současně roste i jeho schopnost vyjádřit kresbou vlastní představu.

Tříleté dítě něco načmárá a dodatečně pojmenuje, i když výtvar se předmětu vůbec nepodobá.<sup>29</sup> Čtyřleté dítě již podá realističtější obraz. Kresba pětiletého dítěte odpovídá již předem stanovené představě, je již mnohem detailnější a také prozrazuje lepší motorickou koordinaci. Výtvar šestiletého dítěte je po všech stránkách ještě vyspělejší. Po čtvrtém roce se vyhraňuje převaha jedné ruky.

### **Kognitivní vývoj**

Poznávání je v tomto věku zaměřeno na nejbližší svět a pravidla, která v něm platí. Vnímání převládá celistvé, při němž dítě nevyčleňuje podstatné části předmětů, nerozezná základní vztahy mezi nimi. Vnímá především nápadné předměty, které upoutaly jeho pozornost a především ty předměty, které mají vztah k činnosti. Co se týče vidění, dítě začíná rozlišovat doplňkové barvy (růžová, fialová, oranžová). Sluchově je schopno analyzovat zvuky různých zdrojů. Zpřesňuje se čichové a chuťové vnímání (sladké, kyselé, hořké, slané). Významným zdrojem zážitků je neustále hmat, kterým dovede rozlišit vlastnosti předmětu, ale také je i pojmenovat.

Myšlení předškolního dítěte ještě nerespektuje zákony logiky, a je tudíž nepřesné, má mnohá omezení. Rozvíjí se pojmové myšlení a dítě začíná používat prvky analýzy, syntézy a srovnávání. Na počátku tohoto období dítě dokáže identifikovat jednotlivé druhy věcí (jablko, třešeň, míč, panenka), nechápe však podstatné souvislosti mezi nimi, které je spojují do všeobecnější skupiny. Tendence utvářet všeobecné rodové pojmy se projevuje obzvláště mezi 4. a 6. rokem.<sup>30</sup> Předškolní děti jsou již schopné uvádět i zcela adekvátní příčiny u známých jevů.

### **Citový a sociální vývoj**

V předškolním období zůstává rodina nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje primární socializaci dítěte. Naučí se zde komunikovat, vnímat projevy jiných lidí a chápat

---

<sup>29</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, s. 85

<sup>30</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005, s. 65

je, vcítit se do jejich nálady, respektovat jejich potřeby, ale i ovládat vlastní emoce, uplatňovat vlastní názory a přesvědčení. Socializace předškolního dítěte ale probíhá i mimo rámec rodiny, neboť se postupně začíná diferencovat triáda oblastí, s nimiž se dítě identifikuje - rodina (soukromé prostředí, které je zdrojem jistoty a bezpečí), vrstevníci (jako rovnocenná skupina, v níž může uspokojit potřebu seberealizace a sebepotvrzení) a mateřská škola (jako první instituce, jejímž prostřednictvím vstupuje dítě do společnosti jako samostatný jedinec a takto si potvrzuje své kompetence). Významná úloha v socializačním procesu dítěte připadá hře. Hra odráží složité vztahy mezi dítětem a jeho životním prostředím, uplatňuje se v ní práce i učení. Hra je také ukazatelem vývojové úrovně dítěte, umožňuje pozorovat vývojové zvláštnosti. V průběhu předškolního věku se ve hře začínají projevovat intersexuální rozdíly (výběr hraček, náměty her, výběr partnerů pro hru). Výrazně se projevují temperamentové vlastnosti, které zatím nejsou ovlivněny mechanismy sebeovládání.<sup>31</sup> Koncem předškolního věku dítě začíná odlišovat práci od hry, začíná chápat smysl pracovní činnosti. „Práce“ je pro dítě příjemnou činností, a proto se dožaduje vykonávat „práci“ v reálné situaci.

## Řeč

Posun poznávacích aktivit se promítá i do rozvoje řeči. Forma vyjadřování ale stále předbíhá úroveň myšlení. I když děti mluví formálně poměrně vyspěle, často ale bez porozumění. Děti si s řečí často jen hrají a mnohdy mluví, jen aby mluvily. Nežádka při tom ještě ani nechápou dosah užívaných pojmů. Aktivní slovní zásoba vzrůstá během předškolního věku z počátečních asi 1000 slov na přibližně trojnásobek. Děti ale rozumí ještě dalším tisícům slov. Úroveň slovního vyjadřování tedy zdaleka nereprezentuje dosažené kvality jejich myšlení. V předškolním věku je zpočátku ještě dosti rozšířena „samomluva s hračkou“ a postupně je také stále patrnější i „řeč pro sebe“, sloužící k vnitřnímu formulování myšlenek, vyjadřování pocitů a seberegulaci.<sup>32</sup> Postupně se zlepšuje i stavba vět, kdy koncem předškolního období dítě používá pěti až šestislovné věty včetně minulého a bu-

---

<sup>31</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005, s. 72

<sup>32</sup> ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Masarykova Univerzita, 2000, s. 73



doucího času. Výslovnost je pak otázkou praxe. V šesti letech mají děti mnohdy ještě potíže s výslovností ř, r, s, t, d, n, l.

#### 4.5 Období mladšího školního věku (6 – 12 let)

Vstupem dítěte do školy nastupuje vývojová etapa mladšího školního věku. Psychosomatické vývojové změny nejsou bouřlivé ani převratné, vývoj je spíše plynulý, s pokrokem ve všech oblastech. V této době si dítě dokazuje svou vlastní hodnotu především výkonem, má smysl pro píli a pracovitost, zažívá pocity dělby práce a sounáležitosti.

##### Vývoj motoriky

V rámci tělesného vývoje je u dítěte obvykle zrychlený růst těla, zpomaluje se, stejně jako přírůstky hmotnosti kolem 8. roku. Zároveň se v tuto dobu posiluje odolnost organismu, zdokonaluje se vegetativní regulace, zvyšuje se objem srdce, hmotnost mozku, zrychluje se vedení vzruchu nervem, zdokonaluje se činnost svalů a pohyblivost kloubů. Motorický vývoj se postupně zklidňuje. Pohyby jsou oproti předškolnímu období účelnější, rychlejší, přesnější, úspornější, koordinovanější, zlepšuje se hrubá i jemná motorika, zpřesňuje se vizuomotorická koordinace. Dítě se začíná zajímat o různé druhy sportu. Motorické výkony nezávisí jen na vnitřních dispozicích, ale i na vnějších podmínkách, které je mohou povzbuzovat a rozvíjet nebo naopak tlumit.<sup>33</sup> Sociometrické studie ukázaly, že tělesná síla a obratnost hrají velkou roli v postavení dítěte ve skupině vrstevníků.

##### Kognitivní vývoj

Na počátku školního věku je dítě schopno skutečných logických operací, pravých úsudků odpovídajících zákonům logiky, bez dřívější závislosti na viděné podobě. Stále se ovšem i toto logické usuzování týká jen konkrétních věcí a jevů, obsahů, které si lze názorně představit. Teprve na počátku dospívání – kolem jedenácti let – je správně se vyvíje-

---

<sup>33</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005, s. 94

jící dítě schopno vyvozovat soudy i zcela formálně, i když si nemůže obsah konkrétně představit.<sup>34</sup> Vývoj myšlení je podstatně ovlivňován školní činností a osobností učitele.

Vnímání se u školního dítěte stává cílevědomým aktem, přestává mít ráz náhodnosti, stává se pochodem zaměřeným na poznávání podstaty vlastností předmětů a jevů. Dítě postupně přechází od vnímání konkrétních předmětů a jevů k vnímání všeobecnějšímu, kolem 10. - 11. roku je vnímání zhruba stejně přesné jako u dospělého, dítě má však méně zkušeností pro třídění informací a vyvozování souvislostí. Schopnost vybavit si v paměti dřívější vjemy – představivost – dosahuje u mladšího školáka vrcholu. Dítě dovede rozlišit skutečnost a fantazii, stále více vniká do životní reality. Vlivem školní práce se rozvíjí úmyslná a záměrná představivost. Dítě je tak schopno záměrně vyvolávat potřebné představy.

Na počátku školní docházky převládá neúmyslná, mechanická paměť, bezprostředně spojená s vnímáním. Paměť se ale rychle zdokonaluje a stále častěji se uplatňuje záměrné zapamatování, racionalita a logický úsudek. Velmi přitom záleží na vedení učitelem a rodinou.

Prvořadý význam má pro školáka rozvoj pozornosti. Rozhoduje totiž o kvalitě ostatních poznávacích procesů, a tím i o úspěšnosti či neúspěšnosti v oblasti učení. Školní selhání je nezdůvodnitelně zapříčiněno neschopností přiměřené koncentrace pozornosti. Na počátku školní docházky je pozornost krátkodobá, spontánně zaměřená.

### **Citový a sociální vývoj**

Vstupem do školy postupuje výrazně začlenění dítěte do lidského společenství. Způsob chování dítěte již nemodelují pouze rodiče, ale i učitelé a spolužáci. Reakce dítěte na druhé děti má jiný ráz než reakce na dospělé, dítě je dítěti bližší svými vlastnostmi, svými zájmy i svým postavením mezi lidmi. Právě proto se jen ve skupině může dítě učit takovým důležitým sociálním reakcím, jako je pomoc slabším, spolupráce, ale i soutěživost. Už v předškolní době se některé děti více prosazují jako vedoucí a dominující, jiné se

---

<sup>34</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, s. 122

raději podřizují a dají se druhými vést. Tyto rozdíly se ve školním věku ještě zvýrazňují a mohou vést až k extrémům příliš panovačného chování nebo trpné podřízenosti. Podřízenost může vyústit i k podléhání svodu kamarádů při různých přestupcích. Emoční vývoj a schopnost seberegulace ovšem v průběhu školních let rychle narůstá. Ve školním věku je dítě schopno podle potřeby vlastní vůlí své city potlačit nebo naopak zřetelně vyjádřit. To je důsledkem skutečnosti, že již rozumí svým vlastním pocitům v dané situaci a současně bere ohled na očekávání, požadavky a postoje sociálního okolí. Emoční kompetence pak má velký vliv i na úspěšnost dítěte nejen v sociální interakci, ale i v jiných oblastech, např. při zvládání školních nároků. Během školního věku se začínají stabilizovat sociální normy morálního jednání a s příchodem logického myšlení a s rozšířením časové perspektivy je dítě schopno pochopit na obecné rovině určité věci a jevy jako trvalé hodnotné cíle vlastního jednání.<sup>35</sup>

Hra je nezastupitelnou relaxací a přirozeným odreagováním od školních povinností, má značný mentálně hygienický význam. Hra může plnit také funkci diagnostickou a terapeutickou, také tím se stává pro učitele neocenitelným pomocníkem při jeho pedagogické činnosti.

## Řeč

Děti si přinášejí do školy již poměrně dobrou znalost mluvené řeči. Vlivem školy a dovednosti číst se řeč dítěte výrazně rozvíjí – roste slovní zásoba, délka a složitost vět i souvětí, zkvalitňuje se větná stavba včetně užití gramatických pravidel, patrný je u některých dětí pokrok v artikulaci. Mnohá již osvojená slova nabývají mnohem širší, popř. i zcela nové významy. Slovní zásoba tedy nenarůstá jen kvantitativně (na počátku období znají děti přibližně 2500 slov a na konci pak 7200 slov), ale i kvalitativně<sup>36</sup>. Rozdíly mezi dětmi jsou způsobeny spíše individuálními dispozicemi a podnětností prostředí.

---

<sup>35</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, s. 130

<sup>36</sup> ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Masarykova Univerzita, 2000, s. 128

## 4.5 Období prepuberity a puberty (12 – 15 let)

V somatickém vývoji nastupují výrazné změny v proporcích těla, začíná období vytáhlosti, které je charakteristické intenzivním růstem končetin i trupu. Fyzický růst se zpomaluje až koncem období, kdy se rozvíjí hlavně psychické funkce. Zvyšuje se produkce pohlavních hormonů a následkem toho se pak objevují druhotné pohlavní znaky. Vlivem těchto biologických změn začíná mít vliv na chování prepubescenta i sexuální pud, který je intenzivnější u chlapců, kteří jsou často vystaveni střetu mezi potřebou uvolnit sexuální pud a nemít pocit viny. Působením sexuálního pudu se objevuje rozkolísanost v chování, labilita citů, časté střídání nálad od výbuchu agresivity a hlučnosti až po nezájem a apatii. Pohlavní dozrávání se projevuje v pubertě, kdy se dítě mění na biologicky zralého dospělého, schopného sexuální reprodukce.

### Vývoj motoriky

V hrubé motorice se objevuje přechodná neobratnost, nekoordinovanost pohybů, zvláště u chlapců. V jemné motorice je patrná křečovitost, která se může projevit ve zhoršeném grafickém výkonu. Zrychlený růst způsobuje i zhoršení fyzické výkonnosti. Klátivost a neobratnost pomalu mizí v pubertě, kdy se růst těla a končetin zpomaluje a mohutní svalstvo, opět se zlepšuje a stabilizuje fyzická výkonnost.

### Kognitivní vývoj

V tomto období vzrůstá význam fantazie, která se stává pojítkem mezi skutečností, reálným prožíváním a ideálem. Projevuje se formou denního snění, ve kterém se jedinec vidí v ideálním světle. Charakteristické pro prepubertální věk je počínající postupný přechod od konkrétních operací k formálním operacím, tedy počátek abstraktního myšlení, jehož vývoj se dokončuje v pubertě a adolescenci. Dítě je tedy schopno operovat s výroky, které nemusí být součástí reálné zkušenosti. S těmito změnami v myšlení souvisí i rozvoj logické paměti, kdy dítě opouští memorování textů bez pochopení souvislostí. V době puberty je schopnost abstrakce, usuzování hypotetické a deduktivní je na úrovni dospělých. Úroveň myšlení ovlivňuje pubescentovu snahu po sebezdokonalování, která se projeví zájmem o specializované poznatky z určitého oboru. Pubescent již má rozumovou kapacitu pro přijímání nových poznatků, ale chybí ještě hlubší životní zkušenosti. U pubescenta se

projevuje racionalismus, který se vyznačuje tím, že neuznává citové důvody lidského chování a více lpí na rozumových zdůvodněních. Myšlení se také vyznačuje radikalismem, unáhleným hodnotícím soudem, kdy jednu získanou zkušenost generalizuje a přijímá jako platný fakt. Své názory ale často mění.

### **Citový a sociální vývoj**

Chování prepubertálního dítěte je výbušné, stačí nepatrný podnět a objeví se intenzivní reakce vzteků, smíchu, smutku. V prepubertě se děti výrazně zaměřují na sebe na proměnu tělesných proporcí, introvertují se. Prepubescent se ostýchá projevit city vůči rodičům a také se brání projevům citů od nich, chová se k nim odmítavě, až hrubě. To ale neznamená, že by neměli potřebu citového kontaktu s rodiči, touží po uznání a chtějí být akceptováni. V období prepuberty je typický začátek osamostatňování se od rodiny. Děti navazují více kontaktů s vrstevníky, sdružují se do skupin podél společného zájmu. Chlapci si začínají vytvářet první party, kde se objevuje vůdce jako přirozená autorita, která svým vlivem na chování dospívajícího jedince překoná autoritu rodičů.<sup>37</sup>

V období puberty již není tak výrazná citová labilita. Emoční vázanost k rodičům se výrazně uvolňuje. Rozkolísanost v sociálních citech se projeví často v krajnostech od vřelosti až po časté rozepry a konflikty s vychovateli. Dospívající jedinci mají snahu se samostatně rozhodovat, uplatňovat vlastní názor v diskusi s dospělými. Při těchto diskusích často dochází k konfliktu, neboť se pubescent snaží názorově odlišit od svých vychovatelů. Potřeba nezávislosti se může projevit i tím, že napodobují některá chování dospělých jako je kouření, pití alkoholu, přehnané používání vulgarismů, se kterými mají spojen pocit vlastní dospělosti. Citové odpoutání od rodičů v období puberty vyvolává potřebu sblížit se citově s někým jiným. Vznikají pevnější kamarádské vztahy, dochází ke sblížení chlapců a děvčat, které má v počátku podobu škádlení a koketování. Dochází k prvnímu zamilování. Sebecity jsou nevyrovnané, oslabuje se sebejistota, pubescent pochybuje o vlastních kvalitách, přecitlivěle reaguje na kritiku. Může se však projevit i pocit vlastní jedinečnosti vedoucí k sebeobdivování nebo až k narcismu.

