# **Specifika osobnosti žáků a jedinců s lehkým mentálním postižením**

# Specifika osobnosti žáků s LMP

## Každá osobnost je syntézou psychických, fyzických i sociálních znaků, přičemž nejpodstatnějším jevem je její *jedinečnost*.

## Ve snaze popsat obecnou charakteristiku osobnosti jedinců s mentálním postižením je nutné si uvědomit, že nejde pouze o *časové opoždění duševního vývoje*, ale také o *strukturální vývojové změny* (Valenta in Valenta, Müller 2003).

## Každý člověk s mentálním postižením je *jedinečnou osobností* se specifickými rysy, přesto se u většiny z nich projevují společné znaky.

## Osobnost jedince je výsledkem vzájemného působení mnoha *vnitřních (biologických, dědičných, genových, vrozených)* a *vnějších (sociálních) podmínek.*

## I když je vývoj osob s lehkým mentálním postižením proti normě pomalejší, *většina lidí s lehkým mentálním postižením dosáhne úplné nezávislosti* v osobní péči, zvládá domácí práce a dokáže účelně užívat řeč v každodenním životě.

## V pozdějším věku jsou schopni vykonávat *jednoduché činnosti založené na manuální práci*.

## V *sociálně nenáročných a známých situacích* mohou být tito jedinci zcela bez problémů.

## Důležitým prvkem v péči o osoby s lehkým mentálním postižením je *podnětné rodinné prostředí a stimulující výchovně vzdělávací proces*, zahrnující osvojení základních dovedností, vědomostí, návyků, pravidel chování, pracovních činností, s cílem maximálního zapojení do společnosti.

## Největší potíže nastávají u osob s lehkým mentálním postižením při *nástupu do školy* a následné teoretické práci, pro kterou je důležitý proces učení, myšlení a kvalita pozornosti a paměti.

## Důvodem je *potvrzení odlišnosti dítěte*, a z toho vyplývající omezení, jako stálý negativní neměnný znak osobnosti dítěte.

## Behaviorální, emoční a sociální potíže osob s lehkým mentálním postižením a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory, jsou *bližší potřebám jedinců s normální inteligencí*, než specifickým problémům osob s těžšími formami mentální retardace.

# **Lehké mentální postižení** (IQ 69-50) – Kognitivní procesy

## **vnímání**, **učení, pozornost, paměť, myšlení, představy, fantazie**

## „*Vnímání je bezprostřední smysluplné odrážení senzorického pole subjektem*“, přičemž pochopení situace nezávisí pouze na přijatých informacích prostřednictvím smyslů, ale vyžaduje také účast paměti, myšlení, prožívání a motivace (Čačka, O. 1998, s. 37)

## u školsky zralého dítěte se stávají poznávací funkce *„pročleněnými“*, dítě umí z vnímaného celku vyčleňovat části a naopak složit z částí původní celek, což je především v případě sluchového a zrakového vnímání předpokladem pro nácvik čtení a psaní (Kohoutek, R. 2008).

## **J. S. Rubinštejnová (1973):**

## tempo zrakového vnímání je u osob s mentálním postižením zpomaleno, což má za následek *zúžení rozsahu vnímaného materiálu*,

## *nediferencovanost jevů*, především podobných předmětů, barev a tvarů

## *inaktivita vnímání* - spočívá v neschopnosti prohlédnout si předmět do detailů či opětovně rozeznat předmět, který byl dříve předložen v jiné poloze.

## **základní podmínkou rozvoje vnímání:**

## prvotně důsledná diagnostika obtíží

## následně dostatečné množství zrakových, sluchových a motorických podnětů

# Učení

## J. Čáp (In Čáp, J., Mareš, J. 2007a, s. 80) říká, že „*učení znamená získávání zkušeností, utváření a pozměňování jedince v průběhu života*“, mezi jeho hlavní funkce patří přizpůsobování se jedince k prostředí (společnosti) a jeho změnám.

## M. Dolejší (1978) píše, že učeníje psychologický proces, ve kterém se navozují, tvoří a podporují změny a pokrok ve vývoji a chování dítěte. K tomu dochází stimulací z vnějšího prostředí a praktickou činností dítěte v kontaktu s jeho okolím.

## I. Švarcová (2011) dodává, že učení je specifický jev dětského věku a *probíhá i při patologickém stavu organismu*. Učení osob s mentálním postižením je založené na *mechanickém osvojování* vědomostí, dovedností, pravidel a norem chování, však často bez schopnosti aplikovat je účelně v praxi.

## dominantním druhem učení je *verbální (paměťové) učení*, jehož podstatou je osvojení si jazyka jako prostředku socializace. Je založené na mechanickém zapamatování, které je možné postupně zlepšovat.

## Z hlediska socializace má nezastupitelnou funkci *sociální učení*, které je významné vzhledem k osvojování společensky akceptovatelných způsobů chování.

