

**Milan Valenta, Jan Michalík, Martin Lečbych
a kolektiv**



MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

**v pedagogickém, psychologickém
a sociálně-právním kontextu**



 **GRADA®**

Autorský kolektiv:

prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
doc. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.
PhDr. Martin Lečbých, Ph.D.

PaedDr. Pavla Baslerová
Mgr. Božena Doleželová
Mgr. Jitka Jarmarová
Mgr. Olga Kulíšková
Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
PhDr. Magda Navrátilová
PaedDr. Petr Petráš
PhDr. Jana Petrášová
doc. PhDr. Alena Petrová, Ph.D.
PhDr. Miroslav Procházka, Ph.D.
Mgr. Eva Stupňánková
Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.

Milan Valenta, Jan Michalík, Martin Lečbych a kolektiv

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

v pedagogickém, psychologickém
a sociálně-právním kontextu

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

**prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.,
doc. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.,
PhDr. Martin Lečbych, Ph.D., a kolektiv**

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu

TIŘÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 4940. publikaci

Recenzovali:

prof. PhDr. et RNDr. Marie Vágnerová, CSc.
Mgr. Ivana Klenová
Mgr. Jiřina Muchová
Mgr. Lenka Mikulášková

Odpovědná redaktorka Bc. Maria Arnautovová
Sazba a zlom Milan Vokál
Zpracování obálky Michal Němec
Počet stran 352
Vydání 1., 2012

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2012
Cover Photo © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-3829-1

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE

ISBN 978-80-247-8256-0 (ve formátu PDF)
ISBN 978-80-247-8257-7 (ve formátu EPUB)

OBSAH

Úvod – Kompatibilita textu publikace s klasifikacemi využívanými ve zdravotnictví, v sociální péči a ve školství	11
<i>(Milan Valenta)</i>	
Referenční rámec MKF	13
Referenční rámec SIS	15
Referenční rámec Katalogu posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb (část diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením)	16

I. část

1. Pojem inteligence	20
<i>(Martin Lečbych)</i>	
Vývoj testování inteligence	21
<i>Faktorově analytické modely inteligence</i>	22
<i>Gardnerův multidimenzionální model inteligence</i>	23
<i>Sternbergova triarchická teorie inteligence</i>	24
Kritika konceptu inteligence	24
Testování inteligence u osob s mentální retardací	26
2. Koncept mentálního postižení a terminologie	28
<i>(Milan Valenta)</i>	
Mentální postižení	29
Mentální retardace	31
<i>MKN-10 (F70–F79)</i>	31
<i>DSM-IV</i>	32
<i>AAMR</i>	33
Modely mentální retardace	34
<i>(Martin Lečbych)</i>	
Diagnostika mentální retardace	41
<i>Diferenciální diagnostika dalších duševních poruch v souvislosti s mentální retardací</i>	44
<i>Některá specifika a problematické okruhy diagnostikování Romů</i>	52
<i>Marginálie k pojmům relevantním mentálnímu postižení</i>	53
Etiologie mentální retardace	55
<i>(Milan Valenta, Oldřich Müller)</i>	
3. Právní úprava postavení osob s mentálním postižením	62
<i>(Jan Michalík)</i>	
Mezinárodní přístup k ochraně práv osob s mentálním postižením	64
Způsobilost k právním úkonům	67
<i>Rízení o způsobilosti k právním úkonům</i>	69
<i>Princip ochrany a minimálního zásahu do ústavního práva osoby</i>	72
<i>Právní a faktické důsledky omezení a zbavení způsobilosti k právním úkonům</i>	73
<i>Zbavení způsobilosti k právním úkonům a volební právo</i>	75
<i>Opatrovník osoby omezené nebo zbavené způsobilosti k právním úkonům</i>	76
Odpovědnost za škodu o osob s mentální retardací	78

Občan s mentální retardací v rodinněprávních vztazích	81
Občan s mentální retardací v trestněprávních vztazích	82
<i>Mentální retardace a její vymezení pro účely trestního zákoníku</i>	83
<i>Ochrana osob s mentální retardací ve skutkové podstatě vybraných trestných činů</i>	85
Občan s mentální retardací a poskytování zdravotní péče	89
<i>Informovaný souhlas</i>	90
<i>Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče</i>	93
<i>Řízení o přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče</i>	94
<i>Řízení o přípustnosti držení v ústavu zdravotnické péče</i>	95