---

<sup>37</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005, s. 105

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 5. Případová studie I

Kazuistika chlapce M<sup>38</sup>

**Pohlaví:** muž

**Rok narození:** 2000

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

### **Současný stav:**

Jedná se o 14ti – letého drobnějšího, usměvavého a velmi komunikativního chlapce. M trpí poruchami pozornosti a hyperaktivitou (které se však nyní projevují velmi mírně) a těžkou zrakovou vadou. Již desátým rokem žije v náhradní rodině se svými poručníky a dvěma mladšími nevlastními bratry S (roč. 2006) a J (roč. 2012). Navštěvuje základní školu pro zrakově postižené, která mu plně vyhovuje zejména pro malý počet žáků ve třídě. Je vzděláván podle programu Základní školy. Zdravotní stav je v současné době dobrý, nemocnost je v normě. Chlapec je sledován na oftalmologii (pro retinopatii nedonošených, astigmatismus, který je korigován brýlemi, amblyopii a strabismus), ortopedii (pro vadné držení těla a plochonoží) a ortodontii (vadný skus – předkus spodní čelisti – chlapec nosí fixní rovnátka).

### **Anamnéza a scholarita**

#### **Rodinná anamnéza**

Informace o rodinné anamnéze dítěte jsou minimální.

---

<sup>38</sup> ŘÍHOVSKÝ, M. *Výchova chlapce s kombinovaným postižením*. (Bakalářská práce) Brno: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012, s. 16

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

### **Osobní anamnéza**

Dítě ze 6. gravidity, bez prenatalní péče (matka údajně o těhotenství nevěděla, byla závislá na alkoholu). Jednalo se o 5. porod matky. Jeden ze sourozenců zemřel ve věku 2 měsíců. Na gynekologii přišla matka, když už bylo dítě téměř porozeno. Novorozenec nezralý, gestačně odpovídal 28. týdnu. Plodová voda zkalena smolkou, smolka i v žaludku a dýchacích cestách. Dítě bylo odsáto. Bylo hypotonické, apatické, patrné byly známky parézy (pravostranná hemiparéza – pro kterou bylo intenzivně rehabilitováno. Dítě bylo převezeno na JIP, kde bylo 11 dní inkubováno a ventilováno. Mělo potíže s příjmem potravy, strava byla přechodně podávána sondou. Ve dvou měsících bylo dítě na základě souhlasu matky přeloženo do Kojeneckého ústavu.

Chlapec byl pro stigmatizaci (asiatské rysy v obličejí, mongoloidní postavení očí...) vyšetřen na Downův syndrom, který byl vyšetřením vyloučen. Vzhledem k psychomotorické retardaci a nepříliš dobré prognóze nebylo dítě doporučeno do náhradní rodinné péče a bylo přeloženo z KÚ do Domova pro postižené děti.

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

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

Chlapec byl sledován na neurologii (pro PMR), oftalmologii (retinopatie nedonošených, praktická slepota na levé oko, astigmatismus, amblyopie, konvergentní strabismus) a dermatologii (pro kapilární hemangiom na stehně). V dětském domově byl v pravidelné péči dětského psychologa (diagnostikována STMR, ADHD), fyzioterapeuta (dlouhodobě rehabilitován Vojtovou metodou) a logopeda (pro opožděný vývoj řeči).



V současnosti navštěvuje ortopedii (pro vadné držení těla a plochonoží), ortodontii (předkus spodní čelisti – nosí fixní rovnátka) a nadále oftalmologii. Péče ostatních, výše uvedených, odborníků již není nutná.

### **Scholarita**

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

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

### **Rodinné prostředí**

Ihned po narození se biologická matka chlapce zřekla, druhý den po porodu jej opustila a nikdy o dítě neprojevila žádný zájem (telefonicky ani písemně se neinformovala na jeho zdravotní stav, nikdy jej nenavštívila). Dítě bylo umístěno v Kojeneckém ústavu, odkud bylo ve věku 2,5 let přeloženo do Domova pro postižené děti. Ve 3,5 letech získal chlapec náhradní rodinu, v níž žije dodnes. Bydlí ve čtyřpokojovém bytě se svými poručníky a mladšími nevlastními bratry (2006, 2012), kteří jsou biologickými syny poručníků.

Vztahy v rodině jsou bezkonfliktní. Chlapec byl vřele přijat celou širší rodinou, s níž je často v kontaktu. Zejména s částí rodiny ze strany náhradní matky, která žije v Brně. S rodinou ze strany poručníka, která žije na Šumavě, se stýká asi dvakrát do roka (většinou o letních prázdninách a o Vánocích). Rodinné prostředí je velmi podnětné, oba poručníci mají pedagogické vzdělání a chlapce se snaží všestranně rozvíjet. M. za uplynulých deset let, kdy žije v náhradní rodině, udělal velké pokroky. Navštěvoval různé zájmové kroužky – sólový zpěv, atletiku, náboženství, keramiku, dramatický kroužek. V současnosti chodí do horolezectví.

Chlapcova koncentrace pozornosti se znatelně zlepšila. Rozumové schopnosti se významně zvýšily (IQ se nyní pohybuje již v pásmu průměru x při příchodu do náhradní rodiny se nacházelo v horním pásmu středně těžké mentální retardace).

**Ze zpráv SRP (střediska rané péče), SPC (speciálně pedagogického centra), PPP (pedagogicko-psychologické poradny), odborných lékařských zpráv (ortopedie, oftalmologie, neurologie, ortodontie), ze zpráv z Kojeneckého ústavu a Dětského domova, psychologických a logopedických vyšetření z let 2002 až 2011 a z vlastního pozorování:**

## **Motorika:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***Ve věku 11 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

*Hrubá motorika* byla v normě. M byl pohybově velmi zdatný, jezdil na kole, rád a dobře běhal. Navštěvoval atletiku.

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

***Současný stav (14 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

*Hrubá motorika* je na velmi dobré úrovni, chlapec je zdatný sportovec. Dobře plave, jezdí na kole, navštěvuje kroužek horolezectví.

*Jemná motorika, grafomotorika a vizuomotorika* je nadále mírně oslabena. Má-li dostatek času, je schopen psát čitelně a úhledně.

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

Lateralita fyziologicky nevyhraněná.

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

Lateralita fyziologicky nevyhraněná.

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

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

***Současný stav (14 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

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

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

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

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

Ve všech sebeobslužných činnostech potřeboval M dopomoc nebo alespoň dohled dospělé osoby – byl nadále celodenně zaplenován, přes den byl vysazován na nočník (bez většího efektu), jedl velmi nečistě - sám lžící, nezvládal kousat, všechna potrava mu byla

mixována, pil z hrníčku, většinou se však polil. Při oblékání se snažil spolupracovat, ale sám se neoblékal.

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

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

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

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

***Ve věku 11 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

V sebeobslužných činnostech byl chlapec zcela samostatný. Sám se oblékl, oblečení byl schopen si samostatně vybrat s ohledem na počasí. Oblečení si skládal a uklízel (byl však trochu nedbalý). Snažil se udržovat pořádek ve svém pokoji (ustlal si postel, vysál, otřel prach). Samostatně se sprchoval, umýval si vlasy, dokázal si ostříhat nehty.

Sám jezdil městskou hromadnou dopravou do školy i ze školy. Pomáhal s domácími pracemi – utíral nádobí, chodil sám na nákup, vynášel odpadkový koš, snažil se pomáhat při vaření (připravoval salát, strouhal rohlíky na strouhanku...).

***Současný stav (14 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

V sebeobslužných činnostech je chlapec zcela samostatný. Je velmi pořádkumilovný. Má vždy precizně uklizený pokoj. S oblibou pomáhá s domácími pracemi (s vysáváním, vynášením odpadků, umýváním a utíráním nádobí, chodí nakupovat – jde-li však koupit více než dvě položky, je nutné zapsat mu seznam na papírek). Pomáhá také s péčí o mladší bratry (sedmiletého bratra vodí do kroužku...).

**Sociálně citová oblast:*****Ve věku 2 let (v tomto období pobývalo dítě v KÚ):***

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

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

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

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

Dítě bylo bezprostřední, nevadila mu přítomnost cizí osoby. Před řízenou činností preferovalo hru. Pokud si s něčím nevědělo rady, hledalo oporu u dospělé osoby, mělo nižší frustrační toleranci, většinu náročnějších situací řešilo křikem, pláčem či únikem. Chyběl sociální distanc. M se choval k lidem bez ohledu na jejich věk i postavení (nerozlišoval, zda se jedná o osobu známou či cizí), měl potíže s vykáním dospělým osobám.

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

Dítě se projevovalo vzhledem ke svému věku infantilně, v cizím prostředí a mezi cizími lidmi vykazovalo mírné adaptační potíže. Chlapec měl nižší sebehodnocení. Při jakékoli činnosti vyžadoval bezprostřední zpětnou vazbu a časté povzbuzení. Neúspěch

řešil pláčem, únikem či agresí proti předmětům (např. zničil nějakou hračku, rozstříhal časopis...). V tomto období se u M začaly projevovat neurotické příznaky – okusoval si nehty či kůži na prstech, bezmyšlenkovitě si strkal prsty do nosu (aniž by měl rýmu), neustále si olizoval rty.

***Ve věku 11 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

M byl velmi milý a rád dával své emoce najevo. S oblibou a často říkal blízkým osobám, že je má rád a to i v momentech, kdy takováto důvěrnost nebyla zcela namístě a neodpovídala jeho věku (např. třídní paní učitelce – i v 5. ročníku...) – chyběl sociální odstup. Chlapec byl pozitivně emočně laděný. Vztahy navazoval spontánně a zcela bez zábran. Kamarádkové vztahy vyhledával spíše s mladšími dětmi. Vhled do sociálních situací byl na nižší úrovni než by odpovídalo věku. M mnohdy nevěděl, jak řešit některé nečekané události či konflikty. Měl nižší frustrační toleranci. Situace často řešil velmi impulzivně a reagoval afektem. Někdy volil únik z místnosti či pláč, jindy agresivní chování, které však obracel pouze proti předmětům (ničil většinou své nejoblíbenější hračky a předměty – např. hodinky, oblíbené CD...), nikdy proti lidem. Po afektu docházelo k velmi rychlému zklidnění a následným projevům lítosti. Ve chvílích nejistoty či při neúspěchu si okusoval nehty či kůži na prstech. Začínaly se projevovat známky počínající puberty. Objevovaly se časté změny nálad, chlapec nechtěl poslouchat, byl drzý na své rodiče... Stále častěji se také objevovaly dotazy na biologickou matku a původní rodinné prostředí.

***Současný stav (14 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

M je velmi společenský a přátelský. Má galantní chování (podrží ženám dveře, pochválí jim nový účes, nabídne jim pomoc s těžkou taškou, pustí sednout potřebnou osobu v MHD...). Má několik dlouholetých kamarádů, s nimiž udržuje častý kontakt. Kamarádi jsou většinou o rok či dva mladší. Jeho frustrační tolerance se pozvolna zvyšuje, přesto ještě místy dochází k potížím s řešením nečekané situace. Destrukce věcí se již neobjevují. Chlapec je většinou pozitivně emočně laděný, místy však (pravděpodobně vlivem puberty) dochází k náhlým změnám nálad.

## **Zrakové vnímání a orientace v prostoru:**

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

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

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

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

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

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

### ***Ve věku 11 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

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



***Současný stav (14 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

V oblasti zrakového vnímání již není patrný žádný deficit.

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

Psychomotorický vývoj dítěte vykazoval výrazné opoždění ve všech složkách.

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

Zvládal základní orientaci na vlastním těle (správně ukázal jmenovanou část těla na sobě i na druhé osobě či panence). Dokázal vybrat jmenovaný předmět z více předmětů, přiřadit předmět k obrázku. Dokázal najít a správně přiřadit stejné tvary, barvy i obrázky. Chápal pojmy malý X velký, nahoře X dole, stejný X odlišný, studený X teplý, málo X mnoho. Pasivně zvládal základní barvy. Rozumové schopnosti se pohybovaly v horním pásmu středně těžké mentální retardace.

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

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

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

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

***Ve věku 11 let (chlapec žije v náhradní rodině):***

Intelektové schopnosti se pohybovaly celkově v pásmu průměru. Ve složce verbální podával chlapec nejlepší výkony v oblastech všeobecné informovanosti, slovní zásobě a praktických početních dovednostech. Krátkodobá mechanická paměť byla oslabena, nej- slabší výkony podával chlapec v oblasti verbálního logického uvažování a porozumění sociálním situacím. Potíže měl se zapamatováním si lidských tváří.

Ve škole prospíval s vyznamenáním.

***Současný stav (14 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

Rozumové schopnosti se pohybují nadále v pásmu průměru. Na velmi dobré úrovni je zejména verbální složka (chlapec velmi rád čte, především dobrodružné knihy). Nadále vážne logické myšlení, krátkodobá paměť se pozvolna zlepšuje.

Nároky ZŠ zvládá M bez větších obtíží, prospívá s jedničkami, dvojkami a trojkami.

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

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

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

Chlapec reagoval na své jméno, plnil jednoduché instrukce, které byly doprovázeny gestem. Pochopení složitějších slovních instrukcí bylo značně problematické. Zákaz chápal, často jej však nerespektoval. Dokázal identifikovat podle jména osoby ve svém nejbližším okolí. Pasivně zvládal pojmy základní slovní zásoby (poznal a ukázal většinu předmětů denní potřeby, hraček, základních potravin, domácích zvířat...). Aktivní slovní zásoba neodpovídala věku, slovník byl velmi chudý, v tomto období se však začala pomalu

rozšiřovat. Expresivní složka řeči vykazovala opoždění asi o 2 roky (tzn. verbální věk odpovídal 1,5 roku). Aktivní slovník obsahoval pojmy základní slovní zásoby – zvuky a názvy některých domácích zvířat, zjednodušené názvy předmětů denní potřeby, hraček, potravin, jména osob a základní činnosti. Ze slovních druhů byla ve slovníku zastoupena především citoslovce, podstatná jména a některá slovesa, v menší míře užíval již také některá základní přídavná jména a několik předložek. Začal tvořit dvojslovné věty, užíval otázku „Co je to?“. Řeč byla zcela agramatická a dyslalická, srozumitelnost byla problematická.

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

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

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

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

***Ve věku 11 let (chlapec žije v náhradní rodině):***

Chlapec měl velkou mluvní apetenci, spontánně navazoval konverzaci s vrstevníky i dospělými osobami. S chutí vyprávěl o svých zážitcích a zájmech, vyjádřil vlastní potřeby, zformuloval myšlenku. Vyjadřoval se rozvinutými větami bez dysgramatismů. Měl bohatou slovní zásobu. Rád četl. Čtenářské dovednosti byly na velmi dobré úrovni. Rychlost čtení odpovídala věku a nadání, chybovost byla minimální, obsah a základní děj si chlapec většinou vybavoval. Text byl schopen reprodukovat vlastními slovy.

