

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Příčiny a řešení agresivních projevů chování dětí s mentálním
postižením ve speciálních mateřských školách

*Causes and solutions of aggressive behavior of children with mental
disabilities in special kindergartens*

Lucie Švejnová

Vedoucí práce: Mgr. Anna Kubíčková

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2022

Odevzdáním této bakalářské práce na téma *Příčiny a řešení agresivních projevů chování dětí s mentálním postižením ve speciálních mateřských školách* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Pečky, 07.07.2022

Děkuji Mgr. Anně Kubíčkové za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, vstřícnost, ochotu a čas, který mi věnovala při zpracovávání práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma *Příčiny a řešení agresivních projevů chování u dětí s mentálním postižením ve speciálních mateřských školách* představuje a posléze empiricky identifikuje spouštěče agresivního chování u dětí s mentálním postižením v prostředí mateřské školy a postupy a způsoby, jejichž prostřednictvím se pedagogové snaží tyto agresivní projevy eliminovat či zmírnit. Teoretická část bakalářské práce se zabývá popisem specifík psychického a emočního prožívání u dětí s mentálním postižením, dále vymezuje základní lidské potřeby a jejich naplňování, socializaci, agresi a agresivitu a principy motivace lidského chování. Praktická část je věnována výzkumu, jenž poskytuje odpovědi na otázky, jaké spouštěče agresivního chování u dětí s mentálním postižením identifikují pedagogové v mateřských školách, jaké způsoby předcházení agresivnímu chování pedagogové využívají a jakým způsobem minimalizují probíhající agresivní chování u dětí s mentálním postižením. Výzkumný vzorek tvoří 7 respondentů v podobě mateřských škol, ve kterých se vzdělávají děti s mentálním postižením. Data pro výzkum byla získána v měsíci květnu a červnu 2022 prostřednictvím dotazníku, který byl rozeslán elektronickou formou do speciálních mateřských škol na území celé České republiky. Data byla vyhodnocena metodou srovnání a vizualizována pomocí tabulek a grafů. Výzkum je zaměřen především na předcházení projevům agresivního chování a na způsoby řešení již probíhajícího agresivního chování.

KLÍČOVÁ SLOVA

mentální postižení; socializace; agrese; spouštěč; prevence;

ABSTRACT

Bachelor thesis *Causes and solutions to aggressive behavior in children with mental disability in special kindergarten* describes and then empirically identifies the triggers of aggressive behavior in children with mental disability in the kindergarten environment, as well as procedures and methods used by pedagogues for their elimination or mitigation. The theoretical part describes the specifics of psychological and emotional experience in children with mental disability, moreover it defines basic human needs and their fulfillment, socialization, aggression and tendencies to aggression and principles of motivation of human behavior. The practical part is devoted to research regarding triggers of aggressive behavior in children with mental disabilities, identified by pedagogues in kindergartens, methods of prevention of aggressive behavior used by teachers and minimization of ongoing aggressive behavior in children with mental disabilities. The research sample consists of 7 respondents - kindergartens educating children with mental disabilities. Data for the research were obtained in May and June 2022 via a questionnaire, which were sent electronically to special kindergartens in the Czech Republic. Data were evaluated using the comparison method and visualized using tables and graphs. The research is primarily focused on prevention of manifestations of aggressive behavior and on methods of solution of ongoing aggressive behavior.

KEYWORDS

mental disability; socialization; aggression; trigger; prevention;

Obsah

Úvod	8
Teoretická část	10
1 Definice mentálního postižení.....	10
1.1. Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace	12
1.2. Etiologie	14
2 Specifika vývoje dítěte s mentálním postižením	15
2.1. Psychické vlastnosti dítěte s mentálním postižením	15
2.2. Emoční prožívání	18
2.3. Základní lidské potřeby a jejich naplňování.....	19
3 Nástup dítěte s mentálním postižením do mateřské školy.....	22
3.1. Socializace dítěte s mentálním postižením	22
3.2. Adaptace dítěte s mentálním postižením na prostředí mateřské školy	24
4 Agrese a agresivita.....	26
4.1. Prevence agrese u dítěte s mentálním postižením	28
4.2. Syndromy spojené s agresivními projevy chování u dětí s mentálním postižením.....	30
5 Vhodné způsoby motivace k žádoucímu chování.....	33
Praktická část	37
6 Výzkum.....	37
6.1. Cíl výzkumu.....	37
6.2. Výzkumné otázky	37
6.3. Charakteristika výzkumného vzorku.....	37
6.4. Výzkumná strategie.....	38
6.5. Analýza dat	38
6.6. Shrnutí výzkumu	45
Závěr	47

Seznam použitých informačních zdrojů	49
Seznam příloh	52

Úvod

„Zařídme věci tak, aby je dítě udělalo dobře a my je za to mohli pochválit – ale nedopustíme, aby je udělalo špatně a my je za to měli trestat.“ – Zdeněk Matějček

Motivací k volbě tématu *Příčiny a řešení agresivních projevů chování u dětí s mentálním postižením ve speciálních mateřských školách* je skutečnost, že se chci v budoucnu ve své pedagogické praxi věnovat právě dětem s mentálním postižením. Domnívám se, že pro efektivní výchovu a (nejen) předškolní vzdělávání těchto dětí je třeba disponovat znalostmi o specifických projevech v jejich chování, včetně toho problémového. Znat metody, jak takovému jednání předcházet a případně jej dokázat patřičně zvládnout.

Cílem bakalářské práce je poskytnout základní pohled na problematiku agresivních projevů chování dětí s mentálním postižením, jejich příčin a způsobů předcházení a eliminace tohoto nežádoucího chování.

Dílčím cílem práce je pak na základě získaných teoretických poznatků provést praktický výzkum zaměřený na okolnosti projevů agresivního chování dětí s mentálním postižením, za současného kritického hodnocení oslovenými respondenty zvolených forem a metod předcházení a řešení projevů tohoto chování.

Samotná bakalářská práce je systematicky rozdělena do teoretické a praktické části. Z hlediska metodologie je teoretická část zpracována za použití metody obsahové analýzy zejména odborné literatury. Praktická část zahrnuje výzkum, jenž je zaměřen především na předcházení projevům agresivního chování a na způsoby řešení již probíhajícího agresivního chování. Zpracován je primárně kvalitativní analýzou získaných vstupních dat v podobě odpovědí na výzkumné otázky kladené formou jednotného dotazníku.

První kapitola přibližuje problematiku vymezení definice mentálního postižení a různých přístupů k definování tohoto postižení, včetně klasifikace a charakteristiky jednotlivých stupňů mentálního postižení.

Druhá kapitola je věnována specifikům vývoje dítěte s mentálním postižením s akcentací psychických vlastností, emočního prožívání a uspokojování základních lidských potřeb.

Ve třetí kapitole jsou objasněny specifické aspekty vzdělávání dětí s mentálním postižením v mateřských školách se zaměřením na jejich socializaci a adaptaci na prostředí mateřské školy.

Stěžejní část bakalářské práce je koncentrována do kapitoly čtvrté, charakterizující agresi a agresivitu včetně možných spouštěčů, dále se zabývající prevencí agrese a syndromy spojenými s těmito projevy chování, a kapitoly páté, která objasňuje vhodné způsoby motivace k žádoucímu chování.

Závěrečná šestá kapitola, jež tvoří praktickou část bakalářské práce, obsahuje výzkum zaměřený na mapování agresivních projevů chování u dětí s mentálním postižením ve speciálních mateřských školách.

Teoretická část

1 Definice mentálního postižení

Definice pojmu mentální postižení je nepřeborné množství. Pro účely této bakalářské práce jsem vybrala dvě definice, které, dle mého názoru, plně vystihují podstatu mentálního postižení, a jejichž prostřednictvím je každý schopen si utvořit základní představu o tomto postižení.

Dle Vágnerové (2004, str. 289) je mentální postižení *„souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentálního postižení jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti.“*

Švarcová (2006, str. 28) obecně pojímá osoby s mentálním postižením jako takové jedince (děti, mládež i dospělí) *„u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentálního postižení je organické postižení mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.“*

Jednotlivé definice vycházejí z různých pohledů na mentální postižení. Záleží na tom, které hledisko autor považuje za stěžejní. Slowík (2016, str. 112) přístupy k definování mentálního postižení popsal následovně:

„Přístup biologický – postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku, syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku.

Přístup psychologický – primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě).

Přístup sociální – postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje schopnost samostatně, bez cizí pomoci zvládat vlastní sociální existenci.

Přístup pedagogický – snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů.

Přístup právní – snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí).“

V současnosti jednoznačně převažuje přístup sociální, reflektující skutečnost, že lidé s postižením mohou žít plnohodnotně pouze za předpokladu, že jim bude umožněno v maximální možné míře participovat na životě společnosti.

Tento přístup vychází ze sociálního modelu postižení, který začal od 70. let minulého století postupně převládat nad medicínským modelem. Podstata medicínského modelu spočívá v postoji k lidem s postižením především jako k pacientům, kteří díky svému handicapu nemohou nikdy dosáhnout takové kvality života jako lidé bez postižení. Šiška (2005, str. 23) zmiňuje, že „Podle Olivera (1990) může i člověk s postižením prožívat spokojený život jako lidé bez postižení tehdy, není-li poskytovaný servis výlučně zaměřen na rehabilitaci, reedukaci a kompenzaci (tj. překonáváním účinků handicapů na straně jedince), ale zabývá se spíše odstraňováním diskvalifikujících, segregujících a degradujících bariér ve vnějším prostředí.“

Jankovský (2006, str. 31) uvádí, že „vždy je zapotřebí, aby byl jednoznačně upřednostněn hlavní úkol rehabilitace v oblasti pedagogiky, kterým je optimální rozvoj osobnosti lidí s postižením, což usnadní jejich sociální, pracovní a kulturní integraci. Takovíto jedinci se pak mohou aktivně účastnit produktivního života a nestojí na okraji společnosti. Jsou aktivní v oblasti ekonomické, sociální, politické a kulturní.“

Ačkoliv je mentální postižení trvalé, lze u osob s tímto postižením vhodným pedagogickým a psychologickým působením dosáhnout výrazného zlepšení rozumových schopností, rozvoje samostatnosti, soběstačnosti a tím podstatným způsobem pomoci ke zvýšení kvality jejich života (Vágnerová, 2004).

Vedle výše stručně naznačeného vysvětlení mentálního postižení nabízí vlastní definice celá řada subjektů zabývajících se problematikou mentálního postižení.

Dle AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) je mentální postižení charakterizováno „...*podstatnými omezeními jak v oblasti intelektových funkcí, tak i v oblasti adaptivního chování, jež se demonstrují v každodenních sociálních a praktických dovednostech, přičemž tento stav se objevuje do 18. roku věku. Intelektové funkce (označované také jako inteligence) odkazují na obecnou mentální kapacitu, kam patří schopnost poznávání, učení se, logického myšlení, řešení problémů a vzniklých situací, přizpůsobení se novému i další schopnosti.*“

„*Omezení v oblasti adaptivního chování se týká následujících schopností:*

- *pojmové (řeč a trivium, peníze, čas, sebeřízení apod.),*
- *sociální (interpersonální dovednosti, odpovědnost, řešení sociálních problémů, sebedůvěra, schopnost řídit se pravidly a zákony apod.),*
- *praktické dovednosti (aktivity denního života jako je sebeobsluha, zaměstnání a profesní dovednosti, využívání dopravních prostředků, manipulace s penězi, telefonování apod.)“ (Katalog podpůrných opatření, online, cit. 10.5.2022).*

1.1. Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Termíny mentální postižení a mentální retardace jsou většinou užívány jako synonyma, avšak označení mentální retardace se doporučuje s ohledem na jeho poněkud hanlivý nádech používat pouze v případě, že hovoříme o označení podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) Světové zdravotnické organizace.

Dle zmíněné Mezinárodní klasifikace nemocí se mentální retardací rozumí „...*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami*“ (ÚZIS ČR, online, cit. 10.5.2022).

„*Klasifikace mentální retardace podle MKN – 10 (WHO)*

F70 lehká mentální retardace – IQ 50–69

F71 střední mentální retardace – IQ 35–49

F72 těžká mentální retardace – IQ 20–34

F73 hluboká mentální retardace – IQ nejvýše 20

F78 jiná mentální retardace

F79 nespecifikovaná mentální retardace (Tato kategorie, nespecifikované typy mentální retardace, se používá v případech, kdy je diagnóza úrovně mentálního postižení obtížná nebo ji není možno stanovit. Jedná se často o situace, kdy se mentální postižení vyskytuje v kombinaci s dalšími postiženími, jako je slepota, hluchota atd.)“ (Šiška, 2005, str. 9).