## Jako problematické se jeví *pojmové učení* a *učení řešením problémů*, jež vyžadují vyšší myšlenkové operace a logické myšlení.

# **Pozornost a paměť**

## *psychická paměť* má tři fáze:

## vštěpování,

## podržení,

## Vybavování,

## rozdíly jsou dány funkčností nervové soustavy, charakterem duševních procesů, které se podílejí na přijímání a zpracovávání informací, ale také cvikem a podnětností prostředí,

## pro učení je důležitá zejména „záměrná pozornost“, vyžadující volní úsilí.

## paměť je *krátkodobá, mechanická*, narušená ve všech fázích, nestálá, zaměřená na jediný jev,

## typické je *pomalé tempo zapamatování informací* a *slabá schopnost udržet vědomosti a dovednosti v paměti*,

## u žáků s lehkou mentální retardací nelze vyloučit, že někteří jedinci dosáhnou logické paměti nižší výkonnosti,

## doba maximálního soustředění žáků s lehkým mentálním postižením se pohybuje mezi *15-20 minutami*.

## paměť je *krátkodobá, mechanická*, narušená ve všech fázích, nestálá, zaměřená na jediný jev,

## typické je *pomalé tempo zapamatování informací* a *slabá schopnost udržet vědomosti a dovednosti v paměti*,

## u žáků s lehkou mentální retardací nelze vyloučit, že někteří jedinci dosáhnou logické paměti nižší výkonnosti,

## doba maximálního soustředění žáků s lehkým mentálním postižením se pohybuje mezi *15-20 minutami*.

## **Pro správné zaměření pozornosti, koncentraci a vybavení z paměti je důležité:**

## pravidelné opakování,

## rozmanitost podnětů a činností,

## variabilita didaktických metod,

## strukturace učební látky na kratší úseky,

## opakovací úkoly,

## verbalizace činnosti,

## emocionální motivace

## relaxace.

# **Myšlení**

## součástí poznávacích procesů a zároveň jejich vrcholem,

## *senzomotorické myšlení* 🡪 *symbolické myšlení* 🡪 *stádium konkrétních logických operací* 🡪 *stádium abstraktních formálních logických operací*.

## senzomotorické myšlení a symbolické myšlení je záležitostí raného dětství, předškolního věku a počátku školní docházky. V těchto obdobích myšlení neobsahuje operace, je založeno na vjemech, pohybech, později na představách a řeči.

## myšleníosob s lehkým mentálním postižením se vyznačuje *stereotypností, rigiditou, nekritičností, vázaností na konkrétní myšlenkové operace a neschopností aplikovat naučené do praxe*,

## myšlení dosáhne v nejlepším případě stádia *konkrétních logických operací*, přičemž uvažování bude vždy vázáno na realitu.

## podle O. Müllera (2001) většina žáků s lehkým mentálním postižením nepřekročí hranici konkrétního myšlení, přičemž část osob z horního pásma lehké mentální retardace se může dostat k určitému stupni *abstraktního myšlení*, kterým je schopnost abstrakce a generalizace.

# **Řeč**

## *obsahově chudá* s nedostatečnou artikulací, obsahující *agramatizmy*,

## významný podíl na nedostatcích v porozumění řeči a vyjadřovacích schopnostech má nedostatečná *sluchová diferenciace*,

## začátek vývoje řeči může být u osob s lehkou mentální retardací opožděn o *1-2 roky* v porovnání s normou.

## *artikulace* může být rozvinuta na dobré úrovni, zvláště u dětí s neporušenou motorikou a s dobře vyvinutou napodobovací schopností, které dokáží napodobovat modulaci řeči a reprodukovat celé písničky,

## osoby s LMR potřebují *řečové stereotypy*, které jim pomohou při překonávání nepředvídatelných životních situací

# **Emoce**

## jsou nezbytnou složkou procesu učení,

## dítě s MP se však ve svém životě setkává s mnoha nezdary a málo odměnami, které by jej motivovaly k učení a činnosti,

## jedinec s MP se může rychle dostat do rozporu se společností, a to v důsledku toho, že se často a dlouho nedaří uspokojovat situace, které jsou společností kladně emočně hodnoceny,

## v průběhu vývoje také nemusí docházet u osob s MP k sebeovládání a citové zdrženlivosti, tak jak to bývá u intaktní populace,

## **J. S. Rubinštejnová (1973, s. 178-179) uvádí následující zvláštnosti emotivity osob s mentálním postižením:**

## nedostatečná diferencovanost citů,

## neadekvátnost citů,

## silné egocentrické emoce,

## slabé řízení citů intelektem,

## možnost výskytu chorobných citových projevů (poruchy nálady).

# **Motivace a vůle**

## vůlepředstavuje důležitý faktor pro cílevědomé a uvědomělé jednání člověka,

## nedostatek vůle (*hypobulie*) či její úplné chybění (*abulie*), projevující se nesamostatností, nedostatkem iniciativy, neschopností řídit vlastní jednání, impulzivitou a neschopností překonávat překážky