Srozumitelnost řeči byla dobrá, jen někdy se ještě vyskytovaly interdentální sykavky, které byl však chlapec po upozornění schopen vyslovit čistě. Porozumění řeči odpovídalo věku, pouze místy se ještě ojediněle objevovaly dílčí nedostatky způsobené ranou podnětovou deprivací.

**Současný stav (14 let – chlapec žije v náhradní rodině):**

Chlapec má nadále velkou mluvní apetenci, rád si povídá s vrstevníky i dospělými osobami. Snaží se zapojit do „dospěláckých“ témat. Používá zdvořilostní fráze, rád je galantní k ženám (dospělým i k vrstevnicím). Má bohatou slovní zásobu. Nadále velmi rád čte. Formální stránka řeči odpovídá normě.

**Závěr:**

M je chlapec ve věku 14 let. Po narození byl umístěn v Kojeneckém ústavu, ve věku 2,5 let byl přeložen do Domova pro postižené děti. Od svých 3,5 let žije v náhradní rodinné péči. Bydlí společně se svými poručníky (nevlastní matka roč. 1979, nevlastní otec roč. 1974) a nevlastními bratry (2006, 2012) ve čtyřpokojovém bytě, kde má svůj vlastní pokoj.

Navštěvuje základní školu pro zrakově postižené – 7. ročník, kde je vzděláván podle programu Základní školy. Chodí do zájmového kroužku horolezectví.

Chlapec má těžké postižení zraku - retinopatie nedonošených (praktická slepota levého oka), astigmatismus myopicus (korigováno brýlemi), amblyopie a konvergentní strabismus a syndrom ADHD.

Je sledován na oftalmologii, ortopedii a ortodontii (pro vadu skusu – předkus spodní čelisti – nosí fixní rovnátka).

**5.1 Z rozhovoru s poručnící chlapce:**

**Otázka:** „S jakým největším problémem jste se u dítěte potýkala v raném dětství?“

**Odpověď:** „Když jsme M dostali do náhradní rodinné péče, bojovali jsme asi nejvíce s jeho záchvaty vzteku. Docházelo k nim velmi často (několikrát během dne) a velmi často to souviselo s tím, že se M nemohl domluvit. V té době téměř nemluvil a k nedorozuměním tak docházelo každou chvíli. Velkým problémem byla také těžká hyperaktivita a masivní porucha pozornosti. M byl tenkrát schopen se soustředit řádově sekundy

až minuty. Byl v podstatě permanentně v pohybu. Takže největším problémem byl asi vztek s autoagresivními projevy, opožděný vývoj řeči a hyperaktivita.“

**Otázka: „Co všechno jste dělala pro optimální vývoj dítěte a pro kompenzaci jeho potíží?“**

**Odpověď:** „Většina potíží pramenila z jeho hyperaktivity a z rané deprivace způsobené ústavní výchovou. Snažili jsme se tedy postupně prodlužovat dobu koncentrace pozornosti a zahrnout ho co největší láskou, pozorností a dostatkem podnětů. Hodně jsme si povídali, stále jsme si prohlíželi nějaké knížky a hlavně jsme do nekonečna odpovídali na bezpočet otázek. Období otázek PROČ u M trvalo několik let.“

**Otázka: „Které odborníky jste navštěvovali?“**

**Odpověď:** „Léta jsme chodili na neurologii, kde nám pan doktor stále nabízel nějakou medikaci na zmírnění hyperaktivity. Tu jsem však pokaždé odmítla a zvolila alternativní způsob řešení potíží, takže jsme dlouho docházeli na biofeedback, který M opravdu znatelně pomohl. Každého půl roku chodíme na kontroly na oční. Zrak se mu naštěstí za celá ta léta nezhoršil. Pár let navštěvujeme také ortodontii, protože M má předkus spodní čelisti. Nejprve nosil snímatelná rovnátka, nyní má rovnátka fixní. Kvůli plochým nohám chodíme na ortopedii. Dlouhá léta jsme navštěvovali logopedii a chodili jsme na psychologii. U psychologa jsme byli naposledy před narozením třetího syna (2012). M se na něj příliš netěšil a měli jsme strach, aby nenastal problém s přijetím nového bratra. Nakonec se naštěstí ukázalo, že tyto obavy byly plané. Vše proběhlo zcela hladce.“

**Otázka: „Které terapie jste s dítětem praktikovali?“**

**Odpověď:** „Jak už jsem říkala, mnoho let jsme se věnovali logopedii – z počátku se pracovalo zejména na rozšíření slovní zásoby a obecně na obsahové stránce řeči a následně poměrně dlouho přetrvávající dyslalii. M měl interdentální sykavky, neboť měl od cucání palce zcela zdeformované zuby. Měl otevřený skus, takže mu jazýček stále utíkal mezi ně.“

„No a potom ten biofeedback. Ten si myslím, že mu opravdu hodně pomohl.“

**Otázka:** „Které z potíží vnímáte jako nejmarkantnější dnes?“

**Odpověď:** „M udělal neuvěřitelné pokroky, ve které jsme při jeho přijetí ani nedoufali. Většina problémů se opravdu do značné míry upravila, některé zcela vymizely. Za největší problém, s nímž dodnes bojujeme je někdy impulzivní reakce či problém s přijetím nějaké nečekané změny. M má velice rád stereotyp. Má svoje rituály, při jejichž narušení je nervózní, někdy až vzteklý. Každá věc v jeho pokoji má svoje místo, některé činnosti (odchod do školy, sprchování...) provádí vždy ve stejnou dobu...“

**Otázka:** „Čemu přisuzujete to, že časem došlo ke změně původní základní diagnózy vašeho dítěte?“

**Odpověď:** „Myslím si, že největším problémem bylo to, že M neměl možnost vyrůstat od narození v milující a podnětné rodině. Zkrátka mít někoho, kdo by se mu mohl dostatečně věnovat, rozvíjet ho a dávat mu najevo lásku. Někoho, kdo by mu pomohl překonat potíže, které dostal do vínku předčasným narozením. Mám na mysli to ADHD a zrakovou vadu.“

**Otázka:** „Pozorovala jste v některém období výraznou akceleraci vývoje? Pokud ano, ve kterém období, a ve které oblasti to bylo nejvíce patrné?“

**Odpověď:** „Největší skok nastal určitě krátce poté, co jsme M dostali. Během roku z něj bylo úplně jiné dítě. Velice brzy se odbouraly různé zlovyky, obrovský pokrok nastal v oblasti řeči a také v sebeobsluze. Podařilo se také výrazně omezit dříve tak časté afekty.“

**Otázka:** „Došlo v některém období naopak ke stagnaci vývoje?“

**Odpověď:** „Stagnaci jsme naštěstí nezaznamenali.“

**Otázka:** „Jakou roli sehráli sourozenci při vývoji dítěte?“

**Odpověď:** „Než se narodil jeho první nevlastní bratr, byl M vychováván jako jedináček. Byl současně prvním vnoučetem v rodině, takže si své, všemi obletované, pozice značně užíval. Měli jsme tedy trochu strach, jak svého sourozence přijme. Naštěstí to pro-

běhlo bez nějakých větších problémů a kluci mají myslím hezký sourozenecký vztah. Dobře přijal i druhého bratra, ke kterému už přistupuje spíš otcovsky, je mezi nimi opravdu velký věkový rozdíl (12 let). Myslím si, že je dobře, že nezůstal jako jedináček, neboť má trochu sklony k sobectví a k hájení si svého teritoria, takže je fajn, že se učí, že se musí o lecos dělit – mám na mysli o hračky, soukromí, sladkosti a v neposlední řadě o pozornost. Takže z tohoto pohledu si myslím, že sourozenci hrají velkou roli.“

**Otázka: „Jaké problémy se Vám podařilo nejlépe kompenzovat a které přetrvávají dodnes (pokud nějaké přetrvávají)?“**

**Odpověď:** „Myslím, že největší skok udělal v oblasti rozumových schopností. Dnes je na úrovni průměrné inteligence. Když jsme si ho brali měl diagnózu středně těžká mentální retardace. Úžasně se také upravila jeho hyperaktivita. Částečně si ji vybíjí při sportování. Má neuvěřitelnou výdrž, ať už jezdí na kole, běhá nebo plave. Z těch, které přetrvávají je to asi stále ta nižší frustrační tolerance a někdy zkratovitá reakce v nějaké nečekané situaci.“

**Otázka: „V případě, že ano, myslíte si, že bude možné tyto potíže do budoucna plně nebo alespoň částečně kompenzovat?“**

**Odpověď:** „Věřím, že ano.“

**Otázka: „Pokud ano, co by podle vás k jejich odstranění či zmírnění nejvíce pomohlo?“**

**Odpověď:** „Nějakou cílenou terapii, mám na mysli třeba nácvik sociálních dovedností nebo tak něco, se nám nepodařilo objevit. Tak snad se to časem upraví spontánně.“

## 6. Případová studie II

Kazuistika chlapce T.

**Pohlaví:** muž

**Rok narození:** 1998

**Diagnóza:** psychomotorický vývoj byl opožděn ve všech složkách, chlapec byl stigmatizován, ve dvou a půl letech mu byla diagnostikována hypotonie, skoliosa páteře, rachitis tarda, kratší HK a DK a výrazná varosní (vybočení ve směru ven) deformita DK. Hoch byl citově deprivován, intelekt se pohyboval v pásmu LMR. Při odchodu z DD (cca ve 4 letech) odpovídaly rozumové schopnosti hraničnímu pásmu. V 7,5 letech byla diagnostikována ADD na bázi LMD, dyspraxie, dyslexie, dysgrafie a dysortografie.

### **Současný stav:**

Jedná se o 16ti – letého sympatického chlapce. Který již 12 let žije v náhradní rodině se svou pěstounkou, třemi vlastními sourozenci a dalšími dvěma dětmi. Chlapec navštěvuje střední odborné učiliště, obor podlahář. Rád sportuje, zejména hraje fotbal, rád plave. Má stále kamarády, se kterými se pravidelně stýká. Nemá problém s kontakty s neznámými lidmi, ale do rozhovorů se aktivně nezapojuje, věnuje se stranou vlastním zájmům. U chlapce přetrvávají potíže s verbálním vyjadřováním, má menší slovní. V současné době nedochází k odborným lékařům. Většinu zdravotních potíží se podařilo odstranit nebo minimalizovat. Co se povahy týče, jedná se o klidného až flegmatického mladíka. Je třeba na něho dohlížet, aby splnil zadaný úkol, samostatně nic nevyřídí. Na požádání rád pomůže. Obtíže má tendenci obcházet, vzniklé problémy aktivně neřeší.

### **Anamnéza a scholarita**

#### **Rodinná anamnéza**

Informace o rodinné anamnéze dítěte jsou minimální – čerpáno ze zdravotní zprávy, z roku 2002.



Matka – ročník 1975, zdráva, nezaměstnaná, nedávno propuštěná z vazby. Otec – ročník 1973, zdrav, nezaměstnaný, toho času ve vazbě. Sourozenci – sestra ročník 1995, bratr ročník 1996, sestra ročník 1997. Děti byly citově deprivované, jinak zdravé. Všechny děti byly rozhodnutím soudu umístěny do DD. Důvodem bylo zanedbání povinné výživy a výchovy, hrubé zacházení s dětmi ze strany otce, kde bylo vzneseno též podezření ze zneužívání obou sester.

### **Osobní anamnéza**

Zdravotní dokumentace z doby před přijetím do DD chybí a ve zdravotním a očkovacím průkazu je pouze 2x jednoduchý zápis z prohlídky v 8. a 18. měsíci věku dítěte. Pro PMR bylo doporučeno neurologické vyšetření, které však rodiče s dítětem neabsolvovali, s dítětem se nerehabilitovalo. Rodina stále migrovala.

Dle matky je dítě ze 4. fyziologického těhotenství, porod 4., v termínu, spontánně, záhlavím, 3000g/52 cm, poporodní adaptace probíhala bez komplikací. Kojen byl 9 dní. Kalmetizován, Infadin dle matky bral, ale málo. Vyšetření kyčlí neprovedeno, nedostavili se. Do svých 2 let měl chlapec údajně jen několik lehkých respiračních infekcí, ATB neužíval, úrazy ani operace neprodělal.

Ve dvou letech byl hospitalizován pro akutní bronchitidu a zánět středního ucha. Po zjištění celkově špatného zdravotního stavu chlapce a po podrobném vyšetření, které odhalilo nutričně podmíněnou rachitis tarda, PMR a citovou deprivaci, byl chlapec odebrán z biologické rodiny a umístěn i se všemi sourozenci do DD.

Chlapec byl sledován na ortopedii, psychologii a neurologii. Na základě doporučení neurologa u něj bylo aplikováno několik terapeutických bloků reflexní synergetické terapie. Docházel na rehabilitační plavání. 4 roky nosil celodenně korzet. Od předškolního věku navštěvoval T logopedii. V 9 letech EEG - Biofeedback

### **Scholarita**

Chlapec nastoupil do běžné ZŠ po 2. odkladu školní docházky. Navštěvoval 0. ročník. Pro zjištěné potíže (sy ADD na bázi LMD a vývojové poruchy – dyspraxii, dyslexii, dysgrafii a dysortografií) byl veden jako integrovaný žák.

Ve 13 letech bylo doporučeno přeřazení chlapce do třídy s menším počtem žáků – jednalo se tedy o skupinovou integraci. Chlapec byl zařazen do třídy pro žáky s vývojovými poruchami učení.

V současnosti navštěvuje SOU – obor podlahář.

V průběhu školní docházky navštěvoval T mnoho různých zájmových kroužků (plavání, rybářský kroužek, fotbal, futsal...).

### **Rodinné prostředí**

Rodinné prostředí bylo zanedbávající, otec byl stíhán za hrubé zacházení se všemi čtyřmi dětmi a bylo také vzneseno podezření na zneužívání dcer. Chlapec neprosplával, byl citově deprivovaný. Nebyla mu poskytnuta odpovídající péče. Lékaře matka s chlapcem téměř nenavštěvovala. Nenechala jej ani na doporučení vyšetřit na neurologii, nerehabilitovala s dítětem i přes zjevné motorické opožďení.

Ve dvou letech, byl chlapec po hospitalizaci (pro zánět středního ucha a bronchitidu) odebrán z rodiny a umístěn do DD společně se svými sourozenci. Při nástupu do DD odpovídal psychomotorický vývoj LMR, poté akceleroval, na konci pobytu v DD již byl na úrovni hraničního pásma.

Ve věku 4let byl T umístěn do náhradní rodinné péče. Dodnes žije v pěstounské péči v SOS dětské vesničce se svými třemi sourozenci a dalšími dvěma dětmi. Chlapec udělal v náhradní rodinné péči veliké pokroky. Jeho rozumové schopnosti dosáhly pásma průměru. Značně se upravily i výrazné motorické obtíže.

Chlapci byla věnována všestranná péče. Od předškolního věku docházel pravidelně jednou za měsíc na speciálně pedagogickou reedukaci. Dlouhodobě navštěvoval logopedii (do 10 let věku). Pěstounka absolvovala kurz rozvoje grafomotoriky a intenzivně s dítětem pracovala na rozvoji hrubé i jemné motoriky, jejíž úroveň byla v předškolním věku v pásmu hlubokého defektu.

Rodina bydlí v rodinném domku v SOS vesničce. T sdílí pokoj společně se svým starším bratrem. Má rád zvířata, proto doma chovají 4 kočky.