Následující podrobné členění na čtvrtém místě je určeno pro užití s položkami F70–F79 k vyznačení rozsahu současných poruch chování.

- .0 Žádná nebo minimální porucha chování
- .1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu
- .8 Jiné poruchy chování
- .9 Bez zmínky o poruchách chování (ÚZIS ČR, online, cit. 10.5.2022).

Je třeba zmínit, že Světová zdravotnická organizace připravila 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla schválena na 72. Světovém zdravotnickém zasedání v květnu 2019 a vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. Dokončení přípravy české verze MKN je plánováno na konec roku 2022. Kategorie Mentální retardace se mění na kategorii Poruchy vývoje intelektu 6A00 s rozdělením do 6 stupňů (ÚZIS ČR, online, cit. 10.5.2022).

V minulosti se pro mentální retardaci či mentální postižení používal termín oligofrenie.

Ve starší literatuře můžeme také narazit na pojem pseudooligofrenie, který označoval opoždění mentálního vývoje způsobené například nedostatečně podnětným výchovným prostředím, negativními vlivy patologického sociálního prostředí, či emoční nebo vztahovou deprivací (Slowík, 2016). V tomto případě se nejedná o trvalý, neměnný stav, ale o stav, který lze vhodným výchovným vedením výrazně zlepšit. Nepříznivé sociální prostředí se může projevit snížením IQ o 10 až 20 bodů.

V současnosti se pro takový stav používá termín sociálně podmíněná mentální retardace (Ludíková, 2005).

Projevy mentálního postižení jsou velmi podobné projevům demence. Na rozdíl od mentálního postižení (které je vrozené) demence vzniká po 2. roce věku dítěte zastavením nebo rozpadem normálního mentálního vývoje. Demence má v porovnání s mentálním postižením většinou progredující charakter a ve většině případů způsobuje nerovnoměrný úbytek kognitivních schopností. Příčinou vzniku demence může být například úraz či závažná nemoc, nejčastěji encefalitida či meningitida (Bazalová, 2014, Ludíková, 2005).

1.2. Etiologie

„Příčiny vzniku mentálního postižení jsou velice různorodé, vždy se však jedná o závažné organické nebo funkční poškození mozku“ (Slowík, 2016).

Nejčastěji se v odborné literatuře setkáváme s rozdělením příčin mentálního postižení podle předpokládané doby vzniku, a to na období prenatální, perinatální anebo postnatální.

V období prenatálním je jednoznačně možné stanovit příčinu mentálního postižení u syndromů vyvolaných genetickými poruchami. Mezi nejznámější patří Downův syndrom, Rettův syndrom, Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom, Williamsův syndrom, Prader-Willy syndrom, Angelmanův syndrom, Syndrom fragilního X chromozomu aj. Dalším rizikovým faktorem mohou být infekce matky v těhotenství, především zarděnky, syfilis, HIV, cytomegalovirus, toxoplasmóza. Příčinou mentálního postižení může být i metabolická porucha jako je například fenylketonurie či galaktosémie.

Ke vzniku mentálního postižení v období perinatálním mohou vést traumata během porodu, např. hypoxie či asfyxie, nízká porodní hmotnost, nezralost, překotný nebo protražovaný porod aj.

V období postnatálním to mohou být různé infekce (encefalitida, meningitida), intoxikace, nádorová onemocnění či úrazy (Černá a kol., 2009).

2 Specifika vývoje dítěte s mentálním postižením

Pro lepší pochopení chování a jednání dětí s mentálním postižením je nezbytné se seznámit se specifickými projevy jejich vývoje, prožívání a vnímání okolního světa. Znalost těchto informací výraznou měrou napomůže indikovat spouštěcí mechanismy problémového či agresivního chování a tím takovému chování včas předcházet, případně jej efektivně řešit. Neustále je však třeba pamatovat na to, že každé dítě je jedinečné a neexistuje tudíž univerzální přístup, který by se dal s úspěchem použít u všech dětí jen na základě určitého projevu chování, bez přihlídnutí k dalším okolnostech, vztahujícím se ke konkrétní situaci (Švarcová, 2006).

2.1. Psychické vlastnosti dítěte s mentálním postižením

„S charakteristickými rysy dětí s mentálním postižením v raném a předškolním věku se setkáváme v oblasti vnímání, učení, pozornosti, myšlení, komunikace, citového a sociálního vývoje. Důležitým aspektem ovlivňujícím míru postižení v uvedených oblastech je stupeň postižení. U dětí s mentálním postižením v předškolním věku se výrazněji objevují různé poruchy vnímání, uvažování, snížena bývá schopnost komunikace a navazování sociálních vztahů“ (Černá a kol., 2009, str. 126).

Obecně lze konstatovat, že u dítěte s mentálním postižením jsou narušeny všechny základní složky osobnosti. Typickým znakem je snížená potřeba zvědavosti a nepříliš velký zájem o nové podněty. Děti s mentálním postižením jsou zpravidla pasivnější a více odkázáni na zprostředkování informací jinými lidmi než děti bez postižení. Hůře se orientují v okolním prostředí, svět je pro ně mnohdy nesrozumitelný a může se jim tím pádem jevit jako ohrožující. Co se týká potřeby učení, musíme brát v potaz, že mají-li jim být informace užitečné, nesmí jich být najednou příliš mnoho, musí se často opakovat a mít určitý řád. Je naprosto nezbytné důsledně dodržovat zásadu postupu učení od jednoduššího ke složitějšímu. Obecně může být potřeba učení u dětí s mentálním postižením slabší. Myšlení dítěte s mentálním postižením je vždy vázáno na realitu a je charakteristické stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení (Vágnerová, 2008).

U dětí s mentálním postižením bývá v závislosti na míře postižení více či méně narušena komunikační schopnost. Děti s mentálním postižením mají omezenou slovní zásobu a potíže s porozuměním. Nejsou schopny chápat složitější slovní

obraty. Při komunikaci s nimi je tedy nutné používat stručné a jednoduše formulované informace a ujistovat se, že sdělení rozumí. Je třeba si uvědomit, že komunikace nepředstavuje pouze schopnost dorozumívání a sdělování informací, ale také zásadním způsobem ovlivňuje vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Proto je důležité u každého dítěte s handicapem hledat takový komunikační systém, prostřednictvím kterého bude schopno vyjádřit své potřeby a přání. Neschopnost vyjádřit své potřeby či přání je velmi frustrující a může vést k problémům v chování či sebepoškozování. (Vágnerová, 2008, Klenková, 2006).

Specifické projevy vývoje u jednotlivých stupňů mentálního postižení popisují různí autoři následovně.

Lehké mentální postižení

Do tří let se dítě s lehkým mentálním postižením většinou vyvíjí jen s malými odchylkami od normy. Ve věku do šesti let jsou již patrné výraznější deficity, například v podobě opožděného vývoje řeči, malé slovní zásoby, nedostatečné zvědavosti, stereotypu ve hře atd. Nejčastěji bývá lehké mentální postižení diagnostikováno v období zápisu do školy nebo brzy po nástupu do školy (Bazalová, 2014).

Děti s lehkým mentálním postižením jsou v některých případech znevýhodněné dvakrát. Zaprvé limitovanými zděděnými dispozicemi (včetně hodnoty IQ), zadruhé tím, že v nemalé míře pocházejí z nepodnětného prostředí. *„Při rozvoji jednotlivých oblastí dětí s mentálním postižením je dobré neustále myslet na to, že – stejně jako děti bez postižení – potřebují prožít úspěch a pocítit, že jsou v něčem dobré a mohou se prosadit. To platí obzvláště v případě lehkého MP, neboť tyto děti si často svůj handicap uvědomují a také mnozí doma pochvalu nebo úspěch nezažijí“* (Bazalová, 2014, str. 61).

Stejný názor zastává i Vágnerová: *„Mentální postižení lehčího stupně dost často vzniká na základě polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti či přímo zanedbanosti. Jde obvykle o děti podobně postižených rodičů, jejichž vzdělanostní a intelektová úroveň je nízká“* (Vágnerová, 2004, str. 306).

Thorová (2016) uvádí, že lehké mentální postižení je nejrozšířenější formou (týká se cca 80% lidí s mentálním postižením). Děti mluví později, řeč si ale osvojí.

Sebeobsluhu zvládají bez problémů. Mívají potíže s osvojování učiva, jsou však schopny zvládnout učivo základní školy zhruba do úrovně 10 až 11 roku věku.

Středně těžké mentální postižení

Tento stupeň mentálního postižení bývá spojen s výraznějším poškozením centrální nervové soustavy a často také s dalšími vadami a onemocněními jako jsou mozková obrna, epilepsie, autismus ad. Vývoj myšlení, řeči, jemné a hrubé motoriky bývá zpomalen. Děti jsou celkově neobratné, s obtížemi koordinují pohyby a mívají potíže v oblasti jemné motoriky. Zvýšenou péči vyžadují v oblasti nácviku samostatnosti a sebeobsluhy. Jejich emocionální reakce mohou být nepředvídatelné, s tendencemi k afektivním reakcím, záchvatům vzteku a agrese (Bazalová, 2014).

Myšlení osob se středně těžkým mentálním postižením se pohybuje na úrovni dítěte předškolního věku. Řečový projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Učení je především mechanické, k zapamatování znalostí a dovedností je třeba častého opakování (Vágnerová, 2004).

Děti většinou zvládnou základy trivia. Úroveň kognitivních schopností bývá velmi nerovnoměrná. Sebeobsluhu zvládají za předpokladu dohledu a občasné pomoci. Funkční komunikace bývá na minimální úrovni (Thorová, 2016).

Těžké mentální postižení

Psychomotorický vývoj u dětí s těžkým mentálním postižením je výrazně opožděn. Ve většině případů bývají přidružena další postižení. Rozvoj komunikačních dovedností je zpravidla minimální, řeč je omezena na jednoduchá slova nebo se nemusí tvořit vůbec a komunikace tak probíhá především na neverbální úrovni. Některé děti si dokáží osvojit základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy (Bazalová, 2014).

Klinický obraz je podobný lidem se středně těžkým mentálním postižením, ale s výraznějšími potížemi. Děti si osvojí některé sebeobslužné dovednosti, potřebují však častěji pomoc pečující osoby. Pokud je přítomna řeč, má minimální komunikační funkci (Thorová, 2016).

Hluboké mentální postižení

Ve většině případů mají lidé s hlubokým mentálním postižením další závažná přidružená postižení. Poznávací schopnosti jsou velmi omezené, zpravidla jsou

maximálně schopni rozlišovat známé a neznámé podněty a reagovat na libost a nelibost. U tohoto stupně postižení se nevytvoří ani základy řeči. Lidé s hlubokým mentálním postižením jsou komplexně závislí na péči jiné osoby (Vágnerová, 2004).

2.2. Emoční prožívání

„V projevech chování osob s mentálním postižením je charakteristickým rysem zvýšená emocionalita, která se v některých případech stává jakousi specifickou formou kompenzace deficitu racionální složky osobnosti“ (Slowík, 2016, str. 120).

„Působí-li emoce u jedince ve shodě se skutečnými hodnotami vnější skutečnosti a probíhá-li jejich funkce v souladu s psychologickými a fyziologickými nároky organismu, jsou pro něj výhodným vybavením. Vymknou-li se však mezím své užitečné úlohy v tomto ohledu, je to pro něj nebezpečné“ (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989, str. 86).

Z důvodu omezených kognitivních a komunikačních schopností mají děti s mentálním postižením problém s osvojováním alternativních způsobů reagování na emočně náročné či problémové situace. V důsledku toho u nich hrozí vyšší riziko nepříjemností vyvolaných nepochopením s okolím a tím pádem zažívají podstatně více stresu a frustrace než děti bez postižení (Antier, 2011).

Děti, které neumějí s emocemi z různých důvodů zacházet, přistupují v situacích, které se jim jeví jako náročné, k obranným mechanismům. Ty mohou mít buď podobu útoku nebo úniku. Útokem je především agrese. Mezi únikové mechanismy patří popření nepříjemných skutečností, vytěsnění, fantazie, racionalizace, regrese, identifikace, substituce nebo rezignace. Emočními problémy rozumíme situace, ve kterých dítě prožívá a vyjadřuje emoce způsobem, jenž je problematický ve vztahu k sobě nebo k okolí. Cestou k řešení emočních problémů je alespoň do určité míry naučit dítě identifikovat a ovládat své emoce (Divoká a kol., 2017).