4. Edukace, sociální služby a intervenční strategie pro osoby s mentálním

postížením	97
Edukace osob s mentálním postižením	97
<i>(Milan Valenta)</i>	
Systém sociálních služeb	101
<i>(Jan Michalík)</i>	
<i>Služby sociální péče do roku 2006</i>	101
<i>Základní principy organizace nového systému sociálních služeb</i>	102
<i>Druhy sociálních služeb</i>	103
<i>Příspěvek na péči</i>	107
<i>Standardy kvality sociálních služeb</i>	112
Psychoterapeutické přístupy k osobám s mentální retardací	114
<i>(Martin Lečbych)</i>	
<i>Adaptace rogeriánského přístupu – preterapie</i>	115
<i>Kognitivně-behaviorální terapie</i>	116
<i>Rodinná terapie</i>	120
Další terapeutické přístupy ve speciálněpedagogické péči o osoby s mentálním postižením	123
<i>(Oldřich Müller)</i>	
<i>Klasifikace a charakteristika terapií využitelných ve speciálněpedagogické péči o osoby s mentálním postižením</i>	124

II. část

Domény osobnostní struktury osob s mentálním postižením, jejich diagnostikování a stanovení míry speciálněpedagogické podpory

5. Smyslová percepce	138
<i>(Petr Petráš)</i>	
Deskripce domény	138
Specifika u osob s mentálním postižením	139
Vizuální percepce	140
<i>Deskripce subdomény</i>	140
<i>Specifika u osob s mentálním postižením</i>	141
<i>Diagnostické nástroje</i>	141
Sluchová percepce	146
<i>Deskripce subdomény</i>	146
<i>Specifika u osob s mentálním postižením</i>	147
<i>Diagnostické nástroje</i>	147
Stanovení míry podpůrných opatření	149
6. Motorika	151
<i>(Eva Stupňánková, Magda Navrátilová, Miroslav Procházka)</i>	

Hrubá motorika	151
<i>Obecná charakteristika subdomény</i>	151
<i>Motorické schopnosti</i>	151
<i>Specifika u osob s mentálním postižením</i>	152
<i>Diagnostické nástroje</i>	153
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	157
Jemná motorika	158
<i>Deskripce subdomény</i>	158
<i>Specifika u osob s mentálním postižením</i>	158
<i>Diagnostické nástroje</i>	159
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	160
Grafomotorika	162
<i>Deskripce subdomény</i>	162
<i>Specifika u osob s mentálním postižením</i>	163
<i>Diagnostické nástroje</i>	163
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	163
Psychomotorika	165
<i>Charakteristika subdomén</i>	165
<i>Specifika u osob s mentálním postižením</i>	165
<i>Diagnostické nástroje</i>	166
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	167
7. Lateralita	168
<i>(Milan Valenta)</i>	
<i>Deskripce domény</i>	168
<i>Specifika osob s mentálním postižením</i>	169
<i>Diagnostické nástroje</i>	169
8. Orientační funkce – orientace časem, místem, osobou	171
<i>(Martin Lečbych)</i>	
<i>Charakteristika domény</i>	171
<i>Poruchy v rámci domény</i>	172
<i>Specifika u osob s mentálním postižením</i>	173
<i>Osoby s lehkou mentální retardací</i>	174
<i>Osoby se středně těžkou mentální retardací</i>	174
<i>Diagnostika a diferenciální diagnostika orientačních funkcí</i>	175
<i>Testové metody</i>	176
<i>Diferenciální diagnostika</i>	176
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	177
9. Intelektové poznávací funkce	178
<i>(Miroslav Procházka, Jana Petrášová)</i>	
<i>Obecná charakteristika domény</i>	178
<i>Rámcová specifika domény u klientů s mentálním postižením</i>	178
<i>Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika</i>	179
<i>Struktura intelektu</i>	180
<i>Charakteristika subdomény</i>	180
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	181
<i>Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika</i>	181
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	185
<i>Myšlenkové operace</i>	186
<i>Charakteristika subdomény</i>	186
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	187