Ze zpráv PPP (pedagogicko-psychologické poradny), odborných lékařských zpráv (neurologie, ortopedie), zpráv z Dětského domova, psychologických vyšetření, školních dokumentů a z vlastního pozorování:

### **Motorika:**

*Ve věku 2 let (v tomto období byl chlapec odebrán z biologické rodiny a umístěn do DD):*

Chlapcův psychomotorický vývoj vykazoval opoždění ve všech složkách dlouhodobého rázu. Byla mu diagnostikována hypotonie, skoliosa páteře, kratší HK a DK a výrazná varosní (vybočení ve směru ven) deformita DK.

*Hrubá motorika* – chlapec se pohyboval pouze po všech čtyřech končetinách. Samostatně nechodil.

*Ve věku 3 let*

*Hrubá motorika* – vykazovala opoždění cca na 21 měsíců věku. Chlapec již zvládal samostatnou chůzi, běhal, chůzi do schodů zvládal s přidržováním, ze schodů scházel bočně nebo lezl, pohybová koordinace odpovídala věku mladšího batolete, manipulace s míčem byla velmi neobratná.

*Jemná motorika* – chlapec dokázal vkládat korálky, s pomocí protáhnul provázek, úchop tužky byl palmární, zvládal však již i klíčkový úchop. Stránky v knize obracel hromadně. Zvládal postavit věž ze 6/7 kostek, vkládal tvary.

*Grafomotorika* – chlapec se snažil napodobit vertikální i horizontální tah, zvládal kruhové čárání.

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

V tomto období nosil chlapec (od cca. 4 let) celodenně tuhý korzet.

*Hrubá motorika* – byla již v normě. Chlapec byl čilý a pohyblivý.

*Jemná motorika* – byla zřetelně retardovaná.

*Grafomotorika* – kresba byla velmi nezralá, byla jednoduchá jak po stránce obsahové, tak i formální. Vizuomotorická koordinace byla výrazně abnormní (na úrovni hra-

ničního pásma) – problematická byla zejména vizuální percepce. Chlapec zvládal nápodobu základních geometrických tvarů (kromě kosočtverce), nápodobu tvarů teček. Nezvládl nápodobu písmen, ale dokázal se již sám podepsat.

***Ve věku 7,5 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

*Hrubá motorika* - byla v normě.

*Jemná motorika* - velmi neobratná - dyspraxie.

*Grafomotorika* - v kresbě byly patrné prvky organicity. Kresba postavy byla neobratná, obsahovala detaily, ale proporce těla neodpovídaly. Nácvik psacího písma byl velmi problematický zejména díky výrazným obtížím v oblasti pravolevé orientace a dyspraxii.

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

*Hrubá motorika* - byla v normě.

*Jemná motorika* - nadále celkově neobratná.

*Grafomotorika* - v kresbě byly patrné prvky organicity. Technika psaní ještě nebyla plně zautomatizována, ruka nebyla uvolněna. Chlapec psal s velkým tlakem. Písmo bylo neuspořádané a výrazně neobratné. Kolísala velikost, tvary a sklon písmen. Nedodržel řádkování.

***Ve věku 9 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

*Hrubá motorika* - byla v normě. Chlapec plaval.

*Jemná motorika* - nadále celkově neobratná (dyspraxie).

*Grafomotorika* - chlapec měl diagnostikovanou dysgrafii těžkého stupně – písmo bylo neobratné, téměř nečitelné, kolísalo řádkování, sklon a velikost písma. Přetrvával křečovitý úchop a neuvolněné zápěstí. Technika psaní nebyla ještě plně zautomatizována.

***Ve věku 10 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

*Hrubá motorika* - byla v normě.

*Jemná motorika* - nadále celkově neobratná (dyspraxie).

*Grafomotorika* - v oblasti grafomotoriky došlo k výraznému posunu v dovednostech, ale přesto stále přetrvávaly výrazné obtíže. Úchop při psaní byl nadále mírně křečovitý, větší velikost písma, tahy byly nastavované. V písemném projevu byla patrná specifická chybovost. Tempo psaní již bylo přiměřené.

***Ve věku 12 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

*Hrubá motorika* - byla v normě.

*Jemná motorika* - nadále celkově neobratná (dyspraxie), byly patrné koordinační obtíže.

*Grafomotorika* - chlapec psal v neplynulém tempu, písmenka byla lehce rozkolísaná, nelinkovaný sešit mu nesvědčil – neudržel linku.

***Ve věku 14 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

*Hrubá motorika* - byla v normě. Chlapec jezdil na lyžích, hrál fotbal.

*Jemná motorika* - patrná dyspraxie.

*Grafomotorika* - písmo bylo dysgrafické, hůře čitelné.

***Současný stav (16 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

*Hrubá motorika* - je v normě. T nadále hraje fotbal a futsal, lyžuje.

*Jemná motorika* - patrná dyspraxie.

*Grafomotorika* - písmo je dysgrafické, místy hůře čitelné.

**Laterálita:**

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

Laterálita fyziologicky nevyhraněná.

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

Lateralita pravostranná.

***Ve věku 7,5 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Lateralita byla zkřížená – oko levé x ruka pravá.

**Sebeobsluha:*****Ve věku 3 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):***

Chlapec se dokázal samostatně najíst lžící, napomáhal při oblékání (ponožky, kalhoty, boty), svlékal se sám. Potřebu nedokázal hlásit. Byl vysazován na nočník, pomáhal se. Pomáhal uklízet.

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

Chlapec se dokázal obléci s dopomocí. Měl výrazné dyspraktické potíže. Knoflík ani zip nezapnul, tkaničky nezavázal. Jedl vidličkou. Pomáhal s drobnými domácími pracemi.

***Ve věku 10 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Chlapec se samostatně oblékl, někdy však potřeboval dopomoc se zapnutím knoflíku či zipu. Tkaničky si nezavázal (přetrvávaly výrazné dyspraktické obtíže). Dokázal jít sám na malý nákup (ve známém prostředí).

***Současný stav (16 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

T je víceméně samostatný, nadále však přetrvávají dyspraktické potíže. Zavazování tkaniček je pro něj dodnes problematické. Pomáhá s domácími pracemi. Samostatně chodí do školy a ze školy.

**Sociálně citová oblast:*****Ve věku 3let (v tomto období pobývalo dítě v DD):***

Chlapec byl klidný, mírný, kontakt navazoval spontánně, byl sociálně iniciativní a vzhledem k úrovni psychomotorického vývoje byl poměrně zdatný. Spolupracoval ochotně, nabízené podněty však přijímal výběrově. Adaptivní a sociální chování odpovídalo úrovni 21. – 24. měsíce chronologického věku.

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

Emočně byl chlapec pozitivně laděný, až euforický, s hyperaktivními projevy. Sociálně značně infantilní. Působil dojmem, jakoby regresivně prožíval radost a štěstí v bezpečném prostoru rodiny, které mu byly v dřívějších vývojových fázích odeprény.

***Ve věku 7,5 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Chlapec byl vstřícný, v neznámém prostředí mezi cizími lidmi byl pasivní a plachý.

***Ve věku 10 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

U chlapce byla patrná zvýšená emocionalita a citlivost a adaptační potíže. Kontakt s cizí osobou navazoval hůře, mluvil tišším hlasem, nejistě.

***Současný stav (16 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

V neznámém prostředí je T spíše pasivní, adaptační potíže však nemá.

Chlapec je vstřícný, přátelský, klidný a vyrovnaný. Má mnoho kamarádů, s nimiž sdílí společné koníčky – zejména fotbal a futsal.

## **Zrakové vnímání a orientace v prostoru:**

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

Vizuomotorická koordinace byla výrazně abnormní (na úrovni hraničního pásma) – problematická byla zejména vizuální percepce.

### ***Ve věku 7,5 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Chlapec měl obtíže s plošně prostorovou orientací. Přetrvávaly potíže ve zrakové diferenciaci zrcadlových tvarů. Díky narušené prostorové orientaci a zrakovému vnímání, bylo pro chlapce velmi problematické osvojování psacího písma. Při nácviu nových písmen potřeboval tvar písmene rozložit na jednotlivé části, které mu byly barevně odlišeny, aby se ve tvaru zorientoval.

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

Přetrvávala nejistota v pravolevé orientaci na ploše i v prostoru i potíže ve zrakovém rozlišování zrcadlových tvarů.

### ***Ve věku 14 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Stále byla oslabena zraková diferenciacie, zejména v určování pravolevých tvarů.

### ***Současný stav (16 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

Vnímání prostorových vztahů, manipulace s prostorem, zapamatování si prostorových vztahů je podprůměrné.

## **Rozumové schopnosti:**

### ***Ve věku 3 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):***

Chlapec zvládal základní orientaci na vlastním těle. S jistotou ukázal 4 části těla. Dokázal splnit 1 – 2 instrukce najednou. Selektivně si prohlížel obrázky, ale ukazování bylo nejisté.



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

Aktuální úroveň intelektu odpovídala střednímu pásmu průměru, struktura byla mírně disharmonická. Verbální schopnosti odpovídali horní části pásma průměru, početní myšlení a krátkodobá paměť celkové zjištěné úrovni.

***Ve věku 7,5 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Úroveň rozumových schopností celkově odpovídala pásmu širšího průměru, s lehce nerovnoměrným rozložením jednotlivých schopností. Převažovalo prakticko-názorové schopnosti – až hraniční pásmo mírného nadprůměru. Slabší výkony podával chlapec v oblasti plošně prostorové orientace. Naproti tomu v oblasti všeobecné informovanosti a logického myšlení se výkony nacházely v pásmu mírného nadprůměru. Výkony v ostatních subtestech se pohybovaly v pásmu průměru.

***Ve věku 9 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Rozumové schopnosti odpovídaly pásmu průměru. Koncentrace pozornosti v běžném individuálním kontaktu byla bez nápadností.

Celkové psychomotorické tempo bylo pomalejší.

***Ve věku 10 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Zaměření pozornosti bylo povrchní, chlapec se nedokázal zamyslet nad otázkou, vyvinout větší úsilí.

***Ve věku 12 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Intelektová výkonnost se pohybovala v obou složkách (ve slovní i názorové) v pásmu nízkého podprůměru. Neurologickým vyšetřením byl potvrzen syndrom ADD (syndrom poruchy pozornosti) na bázi LMD, který poznamenával práceschopnost chlapce v celém rozsahu.

***Ve věku 14 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Intelektové schopnosti se pohybovaly v pásmu podprůměru (úroveň však mohla být vyšší – přetrvávaly známky rané deprivace)

***Současný stav (16 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

Intelektové schopnosti se nadále pohybují v pásmu podprůměru při rovnoměrně rozložených dílčích výkonech v tomto pásmu.

**Verbální schopnosti:*****Ve věku 3 let (v tomto období pobývalo dítě v DD):***

Vývoj řeči byl významně opožděný. Zaostával za ostatními složkami PMV. Verbální věk odpovídal cca. 18 měsícům. Mezi pasivní a aktivní slovní zásobou byla diskrepance v neprospěch složky aktivní. Chlapec se vyjadřoval převážně citoslovci, začínal užívat duplikace a některá jednoduchá podstatná jména. Srozumitelnost řeči však byla značně problematická. Hračky a předměty denní potřeby se snažil pojmenovat, většinou však nesrozumitelně.

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

Chlapec udělal v oblasti verbální komunikace obdivuhodný pokrok. Obsahová stránka řeči byla na vysoké úrovni, stejně jako sociální porozumění. Ve výslovnosti přetrvávala vícečetná dyslalie. Chlapec měl velkou mluvní apetenci.

***Ve věku 7,5 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Aktivní slovní zásoba byla na dobré úrovni, nadále však přetrvávala dyslalie (R, Ř a Č). V řeči byla patrná artikulační neobratnost a sykavkové asimilace. Vzhledem k potížím s koncentrací pozornosti, které se projevovaly při únavě společně s motorickým nekli- dem (rysy LMD) byly někdy odpovědi na dotazy zbrklé a bezmyslenkovité, a proto i obsahově nepřiléhavé.

***Ve věku 9 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

V řeči přetrvávala artikulační neobratnost, sykavková asimilace a dyslalická výslovnost Ř.

***Ve věku 10 let (chlapec žil v náhradní rodině):***

Dyslalické obtíže již byly plně kompenzovány, nadále však přetrvávala artikulační neobratnost. Na základě deprivacních příznaků z raného dětství vážlo vnímání pocitové stránky řeči. V neznámém prostředí mezi cizími lidmi mluvil chlapec tišším hlasem.

***Současný stav (16 let – chlapec žije v náhradní rodině):***

Chlapec je komunikativní, má přiměřenou mluvní apetenci. V rozhovoru s cizí osobou je vstřícný, ale spíše pasivní. Aktivní slovní zásoba není příliš bohatá.

**Závěr:**

T je chlapec ve věku 16 let. Narodil se jako 4. dítě. Do dvou let věku žil ve své biologické rodině, kde bylo nepodnětné a zanedbávající prostředí. Chlapec byl fyzicky týrán. Ve dvou letech byl společně se svými sourozenci odebrán z rodiny a umístěn do DD. Poté se dostal do náhradní rodinné péče. Dodnes žije s pěstovankou, svými třemi staršími sourozenci a dvěma dalšími mladšími chlapci v SOS dětské vesničce.

Chlapcův psychomotorický vývoj byl opožděn. Ve dvou a půl letech mu byla diagnostikována hypotonie, skoliosa páteře, rachitis tarda, kratší HK a DK a výrazná varosní deformita DK. Hoch byl citově deprivován, intelekt se pohyboval v pásmu LMR. Při odchodu z DD (cca ve 4 letech) odpovídaly rozumové schopnosti hraničnímu pásmu. V 7,5 letech byla diagnostikována ADD na bázi LMD, dyspraxie, dyslexie, dysgrafie a dysortografie.

Chlapec byl sledován na psychologii, neurologii a ortopedii. Na základě doporučení neurologa bylo u dítěte aplikováno několik terapeutických bloků reflexní synergetické terapie. Několik let nosil T celodenně korzet. Od předškolního věku navštěvovalo logopedii. V 9 letech EEG – Biofeedback.

Povinnou školní docházku zahájil T po dvou odkladech, po 0. ročníku. Po absolvování ZŠ byl přijat na SOU – obor podlahář. Učiliště navštěvuje dodnes.