U dítěte, které tyto mechanismy neovládá, dojde snadněji k frustraci. Podstatou frustrace je neuspokojení konkrétní momentální potřeby. Je přirozenou součástí života každého z nás a za určitých okolností může být obohacující, jelikož nám přináší nové zkušenosti a posiluje dovednost zvládat životní překážky. Frustrace je problémem v případě, že je dlouhodobá a opakovaná a dítě se s ní nedokáže

z různých důvodů adekvátně vypořádat. V této souvislosti hovoříme o tzv. „frustrační toleranci“ (Divoká a kol., 2017).

Vágnerová (2000, str. 31) frustrační toleranci charakterizuje jako „...*schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, schopnost vynakládat úsilí na překonávání obtíží, ale i zároveň dostatečná sebedůvěra v tyto schopnosti, v možnost najít přijatelné řešení. Označuje míru zátěže, s níž se člověk dovede bez větších problémů vyrovnat.*“

S frustrační tolerancí úzce souvisí tzv. „resilience“. Znamená odolnost, nezdolnost či nezlomnost. Jedná se o schopnost čelit zátěžím a překonávat stres. Prostředkem k jejímu posilování jsou tzv. „protektivní faktory“, mezi něž patří upevňování pozitivní zkušenosti s tím, co se v minulosti podařilo, vyvozování poučení z nezdarů, posilování sebedůvěry a otevřená představa budoucnosti (Jedlička a kol., 2015).

Helus (2018) k výše uvedeným protektivním faktorům navíc řadí plánování způsobu, jak postupovat v různých situacích (včetně schopnosti realizace alternativního řešení), vytváření pevných mezilidských vztahů, schopnost umět dělat radost sobě i druhým a schopnost vypořádání se s minulostí způsobem, který bude přínosný do budoucna).

Prostředkem k docílení žádoucí vyšší míry resilience je pozitivní emoční naladění, založené na kladném vztahu k sobě samému i druhým lidem, na pocitu nezávislosti a možnosti být sám sebou, schopnosti zvládat náročné životní situace, přesvědčení, že navzdory překážkám stojí o něco v životě usilovat a na odhodlání pracovat na svém osobnostním rozvoji (Jedlička a kol., 2015).

2.3. Základní lidské potřeby a jejich naplňování

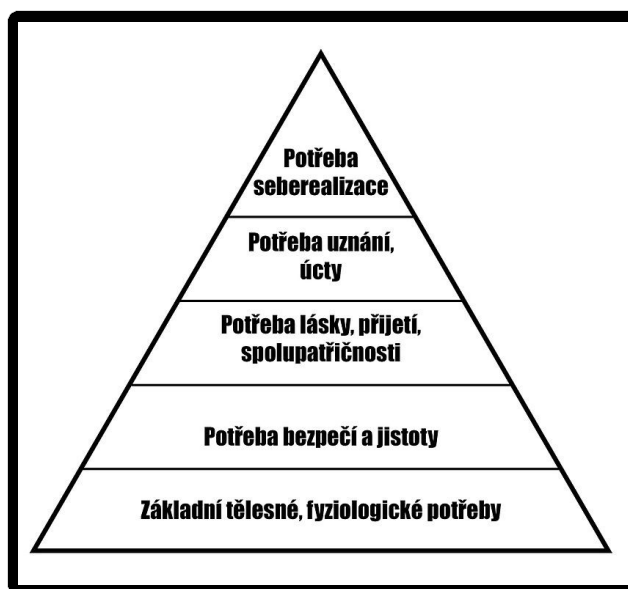
Naplňování potřeb u dětí si zaslouží zvláštní pozornost, neboť pokud strádají z nedostatku uspokojení některé potřeby, mohou v jejich tělesném i psychickém vývoji nastat vážné problémy a komplikace, včetně agresivních projevů chování (Opravilová, 2016).

I přes veškerou snahu pochopitelně u některých dětí k problémovému chování docházet bude, neboť může primárně plynout z handicapu jedince, či se nemusí vždy podařit správně rozpoznat nenaplněné potřeby. Dále se může stát, že ačkoliv nenaplněné potřeby známe, nemusí se nám je z objektivních důvodů dařit naplňovat.

Agresivní chování u dětí s mentálním postižením má dva základní spouštěcí faktory. Prvním je organické a funkční poškození mozku, které nedovoluje dostatečnou kontrolu nad vlastními emocemi. Druhý představuje vliv prostředí (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Nejznámější popisný model základních lidských potřeb vytvořil Abraham Maslow. Model má podobu hierarchie postupující od osobních potřeb na základně k potřebám rozumovým na vrcholu. Hlavní myšlenkou je, že znázorněné potřeby jsou uspokojovány od těch nejnižších (tedy fyziologických potřeb) postupně směrem nahoru, k vrcholu pyramidy. Jinými slovy, pokud nejsou uspokojeny fyziologické potřeby, případně potřeby bezpečí a lásky, nelze dosáhnout uspokojení potřeb vyšších, tedy například potřeby uznání, úcty či seberealizace (Fontana, 2014).

Pyramidu potřeb dle Maslowa lze znázornit následovně



Matějček a Langmeier vytvořili pro děti model pěti základních potřeb.

1. Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti podnětů. Podnětů by nemělo být ani málo, ani moc, a neměly by být ani příliš slabé, ani příliš silné. Jinak je organismus dítěte buď „podvyživen“ a spokojí se s tím málem, kterého se mu dostává, anebo se proti přílišnému náporu brání tím, že prostě „vypne“ či se uchyluje k jinému obrannému systému (např. agresi).

2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech. Nepřehledné množství podnětů ztěžuje orientaci. Bez pochopení souvislostí a vztahů by svět nedával smysl.

Smysluplný svět je základní podmínkou pro to, aby mohly vznikat poznatky a zkušenosti.

3. Potřeba prvních citových a sociálních vztahů. Citové vztahy zaručují pocit bezpečí, jistoty a důvěry v sebe i v ostatní lidi.

Tato potřeba je u lidí s mentálním postižením velmi silná, a to nejen v dětství, ale přetrvává i v dospělosti. Citová jistota daná vztahem s blízkým člověkem slouží jako zdroj rovnováhy ve světě, kterému lidé s mentálním postižením mnohdy nerozumí (Vágnerová, 2004).

4. Potřeba pozitivní identity, společenského uplatnění a společenské hodnoty. Dítě potřebuje mít pocit vlastní hodnoty, chce být spravedlivě hodnoceno a uznáváno.

Dle Vágnerové (2014) je sebehodnocení osob s mentálním postižením spíše přijetím názorů ostatních lidí, na nichž jsou závislí. Protože jim chybí schopnost hypotetického myšlení, budoucnost neplánují, spokojí se s dosažením pozitivního hodnocení od ostatních a pochvalou.

5. Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy. Sebedůvěra posiluje samostatnost, odvahu i odpovědnost za vlastní jednání, které směřuje do budoucnosti (Matějček, 1989).

U lidí s mentálním postižením je uspokojování této potřeby závislé na stupni mentálního postižení, na schopnosti chápat pojem času, odlišit minulost, přítomnost, budoucnost. Lidé se závažnější formou mentálního postižení tohoto schopni nejsou, nedělají si žádné plány a žijí přítomností (Vágnerová, 2014).

3 Nástup dítěte s mentálním postižením do mateřské školy

Obecně jsou cíle předškolního vzdělávání definovány v ust. § 33 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů tak, že *„[p]ředškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.“*

Vedle těchto obecných cílů školský zákon v ust. § 16 odst. 9 definuje i institucionální podporu vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami tak, že *„[p]ro děti (...) s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny.“*

3.1. Socializace dítěte s mentálním postižením

Socializace znamená formování a růst osobnosti pod vlivem vnějších podnětů, včetně výchovy. Termín výchova představuje řízené a vědomé působení rodičů, učitelů a dalších výchovných činitelů. Výsledkem socializace je jedinečná osobnost. Základy osobnosti se sice utvářejí již v dětství a dospívání, socializace však probíhá po celý život jedince, během kterého se každý z nás musí neustále přizpůsobovat požadavkům okolí (Jedlička, 2015).

Primární socializace probíhá v rodině. Její funkce spočívá v tom, že již od narození ovlivňuje vývoj jedince a vytváří citové vazby s blízkými osobami. Rodina zajišťuje uspokojování biologických potřeb dítěte, zajišťuje podmínky pro zrání a růst, představuje pro dítě vzor v oblasti osvojování morálních hodnot, je zdrojem zkušeností a vzorců chování atd. Právě v rodinném prostředí se kladou základy budoucího jednání mimo rodinu (Jedlička, 2015).

Předškolní věk lze chápat jako období přípravy na život ve společnosti. Socializace a individuace, tj. rozvoj osobnosti jedince, probíhá v interakci s jinými lidmi. Rozšíření kontaktů mimo rodinu, vztahy s dalšími dospělými umožňují získat nové zkušenosti, nezbytné pro další osobnostní vývoj (Vágnerová, 2012).

Jak uvádí Matějček, v oblasti sociálních vazeb probíhá u dítěte vývoj následujícím způsobem. Nejprve se objevuje citová vázanost k mateřské osobě a strach z cizích lidí a pak teprve lokomoce – napřed citová vázanost k rodině a k domovu a pak teprve vstup do sociální skupiny vrstevníků. Ve čtvrtém roce vstupuje na vývojovou scénu dítěte dětská společnost, vstevníci. *„Příznačné je, že to jsou právě druhé děti, tj. generace, z níž si bude dítě jednou vybírat přátele, spolupracovníky, milence, manžela atd. Tedy společnost, v níž si musí najít své místo, v níž se musí nějak uplatnit, osvědčit, zakotvit. To znamená, že ji musí také poznat a že si postupně musí vypracovat metody a strategie, jak s ní komunikovat“* (Matějček, 2015).

V případě dítěte s mentálním postižením (resp. jakýmkoliv typem postižení) může nastat ze strany rodičů problém v podobě uplatňování některého z extrémních výchovných přístupů k dítěti. Rodiče jsou buď svázáni přílišnou obavou o dítě a z ní vyplývající snahou o jeho ochranu, dítě příliš litují a opečovávají a tím u něj nerozvíjejí samostatnost a podporují negativní vlastnosti. Anebo jsou v opačném případě vedeni přesvědčením, že jedině přísným, tvrdým přístupem docílí maximálního posunu ve vývoji dítěte, nerespektují limity způsobené jeho postižením a kladou na něj neúměrné požadavky (Švarcová, 2006).

Mnozí dnešní rodiče žijí v mylné představě, že je zapotřebí vyhovět každému přání dítěte, protože jen za této podmínky prožije šťastné dětství. Nepřipouštějí si, že není v jejich silách ochránit dítě před frustrací v každé situaci. Každý člověk se dříve nebo později setká s tím, že jeho momentální přání nebude možné z nejrůznějších důvodů uspokojit. Dítě, které je zvyklé na to, že se mu splní každé přání, reaguje agresivně, když se mezi ně a jeho přání postaví nějaká překážka (Antier, 2011).

Každé dítě potřebuje určitý řád a stanovení hranic k tomu, aby se mohlo vyvíjet. Nevhodná je jak výchova založená pouze na zákazech, neboť ta dítě nepřírozně omezuje, tak výchova založená jen na chvále, protože ta nenaučí dítě snášet frustraci, neúspěchy a nevede ho k empatii vůči druhým lidem (Oprailová, 2016).

3.2. Adaptace dítěte s mentálním postižením na prostředí mateřské školy

Prostřednictvím mateřské školy vstupuje dítě do společnosti jako samostatný jedinec a získává zde nové sociální zkušenosti a dovednosti. „*Teritorium mateřské školy je místo, které je charakteristické chyběním intimního subteritoria, dítěti jako jedinci zde téměř nic osobně nepatří, všude mohou i ostatní, mohou si hrát se všemi hračkami apod.*“ (Vágnerová, 2015).