<i>Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika</i>	187
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	188
Organizace a plánování	190
<i>Charakteristika subdomény</i>	190
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	190
<i>Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika</i>	190
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	191
Úsudek	191
<i>Deskripce subdomény</i>	191
<i>Specifika subdomény u osob s mentálním postižením</i>	192
<i>Diagnostické nástroje</i>	192
Řešení problémů	193
<i>Deskripce subdomény</i>	193
<i>Specifika subdomény u osob s mentálním postižením</i>	195
<i>Exekutivní funkce</i>	195
<i>Diagnostické nástroje</i>	196
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	196
Kognitivní styl	197
<i>Deskripce subdomény</i>	197
<i>Specifika subdomény u osob s mentálním postižením</i>	198
<i>Diagnostické nástroje</i>	198
10. Pozornost	200
<i>(Miroslav Procházka)</i>	
<i>Obecná charakteristika domény</i>	200
<i>Rámcová specifika domény u klientů s mentálním postižením</i>	201
<i>Diagnostické nástroje</i>	201
<i>Udržení záměrné pozornosti</i>	204
<i>Charakteristika subdomény</i>	204
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	204
<i>Diagnostické nástroje</i>	205
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	205
<i>Přesouvání pozornosti</i>	206
<i>Charakteristika subdomény</i>	206
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	206
<i>Diagnostické nástroje</i>	206
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	207
<i>Rozdělení pozornosti</i>	207
<i>Charakteristika subdomény</i>	207
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	208
<i>Diagnostické nástroje</i>	208
<i>Stanovení stupně míry podpůrných opatření</i>	208
11. Paměť	209
<i>(Pavel Svoboda)</i>	
<i>Deskripce subdomény</i>	209
<i>Tradiční dělení paměti</i>	210
<i>Krátkodobá (pracovní) paměť</i>	211
<i>Střednědobá paměť</i>	212
<i>Dlouhodobá paměť</i>	213
<i>Specifika paměti u osob s mentálním postižením</i>	214
<i>Diagnostické nástroje</i>	216
<i>Krátkodobá paměť</i>	217

<i>Střednědobá paměť</i>	221
<i>Dlouhodobá paměť</i>	223
12. Fatické funkce	227
<i>(Olga Kulišková)</i>	
Deskripce domény	227
<i>Druhy komunikace</i>	228
<i>Poruchy fatických funkcí</i>	229
Specifika fatických funkcí u klientů s mentálním postižením	229
<i>Řeč osob s mentálním postižením</i>	230
Diagnostika a diferenciální diagnostika	233
<i>Silné a slabé stránky diagnostiky fatických funkcí u osob s mentálním postižením</i> . . .	233
<i>Diagnostické prostředky</i>	235
Stanovení míry podpůrných opatření	238
13. Emoce	241
<i>(Jana Petrášová)</i>	
Obecná charakteristika domény	241
<i>Dělení emocí</i>	241
<i>Vývoj emocí</i>	242
<i>Emoce jako projev funkčního systému mozku</i>	243
<i>Emoce a poznávací procesy</i>	243
<i>Emoce a motivace</i>	244
<i>Emoční inteligence</i>	244
<i>Poruchy emocí podle kritéria intenzity a časového průběhu</i>	244
Rámcová specifika u klientů s mentálním postižením	246
Diagnostické nástroje	246
Stanovení míry podpůrných opatření	248
14. Adaptabilita a sociabilita	249
<i>(Alena Petrová)</i>	
Deskripce domény	249
<i>Vývoj a determinace adaptability</i>	250
<i>Míra adaptability a její aspekty</i>	250
<i>Poruchy adaptace</i>	251
Specifika domény – problematika adaptace v kontextu mentální retardace	255
Diagnostika domény	257
<i>Testy inteligence a specifických schopností</i>	257
<i>Testy sociálních vztahů a testy emoční inteligence</i>	258
Stanovení míry podpůrných opatření	259
15. Konace a aspirace	261
<i>(Martin Lečbých)</i>	
Charakteristika domény	261
Specifika poruch u osob s mentální retardací	261
Poruchy cíleného jednání	262
Aspirace	263
Diagnostika poruch volního jednání	264
16. Sebeobsluha	266
<i>(Petr Petráš)</i>	
Deskripce domény	266
Specifika u osob s mentálním postižením	266
Diagnostické nástroje	269