## 6.1 Z rozhovoru s pěstounkou

**Otázka:** „S jakým největším problémem jste se u dítěte potýkala v raném dětství?“

**Odpověď:** „Největší potíže byly s následky křivice, což vyžadovalo každodenní cvičení. Dále logopedická vada, dyspraxie a celková nezralost.“

**Otázka:** „Co všechno jste dělala pro optimální vývoj dítěte a pro kompenzaci jeho potíží?“

**Odpověď:** „S chlapcem jsme hodně rehabilitovali, podstoupil ortopedickou léčbu (nosil korzet), chodil plavat. Pro zlepšení jeho verbálních schopností jsme navštěvovali logopeda a denně cvičili. Pro nápravu motorické nezralosti jsme navštěvovali spec. pedagoga, uvolňovali jsme ruku a prováděli grafomotorická cvičení. Snažila jsem se zařadit chlapce co nejvíc do přirozeného způsobu života, aby se rozkoukal, aby ho měli rádi i jiní lidé kolem, což bylo v jeho případě jednoduché, protože byl milé dítě, sociálně zdatné.“

**Otázka:** „Které odborníky jste navštěvovali?“

**Odpověď:** „Navštěvovali jsme ortopeda, neurologa, fyzioterapeuta, speciálního pedagoga a psychologa.“

**Otázka:** „Které terapie jste s dítětem praktkovali?“

**Odpověď:** „S chlapcem jsme prováděli masáže molitanovými míčky, tzv. „Míčkování“, chodil plavat, cvičili jsme na míči, navštěvoval biofeedback. S nástupem puberty se příležitostně účastnil psychoterapií, protože se zhoršil ve škole, neřešil problémy, které buď obcházel, nebo ignoroval.“

**Otázka:** „Které z potíží vnímáte jako nejmarkantnější dnes?“

**Odpověď:** „Dnes mi připadá, že největší potíže jsou v psychické oblasti, slabé vůli, odklánění se od nepříjemných povinností. Tyto potíže přetrvávají a nedaří se je odstranit. Chlapec nejlépe funguje pod vedením, což už v jeho věku není dobré.“

**Otázka:** „Čemu přisuzujete to, že časem došlo ke změně původní základní diagnózy vašeho dítěte?“

**Odpověď:** „U křivice a vady páteře intenzivní péči zdravotnické i domácí, tyhle zdravotní viditelné vady jde léčit jednodušeji než psychické potíže a následky deprivace. S dyspraxií jsme se museli naučit zacházet, naučit se ji kompenzovat, přičemž bylo důležité ji diagnostikovat.“

**Otázka:** „Pozorovala jste v některém období výraznou akceleraci vývoje? Pokud ano, ve kterém období, a ve které oblasti to bylo nejvíce patrné?“

**Odpověď:** „Jednoznačně nejrychlejší vývoj nastal po přijetí do pěstounské péče, po „rozkoukání se“ v novém prostředí. Z dětského domova neměl moc představu o běžném životě.“

**Otázka:** „Došlo v některém období naopak ke stagnaci vývoje?“

**Odpověď:** „Ke stagnaci dochází v jeho osamostatňování se - jakoby se mu nechtělo dospívat, nepřijímá zodpovědnost, neplánuje budoucnost ...“

**Otázka:** „Jakou roli sehráli sourozenci při vývoji dítěte? (vlastní i nevlastní).“

**Odpověď:** „U chlapce sehráli podstatnou roli. Byli 4 sourozenci a T z nich byl nejmladší a se zdravotním handicapem. Chlapec byl opečovávaný i sourozenci, hlavně od nejstarší sestry, až jsem to musela mírnit: „Teď se o něj postarám já, to není tvoje starost.“

**Otázka:** „Jaké problémy se Vám podařilo nejlépe kompenzovat a které přetrvávají dodnes (pokud nějaké přetrvávají)?“

**Odpověď:** „Jak už jsem zmínila, nejlépe se podařilo kompenzovat tělesné handicap, hůře psychické. Nyní je T zdravý, páteř se mu v období růstu srovnala, tělesné postižení nemá. Ve školních oblastech došlo k částečné kompenzaci, vychodil základní školu, zda se ale vyučí nevím. Nejvíce se, myslím, projevil jeho raný komplikovaný vývoj (týrání ve velmi nízkém věku) v psychické odolnosti - nic neřeší, od problémů utíká, nevnímá je, uzavře se.“

**Otázka:** „V případě, že ano, myslíte si, že bude možné tyto potíže do budoucna plně nebo alespoň částečně kompenzovat?“

**Odpověď:** „Doufám, že časem bude více dozrávat, nyní začal chodit na psychoterapii kvůli školní pasivitě a zhoršenému prospěchu, kdy mu hrozí propadnutí.“

**Otázka:** „Pokud ano, co by podle vás k jejich odstranění či zmírnění nejvíce pomohlo?“

**Odpověď:** „Potřebuje mnohem víc času, stále je ve skluzu, pravděpodobně bude i v rané dospělosti potřebovat stále nějaké vedení, poradenství, delší pobyt v rodině .... A pak nějakou energickou partnerku, která ho bude udržovat v pohybu.“

## 7. Případová studie III

Kazuistika dívky Z

**Pohlaví:** žena

**Rok narození:** 2003

**Diagnóza:** LMR, těžká forma ADHD, MO lehčí spasticko ataktická forma, dyspraxie, symptomatická porucha řeči při MR - opožděný vývoj řeči (původně hodnocen jako vývojová dysfázie), dyslalie, konvergentní strabismus, krátkozrakost

### **Současný stav:**

Z je 11ti - letá dívka vyšší štíhlé postavy. Má dlouhé hnědé vlasy, lehce šilhá. Je velmi milá a přátelská, spontánně navazuje kontakt s dětmi i dospělými a to bez ohledu na to, zda se jedná o známou či cizí osobu. Má velkou mluvní apetenci, snaží se konverzovat na vlastní téma.

Dívka má diagnostikovanou lehkou mentální retardaci, syndrom ADHD, mozkovou obrnu (spasticko - ataktickou formu), symptomatickou poruchu řeči při MR - opožděný vývoj řeči, dyslalii, lehký konvergentní strabismus a krátkozrakost.

Z žije v úplné rodině se svojí matkou otcem a dvěma mladšími zdravými sourozenci (sestra 10, bratr 6 let). Bydlí v rodinném domku se zahradou. Navštěvuje 5. ročník základní školy pro děti s tělesným postižením. Je vzdělávána podle vzdělávacího programu Praktické školy. Rodina se dívce velmi intenzívně věnuje, Z navštěvuje 1 x týdně hipoterapii, chodí do plavání.

V současné době je dívka sledována na psychologii, oftalmologii, neurologii, pravidelně navštěvuje logopedii.

## **Anamnéza a scholarita**

### **Rodinná anamnéza**

Matka - roč. 1975, VŠ, zdravá, otec dítěte - roč. 1966, VŠ, zdrav. Dívka má dva zdravé mladší sourozence, kteří žijí ve společné domácnosti. Rodinná anamnéza bez zátěže. U rodičů ani prarodičů se nevyskytují žádná postižení ani genetické choroby.

### **Osobní anamnéza**

Dítě z 1. bezproblémové gravidity. Porod proběhl v termínu (42 týden), spontánně, bez komplikací. Děvčátko měřilo 52 cm a vážilo 3400 g. Poporodní adaptace bez větších obtíží, novorozeneckou žloutenku dítě nemělo. Čtyři měsíce bylo plně kojeno, do osmého měsíce kojeno s příkrmem.

Nemocnost dítěte v normě, žádný vážný úraz dívka neprodělala, nebyla operována ani hospitalizována. 3 x absolvovala několikatýdenní pobyt v lázních (ve věku 3,5, 4,5 a 6,5 let) za doprovodu jednoho z rodičů. Po intenzivní terapii v lázních byla u dítěte vždy patrná akcelerace vývoje v mnoha oblastech.

Od osmého měsíce je dívka pro opožděný psychomotorický vývoj sledována na neurologii (užívala nootropika a Tanakan), fyzioterapii (mozková obrna lehčího stupně - ve věku 9 - 12 měsíců bylo dítě rehabilitováno Vojtovou metodou, následně byly při cvičení využívány prvky Bobath konceptu) a psychologii (LMR, ADHD). Od 1,5 roku do současnosti je Z v péči logopeda (pro opožděný vývoj řeči, který se z počátku jevil jako vývojová dysfázie, později byl vyhodnocen jako symptomatická porucha řeči při MR - opožděný vývoj řeči a vícečetná dyslalie). Od 17 měsíců dodnes chodí dívka 1 x týdně na hipoterapii.

### **Scholarita**

Od narození do tří let byla Z poskytována domácí péče bez speciálně pedagogického vedení. Od půl roku navštěvovalo dítě s rodiči kurzy plavání. Ve věku 2,5 roku začalo docházet do denního stacionáře, který však pro výrazné adaptační problémy po třech měsících opustilo. Od 3 let (do nástupu do MŠ) bylo v péči SPC, které rodině poskytovalo speciálně pedagogické vedení. Ve 4 letech, poté, co se rodičům nepodařilo nalézt vhodné předškolní zařízení, kam by mohla být dívka (na doporučení psychologa a neurologa) integrována, začala Z navštěvovat speciální mateřskou školu. Když však byla na této škole z legislativních důvodů zrušena rehabilitační péče, rozhodli se rodiče dceru přeradit do



jiného zařízení, které by poskytovalo ucelenou péči. Zvolili tedy mateřskou školu speciální pro děti s tělesným postižením, kam začala docházet ve svých 5,5 letech a kde později nastoupila i povinnou školní docházku. Dítě bylo vzděláváno dle individuálního vzdělávacího plánu. Před nástupem dítěte do prvního ročníku se rodiče po konzultaci s psychologem opět pokusili o integraci do běžné Základní školy. I přes vstřícný přístup tří škol, které v místě bydliště přicházely do úvahy, nakonec z integrace sešlo, neboť v žádné z nich nebyl snížený počet žáků ve třídě.

Z tedy nastoupila po jednoletém odkladu školní docházky do Základní školy pro děti s tělesným postižením, kde byla vzdělávána dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (s názvem - „Škola - cesta do života“). V současné době navštěvuje na této škole pátý ročník, je vzdělávána dle IVP vycházejícího ze ŠVP školy praktické a je hodnocena širším slovním hodnocením.

### **Rodinné prostředí**

Dívka žije v rodinném domě se zahradou společně se svými biologickými rodiči a sourozenci. Má mladší sestru (10 let) a bratra (6 let) s nimiž sdílí společný dětský pokoj. Protože má Z kladný vztah ke zvířatům, chovají doma psa a morče. Rodina dívku od počátku všestranně rozvíjí a podporuje. Matka začala studovat speciální pedagogiku, aby se mohla dítěti věnovat na profesionální úrovni, což je patrné na dívčiných pokrocích.

**Ze zpráv SPC (speciálně pedagogického centra), psychologických a logopedických vyšetření a též z odborných lékařských zpráv - zejména neurologických a psychiatrických z let 2002 až 2011 a též z vlastního pozorování:**

### **Motorika:**

#### *Ve věku 2 let*

*Hrubá motorika* - na přelomu 18. měsíce věku začala dívka samostatně chodit, chůze o širší bázi, dřepa si, dokázala utíkat, do schodů vyšla s pomocí.

*Jemná motorika* - dítě zvládalo pinsetový úchop kostky, předvádělo hru s papírem, cílení při manipulaci a ukazování bylo poměrně přesné.

### *Ve věku 3 let*

*Hrubá motorika* - dívka dokázala hodit míč, kopnout do něj, s dopomocí zvládala vyjít i sejít schody. Hrubá motorika byla méně obratná.

*Jemná motorika* - Z zvládala klíšřkový úchop, jemná motorika byla méně obratná. Dívka dokázala listovat knihou, vložit korálky do tuby, postavit komín z kostek. Při úchopu si často pomáhala oběma rukama.

*Grafomotorika* - kresba byla na úrovni bezobsažného čárání. V pravé ruce Z dokázala držet tužku správně, v levé byl úchop nesprávný.

### *Ve věku 4 let*

*Hrubá motorika* - byla méně obratná - patrné byly známky spasticky na dolních končetinách (diparesa) a celková instabilita, dále pak osová hypotonie s vadným držením těla. Z ráda běhala, skákala, pohyby však byly nekoordinované, dívka často zakopávala, v pohybech chyběla jistota.

*Jemná motorika* se nadále rozvíjela a zlepšovala se její úroveň. Úchop oběma rukama téměř vymizel, pouze při stříhání tvrdého papíru si dívka pomáhala druhou rukou pro snadnější stisk. Z dokázala vhodit korálky do hrdla PET lahve, zvládala navlékání kroužků na trn, krátce též velkých korálek na tkanici.

*Grafomotorika* - kresba již měla obsah (předmět kresby dívka pojmenovávala), dokázala nakreslit obličej, výtvarně se vyjadřovala převážně pomocí koleček a oválů. Měla v oblibě práci s barvami a plastelínou.

### *Ve věku 5 let*

*Hrubá motorika* - pohyby byly nadále ovlivněny instabilitou a psychomotorickým neklidem, byly nekoordinované. Z dokázala s držením za jednu ruku stát na jedné noze, samostatně ne. Chůzi do schodů i ze schodů zvládala se střídáním končetin.

*Jemná motorika* - dívka navlékala velké korále na drátek, malé dokázala navléci na šňůrku. Postavila komín z 6 kostek. Úchop předmětů byl prstový s opozicí palce proti jednotlivým prstům. Činnosti vyžadující přesnost vázly vlivem motorického neklidu. Pohyby byly málo koordinované.

*Grafomotorika* - Z dokázala napodobit uzavřený kruh, rovnou čáru v různých směrech a křížek. Schopnost grafomotorické nápodoby byla snížena. Přímým obtahováním zvládla samostatný horní a dolní oblouk. Figurální kresba byla na úrovni hlavonožce. Úchop tužky s předsunutým prostředníkem a silnějším přitlakem na tužku.

### ***Ve věku - 7 let***

*Hrubá motorika* - nadále snížená obratnost

*Jemná motorika* - pohyby nadále méně koordinované, dyspraxie

*Grafomotorika* - v rozvoji figurální kresby byl patrný pokrok po stránce obsahové i formální - dívka dokázala velmi jednoduše znázornit všechny části těla, částečně byly vyjádřeny i detaily. V grafomotorice zvládala přímé obtahování prvků. Držení tužky nadále nesprávné - s předsunutým prostředníkem. Vizually motorická koordinace byla snížena.

### ***Současný stav -11 let***

*Hrubá motorika* - mírně narušena stabilita a koordinace pohybů. Přetrvává psychomotorický neklid. Ve škole sedí dívka u stolu na běžné židličce.

*Jemná motorika* - s menší přesností zvládán manipulaci s drobnějšími předměty. Koordinace pohybů je narušena zvláště u úkonů zaměřených na přesnost prováděných pohybů.

*Grafomotorika* - úchop psacího náčiní je neadekvátní (s nižším držením), ale zafixovaný, mírně spastický se silnějším tlakem na podložku. Při kreslení a psaní dívka sklání hlavu velmi blízko nad podložku. Linie čáry je kostrbatá. Písmo je nevyrovnané, větší, neuspořádané a dívku velmi vyčerpává.

## **Lateralita:**

### ***Ve věku 2 let***

Lateralita fyziologicky nevyhraněná.

### ***Ve věku 3 let***

Lateralita fyziologicky nevyhraněná.

***Ve věku 4 let***

Lateralita ještě nebyla plně vyhraněna, dívka však častěji preferovala pravou horní končetinu.

***Ve věku 5 let***

Při manipulaci s předměty upřednostňovala dívka pravou horní končetinu, vedoucí oko taktéž pravé.

***Ve věku 7 let***

Lateralita již plně vyhraněna - pravostranná souhlasná.

***Současný stav -11 let***

Při práci dívka využívá především pravou horní končetinu, levá slouží k dopomoci, ale při manipulačních činnostech občas ruce střídá.

**Sebeobsluha :*****Ve věku 4 let***

Dívka byla schopna se samostatně najíst lžící, pomáhala si prsty, jedla nečistě (jídlo jí často vypadávalo z talířku, mnohdy omylem převrhla hrníček s nápojem...). S dopomocí si zvládala umýt ruce a vyčistit si zuby. Potřebu nehlásila, většinou neupozornila ani v momentě, kdy se počurala. Pleny však nenosila. Při oblékání byla Z nesamostatná, potřebovala pomoc dospělé osoby. S pomocí se dokázala vyzout a obléci si tričko, taktéž stáhnout a natáhnout kalhoty. Knoflík ani zip zapnout ani rozepnout nedokázala.

***Ve věku 5 let***

Tělesnou čistotu již dívka zachovávala, sama se najedla lžící, pila z hrníčku, při oblékání nadále nutná dopomoc dospělé osoby.