## u žáků s lehkým mentálním postižením je proto, vzhledem k nedostatečnému rozumovému vývoji, účelné pro korekci učení využívat *motivace spojené s emočními prožitky*,

# **Sebehodnocení**

## také člověk s lehkým mentálním postižením poznává v průběhu vývoje své „já“ a do určité míry si *uvědomuje svoji vlastní osobu*, což je ovlivněno výchovou v rodině, ale i postoji ve škole,

## sebehodnocení lidí s mentálním postižením je často *nadhodnocené*, což je projevem nedostatečného rozvoje rozumových schopností, ale i celkové nezralosti osobnosti,

## *speciální pedagog* musí klást na žáky s lehkým mentálním postižením přiměřené požadavky, spočívající v dostatečném zatěžování rozumové složky vedoucí ke zdravému sebevědomí,

## nedílnou součástí práce speciálního pedagoga je *působení vlastními postoji, dostatek lásky a povzbuzení*,

# **Socializace**

## je procesem získávání specifických lidských způsobů chování, vnímání, myšlení a konání v souladu s kulturním prostředím a společenskými normami, umožňujícími život v dané společnosti,

## socializaci osob s mentálním postižením ovlivňuje stupeň a typ postižení, osobnostní vlastnosti, výchova v rodině, ale také společenské prostředí, především *celkový postoj společnosti a společenské (inkluzivní) podmínky*,

## jakékoli postižení znamená pro daného jedince omezení kontaktu se sociálním prostředím a sociálními rolemi,

## překážkou socializačního procesu osob s mentálním postižením může být fakt, že mentální postižení je společností přijímána jako *stigmatizující postižení*, jehož hlavním problémem je dorozumění s lidmi s mentálním postižením, jejich reakce, sebeovládání a chování,

## cestou naplnění socializace osob s mentálním postižením je *společenská podpora* rodinám, kvalitní sociální péče, zajištění rovnoprávného přístupu k výchově a vzdělávání, celoživotnímu učení, přístup k adekvátní profesní přípravě a pracovnímu uplatnění, podpora samostatného pobytu v domácnosti a podpora v oblasti partnerských vztahů.

## **Zařazení v povinné školní docházce:** Základní škola praktická, popřípadě integrace do běžné ZŠ.

## **Profesní příprava:** Odborné učiliště, Praktická škola.

## **Pracovní návyky a dovednosti:** jednoduché učební obory, jednoduché manuální činnosti, mnoho dospělých schopno jednoduché práce.

## **Výskyt:** z celkového počtu jedinců s MR – 80%, v populaci 2,6 %.

# **Okruh žáků s LMP**

## V současné populaci osob s mentálním postižením se ve větší míře vyskytují syndromy spojené s mentální retardací. Mezi ty, které mohou vést k lehké mentální retardaci, patří například:

## *Downův syndrom*,

## *Syndrom fragilního X chromozomu*,

## *Prader-Williho syndrom*,

## *Klinefelterův syndrom*,

## *Turnerův syndrom*

## *Williamsův syndrom*.

## Jedná se zejména o geneticky podmíněné poruchy způsobené změnou struktury či počtu chromozómů.

# **Downův syndrom**

## poprvé popsal v roce 1966 anglický lékař John Down.

## Za vznik Downova syndromu bylo označeno mnoho příčin.

## Výrazný objev zaznamenal Lejeune, který již v roce 1959 uveřejnil, že podstatou Downova syndromu je porucha počtu chromozomů.

## Chromozom číslo 21 má místo dvou běžných chromozomů v každé buňce tři chromozomy, jedná se o tzv. trizomii.

## Rozlišujeme tři základní formy Downova syndromu (Selikowitz, M. 2005): *trizomie 21 chromozomu* (nadbytečný chromozom se nachází v každé buňce, 95 %), *translokace* (přemístění určitého segmentu chromozomu na jiný chromozom v každé buňce, 4 %), *mozaicismus* (pouze některé buňky mají nadbytečný 21. chromozom, což v důsledku znamená mírnější fyzické příznaky i mentální postižení, 1 %).