<i>Vývojové škály</i>	269
<i>Klinické metody</i>	273
<i>Diferenciální diagnostika</i>	274
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	274
17. Rodinné prostředí	280
<i>(Božena Doleželová, Jan Michalík, Milan Valenta)</i>	
Charakteristika domény	280
<i>Výchovně-socializační funkce rodiny</i>	280
<i>Styly výchovných interakcí</i>	281
Dítě s mentálním postižením v rodině	282
<i>Fáze šoku a popření</i>	283
<i>Fáze bezmocnosti</i>	284
<i>Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem</i>	284
<i>Fáze smlouvání</i>	285
<i>Fáze smíření</i>	286
Rodinná diagnostika	288
<i>Obecné principy rodinné diagnostiky a výběr diagnostických metod</i>	289
<i>Diagnostické metody</i>	290
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	293
18. Edukační schéma – dovednosti, vědomosti, návyky, zájmy	294
<i>(Jitka Jarmarová)</i>	
Charakteristika domény	294
Trivium	294
<i>Charakteristika subdomény</i>	294
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	295
<i>Rámcové vzdělávací programy</i>	295
<i>Diagnostické nástroje</i>	295
Společenskovední a přírodovědná oblast, oblast zdraví, práce a kultury	297
<i>Charakteristika domény</i>	297
<i>Diagnostické nástroje</i>	299
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	299
Zájmy	301
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	301
<i>Diagnostické nástroje</i>	301
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	302
Návyky	303
<i>Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením</i>	303
<i>Stanovení míry podpůrných opatření</i>	304
19. Metodická kapitola k posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb	305
<i>(Milan Valenta, Jan Michalík, Pavla Baslerová)</i>	
Standardizované (testové) diagnostické nástroje	309
Klinické diagnostické nástroje	312
Postup pro vyplnění kvantifikátorů domén do sumační tabulky	314
Přehled nosných domén doporučovaných k otevření pro konkrétní poradenské situace SPC pro MP	328
Summary	330
Seznam použité literatury	332
Rejstřík věcný	341
Rejstřík jmenný	347

ÚVOD

Kompatibilita textu publikace s klasifikacemi využívanými ve zdravotnictví, v sociální péči a ve školství

(Milan Valenta)

Text publikace vychází ze základních pilířů trojice stratifikačních systémů, které se nově implantují v oblasti zdravotnictví (MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví), v oblasti sociálních služeb (SIS – Supports Intensity Scale, tj. Škála stanovení míry podpory) a pilotážně ve (speciálním) školství a poradenství (kaSPC – katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb, část diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením). Blíže k těmto systémům:

Od července 2010 nabyla ve zdravotnictví platnosti nová **MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví** (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health), která je obligatorní nejen pro rehabilitační, posudkové a praktické lékaře, ale i pro další členy multidisciplinárních týmů, kteří se zabývají péčí o osoby s disability, včetně terapeutů, psychologů, speciálních pedagogů a sociálních pracovníků (certifikované kurzy MKF realizuje Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR; v knižní podobě vydalo klasifikaci nakladatelství Grada Publishing v Praze, v elektronické podobě ji lze vyhledat na portálech MZ www.mzcr.cz).

MKF je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni (ČSÚ, sdělení 431/2009 Sb., částka 137/2009 Sb.):

Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků pro účely zdravotních pojišťoven... Klasifikaci MKF je povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní.

„Přidaná hodnota“ aplikace MKF v prostředí českého zdravotnictví spočívá v tom, že odborníci v další péči (především sociální pracovníci, speciální pedagogové a psychologové) dostanou o klientovi informace relevantní jejich profesní oblasti (tj. oblast sociální péče a „speciálního“ vzdělávání), které nelze jinak vyvodit ze stanovené diagnózy MKN-10 (např. diagnóza F84.0 dětský autismus nemá téměř žádnou výpovědní hodnotu

o funkčnosti klienta, jeho disabilitách, popř. edukabilitě). Dalším pozitivem klasifikace je možnost sledování vývoje disability v čase – přehledně lze stanovit efektivitu vynaložené intervence, progres či regresi. Neméně důležitý je fakt, že MKF zlepšuje prostupnost pacientů – u klienta, který přejde příkladně z brněnské kliniky na pražskou kliniku, není třeba další doplňující diagnostiky zaměřené na jeho funkční schopnosti.