Připravenost na vstup do mateřské školy je u každého dítěte pochopitelně individuální. U dětí s mentálním postižením lze ale předpokládat, že mohou zpočátku docházky do mateřské školy nastat problémy s adaptací, a to vzhledem k celkově opožděnému vývoji a silnější citové vázanosti na blízkou osobu. Rodiče i pedagogové by měli být na takové projevy problémového chování připraveni a znát způsoby jejich řešení. Cizí prostředí, neznámé osoby a podněty či úkoly, které nejsou schopné z nejrůznějších důvodů splnit, u dětí s mentálním postižením často vyvolávají strach a úzkost. Ta může eskalovat až do podoby paniky doprovázené nepříjemnými vegetativními projevy jako je třes, bušení srdce, pocení aj. (Švarcová, 2006).

V procesu úspěšné adaptace hraje podstatnou roli rodina. Důležité je, aby v dítěti podporovala samostatnost a soběstačnost v oblasti hygieny, stravování, oblékání apod. Dále, aby dítě bylo zvyklé chodit do společnosti jiných dětí a ovládalo takové komunikační strategie, které budou srozumitelné i pro ostatní. Pokud dítě učíme samostatnosti, posilujeme tím jeho sebeúctu a schopnost čelit různým překážkám (Kořátková, 2014, Divoká a kol., 2017).

I přes dodržení výše uvedených pravidel je třeba počítat s tím, že některé dítě bude nástup do mateřské školy nést s nelibostí.

Kořátková uvádí tři stadia reagování dítěte mladšího předškolního věku na přerušení kontaktů s rodinou:

1. Stadium protestů

Dítě pláče, dožaduje se rodiče, nechce s novým prostředím komunikovat, odmítá hračky a hru.

2. Stadium zoufalství

Dítě již nenaříká, ale je uzavřené, komunikuje jen v nejnútnejším případě, vybere si nebo přijme hračku, ale nehraje si s ní.

3. Stadium odpoutání od matky

Dítě připoutává pozornost k náhradní osobě, chování a komunikace se blíží normálu, začíná si bezstarostně hrát.

Jak dlouho trvají jednotlivá stádia, je velmi individuální. Na základě tohoto rozčlenění si však můžeme uvědomit, kde se dítě v tomto zákonitém postupu adaptace právě nachází (Kořátková, 2014).

4 Agrese a agresivita

Agrese

Slovo pochází z latinského výrazu *agressio* – výpad, útok vůči věci, či osobě. Jednání, jímž se projevuje úsilí vůči některému objektu nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit (Edelsberger a kol., 2000).

Agrese je především projev vitální síly. Obecně lze říci, že vitální, resp. agresivní, je každý lidský jedinec. Snaha vymýtit agresi je proto zcela naivní. Cílem je regulovat agresi k pokroku ve vývoji (Svoboda, 2014).

Agresivita

Slovo pochází z latinského výrazu *aggressivus* – útočný. Jde o vlastnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem. Někdy se tím míní i celkové úsilí organismu dosáhnout uspokojení vlastních potřeb, zejména výživových a pohlavních (Edelsberger a kol., 2000).

„Agresivita je součástí lidské přirozenosti. Hraje velkou úlohu ve vývoji dítěte. Vnitřní prudkost dodává dítěti energii a motivaci, jež jsou nezbytné k sebepřekonávání. Podporuje úspěch, jestliže zůstane v mezích, které dítě kontroluje. Úkolem výchovy tedy není agresivitu zcela odstranit, ale usměrnit ji, aby bylo možné tuto energii mobilizovat pro dosažení pozitivních cílů jak pro sebe, tak pro ostatní“ (Antier, 2011, str. 9).

Charakteristika agresivity:

- verbálně či neverbálně vyjádřené silné reakce zlosti a hněvu, které jsou běžným typem reakce daného dítěte i na banální podněty a stresy a mají tendenci se stupňovat
- chování dítěte je v rozporu s uspokojováním potřeb ostatních lidí a porušuje morální i sociální normy
- tyto reakce dítě ve většině případů a situací nezvládá pomocí běžných kontrolních mechanismů
- dítě s obtížemi vyhledává náhradu v jiných, sociálně akceptovatelných formách kompromisního jednání

- selhává i vnější kontrola chování dítěte a rodiče či jiní vychovatelé mohou mít pocit výchovné bezradnosti a bezmoci při stanovování hranic chování dítěte
- agresivní projevy dítěte se postupně stávají dominantním vzorcem jeho projevů chování (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Agresivní chování se může objevit z následujících příčin:

- pro připoutání sociální pozornosti – pro některé je negativní pozornost lepší než pozornost žádná
- obranná agrese – klademe-li na dítě nepřiměřené nároky, může se začít chovat agresivně, abychom z nároků slevili
- hranicotvorná – při nástupu do mateřské školy zkouší, kde jsou mantinely chování, kam až může dojít
- autostimulační – vyskytuje se, pokud se dítě nudí a nedokáže si z důvodu svého handicapu dodávat podněty jiným způsobem než agresí
- analgetická – pokud ho něco bolí, snaží se bolavé místo autoagresí lokálně umrtvit
- pro získání nebo pro návrat věci nebo aktivity – kdy se buď neumí dostat k nějaké aktivitě či věci, nebo jsou mu i v dobré víře odepírány
- kompulzivní – projevuje nutkavé nevhodné chování (bouchání, plivání, štípání aj.) (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Jiné členění příčin agresivního chování nabízí Hutyrková (2019):

- agresivita pramenící z nevyjasněných hranic, mantinelů, dítě nemá jasně stanovená pravidla z rodiny
- agresivita jako reakce dítěte na přísnou a tvrdou výchovu
- vrozená agresivita jako hnací síla a energie
- agresivita jako projev frustrace
- agresivita jako forma naučeného chování, může být i nezáměrnou nápodobou.

Důležité je odlišit agresivitu afektivní, instrumentální a zástupnou.

Afektivní agresivita je vyvolaná silnou emocí, která jedince silně ovládá a zbavuje ho kontroly nad vlastním chováním. Agresor agresí zpravidla neplánuje, ale uchyluje se k ní náhle, ve stavu vzrušení.

Instrumentální agresivita je vyvolána touhou dosáhnout nějakého cíle. Obětí se stává každý, kdo realizaci této touhy stojí v cestě.

Zástupná agresivita je spojena s frustrací. Jako oběť je napaden někdo, vůči komu není zaměřena žádná negativní emoce a kdo ani nestojí v cestě dosahování cílů agresora (Helus, 2018).

4.1. Prevence agrese u dítěte s mentálním postižením

Matějček a Dytrych (1997) uvádějí „Desatero“, které může sloužit jako obecné doporučení pro předcházení frustrace u dětí a tím pomoci eliminovat možné spouštěče agresivního chování.

- 1. Soustředění vyčerpává.** V případě, že je nervový systém dítěte soustavně přetěžován, organismus má tendenci se bránit, např. agresivními projevy chování.
- 2. Nervový systém dětí vyžaduje vydatnější odpočinek.** Nejvíce osvěžení nervovému systému dětí přináší pohyb, nejlépe na zdravém vzduchu.
- 3. Ne úkol, ale spolupráci.** Pokud dítěti při plnění úkolu pomáháme, předcházíme u něj úzkosti.
- 4. Tomu, čemu se dítě učí, by se mělo naučit dobře.** Dbejme, aby se dítě něčemu nenaučilo špatně. Snazší je navodit dobré návyky a pracovní postupy, než ty špatné odnaučit.
- 5. Zájem vede pozornost.** Nejdříve musíme udělat učení pro dítě přijatelným a přitažlivým, tj. zábavným.
- 6. Trest zastavuje, odměna buduje.** Je nezbytné uvažovat o účelných a účinných odměnách.
- 7. Pozor na pocity méněcennosti.** Je třeba budovat a chránit zdravé sebevědomí.
- 8. Dbáme na dobrou zdravotní kondici a na zásady duševní hygieny.** Na dítě nespěcháme a nepřetěžujeme jej.
- 9. Důležité je dobré zařazení v kolektivu.** V kolektivu se děti sociálně vzdělávají, učí se spolupráci, přátelství, solidaritě, obětavosti, radosti z radosti druhých aj.
- 10. Příklady táhnou a povzbuzují.** Rodiče a učitelé by měli být svým chováním pro děti dobrým příkladem.

Spouštěčem agresivního chování může být také nedosycenost některé ze sociálních potřeb. Mezi ně například patří:

- potřeba výživy
- potřeba podpory, opory
- potřeba limitu
- potřeba místa
- potřeba pevně stanoveného denního režimu
- potřeba bezpečí

Potřeba výživy

ve smyslu výživy informacemi.

Dítě by nemělo být zahlcováno nadměrným množstvím informací, nebo protichůdnými informacemi, které v něm vyvolávají zmatek a nedůvěru ve sdělené. Důsledkem může být odklon pozornosti a následně může dojít k výchovnému problému (Matějček 2015).

Potřeba podpory, opory

v podobě fyzického doteku, fyzické podpory, pochvaly, psychické podpory. Podstatné je, aby pochvala byla konkrétní, aby dítě vědělo, za co je chváleno.

Potřeba limitu

Limit je něco, co nám v konkrétní chvíli v něčem brání a zároveň nás v tutéž chvíli před něčím chrání. Přináší pocit bezpečí a jistoty (Svoboda, 2014).

Potřeba místa

Potřebou místa je v domácím prostředí myšlen např. prostor na spaní, místo u stolu, stálé místo v obývacím pokoji, které vnímáme jako své natolik, že pokud někdo daný prostor obsadí a my přicházíme do místnosti, je pro nás „naše místo“ automaticky uvolněno. Pokud tomu tak není, necítíme se v prostoru dobře a vzniká tendence hledat „třetí místo“ v prostoru jiném (Svoboda, 2014).

Pokud se zamyslíme nad otázkou, co má dítě „své“ v prostoru standardní mateřské školy, jedná se o následující:

- svůj symbol, který označuje jeho místo v šatně
- svůj ručník a další hygienické potřeby

- značkou opatřenou postýlku, své pyžamo, ložní prádlo
- v některých mateřských školách mají děti značkou označenou židličku u stolu (Svoboda, 2014).

Některé děti mohou být na své věci v mateřské škole výrazně fixované, pocit jejich ohrožení až ztráty u nich vyvolává agresivní projevy chování (Svoboda, 2014).

Potřeba pevně stanoveného denního režimu

- ve dni, týdnu, měsíci, nás ukotvuje, potvrzuje správnost existence a chování v konkrétním společenství. To zvyšuje pocit bezpečí a umožňuje důvěru.

Kladný vztah k pravidlům je velmi významný. Dává dítěti bezpečí, smysl, orientaci ve vlastním životě i životech ostatních (Svoboda, 2014).

Potřeba bezpečí

- Hranice toho, kdy se člověk cítí v bezpečí a kdy už nikoliv, je pochopitelně individuální. Pojetí bezpečí jako základní sociální potřeby vychází z předpokladu, že lidský jedinec se ocitá v situaci, prostoru, kde se necítí ohrožován, kde nemusí usilovat o svou vlastní ochranu, a to jak ve smyslu fyzickém, tak psychickém (Svoboda, 2014).

4.2. Syndromy spojené s agresivními projevy chování u dětí s mentálním postižením

Tato kapitola se věnuje syndromům, které se pojí s mentálním postižením a mezi jejichž charakteristické znaky patří mimo jiné zvýšená míra agresivního či autoagresivního chování.

Prader-Willi syndrom

Příčinou PWS je genetická vada, konkrétně porucha 15. chromozomu, která se vyskytuje s četností přibližně 1:15000 narozených dětí. Typickými rysy jedinců s PWS jsou hypotonie, hypogonadismus, obezita (disponují nezvladatelnou chutí k jídlu), poruchy funkce endokrinního systému a centrálního nervového systému (projevuje se problémy s učením, poruchou emočního a sociálního vývoje, nízkým vzrůstem, spavostí), psychiatrické poruchy (nejčastěji spánkové poruchy, poruchy vylučování, bipolární poruchy a poruchy impulzivního chování). Mívají potíže v oblasti sociální interakce a problémy v chování, které se demonstrují například vyštípováním

kůže, záchvaty vzteku, agresivitou a úzkostností. (Prader-Willi spolek, online, cit. 12.6.2022).