***Ve věku 7 let***

V základních sebeobslužných činnostech byla Z již víceméně samostatná, byl však ještě nutný dohled dospělé osoby.

***Současný stav 11 let***

Při všech sebeobslužných činnostech je nadále nutný dohled dospělé osoby.

**Sociálně citová oblast:*****Ve věku 2 let***

Dívka byla milá, sociabilní, vstřícná. Cizí autoritu dokázala přijmout, v chování se neprojevoval dětský negativismus. Měla ráda změny prostředí, dobře se adaptovala, spolupracovala přiměřeně věku.

***Ve věku 3 let***

Z byla nadále převážně pozitivně emočně laděná, projevy dětského negativismu zcela chyběly. Měla velkou snahu navazovat sociální kontakt. Bez problému se adaptovala v cizím prostředí, přijímala cizí autority.

***Ve věku 4 let***

Dívka v tomto věku začala navštěvovat mateřskou školu speciální. Kontakt s ostatními dětmi Z vyhledávala, iniciovala jej. Vzhledem k velmi krátkodobé pozornosti však společnost dětí často střídala. Na nové prostředí se adaptovala bez větších potíží, byla však patrná velmi silná fixace na matku. V případě konfliktu s dětmi jej nedokázala samostatně vyřešit a vyhledávala pomoc dospělé osoby.

***Ve věku 7 let***

Dívka byla nadále pozitivně emočně laděna, spontánně navazovala kontakt s dětmi i dospělými osobami.

### *Současný stav 11 let*

Sociální chování dívky je vzhledem k věku nezralé. Projevuje se lehká emoční labilita (sklon k úzkostným reakcím při neúspěchu). Z se snaží spolupracovat, nadále je však velmi roztěkaná a nesoustředěná. Dobře reaguje na motivaci a pochvalu, ráda předvádí co umí, ale pro poruchy koncentrace pozornosti se jí práce ne vždy daří.

## **Rozumové schopnosti:**

### *Ve věku 2 let*

Psychomotorický vývoj dítěte byl nerovnoměrný, lehce opožděný, nejvýraznější opoždění bylo patrné ve verbální složce. Vývoj však postupoval pomalým tempem vpřed, nestagnoval.

### *Ve věku 3 let*

Psychomotorický vývoj byl nerovnoměrný, opožděný, vývojová úroveň odpovídala ve většině oblastí cca. věku 22 měsíců, v oblasti řeči bylo opoždění nejvýraznější. Verbální věk odpovídal věku 10 měsíců. Dívka rozpoznala kolečko, dokázala zasunout tři základní geometrické tvary do desky, rozlišovala základní předměty.

### *Ve věku 4 let*

Pozornost byla významně narušena, byla snadno odklonitelná vnitřními i vnějšími podněty. Koncentrace pozornosti byla velmi krátkodobá. Dívka byla lehce unavitelná. Projevoval se silný motorický neklid. Od hry často odbíhala. Výkon byl vždy významně ovlivněn koncentrací pozornosti. Dívka rozeznávala základní geometrické tvary, barvy nepojmenovala ani nevybrala podle jejich názvu, dokázala je však správně přiřadit. Pojmy „před, za, pod...“ jí činily značné obtíže. Orientovala se na vlastním těle.

### *Ve věku 5 let*

Koncentrace pozornosti byla nadále výrazně narušena. Dívka dokázala mechanicky napočítat do 4. Přiřadila a pojmenovala všechny základní i doplňkové barvy. Chápala po-

jem „malý x velký“. Při práci na řádku pracovala zprava doleva, vázlo pochopení pořadí prvků na řádku.

S dopomocí dokázala vložit geometrické tvary na předkreslené schéma. Orientace v čase byla utvořena na nejzákladnější úrovni (den x noc). Pravolevá orientace utvořena nebyla.

### *Ve věku 7 let*

Časové představy, pravolevá orientace a orientace v prostoru nadále nebyly upevněny. Orientace v množství byla na úrovni více x méně. Číselnou řadu zvládla dívka mechanicky vyjmenovat do 11, s názorem při ukazování přeskakovala počítané prvky. S jistotou poznala symbol 1. Aktuální intelektová výkonnost byla v jednotlivých složkách nevyrovnaná ve prospěch složky verbální (x dříve byla složka verbální naopak nejvýrazněji oslabena), která se pohybovala při dolní hranici pásma hraniční inferiority, složka názorová byla již v pásmu lehké mentální retardace.

### *Současný stav 11 let*

Koncentrace pozornosti je nadále velmi problematická. Dívka se dokáže soustředit pouze velmi krátkou dobu, a to i při řízené činnosti. Při samostatné práci nebo mezi dětmi ve třídě se soustředí ještě hůře (pracovat mezi dětmi téměř nedokáže). Při neúspěchu má tendence se rychle vzdávat. Je velmi snadno unavitelná, při únavě se stupňuje motorický neklid. Na pochvalu a pozitivní zpětnou vazbu reaguje, ale ani tak míru soustředění ovlivnit nedokáže. Je nutné často střídát činnosti a mezi jednotlivé úkoly vkládat relaxační chvíle. Při práci je stále nutné přímé vedení.

Celková aktuální úroveň intelektových schopností se pohybuje v pásmu lehké mentální retardace (v horní třetině pásma), verbální a názorová složka je vcelku vyvážená, značně nevyrovnaná je ale struktura dílčích schopností. Relativně nejlepší jsou vyjadřovací schopnosti a schopnost vnímat vztahy mezi celkem a částmi při využití konkrétních předloh. Slabší je všeobecná informovanost, schopnost zobecňovat, zraková diskriminace detailů i krátkodobá sluchová paměť (zejména paměť pracovní, mechanická paměť je na lepší úrovni). Ve struktuře schopností jsou výrazně oslabeny schopnosti početní, porozumění

běžným sociálním situacím a adekvátní orientace v nich a úroveň logického uvažování při práci s názorným materiálem.

Z má utvořenu mechanickou číselnou řadu do 20, z nepozornosti však mnohdy chybuje. Orientace v číselné řadě není fixovaná. Číslice pozná do 20 bez problémů. Sčítání do deseti téměř bez chyb (některé spoje už zvládá z paměti). Při odečítání ještě občas chybuje, ale dokáže se opravit. Se slovními příklady si většinou neví rady. Někdy si plete matematická znaménka. Na počítání se nedokáže soustředit, a proto dělá mnoho chyb.

Kvalita čtení je přibližně v normě (pro její vzdělávací program). Pokud je dívka odpočatá a soustředí se, čte poměrně plynule s občasným slabikováním, čte s odpovídajícím porozuměním.

V psaní zvládá všechna probraná písmena (občas si však nedokáže vybavit požadovaný tvar písmene), opis i přepis jednoduchých slov. V opisu i v diktátech vynechává písmenka ve slovech, někdy vynechá i celé slovo. Spíše než o chyby specifické pro poruchy učení, jedná se o chyby způsobené nedostatečným soustředěním.

## **Verbální schopnosti:**

### ***Ve věku 2 let***

Řečový vývoj byl od počátku významně opožděn. Dívka rozuměla jednoduchým slovním pokynům s doprovodným gestem, reagovala na své jméno, na zavolání. Nahlas se smála, vokalizovala libé a nelibé pocity, používala gest k vyjádření přání, užívá první duplikace - „máma, táta, pápá“, ne vždy však s významem. Základní zvířátka zatím nenapodobovala, ale poznala je.

### ***Ve věku 3 let***

Z reagovala na jednoduché verbální instrukce i bez doprovodného gesta, dokázala též slovním pokynům vyhovět. Rozeznávala domácí zvířata, na něž na vyzvání dokázala v knížce či na obrázcích ukázat prstem, jejich zvuky však nenapodobila. Chápala kontext jednoduchých sociálních situací. Mezi pasivní a aktivní slovní zásobou byla patrna diskrepance v neprospěch složky aktivní. Slovník se rozvíjel jen velmi pozvolna. V tomto věku užívala dívka asi 5 jednoduchých slov s významem.



### *Ve věku 4 let*

Pasivní slovní zásoba se nadále rozšiřovala, velmi pozvolna rostla i zásoba aktivní. Dívka rozuměla stále většímu množství slovních instrukcí, zákazů chápala, ne vždy jej však respektovala. Pasivní slovník obsahoval pojmy základní slovní zásoby. Z dokázala ukázat jednotlivé části těla na sobě, na druhé osobě i na obrázku, byla schopna vybrat jeden z několika předmětů (až z 8 nabízených) v jejich reálné i zástupné podobě (předměty denní potřeby, zvířata, hračky, potraviny i některé činnosti). Aktivní slovník byl výrazně podprůměrný. Obsahoval několik duplikací (např. mam, táta, jéje...) a některá onomatopoeia (např. pi, haf, brm...). Ve slovníku bylo zastoupeno i několik jednoduchých podstatných jmen, jejich srozumitelnost však byla značně problematická (např. boty = tábí). Na vyzvání dokázala dívka říci vlastní jméno. Z měla menší mluvní apetenci, svůj nedostatečný verbální projev se však snažila kompenzovat nonverbálními prostředky (zejména gesty a výraznou mimikou, oční kontakt byl slabší).

### *Ve věku 5 let*

Nadále byla patrna diskrepance mezi impresivní a expresivní složkou řeči, v obou složkách však došlo k výrazné akceleraci vývoje. Znatelně se též zvýšila mluvní apetence děvčátka.

Z se pokoušela napodobovat nová slova (1 - 3 slabičná), srozumitelnost řeči však byla nadále velmi problematická. Ze slovních druhů byla v aktivním slovníku zastoupena především citoslovce, podstatná jména a některá slovesa. Dívka se vyjadřovala jednoduchými dysgramatickými větami. Dokázala již samostatně reprodukovat dětské říkadlo.

### *Ve věku 7 let*

Dřívější diagnóza vývojová dysfázie byla (po psychologickém vyšetření - viz výše) přehodnocena na symptomatickou poruchu řeči při MR - opožděný vývoj řeči, dyslalii. Verbálně se dívka často opakovaně vracela k předchozím činnostem a komentovala sdělené pokyny.

### *Současný stav 11 let*

Dívka je při navazování kontaktů vstřícná. Na kladené otázky odpovídá ochotně, v jednoduchých větech. Odpovědi jsou místy obsahově nepřiléhavé. Pokouší se i spontánně zapojovat do hovoru, často však utíká od tématu diskuse, nebo se pokouší stočit téma hovoru k oblasti svých zájmů. Místy se objevují řečové stereotypie. Je patrná artikulační neobratnost a přetrvávající zbytky dyslalie (již pouze rotacismus).

### **Závěr:**

Z je dívka ve věku 11 let, žijící v úplné biologické rodině se svými rodiči a dvěma vlastními zdravými mladšími sourozenci (sestra 10 let, bratr 6 let). Rodinné prostředí poskytuje dívce maximální možnou péči a všestranně ji rozvíjí. Dívce byla diagnostikována těžká forma ADHD, MO lehčí spasticko - ataktická forma, dyspraxie, vývojová dysfázie, která však byla ve školním věku přehodnocena na symptomatickou poruchu řeči při MR - opožděný vývoj řeči, dyslalie (rotacismus, rotacismus bohemikus), LMR, konvergentní strabismus a krátkozrakost.

Od nejútlejšího věku Z se rodiče snažili vyhledat a zajistit dítěti odbornou pomoc. Dívka byla, a dodnes je, sledována na psychologii, oftalmologii, neurologii, pravidelně navštěvuje logopedii.

Ve věku 2,5 roku začalo dítě navštěvovat denní stacionář, od 3 let (do nástupu do MŠ) bylo v péči SPC. Ve 4 letech, poté, co se rodičům nepodařilo nalézt vhodné předškolní zařízení, kam by mohla být dívka integrována, začala Z navštěvovat speciální mateřskou školu. Od svých 5,5 let navštěvuje zařízení pro děti s tělesným postižením (nejprve MŠ, v současné době ZŠ). Dítě je vzděláváno dle individuálního vzdělávacího plánu. Před nástupem do prvního ročníku se rodiče po konzultaci s psychologem opět neúspěšně (z důvodu velkého počtu žáků ve třídě) pokusili o integraci do běžné Základní školy. V Základní škole pro děti s tělesným postižením, byla dívka vzdělávána dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (s názvem - „Škola - cesta do života“). V současné době navštěvuje na této škole pátý ročník, je vzdělávána dle IVP vycházejícího ze ŠVP školy praktické a je hodnocena širším slovním hodnocením. Jednou týdně navštěvuje hipoterapii a plavání.

## 7.1 Z rozhovoru s matkou dítěte

**Otázka:** „S jakým největším problémem jste se u dítěte potýkala v raném dětství?“

**Odpověď:** „Dcera nemluvila a nemohli jsme najít logopeda, nebo nějakého jiného odborníka, který by nám pomohl nebo poradil.“

**Otázka:** „Co všechno jste dělala pro optimální vývoj dítěte a pro kompenzaci jeho potíží?“

**Odpověď:** „Běhala jsem „po všech čertech“ a hledala pomoc. Postupně jsem nakupovala různé pomůcky – hračky, pracovní sešity, odbornou literaturu atd., pak jsem začala studovat. Postupně jsem přicházela na to, co a jak, ale o krůček později než bylo třeba. Snažila jsem se konkrétně, cíleně a krok za krokem rozvíjet předškolní dovednosti, s nástupem do školy už na to nebyl dostatek času.“

**Otázka:** „Které odborníky jste navštěvovali?“

**Odpověď:** „Neurologa, ortopeda, fyzioterapeuta, spec. pedagoga, oční lékaře, psychiatra, foniatra.“

**Otázka:** „Které terapie jste s dítětem praktikovali?“

**Odpověď:** „V 8. měsíci krátce Vojtovu metodu, jinak žádné konkrétní.“

**Otázka:** „Které z potíží vnímáte jako nejmarkantnější dnes?“

**Odpověď:** „Asi dodržování hygienických návyků. Často si zapomene umýt ruce, chodí neupravená, rozčuchaná. Ve všech sebeobslužných činnostech potřebuje dohled. A druhým největším problémem je asi sociální odbržděnost. Neodhaduje, co si ke komu může dovolit, je familierní k cizím lidem, dává se s každým do řeči. Potíže přetrvávají také v oblasti komunikace – dcera nedokáže udržet téma, o kterém právě hovoří, velice často přeskakuje z jednoho tématu na druhé, vyprávění je nesouvislé, často nedává smysl.“

**Otázka:** „Čemu přisuzujete to, že časem došlo ke změně původní základní diagnózy vašeho dítěte?“

**Odpověď:** „Zřejmě byla předčasně stanovena diagnóza.“

**Otázka:** „Pozorovala jste v některém období výraznou akceleraci vývoje? Pokud ano, ve kterém období, a ve které oblasti to bylo nejvíce patrné?“

**Odpověď:** „Kolem pátého roku došlo k markantnímu nárůstu aktivní slovní zásoby“

**Otázka:** „Došlo v některém období naopak ke stagnaci vývoje?“

**Odpověď:** „Ne přímo ke stagnaci, ale asi od 10ti let vývoj pokračuje jen velmi pozvolna.“

**Otázka:** „Jakou roli sehráli sourozenci při vývoji dítěte?“

**Odpověď:** „Ve všech směrech podstatnou a doposud hrají. Dcera měla dlouho problém vymyslet hru, kterou by se chvíli zabavila. Sourozenci hráli významnou roli právě v rozvoji její schopnosti si hrát, zapojit se do nějaké činnosti s druhými. Napodobuje je – táhnou ji kupředu (bruslení, sporty...). Za velmi pozitivní považuji také to, že holky spolu navštěvují skaut, kde její mladší sestra hraje přirozeně roli „asistentky“. Ostatní děti jí pak lépe přijímají, než kdyby měla dospělou asistentku.