## vzhled dítěte s Downovým syndromem je dán na základě genetické výbavy zděděné po rodičích, ale také specifickou fyziognomií, kterou způsobuje dodatečný chromozom číslo 21,

## hlava je menší, v zadní části plošší,

## také obličej je plochý,

## nos malý,

## oči mohou být mírně zešikmené vzhůru, ve vnitřním koutku je kožní řasa (epikantus),

## uši jsou menší, ústa malá, jazyk větší,

## krk je širší a mohutnější,

## asi 40 % dětí s Downovým syndromem trpí srdeční vadou (Pueschel, S. 1997).

## ruce jsou široké, krátké, na dlani se vyskytuje jedna příčná rýha,

## svalový tonus je u osob s Downovým syndromem snížen,

## častěji trpí smyslovými vadami,

## I. Švarcová (2006) upozorňuje, že u všech dětí s Downovým syndromem se vyskytuje mentální retardace, avšak jsou případy, kdy byl intelekt naměřen nedaleko od normy, ale také případy těžké a hluboké mentální retardace.

# **Syndrom fragilního X chromozomu**

## Syndrom lomivého X neboli syndrom Martina-Bellové,

## jedná se o poruchu struktury chromozomu X na 23 páru, projevující se narušeným vnímáním, pozorností i řečí,

## vyskytuje se častěji u mužů, přenašečky ale bývají spíše ženy,

## syndrom je spojen s narušeným chováním,

## muži se syndromem fragilního X mají dlouhý úzký obličej, velké uši, vyčnívající čelo, velký obvod hlavy a zvětšená varlata.

## mentální retardace se může pohybovat v pásmu od lehké až po těžkou, někteří jedinci mohou být v pásmu průměrné inteligence

# **Prader-Williho syndrom**

## patří mezi chromozomální postižení, které se vyskytuje ve větší míře u chlapců.

## mezi tělesné znaky patří krátké končetiny, úzké čelo, buclaté tváře, malá sexuální aktivita a obezita.

## u osob s tímto syndromem se často vyskytuje vzdorovité chování, záchvaty vzteku a kompulzivní chování.

## mentální retardace se pohybuje také v pásmu od lehké až po těžkou, přičemž některé osoby mohou být v pásmu průměru.

# **Turnerův syndrom**

## Chromozomální porucha.

## Vyskytuje se u žen.

## Poruchy v oblasti sexuální: sekundární pohlavní znaky nejsou vyvinuty, nedostatečný vývoj pohlavních orgánů, omezena funkce reprodukce.

## Zpomalený růst ⇨ malá tělesná výška.

## Nápadná kožní řasa na krku.

## Dysfunkce hrubé motoriky (HM), jemné motoriky (JM).

## Strabismus.

## Řečové poruchy.

## Intelekt snížen v pásmu LMR, spíše hraničního pásma.

## Řada jedinců s tímto syndromem je v normě.

# **Klinefelterův syndrom**

## Chromozomální porucha.

## Vyskytuje se u mužů.

## Často diagnostikována v pubertě.

## Poruchy v oblasti sexuální: malá varlata, chybějící spermatogeneze, zbytnění prsní žlázy, omezena funkce reprodukce.

## Krátký trup, vysoká postava, štíhlé končetiny, častá obezita, snížený svalový tonus.

## Expresivní složka řeči porušena, receptivní složka řeči v normě. Opožděný vývoj řeči.

## Specifické poruchy učení – dyslexie.

## Snížení intelektu v pásmu LMR, spíše v normě.

# **Williamsův syndrom**

## představuje geneticky podmíněnou chromozomální poruchu, vyskytující se u dívek i u chlapců,

## mezi charakteristické fyzické znaky patří širší čelo, vypouklé oči, plné tváře, široká ústa, plné rty, velké uši,

## Objevují se vrozené srdeční vady a opoždění psychomotorického vývoje,

## přestože se u dětí s Williamsovým syndromem objevuje opožděný vývoj, jejich sociální chování a vyjadřovací schopnosti bývají na dobré úrovni,

## mentální retardace se pohybuje v pásmu od lehké po těžkou.

# **Okruh žáků s LMP – širší pohled**

## **MKN – 10**

## ***kapitola V. Poruchy duševní a poruchy chování (kapitola F)***.

## **oddíl F80 – F89 Poruchy psychického vývoje:**

## F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka,

## F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností,

## F82 Specifická vývojová porucha motorické funkce,

## F84 Pervazivní vývojové poruchy

## **Oddíl F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání:**

## F90 Hyperkinetické poruchy,

## F91 Poruchy chování,

## F92 Smíšené poruchy chování a emocí,

## F93 Emoční poruchy,

## F94 Poruchy sociálních vztahů,

## F95 Tikové poruchy,

## F98 Jiné poruchy chování a emocí.

# Okruh žáků s LMP – širší pohled

## **F20 – F29** Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

## **F30 – F39** Afektivní poruchy (poruchy nálady)

## **F40 – F48** Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

## **F00 – F09** Organické duševní poruchy včetně symptomatických

## **F10 – F19** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

## **F50 – F59** Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

## **F60 – F69** Poruchy osobnosti a chování u dospělých

## **F99** Neurčená duševní porucha

## **G40 – G47** Poruchy záchvatové a paroxysmální