Leschův-Nyhanův syndrom

Leschův-Nyhanův syndrom je způsoben genetickou poruchou chromozomu X, která od narození způsobuje narušení metabolismu kyseliny močové. Porucha se vyskytuje pouze u chlapců, ženy jsou jejími přenašečkami. Syndrom se projevuje mozkovou obrnou s choreoatetonickými pohyby, mentálním postižením a kompulzivním sebezraňováním. Sebezraňující chování se objevuje u mnohých chlapců mezi druhým a třetím rokem, u jiných později, u některých se nemusí projevit vůbec. Obecně platí, že čím dříve se sebezraňování objeví, tím bývá závažnější. Mezi časté sebezraňující chování patří kousání se do rtů, do vnitřku úst a do rukou. Pokud se sebezraňování nezabrání, může dojít až ke ztrátě prstů či rtů. Problémové chování může být také zaměřeno na ostatní. Patří sem plivání na ostatní, fackování, štípání a kroucení rukou, nadávání blízkým i oblíbeným osobám (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

De Lange syndrom

Naprostá většina případů vzniká v důsledku spontánní genetické mutace. Syndrom je patrný již od novorozeneckého období. Vyznačuje se mikrocefálií a specifickými rysy v obličeji. Patrná bývá nízká vlasová čára, husté a srůstající obočí, dlouhé řasy, krátký nos a úzké rty. Ve většině případů je přítomné mentální postižení. Sebezraňování, nejčastěji ve formě bití se do obličeje, kousání si paží, prstů nebo rtů, škrábání a dření si pokožky, se vyskytuje častěji než u populace lidí se stejnou úrovní intelektu, stejně tak projevy destrukce. Bylo také prokázáno, že sebezraňování se projevuje frekventovaněji při pocitu nepohodlí, frustraci a úzkostí (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Syndrom Smith-Magenis

Syndrom Smith-Magenis je genetická porucha, jejíž příčinou je chybějící část 17. chromozomu. Vyznačuje se specifickými fyzickými rysy a projevy v chování. V populaci se vyskytuje zhruba v poměru 1:25 000. Přítomny bývají poruchy spánku s převráceným režimem, hyposenzitivita na bolest, opožděný vývoj řeči, hyperaktivita, sebezraňující bouchání hlavou, kousání nehtů a rukou, vyštipování kůže, nehtů na nohách i rukách, nutkavé škrábání oděrek, záchvaty vzteku,

destruktivní a agresivní chování, zvýšená celková dráždivost, mačkání rukou při vzrušení aj. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Oproti výše uvedeným syndromům, u nichž je ve zvýšené míře pozorován výskyt agresivního či autoagresivního chování, je třeba zmínit Downův syndrom, u kterého se naopak problémové chování vyskytuje s menší pravděpodobností než u ostatních příčin mentálního postižení. Děti s Downovým syndromem nemívají v předškolním zařízení problémy, protože bývají většinou pozitivně emočně laděné a sociálně zaměřené (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009).

5 Vhodné způsoby motivace k žádoucímu chování

Jako motivaci označujeme činitele aktivizující organismus k reagování, chování, jednání vedoucímu k dosažení cíle, k uspokojení. Motivace úzce souvisí s emocemi, neboť dosažení cíle, tedy uspokojení, je spojeno s prožitkem radosti a uvolnění. Stejně tak neuspokojení vyvolává emoce nespokojenosti, zklamání, smutku. Můžeme říci, že v motivaci jde o dosahování kladných emocí a vyhnutí se emocím negativním (Helus, 2018).

Nejefektivnějším způsobem ovlivňování chování a jednání dítěte s mentálním postižením je vytváření jeho návyků. Výchovné metody, které jsou vhodné pro děti bez postižení, bývají u dětí s mentálním postižením méně účinné. U dítěte s mentálním postižením zpravidla nestačí k odvrácení nevhodného jednání vysvětlení, případně několik upozornění či napomenutí. Chceme-li eliminovat vytvoření návyku nevhodného chování, je nezbytné zvolit takový výchovný přístup, který zamezí tomu, aby mu toto chování přinášelo jakékoliv uspokojení. Již vytvořený nesprávný návyk lze u dítěte s mentálním postižením odstranit obtížně a je třeba počítat s delší dobou než u zdravého dítěte. Pro odstraňování nevhodného návyku je nutné zjistit nejdříve jeho příčinu a pak působit spíše na ni než na důsledek (Švarcová, 2006).

K nejvýraznějším motivačním činitelům u dětí s mentálním postižením patří emoce. Prostřednictvím pozitivních emocí lze u nich tím nejpřirozenějším způsobem působit na rozvoj a posilování vhodného chování (Švarcová, 2006).

Jednou z metod, využívajících pozitivní emoce k prevenci problémového chování a k motivaci vhodného chování u dětí, je PBIS – Pozitivní podpora chování dětí a žáků (Positive Behavior Intervention and Support). PBIS je založeno na výzkumem ověřených principech (tzv. evidence-based). Základním principem prevence náročného chování je pozitivní fixace, která je v dlouhodobém hledisku účinnější než trest a zároveň vhodnější pro harmonický vývoj dítěte. Pozitivní fixace je v praxi dosahováno častým oceňováním nebo zvědomováním toho, co se dětem v chování povedlo. Kladný efekt má přitom nejen samotné ocenění vhodného chování dítěte, ale i pozornost, kterou pedagog dítěti v té chvíli věnuje. Naopak nevhodnému chování není věnována přílišná pozornost, není-li to nezbytně nutné, respektive pozitivní podpora by měla převažovat nad korekcí chování (Podpora inkluze, © 2018).

K tomu, abychom byli schopni v dostatečné míře přemýšlet o příčinách a důsledcích chování, musíme znát principy základních druhů lidského učení, kterými jsou nápodoba, podmiňování a vhléd.

Nápodoba

Člověk má přirozeně sklon napodobovat chování jiného člověka, především v tom případě, že uvedené chování vede k subjektivně žádoucím následkům (odměnám) nebo umožňuje vyhnout se subjektivně nežádoucím následkům (trestům). Dítě při výběru vhodných vzorů k nápodobě bere v úvahu tu skutečnost, zda má k dotyčnému kladný citový vztah, je hoděn jeho úcty a respektu, a zda s ním sdílí některé společné znaky (např. pohlaví, věk, zájmy atd.) (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989).

Nápodoba má v sociálním učení předškolního dítěte největší význam. Dítě napodobuje především toho, ke komu má kladný citový vztah, a s nímž se chce ztotožnit. Určitý způsob chování buď upevní nebo zamítne v závislosti na tom, zda se u ostatních setká s pozitivní či negativní odezvou. Neplatí to však bez výjimky. V některých případech se dítě v obdobné situaci zachová opět stejně nevhodně i přes jasně vyjádřený nesouhlas s jeho chováním ze strany okolí (Opravilová, 2016).

Podmiňování

Každý z nás má spontánní tendenci činit to, co je v dané situaci obvykle spojeno s dalšími subjektivně žádoucími následky pro něj (odměnami) a méně to, co subjektivně žádoucí následky nepřináší nebo co přináší následky subjektivně nežádoucí (tresty). Podmiňování chování odměnou či trestem probíhá automaticky, jeho vědomé rozpoznání může být užitečné, ale není nezbytné.

a) Podmiňování „respondentní“

Odměna nebo trest je spojován s výskytem určité situace.

b) Podmiňování „operantní“

Odměna nebo trest je spojován s určitým chováním v konkrétní situaci.

Úspěšnost učení formou podmiňování je závislá na tom, zda je v prožívání dítěte taková událost spojena právě s tímto chováním nebo situací (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989).

„Bendl (2011) uvádí Čákových šest principů operantního učení, které jsou vhodné pro pedagogickou praxi:

- *odměnu je třeba udělovat bezprostředně*
- *postupné přibližování (zprvu odměňujeme i velmi malý úspěch dítěte, třeba i samotnou snahu)*
- *zpočátku odměňujeme častěji s využitím malých odměn*
- *odměny dáváme jen za činnost (ne za uposlechnutí příkazu)*
- *užití Premackova principu (méně oblíbená činnost může být posílena činností oblíbenější)*
- *využití smlouvy (mezi učitelem a žákem, případně i mezi rodiči, přičemž se specifikuje požadované chování i následná odměna)“ (Hutyrová a kol., 2019, str. 153).*

Povaha jednotlivých druhů podmiňování:

Kladné zpevnění

Určité chování či pobyt v určité situaci jsou spojeny se subjektivně příjemnou zkušeností (odměnou), dané chování či vyhledávání dané situace pak přibývá. Jako zpevňující odměna se nejčastěji využívá drobná hračka, sladkost, pochvala, pohlazení, hra atd. Odměnu je třeba ze začátku dítěti poskytnout po každém kroku, který představuje posun k žádoucímu chování. Změna v chování často postupuje po dílčích krocích, které na sebe musí přirozeně navazovat. Každý z postupných kroků je třeba odměňovat zvlášť.

Záporné zpevnění

Určité chování či pobyt v určité situaci jsou spojeny s ukončením subjektivně nepříjemné zkušenosti (trestu), dané chování či vyhledávání dané situace pak přibývá.

Vyhasínání

Konkrétní chování či pobyt v určité situaci jsou spojeny s ukončením subjektivně příjemné zkušenosti (odměny), daného chování pak ubývá.

Tlumení

Určitý projev chování či pobyt v určité situaci jsou spojeny se subjektivně nepříjemnou zkušeností (trestem), dané chování pak ubývá (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989).

Vhled

Člověk má potřebu orientovat se ve světě prostřednictvím porozumění souvislostem mezi svým chováním a následky, které z toho pro něj vyplynou. Dítě špatně snáší nejistotu, má tendenci si každou situaci vysvětlit způsobem, kterému porozumí. Aby se minimalizovalo riziko špatné interpretace ze strany dítěte, je třeba mu zprostředkovat přiměřený vhled a správné pochopení situace (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989).

Vhodné chování je tedy chováním stejně naučeným jako chování nevhodné. Není proto „přirozené a normální“, že se člověk chová vhodně. Aby se člověk choval vhodně, musí k tomu být něčím motivován (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Praktická část

6 Výzkum

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na mapování agresivních projevů chování u dětí s mentálním postižením ve speciálních mateřských školách. Výzkum byl prováděn formou dotazníku, ve kterém pedagogové odpovídali na otázky týkající se frekvence a forem agresivních projevů chování, spouštěčů agresivního chování a postupů a metod, prostřednictvím kterých se snaží tyto projevy eliminovat či zmírnit.

6.1. Cíl výzkumu

Výzkum je zaměřen na zjištění, jak často a v jaké podobě se agresivní projevy chování u dětí s mentálním postižením objevují, které okolnosti mohou být spouštěčem takového chování, a především, jakým způsobem jej pedagogové řeší a zda využívají některé proaktivní přístupy předcházení agresivnímu chování.

Cílem výzkumu je popsat přístupy pedagogů v mateřských školách k náročnému chování dětí s mentálním postižením.

6.2. Výzkumné otázky

1. Jaké spouštěče agresivního chování u dětí s mentálním postižením identifikují pedagogové v mateřské škole?
2. Jaké způsoby předcházení agresivnímu chování pedagogové využívají?
3. Jakým způsobem pedagogové minimalizují probíhající agresivní chování u dětí s mentálním postižením?

6.3. Charakteristika výzkumného vzorku

V rámci výzkumného šetření bylo osloveno celkem 62 speciálních mateřských škol po celé České republice, ve kterých se dle veřejně dostupných informací vzdělávají děti s mentálním postižením. I přes opakované žádosti o spolupráci se výzkumu zúčastnilo pouze 7 z těchto mateřských škol. Konkrétně se jedná o dvě mateřské školy z Prahy a po jedné z Hodonína, Trutnova, Třebíče, Nového Bohumína a Ostravy.

Základním kritériem výběru tohoto vzorku oslovených subjektů byla jejich dostupnost, resp. kontaktnost elektronickou formou s ohledem na způsob provádění výzkumu prostřednictvím elektronického online dotazníku. Současně bylo zohledněno i kvantitativní hledisko v podobě širokého okruhu oslovených subjektů za účelem získání co možná největšího objemu vstupních dat v podobě odpovědí oslovených respondentů.

6.4. Výzkumná strategie

Pro účely praktické části bakalářské práce bylo původním záměrem použít smíšený přístup analýzy získaných odpovědí, tedy kvantitativní analýzu získaných kvantifikovatelných dat a posléze kvalitativní analýzu textu. Z tohoto důvodu bylo osloveno celkem 62 subjektů poskytujících předškolní vzdělávání dětem s mentálním postižením. Vzhledem k tomu, že se podařilo získat relevantní odpovědi od pouhého zlomku oslovených respondentů, přesně 7 (tj. pouhých 11,29 % všech respondentů), byly získané odpovědi analyzovány primárně z hlediska kvalitativního. Kvantitativní výzkum byl tudíž využit pro základní vzájemné porovnání získaných odpovědí.