**Otázka:** „Jaké problémy se Vám podařilo nejlépe kompenzovat a které přetrvávají dodnes (pokud nějaké přetrvávají)?“

**Odpověď:** „Nemohu jednoznačně říct – spíše jde o celek. Přetrvávají výraznější obtíže v socializaci – vykat, neskákat do řeči, slušně se najíst, napít, dodržovat hygienu – mít čisté ruce, obličej....“

**Otázka:** „V případě, že ano, myslíte si, že bude možné tyto potíže do budoucna plně nebo alespoň částečně kompenzovat?“

**Odpověď:** „Snad částečně.“

**Otázka:** „Pokud ano, co by podle vás k jejich odstranění či zmírnění nejvíce pomohlo?“

**Odpověď:** „Moje důslednost (důslednost okolí) a intenzivnější spolupráce se školou.“

## 8 Narušený vývoj řeči

### Terminologické vymezení narušeného vývoje řeči

Narušený vývoj řeči je široce chápána kategorie zejména kvůli množství příčin, a bohatosti symptomů. Definuje se jako narušení jedné či více, případně i všech oblastí vývoje řeči (osvojování mateřského jazyka) vzhledem k chronologickému věku dítěte. Deficity se mohou projevat ve všech jazykových rovinách (morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické a pragmatické).

Lechta definoval narušenou komunikační schopnost takto: „...komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální či pragmatickou jazykovou rovinu, resp. může jít o verbální i neverbální, mluvenou i grafickou formu interindividuální komunikaci, její expresivní i receptivní složku. Zahrnuje tedy jazykové i nejazykové prostředky komunikace.“

Narušený vývoj řeči může být hlavním příznakem v klinickém obraze (např. vývojová dysfázie) nebo se u dítěte může vyskytovat jako součást jiného dominantního postižení (např. jako symptomatická porucha řeči při mentální retardaci, poruchách autistického spektra, smyslovém – nejčastěji sluchovém postižení...).

### 8.1 Vývojová dysfázie (VD)

Vývojová dysfázie je termín označující specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.<sup>39</sup>

U dětí s vývojovou dysfázií je patrný rozpor mezi nedostatečnou úrovní verbální komunikace a navenek normálně fungujícím intelektem.

---

<sup>39</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 110

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými příznaky včetně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Nejvýznamnějším symptomem je většinou markantnější opoždění vývoje řeči.

Porucha se může jevit jako mnohočetná dyslalie (patlavost = vadná výslovnost jedné nebo několika hlásek) jindy se jedná o nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti (v takových případech bývá obzvláště důležitá a mnohdy velmi složitá diferenciální diagnostika).

Základním příznakem vývojové dysfázie je vždy **opozděný vývoj řeči**. Může zasahovat oblast sémantickou, syntaktickou i gramatickou. Užívání nepřesného slovosledu, odchylky ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů (mnohdy se omezují na užívání citoslovcí, podstatných jmen a základních sloves), nesprávné koncovky při ohýbání slov, vynechávání některých slov (zvrtná zájmena, předložky, spojky...), omezení slovní zásoby, redukce stavby věty na jedno či dvouslovné.

Dále jsou patrné poruchy fonologického systému na úrovni rozlišování distinktivních rysů hlásek. Řeč je na poslech výrazně patlavá, někdy až nesrozumitelná. Může docházet k záměnám či redukcím hlásek (zejména hlásek artikulačně náročnějších) nebo i celých slabik ve slově (zejména u slov víceslabičných) – slova jsou komolena mnohdy až k nesrozumitelnosti. Vzhledem k uvedeným příznakům hovoříme někdy nejen o opožděném, ale i o odchýlném vývoji řeči.

#### **Příznaky v dalších oblastech:**

- Mezi jednotlivými složkami (zejména mezi úrovní intelektu a úrovní grafomotoriky) může být diskrepance dosahující rozdílu i několika let.

**Porucha intelektu zcela zásadně není součástí klinického obrazu vývojové dysfázie. Pokud je přítomna, jde o další přidruženou poruchu a v podstatě se jedná o kombinované postižení. Intelekt může být i nadprůměrný, a to dokonce i u velmi těžkých forem dysfázie, kdy je výrazně redukována slovní zásoba a srozumitelnost řeči je nepostižena. Na druhé straně při opožděném zahájení**

terapie řeči může dojít k sekundárnímu poklesu intelektu pro nedostatek informací.<sup>40</sup>

- Diskrepance mezi verbálními a neverbálními schopnostmi. **Úroveň verbálního projevu je výrazně nižší, než odpovídá intelektovým schopnostem i kalendářnímu věku dítěte. Verbální faktor je výrazně opožděný a při nedostatečné stimulaci vývoje řeči se sekundárně mohou zhoršovat i rozumové schopnosti dětí.**<sup>41</sup>
- Narušení zrakového vnímání – potíže v kresbě. Kresba dysfagických dětí má diagnostickou hodnotu. Kresba postavy patří mezi tradiční metody diagnostiky u dětí s poruchami řeči a sluchu neboť nevyžaduje verbální projev. Poskytuje informace o duševním stavu dítěte ve třech rovinách:<sup>42</sup>
  - a) odráží úroveň zrakové percepce, představivosti, paměti jemné motoriky a senzomotorické koordinace, jakož i integraci těchto funkcí
  - b) odhaluje dosaženou úroveň vývoje intelektových schopností
  - c) promítají se do ní některé osobnostní charakteristiky jedince.

Hlubší analýzu kresby provádí psycholog. Formální provedení kresby (které mohou posuzovat i jiní odborníci vyšetřující dítě s narušeným vývojem řeči) je citlivým indikátorem mozkového poškození. Švancarová a Švancara uvádějí následující znaky organicity, jež, v případě, že se objeví v počtu dva a více, vysoce korelují s mozkovými syndromy:

- sklon postavy větší než 95° nebo menší než 85°
- dvojité linie
- přerušované čáry
- tremor, roztřesené linie
- nenavazující linky

---

<sup>40</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 119

<sup>41</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 112

<sup>42</sup> LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 92



Kresba mentálně retardovaných dětí se vyznačuje především obsahovým primitivismem, u dětí s VD je přítomno více znaků organicity. Obsahová stránka kresby bývá zpravidla na vyšší úrovni než její stránka formální.

Přesto má kresba dysfagických dětí ve srovnání s kresbou dětí intaktních nízkou úroveň. Panáček většinou nemá detaily obličeje (ústa, nos, uši, vlasy) nebo je dítě nakreslí s rotací do svislé roviny. Postava často nemá ani některé části těla (prsty, krk) a oblečení. Postavy působí neživě, schematicky, až morbidně.<sup>43</sup> Velmi podprůměrný výkon podávají dysfagické děti také ve zkoušce obkreslování (bez ohledu na intelekt) – využívají se standardizované testy pro děti od pěti, resp. čtyř let – Matějčkův Test obkreslování a Kresba postavy v úpravě Šturmy a Vágnerové.

- Narušení sluchového vnímání – u dětí s VD jsou patrné poruchy vnímání a užívání jednotlivých hlásek, poruchy rozlišování zvukově podobných hlásek, poruchy vnímání i tvorby sledů hlásek i slabik. Podle Škodové má neúspěch v testu fonematického sluchu u dětí starších než pět let diferenciálně diagnostický význam.
- Narušení paměťových funkcí - kvalita paměti může mít diferenciálně diagnostickou hodnotu. Děti s vývojovou dysfázií mají nápadnou poruchu krátkodobé verbálně sluchové paměti. Nepamatují si základní instrukce, nezvládají opakování delších slov (slova komolí, přesmykují slabiky nebo užívají pouze počáteční či koncové slabiky nebo části slova). Ve větě nedodrží slovosled, redukují počet slov. Nezvládají ani jednoduchá dětská říkadla, mají potíže s reprodukcí jednoduchého rytmu.
- Narušení orientace v čase a prostoru – dítě mívá potíže s pravolevou orientací (v prostoru i na ploše), chybně vnímá i časové vztahy (orientace v čase – určování dnů v týdnu, denní doby, měsíce v roce... bývá problematické), vztahy mezi rodinnými příslušníky...
- Narušení motorických funkcí – zejména jemné motoriky rukou, poruchy oromotoriky – děti často nedokážou napodobit ani základní pohyby či grimasy. Více než vlastní pohyb určité části mluvidel (jazyk, rty, čelisti...) je narušena koordinace. Dále se objevují deficity v prostorovém uspořádání pohybů, časté je i opoždění hrubé i jemné motoriky.

---

<sup>43</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 119

- Lateralita – často se vyskytují nevýhodné typy laterality – nevyhraněná dominance, zkřížená lateralita (levé oko pravá ruka či naopak) nebo souhlasná levostranná preference ruky a oka.

### Diferenciální diagnostika

Vývojovou dysfázií je nutno diagnostikovat jako celek – tedy všechny její projevy. Opoždění jednotlivých složek osobnosti je nerovnoměrné.

V rámci diferenciální diagnostiky je třeba oddělit vývojovou dysfázií od

- těžké dyslalie – to bývá nejčastější záměna zejména mezi laickou veřejností
- opožděného vývoje řeči prostého – na rozdíl od vývojové dysfázie v tomto případě není kromě vývoje řeči opožděn vývoj dalších složek osobnosti
- vady nebo poruchy smyslové – nejčastěji vady sluchu
- opožděného vývoje řeči, který je způsobený anomálií mluvidel – např. submukózním rozštěpem patra...
- opožděného vývoje řeči, který je symptomem MR – je opožděn celý vývoj osobnosti, ale na rozdíl od vývojové dysfázie je opožděn rovnoměrně (stejněho stupně) a ve všech složkách.
- opožděného vývoje řeči, který je symptomatickou poruchou řeči při poruchách autistického spektra (PAS)
- vývojové dysartrie – může mít podobné příznaky v řeči, které však vyplývají z odlišné podstaty neurologického postižení

Ve věku 2,5 – 3 let mohou při diferenciální diagnostice posloužit jako ukazatel tyto projevy:

- Má-li dítě zájem o komunikaci, rozumí slovními pokynům přiměřeným svému věku a adekvátně na ně reaguje. Narušena je však expresivní složka řeči - dítě se projevuje pouze hlasem, izolovanými slabikami nebo omezeným množstvím slov, jde s velkou pravděpodobností o opožděný vývoj řeči. Je však nutno vyloučit sluchovou vadu.
- Pokud má dítě zájem o komunikaci, ale na slovní instrukce reaguje nepravidelně či nepřiměřeně, může se jednat o poruchu sluchu, projevy LMD různé etiologie. Nutné je také ověřit intelektové možnosti dítěte.

- V případě, že má dítě minimální nebo žádný zájem o komunikaci, na pokyny reaguje nepravidelně, lze předpokládat opoždění vlivem psychické poruchy nebo výrazně neurotické charakteristiky, např. mutismus. Může se také jednat o poruchu autistického spektra či o mentální retardaci.

Vývojová dysfázie má systémový charakter a zasahuje v různém stupni a širokém spektru senzorickou i motorickou oblast řeči ve všech jazykových rovinách. Mezinárodní klasifikace nemocí vyčleňuje dvě **formy vývojové dysfázie**:

1. **Dysfázie motorická** - převažují obtíže v logomotorické oblasti – při této formě je vývoj řeči vždy opožděn, aktivní slovník je výrazně nižší než úroveň rozumění slovům a větám, je patrná diskrepance mezi vývojem verbální komunikace a neverbální inteligence v neprospěch řeči, dítě více spoléhá na neverbální způsoby komunikace, řeč je tvořena těžkopádně, mluvní apetence je malá.
2. **Dysfázie senzorická** – převažují obtíže v receptivní oblasti řeči (poruchy fonematičtějšího sluchu, poruchy verbální sluchové paměti, poruchy krátkodobé paměti, obtíže v porozumění slovům a chápání jejich obsahu) – při této formě VD nemusí být vývoj řeči výrazně opožděn, slovník nemusí být chudý, ale dítě často užívá slova bezobsažně (vágní slovník), řeč je často plynulá, ale prakticky nesrozumitelná, mluvní projev je výrazně deformovaný (vlastní žargon), mluvní apetit může být přiměřený.

Diagnostika intelektových schopností dítěte je nevyhnutelnou součástí diagnostiky narušeného vývoje řeči. Tuto diagnostiku provádí výlučně psycholog. Vyšetření ukáže zda a jak poruchy řeči souvisejí s jednotlivými složkami intelektových schopností, a v tomto smyslu přispívá k diferenciaci toho, o jaký typ narušeného vývoje řeči u dítěte jde.

**Pro děti na hranici mentální retardace a mentálně retardované je charakteristická relativní vyváženost verbální a neverbální složky intelektu ve smyslu snížení výkonů v obou oblastech do pásma hraniční inferiority (IQ 79 – 70) a inferiority (IQ 69 a méně). Oproti tomu pro děti se specificky narušeným vývojem řeči je naopak typická**

diskrepance mezi úrovní verbálních a názorových schopností ve prospěch názorových, které se zpravidla pohybují v pásmu širšího průměru ( IQ mezi 85 a 115).<sup>44</sup>

## 8.2 Opožděný vývoj řeči jako symptomatická porucha řeči při mentální retardaci

Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností. Mezi tyto patří schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí. Mentální retardace je stav trvalý prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie. Tento stav je nutno odlišit od defektů získaných po druhém roce. V tomto případě hovoříme o demenci.

**Při mentální retardaci je vždy přítomen opožděný vývoj řeči.** Bývá narušena ve všech jazykových rovinách. Mnohdy jde o první projev, který upozorní na vývoj odlišný od normy. Kromě nejlehčích forem mentální retardace nedosáhne řeč lidí s MR ani v dospělosti úrovně normy.

Nejnápadnějším symptomem (z hlediska řeči) je narušení obsahové stránky řeči (pojmová vybavenost je podprůměrná, pojmy jsou mnohdy užívány nepřesně či nepřiléhavě, narušena je i gramatická stránka řeči) současně se stránkou formální (výslovnost). Narušeny bývají také modulační faktory řeči (melodie, rytmus, tempo).

Je-li mentální retardace důsledkem organického postižení CNS, pak se ve vývoji takto postižených dětí projevují i další známky organicity (hyperaktivita nebo naopak pasivita, poruchy pozornosti a výraznější nerovnoměrnosti rozvoje dílčích schopností).

Podle typu chování rozlišujeme typ instabilní a apatický.

S opožďováním kognitivního vývoje se často objevují i přidružené sociálně nepřiměřené poruchy chování. Časté jsou stereotypní pohyby, které jsou součástí normálního vývoje v kojeneckém věku. U lidí s mentální retardací je rovněž celkově větší výskyt dalších psychických poruch s převážně somatickými projevy (poruchy spánku, úzkost, depre-

---

<sup>44</sup> LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 92

se...). Reagují často velmi citlivě na emoční podněty z okolí – nejčastěji zvýšeným nekli- dem nebo emoční labilitou.