6.5. Analýza dat

První tři otázky dotazníku zjišťují bližší charakteristiku kontextu, ve kterém respondenti pracují. Tabulka níže obsahuje získané informace.

Tabulka č. 1: Charakteristika výzkumného vzorku

	Mateřská škola	Celkový počet dětí ve třídě	Počet dětí s MP ve třídě	Počet dětí s MP a současnými agresivními projevy chování
Respondent č. 1	Nový Bohumín	8	8	2
Respondent č. 2	Praha 4 - Michle	6	6	1
Respondent č. 3	Hodonín	14	3	1
Respondent č. 4	Trutnov	14	6	5
Respondent č. 5	Třebíč	10	1	1
Respondent č. 6	Ostrava	20	2	2
Respondent č. 7	Praha 4 - Háje	23	4	4
Celkem dětí		95	30	16

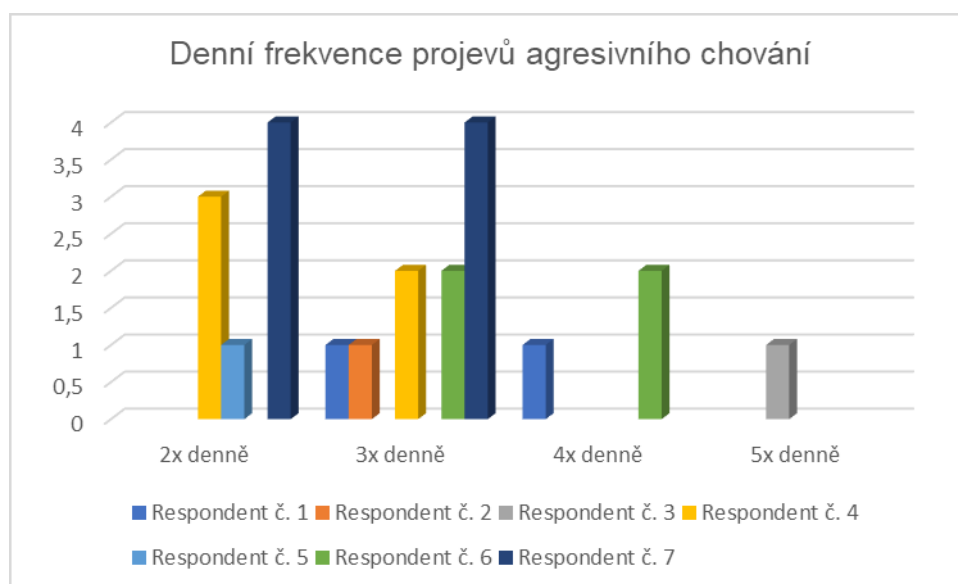
Z uvedené tabulky tedy plyne, že z celkového počtu 30 dětí s mentálním postižením jich celkem 16 (tj. 53 %) vykazuje projevy agresivního chování. Na toto zjištění navazuje dále uvedený graf, jenž znázorňuje frekvenci tohoto nežádoucího chování. Je patrné, že u vybraného vzorku 16 dětí pedagogové zaznamenávají projevy

agresivního chování prakticky každodenně, s tím, že frekvence těchto projevů je minimálně dvakrát denně.

Otázka č. 4: Jak často pozorujete projevy agresivního chování u jednotlivých dětí s mentálním postižením?

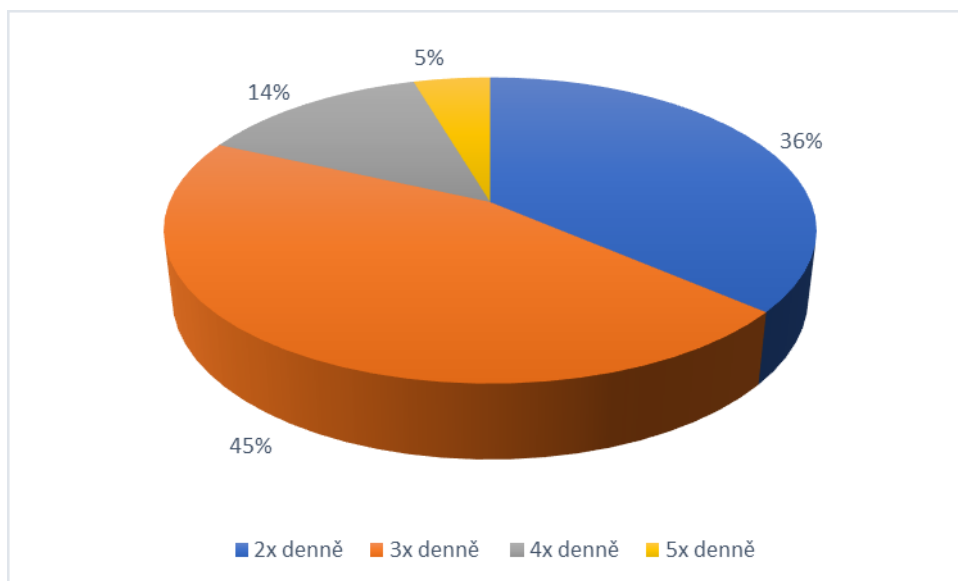
Prezentovaný graf zobrazuje základ ve výši 22 dětí, tj. 137,5 % reálného počtu 16 dětí. Důvodem je skutečnost, že respondent č. 6 uváděl v případě obou dětí projevy agresivního chování 3x – 4x denně. Shodnou odpověď, avšak při frekvenci 2x – 3x denně poskytl respondent č. 7 v případě všech 4 dětí navštěvujících jeho mateřskou školu. Jelikož ani jeden z těchto respondentů nebyl schopen tuto četnost rozlišit, resp. uvést, jaká varianta převažuje, byly tyto děti zařazeny do příslušných skupin jak s nižší, tak i vyšší frekvencí projevů agresivního chování.

Graf č. 1: Frekvence projevů agresivního chování u jednotlivých dětí



Následující přehled vyjadřuje procentní zastoupení denní frekvence projevů agresivního chování. Shodně, jako v předešlém grafu, bylo přikročeno k úpravě základu počtu dětí na 22, aby graf odpovídal poskytnutým vstupním datům.

Graf č. 2: Procentní zastoupení denní frekvence projevů agresivního chování



Otázka č. 5: S jakou formou agresivního chování se nejčastěji setkáváte?

Další zkoumanou oblastí byla forma agresivního chování a její četnost. Jednotliví respondenti odpovídali na otázku, s jakou formou agresivního chování se setkávají nejčastěji. Z jednotlivých odpovědí vyplynulo, že lze v zásadě rozlišit celkem 5 typů agresivního chování (seřazeno od nejčetnějších odpovědí), a to

1. přímou fyzickou agresi namířenou vůči pedagogům, resp. asistentovi pedagoga, zastoupenou celkem osmi identifikovanými případy,
2. přímou fyzickou agresi namířenou vůči ostatní spolužákům v sedmi případech,
3. autoagresi u šesti dětí,
4. verbální agresi ve dvou případech a
5. házení různými předměty v jednom případě.

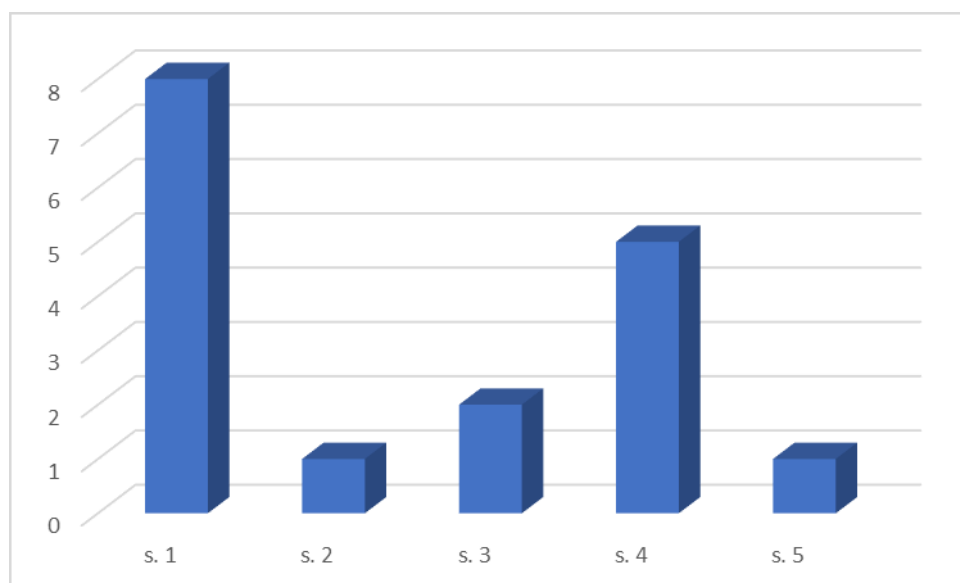
Při bližší analýze poskytnutých odpovědí lze dojít k závěru, že izolovaně se přímé fyzické agrese namířené vůči pedagogům dopustily pouze tři děti. V jednom případě totéž dítě napadalo rovněž i své spolužáky, přičemž agresivní chování cílilo i vůči sobě. Samotné autoagrese se dopouštěl pouze jeden žák. Naopak, verbální agrese byla vždy pouhým doprovodným jevem, a to v jednom případě fyzické agrese namířené vůči pedagogům a házení předměty, resp. autoagrese v případě druhém. Co se týká agresivního jednání vůči ostatním dětem, lze vysledovat, že ve čtyřech případech se jí dopouštějí jedinci, kteří takové chování cílí i na pedagogy. Tři jedinci se tohoto jednání dopouštějí izolovaně bez návaznosti na další projevy agrese.

Otázka č. 6: Co bývá nejčastějším spouštěčem agresivního chování na straně dítěte?

Z odpovědí je patrné, že nejčastějším spouštěčem agresivního chování na straně dítěte je únava, následuje neuspokojená základní potřeba v podobě hladu, žízně či potřeby toalety, dále reakce na změny, resp. počáteční adaptace. Významnou skutečností vyplynuvší z analýzy odpovědí je neidentifikovatelnost konkrétního vnitřního spouštěče. Tato neidentifikovatelnost, resp. neschopnost identifikovat konkrétní vnitřní spouštěč, výraznou měrou snižuje možnost prevence vzniku projevu nežádoucího agresivního chování.

Identifikované vnitřní spouštěče nežádoucího agresivního chování jednotlivých dětí jsou shrnuty v dále uvedeném grafu, jehož jednotlivé sloupce reprezentují konkrétní spouštěče. Výjimku tvoří kategorie s. 1 zastupující skupinu, u které se nepodařilo identifikovat konkrétní vnitřní spouštěč. Dále platí s. 2 – reakce na změny, s. 3 – neuspokojení základních potřeb v podobě hladu, žízně či potřeby toalety, s. 4 – únava a s. 5 – počáteční adaptace. Počet dětí na ose y odpovídá celkovému počtu 17 dětí, neboť u jednoho dítěte byly respondentem identifikovány současně dva spouštěče agresivního chování, a to konkrétně s. 3 a s. 4.

Graf č. 3: Vnitřní spouštěče agresivního chování jednotlivých dětí



Otázka č. 7: Co bývá nejčastějším spouštěčem agresivního chování na straně okolí?

Vedle vnitřních spouštěčů se výzkum dále věnoval i identifikaci spouštěčů agresivního jednání vně samotných jedinců, tedy spouštěčům externím. K této otázce jednotliví respondenti odpovídali, že nejčastějším spouštěčem agresivního chování na straně okolí je nevyhovění žádosti či odepření věci (šest dětí). Ve dvou odpovědích respondenti uvedli jako spouštěč změnu prostředí či denního režimu. Dalším spouštěčem v případě dvou dětí byl konflikt s jiným dítětem. Následovalo odloučení od rodiče, nevhodná forma hry, nechuť k plnění úkolů, vynucování pozornosti, časová tíseň při plnění úkolu a odbytí dítěte.

Otázka č. 8: Jakým způsobem řešíte právě probíhající projev agresivního chování u dítěte?

Jedna ze stěžejních oblastí provedeného výzkumu se vztahuje ke způsobům řešení probíhajícího agresivního chování dítěte. Z odpovědí respondentů plyne, že nastalou situaci řeší následujícími způsoby (řazeno sestupně od nejčastějších způsobů řešení; jednotlivé způsoby jsou současně reflektovány na základě zjištění v teoretické části práce)

- **Domluvou**

Domluva je vhodným způsobem řešení agresivního chování za předpokladu, že pedagog zohlední úroveň rozumových a komunikačních schopností dítěte, bude volit slovní spojení, kterým dítě rozumí a doba trvání domluvy bude akceptovat dobu, po kterou je dané dítě schopno koncentrovat pozornost.

- **Odvedení pozornosti a přechod na jinou činnost**

V tomto případě záleží, z jakého důvodu k agresivnímu projevu chování došlo. Regulaci emocí je vhodné podpořit společným zklidněním s dítětem a upevněním vztahu. Pokud je důvodem agresivního chování skutečnost, kterou je dítě schopno reflektovat a zhodnotit, a došlo-li již ke zklidnění stresové aktivace, je vhodné nejprve situaci s dítětem krátce rozebrat, pomoci mu porozumět jeho momentálnímu emočnímu naladění a až poté přejít na jinou činnost. Podobně odpovídali další respondenti, kteří uváděli jako způsob řešení odchod z místnosti do herny či relaxační místnosti (snoezelen).

Snoezelen je v tomto případě dobrou volbou, neboť prvky v něm umístěné působí na dítě uklidňujícím dojmem, navozují pocit pohody, bezpečí a jistoty.

- **Tišením dítěte v náručí**

V případě agresivního chování vyvolaného úzkostí či strachem dítěte např. z neznámé či pro něj subjektivně neřešitelné situace je fyzický kontakt pro dítě prospěšný, jelikož prohlubuje vztah mezi ním a pedagogem. Dítěti dodává pocit bezpečí, důvěry a přijetí.

- **Zvýšení hlasu**

Tento způsob uvedl jeden z respondentů v případě tří dětí ze čtyř. Zvyšování hlasu není ideálním způsobem řešení agresivního chování, neboť může již tak vyhocenou situaci ještě více eskalovat. Výjimkou by v krajním případě mohla být situace, kdy je nutno okamžitě zastavit agresivní „výpad“ vůči jiné osobě a není z důvodu větší vzdálenosti mezi pedagogem a agresorem (např. se každý nachází na opačné straně třídy, hřiště apod.) možnost zasáhnout ihned fyzickým omezením agresivního projevu chování. Za takové situace by se jednalo o prostředek okamžitého získání pozornosti pedagoga, resp. upoutání pozornosti na svou osobu.

- **Odstranění z kolektivu, izolace dítěte**

Tyto dva způsoby řešení lze také považovat za sporné. Je otázkou, zda je izolace považována za nutnost vedoucí k zabránění zranění či fyzickému ublížení jiné osobě, či zda je uplatňována jako trest. Využívání izolace jako výchovného prostředku není ojedinělé. Nelze ji však považovat za řešení nevhodného chování, ale pouze za trest. Dítě se o samotě neučí společnému zklidnění, ale naopak dojde k prodloužení negativních pocitů dítěte vůči své osobě a následnému pozdějšímu zklidnění nevhodným způsobem, zpravidla z vyčerpání nebo ztráty v následnou podporu.

Respondent č. 6 uvedl: „*Pokud je dítě v afektu, tak to s ním prožiji, pokud je to jen projev, tak zrcadlím jeho chování.*“ Technika zrcadlení se využívá nejen pro budování důvěrnějšího vztahu mezi zúčastněnými, ale také pro lepší procítění a vnímání situace oběma aktéry. U dítěte s agresivními projevy chování posiluje schopnost porozumění situaci a vlastnímu emočnímu prožívání konkrétní situace, u pedagoga umocňuje dovednost empatie a vcítění se do pocitů dítěte.

Otázka č. 9: Mluvíte s dětmi o emocích a snažíte se zpětně reflektovat jejich projev agrese? Pokud ano, jakým způsobem?

Další výzkumnou oblastí byla komunikace pedagogů s dětmi o emocích a zpětné reflexi jejich projevů agresivního chování. V této části všichni respondenti uváděli, že s dětmi o emocích komunikují. Jediné, v čem se jejich odpovědi lišily, byl samotný aplikovaný způsob či metoda komunikace. Naznačený rozdíl spočíval v aplikaci doprovodných aktivit, resp. dílčích komunikačních forem. Vedle shodné základní komunikace o emocích jeden z respondentů akcentoval předvedení správného reagování na určitou situaci. Dále bylo zastoupeno komentování situace (právě probíhajícího projevu agresivního chování) a zpětnovazební rozhovory v rámci komunitního kruhu. Aplikován je rovněž i doprovodný způsob vizualizace emocí, konkrétně formou piktogramů a námětové publikace ke zvládnutí prožitků a vlastních emocí. Lze tak dojít k závěru, že si všichni pedagogové uvědomují, že pro předcházení projevům agresivního chování je podstatné děti učit porozumět svým emocím a umět je pokud možno přijatelným způsobem korigovat.

Otázka č. 10: Využíváte proaktivní přístupy předcházení agresivnímu chování? Pokud ano, jaké?

Závěrečná část výzkumu se věnuje využívání proaktivních přístupů k předcházení agresivnímu chování dětí. Je poměrně zarážející, že dva respondenti nevyužívají žádné proaktivní přístupy, nevyvíjejí žádnou aktivitu směrem k předcházení (prevenci) agresivního jednání dětí. Zvláště nepříjemné je to za situace, za které bylo analýzou předchozích odpovědí těchto respondentů zjištěno, že oba shodně jednoznačně znají jak vnitřní, tak i vnější spouštěče agresivního chování konkrétních dětí. Takový přístup prakticky neguje obecné doporučení prevence projevů negativního chování dětí (nejen) s mentálním postižením, na které cílí tato bakalářská práce.

Ostatní respondenti již využívání proaktivních přístupů zmiňují. Každý z respondentů jich uvedl několik. Zmíněny byly motivační systémy, terapeutické pohádky, relaxační techniky, behaviorální přístup, nácvik sociálních situací a pozitivní zpětná vazba. Jednotlivé odpovědi respondentů jsou uvedeny v přílohách práce.

6.6. Shrnutí výzkumu

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že z celkového počtu 30 dětí s mentálním postižením navštěvujících mateřské školy zapojené do provedeného výzkumu jich nadpoloviční většina, konkrétně 16, vykazuje projevy agresivního chování. Celá skupina těchto 16 dětí projevuje toto nežádoucí chování prakticky denně, přičemž minimální frekvence tohoto chování byla respondenty zaznamenána dvakrát denně. Jinými slovy, 53 % zkoumaného vzorku dětí s mentálním postižením se denně projevuje agresivně, přičemž nejnižší denní zaznamenané projevy agresivního chování odpovídají dvěma projevům, které byly identifikovány u 8 dětí z 16.

Nejčastějším cílem projevované přímé fyzické agrese byli v osmi registrovaných případech pedagogové, resp. asistent pedagoga, těsně následovanou (v sedmi případech) přímou fyzickou agresí namířenou vůči ostatním spolužákům a autoagresí v šesti případech.

S projevovanou agresivitou je nutně spojen i důvod takového chování, který může být jak vnitřní, tj. na straně dítěte s agresivními projevy chování, tak i vnější, jež reprezentuje jeho okolí. Vnitřní spouštěče se podařilo identifikovat pouze u poloviny zkoumaného vzorku dětí s tím, že nejčastější je únava registrovaná v 29,4 % případech a nespokojení základních potřeb v podobě hladu, žízně či potřeby toalety reprezentující 11,8 % případů. Z hlediska externích spouštěčů bylo coby nejčastější (6 případů) důvod agresivního chování zjištěno nevyhovění žádosti či odepření věci.

Nutnou součástí výzkumu byly i reakce na právě probíhající projevy agresivního chování a proaktivní přístupy předcházení tomuto negativnímu a nežádoucímu chování. Nejvíce respondentů na probíhající agresi reaguje domluvou, těsně následuje řešení v podobě odvedení pozornosti dítěte s projevy agrese a přechod na jinou činnost. Výzkumem byly identifikovány i dva sporné způsoby řešení nastalé situace, a to konkrétně zvýšení hlasu a umístění dítěte s projevy agresivního chování do izolace. V případě zkoumaných proaktivních přístupů bylo zjištěno, že dva respondenti zcela rezignovali na prevenci. Ostatní aplikují motivační systémy, terapeutické pohádky, relaxační techniky, behaviorální přístup, nácvik sociálních situací a pozitivní zpětnou vazbu.

Poslední zájmovou oblastí byla komunikace pedagogů s dětmi o emocích v kontextu zpětné reflexe jejich agresivních projevů. Všichni respondenti shodně potvrzovali

komunikaci s dětmi, přičemž každý z nich aplikoval různou dílčí komunikační formu. Aplikováno tak bylo předvedení správného reagování na určitou situaci, komentování situace, zpětnovazební rozhovory v rámci komunitního kruhu a vizualizace emocí, konkrétně formou piktogramů a námětové publikace.

Závěr

Bakalářská práce přináší základní vhled do problematiky agresivních projevů chování dětí s mentálním postižením. Práce poskytuje popis a objasnění jak samotných projevů agresivního chování, tak i jeho příčin, způsobů předcházení i následného zmírnění a eliminace tohoto nežádoucího chování.

V rámci poskytnutí uceleného vhledu do problematiky agresivních projevů u dětí s mentálním postižením v mateřských školách byl proveden praktický výzkum zaměřený na identifikaci spouštěčů agresivního chování dětí s mentálním postižením a způsoby předcházení a minimalizace probíhajícího agresivního chování aplikované pedagogy v oslovených mateřských školách poskytujících předškolní vzdělávání dětem s mentálním postižením.

Jednou z výzkumných otázek bylo zodpovědět, jaké spouštěče agresivního chování u dětí s mentálním postižením pedagogové v mateřských školách identifikují. Výzkumem se podařilo popsat několik spouštěčů jak na straně dítěte, tak na straně okolí dítěte, které jsou dle pedagogů příčinou agresivního chování. Pro prevenci agresivních projevů chování u dětí je zásadní takový přístup pedagogů, který umožní eliminovat projevy agresivního chování již v jeho zárodku. S tím se pochopitelně pojí nutná hlubší znalost každého dítěte, zejména jeho vnitřních spouštěčů agresivního chování. Tato znalost je pro prevenci klíčová, současně však i nejhůře rozpoznatelná, což je patrné i z výzkumu této práce, ze kterého plyne, že se vnitřní spouštěče podařilo pedagogy identifikovat pouze u poloviny zkoumaného vzorku. V tomto směru je klíčová spolupráce pedagogů s rodiči dětí s mentálním postižením. Pro praxi je tak možné doporučit těsný kontakt pedagogů a rodičů, například formou pravidelných setkání, na kterých by byl diskutován vývoj dítěte z hlediska jeho socializace, interakce s ostatními dětmi ve třídě, jeho projevech v domácím prostředí apod.

Další výzkumná otázka cílila na zjištění, jaké způsoby předcházení agresivnímu chování u dětí pedagogové využívají a jakým způsobem minimalizují probíhající agresivní chování u dětí. Jako nejspornější metody užívané k řešení probíhajícího agresivního chování dítěte byly shledány zvýšení hlasu a odstranění z kolektivu, resp. izolace agresivně se projevujícího dítěte. Jak již bylo v příslušné části uvedeno, jedná se minimálně o krajně sporné způsoby řešení nastalé situace.

V rámci prevence projevů agresivního chování u dětí s mentálním postižením nelze poskytnout univerzální návod, jak při řešení těchto projevů postupovat. Úspěšná prevence agresivního chování je možná pouze za předpokladu, že pedagogové při své práci zohledňují u každého jednotlivého dítěte jeho osobnost, berou v potaz, že každé dítě má v určitý okamžik jiné potřeby a snese jinou míru zátěže (ať fyzické či psychické). Pamatují na to, že i děti stejného věku či se stejnou diagnózou se mohou nacházet na různém stupni vývojové škály, mají odlišnou úroveň rozumových schopností či tolerance vůči emocionální zátěži a stresu. Dále je třeba zohlednit, že každé z dětí pochází z rodiny preferující jiný výchovný přístup. Každý rodič má odlišné požadavky na dítě, jiným způsobem dává dítěti najevo ocenění či nespokojenost s jeho chováním, při výchově využívá jiných motivačních systémů atd. Nepříjemný je takový přístup pedagogů, který výše uvedené nerespektuje a namísto hledání cesty k pochopení příčin agresivního chování dítěte, jež umožňuje postupnou eliminaci takového chování, aplikuje pouze trest, například v podobě izolace dítěte.