Symptomatologie je také různá podle formy mentální retardace. Specifické mluvní projevy jsou v odborné literatuře lépe popsány u forem, jež se vyznačují rovněž nápadnými somatickými znaky. Ale ne každá forma mentální retardace má i nápadné řečové projevy.<sup>45</sup>

### **Diagnostika MR**

Vyšetření provádí klinický psycholog. Vyšetření zahrnuje: stanovení pásma intelektové úrovně, popis percepčních a senzoryckých schopností dítěte (přijímání podnětů a jejich zpracování), vizuoprostorové schopnosti, paměť, pozornost, způsoby zvládnání náročných situací, to, jakým způsobem se dítě učí, kterých smyslů při učení nejlépe využívá, způsob navazování sociálních vztahů a také charakteristiku sebepojetí dítěte.

K určení diagnózy nestačí pouze selhávání v testech inteligence, ale dítě nebo dospělý musí současně selhávat i v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí. Rozhodující pro určení pásma retardace musí být především kvalita zvládnání životních nároků dítěte nebo dospělého v jeho prostředí.<sup>46</sup> Řeč i úroveň pohybových schopností jsou rovněž součástí psychologického vyšetření.

**Vyšetření řeči** musí obsahovat:

- vyšetření porozumění řeči
- vyšetření obsahové stránky řeči (úroveň pasivní i aktivní slovní zásoby a schopnost využít ji k funkční komunikaci)
- vyšetření řečových motorických funkcí (respirace, fonace, artikulace)
- zhodnocení úrovně prozodických faktorů řeči (melodie, tempo, rychlost)

---

<sup>45</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 397

<sup>46</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 398

- zhodnocení možností a schopností neverbální komunikace (pro využití alternativních či augmentativních forem komunikace ke kompenzaci těžkých poruch komunikace)

### Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnostiky je nutné odlišit od mentální retardace opoždění psychického vývoje v důsledku

- těžké smyslové vady (nejčastěji sluchové)
- emoční, podnětové či kulturní deprivace
- případy, kdy došlo k vývojové stagnaci či regresi psychického vývoje později v průběhu dětství nebo dospívání

Podle Lechty závisí vývoj řeči na stupni mentální retardace. Mezi těžkou a středně těžkou mentální retardací je nejnápadnější rozdíl právě v úrovni řečových schopností, zatímco mezi středně těžkou a lehkou retardací není rozdíl tak nápadný.

### Stupně mentální retardace:

- *Lehká mentální retardace* (lehká slabomyslnost, oligofrenie, lehká mentální subnormalita, debilita), (IQ 50 -69) – pokud nejde o kombinované postižení, bývá LMR často diagnostikována až v předškolním věku. V dospělosti odpovídá mentální úroveň jedince s LMR 9 – 12 roků. Počátek vývoje řeči nemusí být výrazně opožděn. Abstraktní myšlení nedosáhne úrovně lidí duševně zdravých. Vážně obzvláště schopnost usuzování. Jejich řeč nemusí být nápadná, ale verbálně mohou selhat v nepředvídaných komunikačních situacích, kde nemohou použít zafixované řečové.<sup>47</sup> Myšlení je stereotypní a málo pružné. Mechanická paměť a vizuomotorické schopnosti mohou být na poměrně dobré úrovni.
- *Středně těžká mentální retardace* (střední slabomyslnost, oligofrenie, střední subnormalita, imbecilita), (IQ 35 -49) – opožďování celkového vývoje u dětí s tímto

---

<sup>47</sup> VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 53

stupněm poruchy je zřejmé obvykle již v kojeneckém věku. Opožďuje se motorický vývoj. Vývoj řeči je od počátku výrazně retardován. Obvykle se řeč začne vyvíjet až po třetím, někdy až po šestém roce věku. Většina dětí si však nakonec osvojí alespoň základní slovní zásobu. Někteří lidé s tímto stupněm postižení jsou schopni zopakovat i delší řečové celky, ale bez porozumění obsahu. V dospělosti dosáhnou obvykle úrovně 6-9 let mentálního věku.

- *Těžká mentální retardace* (těžká slabomyslnost, oligofrenie, těžká mentální abnormalita, idioimbecilita), (IQ 20 - 34) – u tohoto stupně mentální retardace je již od útlého věku patrné výrazné opožďování všech vývojových mezníků. Intelekt odpovídá v dospělosti mentálnímu věku 3 – 6 let. Ve většině případů jde o postižení kombinované (nejčastěji se jedná o kombinaci mentálního postižení s pohybovým či smyslovým postižením různého stupně). Mnohé z těchto osob se naučí jen několik jednoduchých slovních stereotypů nebo se řeč nevyvine vůbec – vzniká idiotická němota (mutitas idiotica).
- *Hluboká mentální retardace* (hluboká slabomyslnost, oligofrenie, hluboká mentální abnormalita, idiocie), (IQ pod 20) – jedinec je těžce postižen nejen mentálně, ale také pohybově, mnohdy je zcela imobilní. Komunikace je velmi těžce postižena. Jedinci s HMR reagují zejména na emoční tón hlasu, porozumění verbálním instrukcím je omezeno jen na nejběžnější pokyny. Většinou nedokáží projevit svoje potřeby. Komunikace je pouze globální a je založena na vyjádření emocí (úsměv při spokojenosti, nebo naopak afekt, křik a pláč při nespokojenosti). Neprojevuje se u nich nonverbální komunikace. V dospělosti dosáhnou mentálního věku, jež odpovídá maximálně 3 rokům.

V klinické praxi může při opožděném vývoji řeči dojít k záměně opožděného vývoje řeči, který je symptomem mentální retardace za jinou poruchu. Nejčastěji se jedná o záměnu s opožděným vývojem řeči prostým, vývojovou dysfázií nebo těžkou sluchovou vadou.

**Při opožděném vývoji řeči prostém je výrazně opožděn jen verbální projev.** Neverbální složky jsou v souladu s chronologickým věkem, stupněm intelektu a celkovou sociální úrovní. **U mentální retardace je naopak opožďování patrné ve všech složkách osobnosti rovnoměrně!**

**Při vývojové dysfázii je výrazně opožděn vývoj řeči, vývoj ostatních složek osobnosti je nápadně nerovnoměrný.** Postižena bývá i motorika (jak hrubá, tak jemná, grafo-

motorika i oromotorika – motorika mluvních orgánů). **Nejvýraznější je disproporce mezi názorovou a verbální složkou intelektu v neprospěch složky verbální. Mezi úrovní intelektu a úrovní grafomotoriky může být rozdíl až několik let.** Oproti tomu při mentální retardaci je opožďování ve všech složkách přibližně stejné.

**Při sluchovém postižení dochází také k výraznému opožďování vývoje řeči, vývoj ostatních složek (inteligence, motorika a grafomotorika) však odpovídá věku.** Při dobrém intelektu může dítě splňovat i vyšší nároky.

Diferenciální diagnostika je nesmírně obtížná, pokud je intelekt u výše popsaných diagnóz na hranici normy a deficitu. V takových případech je velmi nesnadné určit, co je primární příčinou opožďování vývoje řeči.



## ZÁVĚR

Vliv sociálního prostředí na vývoj jedince je nezpochybnitelný, což již bylo prokázáno mnoha studii odborníků jak ve světě, tak i u nás. Pokud je člověk od útlého dětství izolován, separován nebo vystaven jinak nepodnětnému prostředí, dochází u něho nevyhnutelně k psychické deprivaci, jejíž náprava je složitá a dlouhodobá. Aby došlo k co možná největší kompenzaci nebo úpravě deprivčních příznaků je třeba dítě vytrhnout z prostředí, v němž k psychické deprivaci docházelo, v nejuťlejším věku a umístit je do prostředí stimulačně bohatšího, přijímajícího a chápajícího. Čím blíže bude náhradní prostředí fungující rodině, tím větších a rychlejších výsledků lze dosáhnout. Přitom je třeba stále respektovat jedinečnost každé osobnosti a odlišnosti podmínek, za nichž došlo k psychické deprivaci.

Případové studie dětí popsané v této práci podle mého názoru, plně dokazují, že sociální prostředí, v němž dítě vyrůstá, a to zejména v útlém věku, má na jeho vývoj značný vliv. Oba chlapci byli v útlém věku vystaveni podnětové i citové deprivaci. Potíže s tímto spojené se podařilo z velké části kompenzovat a upravit aktivním a obětavým přístupem náhradních rodičů. Úroveň rozumových schopností se u obou chlapců zvýšila až do pásma průměru. Oba jsou vzděláváni podle programu základní školy, byť chlapec T s většími obtížemi a horším prospěchem. Nicméně některé potíže přetrvávají. U chlapce M jde zejména o potíže v sociální oblasti, kdy chlapcův vhlad do sociálních vztahů není na úrovni běžné jeho věku, nadále přetrvává nižší frustrační tolerance. Chlapec T nemá potíže se sociálními kontakty, ale má tendence vyhýbat se problémům, je třeba ho kontrolovat, aby splnil zadaný úkol, je málo průbojný. U dívky byla podporující, podnětná a obětavá péče ze strany rodičů příčinou relativně plynulého rozvoje schopností, a to i při faktu, že se jednalo o dítě s mentálním postižením. Péče matky, která se pro co nejlepší rozvoj své dcery rozhodla vystudovat speciální pedagogiku, aby se mohla dítěti věnovat na profesionální úrovni, byla natolik systematická a všestranná, že bylo u dítěte velmi dlouho mnoha odborníky (psychology, neurology, logopedy) diagnostikováno jiné postižení, než to, kterým dívka ve skutečnosti trpěla. Výrazně opožděný vývoj řeči, byl tedy mnoho let kvalifikován jako vývojová dysfázie, neboť se klinický obraz jevil jako čistě řečový problém. Až v 7 letech dítěte, tedy v mladším školním věku, kdy byly na dítě kladeny velké nároky spojené s nástupem povinné školní docházky a kdy již ani všestranná speciálně pedagogická péče matky nemohla plně vykompenzovat nedostatky ve všech složkách osobnosti, byla diagnó-

za vývojová dysfázie přehodnocena na symptomatickou poruchu řeči při mentální retardaci.

K nejvýraznějšímu pokroku (při srovnání všech uvedených kazuistik) ve vývoji došlo u chlapce M, u něhož prvotně diagnostikovaná středně těžká mentální retardace byla později přehodnocena na pseudooligofrenii, tedy snížení rozumových schopností vlivem nepodnětného prostředí.

Rovněž rozumové schopnosti chlapce T, které se při odebrání dítěte z nepodnětného, zanedbávajícího a týrajícího prostředí pohybovaly v pásmu lehké mentální retardace, se podařilo postupně zvyšovat umístěním dítěte do podnětnějšího prostředí. Nejprve prostředí dětského domova, kde se po zhruba ročním pobytu úroveň jeho rozumových schopností dostala až do pásma hraničního. Po příchodu do náhradní rodiny, došlo u chlapce k další akceleraci vývoje. Chlapec dosáhl průměru, místy až mírného nadprůměru (v oblasti verbální složky inteligence).

Domnívám se tedy, že pokud je sociální prostředí, které dítě formuje výrazně nepodnětné nebo naopak velmi podnětné a poskytující maximální a všestrannou stimulaci, může dojít až ke změně klinického obrazu, která může vést ke stanovení nepřesné či mylné diagnózy.

Vliv nepodnětného (v případě obou chlapců) a maximálně stimulujícího (v případě dívky) prostředí se odrazil i ve vývoji řeči všech tří dětí. Verbální schopnosti chlapců byly v útlém věku vlivem podnětové a citové deprivace značně opožděné a omezené. Po umístění do prostředí nabízejícího více stimulů došlo ke značné akceleraci verbálních schopností a již ve věku kolem 6-7 let, dosahovaly komunikační schopnosti obou dětí po stránce obsahové průměru. Stránka formální se pak upravovala ještě několik let (dyslalie). Dívka navzdory znevýhodnění dělala neustálé, byť pozvolné, pokroky ve verbálním vyjadřování. Toho bylo dosaženo opět aktivním přístupem rodičů a intenzivní spoluprací s odborníky (logopedy).

Jak je patrné z výše uvedeného, na sociální prostředí nelze nahlížet z hlediska jeho podnětnosti černobíle. Biologická rodina nemusí být vždy ideálním místem pro všestranný rozvoj osobnosti (tak jak je zřejmé z případové studie chlapce T). Jindy by však naopak dítě nemělo možnost plně využít svou kapacitu, nebylo-li by mu poskytnuto tolik všestranných stimulů poskytovaných milující biologickou rodinou (v případě dívky Z). Milující rodinu biologickou může bezesporu zastoupit také milující rodina náhradní (případ chlapce

M). Ústavní péči pak nelze též vnímat zjednodušeně, tedy jako málo podnětné prostředí, způsobující za každých okolností citovou a podnětovou deprivaci, jak ukazuje případ chlapce T, u něž se podařilo po jeho umístění do dětského domova, v poměrně krátkém časovém úseku dosáhnout značné kompenzace jeho potíží způsobených zanedbávající péčí v biologické rodině.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Masarykova Univerzita, 2000. ISBN: 80-7239-060-0.
- [2] DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopaedia clinica, 2001. ISBN: 80-902536-2-8.
- [3] KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997. ISBN: 80-247-1110-9.
- [4] KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II*. Brno: Paido, 1998. ISBN: 80-85931-62-1.
- [5] KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojevě postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN: 80-85931-91-5.
- [6] KOVAŘÍK, J. *Dětství jako sociální jev*. Bratislava: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 1991. ISBN: 80-7138-038-5.
- [7] KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN: 80-7315-004-2.
- [8] KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči – dysfázie – metodika reedukace*. Praha: Septima, s.r.o., 2002. ISBN: 80-7216-177-6.
- [9] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 1998. ISBN: 80-7169-195-X.
- [10] LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN: 80-246-1983-5.
- [11] LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-801-5.
- [12] LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-572-5.
- [13] MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN: 80-04-25236-2.
- [14] MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. ISBN: 80-85282-83-6.
- [15] MATĚJČEK, Z. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. ISBN: 80-85121-89-1.
- [16] MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1989.

- [17] MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia*. Bratislava: vlastní náklad, 1993.
- [18] PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN: 80-85931-65-6.
- [19] RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN: 80-244-0646-2.
- [20] ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN: 80-7169-512-2.
- [21] ŘÍHOVSKÝ, M. *Výchova chlapce s kombinovaným postižením*. Bakalářská práce. Brno: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012.
- [22] ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005. ISBN: 80-244-0629-2.
- [23] ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-340-6.
- [24] VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN: 80-246-0841-3.
- [25] VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN: 80-85931-51-6.
- [26] VÍZDAL, F. *Základy psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2009.
- [27] *Vliv prostředí na zdravý tělesný, duševní a sociální vývoj člověka: [Sborník]*. Praha: Dům techniky, 1990. ISBN: 80-020-0501-5.
- [28] Vývoj osobnosti dítěte v souvislosti s prostředím. In: *CEROP* [online]. [cit. 2014-03-7]. Dostupné z: <http://www.cerop.cz/cs/aktivita-5/zs/zch3>
- [29] ŽUMÁROVÁ, M. Dítě v předškolním věku a možnosti vlivu sociálního prostředí. In: [online]. [cit. 2014-03-7]. Dostupné z: [http://www.casopispedagogika.sk/rocnik-4/cislo-3/studia\\_zumarova.pdf](http://www.casopispedagogika.sk/rocnik-4/cislo-3/studia_zumarova.pdf)

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADD - syndrom poruchy pozornosti

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

ATB – antibiotika

CNS – centrální nervová soustava

DK – dolní končetiny

HK – horní končetiny

HMR – hluboká mentální retardace

LMD – lehká mozková dysfunkce

LMR – lehká mentální retardace

MO – mozková obrna?

MR – mentální retardace

PAS – porucha autistického spektra

PMR – psychomotorická retardace

PMV – psychomotorický vývoj

STMR – středně těžká mentální retardace

VD – vývojová dysfázie