Seznam použitých informačních zdrojů

ANTIER, Edwige. *Agresivita dětí*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-881-4.

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

DIVOKÁ, Jana. *Jak podpořit dítě s problémovým chováním ve škole*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-72-5.

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. HaH Vyšehradská, s. r. o, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

FONTANA, David. *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele*. Vydání čtvrté. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0741-2.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. Vydání druhé. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-4675-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vydání čtvrté. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HUTYROVÁ, Miluše. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1523-3.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Vydání druhé. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5447-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Dítě a mateřská škola: co by měli rodiče znát, učitelé respektovat a rozvíjet*. Vydání druhé. 2. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4435-3.

LANGMEIER, Josef, BALCAR, Karel, ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1989.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. Vydání sedmé. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0853-2.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-011-86.

MATĚJČEK, Zdeněk, DYTRYCH, Zdeněk. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-587-4.

OPRAVILOVÁ, Eva. *Předškolní pedagogika*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5107-8.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Vydání sedmé. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

ŘÍČAN, Pavel. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-049-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vydání druhé. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

SVOBODA, Jan. *Agrese a agresivita v předškolním a mladším školním věku*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0603-3.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, Marie, STRNADOVÁ, Iva, KREJČOVÁ, Lenka. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

Univerzita Palackého v Olomouci. Katalog podpůrných opatření: Mentální postižení nebo oslabení kognitivního výkonu 2015-2017 [online]. [cit. 24. 4. 2022]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/mentalni-postizeni-nebo-oslabeni-kognitivniho-vykonu/1-vymezeni-pojmu-oslabeni-kognitivniho-vykonu-a-mentalni-postizeni/1-2-vymezeni-mentalniho-postizeni/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, O klasifikaci, 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, [online]. [cit. 24. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

Prader-Willi spolek, o PWS, [online]. [cit. 12. 6. 2022]. Dostupné z: <https://www.prader-willi.cz/o-pws/>

zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (*školský zákon*), ve znění pozdějších předpisů

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazníkové otázky

Příloha 2 – Odpovědi respondentů

Příloha 1 - Dotazníkové otázky

1. Kolik dětí celkem se vzdělává ve vaší třídě?
2. Kolik dětí s mentálním postižením se vzdělává ve vaší třídě?
3. U kolika dětí s mentálním postižením se setkáváte s agresivními projevy chování (*např. hrubě bere ostatním hračky, verbálně útočí, fyzicky napadá žďuchnutím či odstrkováním apod.*)?
4. Jak často pozorujete projevy agresivního chování u jednotlivých dětí s mentálním postižením? (*Vyjádřete frekvenci u každého dítěte zvlášť – např. 2x za den u dítěte „A“*)
5. S jakou formou agresivního chování se nejčastěji setkáváte? (*Vyjádřete u každého dítěte zvlášť – např. verbální agrese, přímá fyzická agrese – vůči učitelům, ostatním dětem, nepřímá fyzická agrese vůči objektům, autoagrese vůči sobě*)
6. Co bývá nejčastějším spouštěčem agresivního chování na straně dítěte? (*Vyjádřete u každého dítěte zvlášť – např. únava dítěte, nemoc, obtížná počáteční adaptace aj.*)
7. Co bývá nejčastějším spouštěčem agresivního chování na straně okolí? (*Vyjádřete u každého dítěte zvlášť – např. konflikt s jiným dítětem, nevyhovění žádosti/přání, odepření věci, odloučení od rodiče aj.*)
8. Jakým způsobem řešíte právě probíhající projev agresivního chování u dítěte? (*Vyjádřete u každého dítěte zvlášť – např. domluvou, zvýšením hlasu, hrozbou trestu, udělením trestu, izolací dítěte aj.*)
9. Mluvíte s dětmi o emocích a snažíte se zpětně reflektovat jejich projev agrese? Pokud ano, jakým způsobem?
10. Využíváte proaktivní přístupy předcházení agresivnímu chování? Pokud ano, jaké?

Příloha 2 – Odpovědi respondentů

Pro lepší orientaci jsou odpovědi všech respondentů koncentrovány společně ke každé otázce.

Otázka č. 1 – Kolik dětí celkem se vzdělává ve vaší třídě?

Respondent č. 1 – 8

Respondent č. 2 – 6

Respondent č. 3 – 14

Respondent č. 4 - 14

Respondent č. 5 – 10

Respondent č. 6 – 20

Respondent č. 7 – 23

Otázka č. 2 – Kolik dětí s mentálním postižením se vzdělává ve vaší třídě?

Respondent č. 1 – 8

Respondent č. 2 – 6

Respondent č. 3 – 3

Respondent č. 4 – 6

Respondent č. 5 – 1

Respondent č. 6 – 2

Respondent č. 7 – 4

Otázka č. 3 – U kolika dětí s mentálním postižením se setkáváte s agresivními projevy chování (např. hrubě bere ostatním hračky, verbálně útočí, fyzicky napadá žďuchnutím či odstrkováním apod.)?

Respondent č. 1 – 2

Respondent č. 2 – 1

Respondent č. 3 – 1

Respondent č. 4 – 5

Respondent č. 5 – 1

Respondent č. 6 – 2

Respondent č. 7 – 4

Otázka č. 4 – Jak často pozorujete projevy agresivního chování u jednotlivých dětí s mentálním postižením? (Vyjádřete frekvenci u každého dítěte zvlášť – např. 2x za den u dítěte „A“)

Respondent č. 1 – 3x za den u dítěte A, 4x za den u dítěte B

Respondent č. 2 – 3x za den

Respondent č. 3 – 5x za den

Respondent č. 4 – u dětí A, B a C 2x denně, u dětí D a E 3x denně

Respondent č. 5 – 2x denně

Respondent č. 6 – u dítěte A i B 3 – 4x denně

Respondent č. 7 – u všech dětí 2 – 3x denně

Otázka č. 5 – S jakou formou agresivního chování se nejčastěji setkáváte? (Vyjádřete u každého dítěte zvlášť – např. verbální agrese, přímá fyzická agrese – vůči učitelům, ostatním dětem, nepřímá fyzická agrese vůči objektům, autoagrese vůči sobě)

Respondent č. 1 – u dítěte A i B přímá fyzická agrese vůči pedagogům

Respondent č. 2 – autoagrese a fyzická agrese vůči pedagogům a ostatním dětem

Respondent č. 3 – verbální agrese, fyzická agrese vůči asistentce, házení předměty

Respondent č. 4 – autoagrese u dítěte B, C a E, agrese vůči pedagogům a spolužákům u dítěte A a D

Respondent č. 5 – autoagrese

Respondent č. 6 – u dítěte A autoagrese a verbální agrese, u dítěte B agrese vůči pedagogům a spolužákům

Respondent č. 7 – u dítěte A, C a D vzájemná agrese, u dítěte B agrese vůči pedagogům

Otázka č. 6 – Co bývá nejčastějším spouštěčem agresivního chování na straně dítěte? (Vyjádřete u každého dítěte zvlášť – např. únava dítěte, nemoc, obtížná počáteční adaptace aj.)

Respondent č. 1 – u dítěte A reakce na změny, u dítěte B nelze určit spouštěč

Respondent č. 2 – hlad, žízeň, únava, potřeba dojit si na toaletu

Respondent č. 3 – nelze určit spouštěč

Respondent č. 4 – u dítěte A a C únava a nemoc, u dítěte D obtížná počáteční adaptace, u dítěte B a E nelze určit spouštěč

Respondent č. 5 – únava

Respondent č. 6 – u dítěte B nerespektování některé jeho osobní potřeby (hlad, žízeň, potřeba dojit si na toaletu), u dítěte A především únava

Respondent č. 7 – nelze určit spouštěč (popsáno v další otázce)

Otázka č. 7 – Co bývá nejčastějším spouštěčem agresivního chování na straně okolí? (Vyjádřete u každého dítěte zvlášť – např. konflikt s jiným dítětem, nevyhovění žádosti/přání, odepření věci, odloučení od rodiče aj.)

Respondent č. 1 – u dítěte B bývá spouštěčem odloučení od rodiče, problémy s denním režimem (v případě změny denního programu), nechť plnit úkoly, vynucování si pozornosti), u dítěte A nejčastěji bez příčiny nebo důsledek nezdaru při plnění úkolu

Respondent č. 2 – nevyhovění žádosti, odepření věci

Respondent č. 3 – nevyhovění žádosti, odepření věci

Respondent č. 4 – u dítěte B a C zpravidla konflikt s jiným dítětem (nejčastěji o hračku), u dítěte A, D a E nevyhovění žádosti, odepření věci

Respondent č. 5 – nejčastěji nevyhovění žádosti

Respondent č. 6 – u dítěte A nejčastěji nepochopení situaci, u dítěte B časová tíseň při plnění úkolu, odbytí dítěte

Respondent č. 7 – u dítěte B a C nevhodná forma hry (které nerozumí), u dítěte A nelze určit a u dítěte D změna prostředí či činnosti

Otázka č. 8 – Jakým způsobem řešíte právě probíhající projev agresivního chování u dítěte? (Vyjádřete u každého dítěte zvlášť – např. domluvou, zvýšením hlasu, hrozbou trestu, udělením trestu, izolací dítěte aj.)

Respondent č. 1 – u dítěte A i B využívají obrázkový systém – slovník sociálních situací, popis situace – porozumění, proč se tak stalo, odvedení pozornosti, pobyt v relaxační místnosti – snoezelen

Respondent č. 2 – tišením, domluvou, odchodem z místnosti, ukončením činnosti a přechodem na jinou

Respondent č. 3 – metoda přirozených následků, odstranění z kolektivu, domluva, motivační systémy

Respondent č. 4 – u všech dětí podle situace, zklidnění dítěte v náruči dospělého, odpoutání pozornosti jiným směrem, odchod do jiné místnosti (např. herny)

Respondent č. 5 – domluvou

Respondent č. 6 – u obou dětí, pokud je v afektu, pak to s ním prožijí, pokud je to jen projev, pak zrcadlí jeho chování

Respondent č. 7 – u dítěte B a C funguje domluva, usměrňování, někdy je nutné zvýšit hlas, u dítěte D zvýšení hlasu a někdy izolace, u dítěte A přistoupení na jeho hru a dlouhá motivace

Otázka č. 9 – Mluvíte s dětmi o emocích a snažíte se zpětně reflektovat jejich projev agrese? Pokud ano, jakým způsobem?

Respondent č. 1 – učíme děti popsat emoci, která se v nich odehrává, předvedení správného reagování na určitou situaci

Respondent č. 2 – mluvíme s dětmi o emocích, komentujeme situaci (právě probíhající projev agresivního chování)

Respondent č. 3 – mluvíme s dětmi o emocích v komunitním kruhu, ve zpětnovazebných rozhovorech

Respondent č. 4 – využíváme vizualizaci v komunikaci, námětové publikace ke zvládnutí prožitků a vlastních emocí

Respondent č. 5 – mluvíme s dětmi o emocích, a především se snažíme zajistit jejich potřeby

Respondent č. 6 – pomocí piktogramů v rámci ranního komunitního kruhu

Respondent č. 7 – mluvíme s dětmi o emocích, vedeme na toto téma často rozhovor

***Otázka č. 10 – Využíváte proaktivní přístupy předcházení agresivnímu chování?
Pokud ano, jaké?***

Respondent č. 1 – motivace, terapeutické pohádky, obrázkové příběhy, relaxační techniky, behaviorální přístup

Respondent č. 2 – snažíme se o vhodnou motivaci, o vizuální podporu pomocí piktogramů (aby děti věděly, kdy a jaká činnost bude následovat), snažíme se o odstranění spouštěčů agresivního chování

Respondent č. 3 – aktivizace dětí, nácvik sociálních situací

Respondent č. 4 – motivace, pozitivní zpětná vazba, pochvala, limitování dítěte při záchvatu, strukturalizace činností

Respondenti č. 5 a 6 – nevyužívají proaktivní přístupy

Respondent č. 7 – snažíme se předcházet situacím, které by mohly vyvolat konflikt, zasahujeme včas, přistupujeme individuálně a vždy se snažíme odhadnout aktuální rozpoložení a naladění zúčastněných