Paralelně a zcela nezávisle na MKF se u nás krok za krokem implementuje v oblasti sociálních služeb další mezinárodní (AAIDD) klasifikace, a sice **SIS – Supports Intensity Scale (Škála stanovení míry podpory)**, zaměřená na stanovení a klasifikování míry podpory a na mapování potřeb uživatelů sociálních služeb v procesu individuálního plánování s odkazem na zákon o sociálních službách a příslušné standardy kvality (kurzy SIS pořádá Quip – Společnost pro změnu Praha, www.kvalitavpraxi.cz). Klasifikace je určena především klientům s mentálním postižením a poruchami autistického spektra (PAS), případně dětskou mozkovou obrnou (DMO), a dalším uživatelům služeb nad šestnáct let (SIS pro děti se připravuje). Škála slouží především jako diagnostický nástroj stanovení míry potřebné podpory (a tím také finanční náročnosti péče) a pro individuální plánování.

S ohledem a v návaznosti na MKF a SIS se pilotážně ověřuje v našich SPC (speciálněpedagogických centrech) pro mentálně postižené **Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb**. Systém se snaží nastavit a ověřit rámec pro posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb u žáků se zdravotním postižením jako východiska pro stanovení speciálněpedagogické a psychologické podpory (podpůrných opatření) těmto žákům.

Jedná se o jeden z výstupů tříletého projektu v rámci OP VK v gesci MŠMT s názvem „Inovace činnosti SPC při posuzování SVP dětí a žáků se zdravotním postižením“, jehož nositelem je Univerzita Palackého v Olomouci. Hlavním řešitelem je doc. Jan Michalík, který je rovněž společně s prof. Potměšilem a prof. Valentou (všichni Ústav speciálněpedagogických studií UP Olomouc) autorem navržené metodiky řešící posuzování míry (hloubky) speciálních vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením. Tento projekt mj. reaguje na usnesení vlády ČR, kterým se přijímá Národní plán vytváření příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na léta 2010–2014. Úkol č. 9.3. zní: „Nově definovat způsoby poskytování speciálněpedagogické podpory dětem, žákům a studentům se z. p. v závislosti na hloubce a závažnosti daného postižení a jim odpovídajících dopadů na vzdělávací podmínky dané osoby.“ Zodpovídá: MŠMT ČR.

Takže v současnosti stojíme před fenoménem implementace trojice strukturálně-funkčních kvantifikací (MKF, SIS, kaSPC) ve třech kooperujících oblastech péče o klienta se zdravotním postižením v České republice – ve zdravotnictví, v sociálních službách a ve školství.

Přestože autoři MKF a SIS při tvorbě svých systémů nekooperovali, je až s podivem, nakolik spolu oba systémy rezonují z hlediska „filozofie“ a strategie tvorby, implementace, výstupů a cílů (takto lze usuzovat na společensko-antropologické paradigma doby). Katalogy SPC (dále kaSPC) se snaží o určitou kompatibilitu s oběma systémy, především vytěžují domény komponent i aplikace MKF. Dříve, než si přiblížíme referenční rámce těchto systémů (toliko pro orientaci, na detailnější obeznámení není místo), podívejme se na souběhy a difference všech tří komparovaných systémů – MKF, kaSPC a SIS:

- Obdobná stratifikace diagnostických výstupů do čtvrté stupňové škály dle funkční ztráty (MKF, SPC) či míry potřebné podpory (SIS). V MKF sice formálně existuje kvantifikace v sedmistupňové škále, ale vzhledem k tomu, že stupeň 0 kvantifikuje žádný či zanedbatelný problém a stupně 8, 9 znamenají *nespecifický problém či nemožnost aplikace*, zůstávají ke stratifikaci faktických problémů toliko čtyři stupně. Obdobně u SIS pro stanovení typu, frekvence a délky denní podpory kód 0 znamená *bez podpory*. V případě kaSPC se škála otvírá prvním stupněm, což kvantifikuje již diagnostikovanou funkční ztrátu. Uvedené čtyřstupňové stratifikace jsou důležité především pro stanovení míry finanční náročnosti další péče (v případě kaSPC stanovení míry speciálněpedagogické podpory) a pro individuální plánování.
- Všechny tři systémy umožňují sledování progresu či regrese v čase, sledování toho, jak se jednotlivé domény (funkce) ovlivňují v čase a po vynaložené (medicínské, psychologické, speciálněpedagogické) intervenci.
- Systémy standardizují postupy jednotlivých pracovišť a facilitují tak větší klientskou prostupnost (u MKF navíc umožňují větší informativní hodnotu a sdílnost diagnostických závěrů směrem ke kooperujícím odborníkům v další péči).

REFERENČNÍ RÁMEC MKF

MKF (WHO, 2001) se soustřeďuje na pětici bazálních **komponent** mapujících funkční schopnosti, disabilitu a zdraví člověka:

- tělesné funkce (fyziologické funkce tělesných systémů včetně psychických): b;
- tělesné struktury (anatomické části těla – orgány, končetiny a jejich součásti): s;
- aktivity (provádění úkolu nebo činu člověka) a participace (zapojení do životní situace): d;
- faktory prostředí (facilitující či bariérové prostředí konkrétního klienta): e;
- osobní faktory jako doplňující okruh.

MKF užívá alfanumerické kódování v systému – na rozdíl od MNK-10 se využívají malá písmena pro určení komponent (b, s, d, e), číslice pak pro specifikaci domén a pro kvalifikátory.

Příklad: b 140 – funkce pozornosti; b 1400 – udržení pozornosti; b 1400.1 – lehký problém s udržením pozornosti.

Systému kaSPC jsou relevantní následující selektované **domény** komponent tělesných funkcí, aktivit a participací a faktory prostředí:

- **b – tělesné funkce:**
 - Kap. I: Mentální funkce (např. intelektuální funkce, psychosociální funkce, orientační funkce, pozornost, paměť, emoce, percepce, psychomotorika, kognitivní funkce, temperament, řeč...)
 - Kap. II: Smyslové funkce a bolest (vidění, slyšení, chuť, čich, hmat, vnímání bolesti...)
 - Kap. III: Hlas a funkce řeči (artikulace, fluence, alternativní vokalizace...)

- Kap. VII: Funkce vztahující se k pohybu (kloubní hybnost, stabilita, svalová síla, tonus, kontrola volní hybnosti, mimovolní hybnost, pohyb, chůze...)
- **d – aktivity a participace:**
 - Kap. I: Učení se a aplikace znalostí (pozorování, naslouchání, triviální učení, pozornost, myšlení, čtení, psaní, počítání, řešení problémů...)
 - Kap. III: Komunikace (příjem zpráv mluvených, nonverbálních, ve znakové řeči, psaných a exprese těchto zpráv, konverzace, používání komunikačních pomůcek a technik...)
 - Kap. IV: Pohyblivost (přemisťování se, změna či udržení pozice těla, pohyb pomocí dolních končetin, využití ruky k jemným pohybům, chůze, pohybování se jinak než chůzí, používání dopravních prostředků...)
 - Kap. V: Péče o sebe (mytí, používání toalety, oblékání, příjem potravy, péče o sebe...)
 - Kap. VI: Domácí život (získávání nezbytných věcí a služeb, příprava jídel, vykonávání domácích prací...)
 - Kap. VI: Mezilidské jednání a vztahy (mezilidská jednání, jednání s cizími lidmi, formální a neformální vztahy, rodinné vztahy, intimní vztahy...)
 - Kap. VIII: Hlavní oblasti života (výchova a vzdělávání – neformální, předškolní, školní, příprava na povolání či na práci, získání, udržení a ukončení zaměstnání, základní ekonomické jednání, život v komunitě, rekreace a volný čas...)
- **e – faktory prostředí:**
 - Kap. III: Podpora a vztahy (rodina, přátelé, autority, osobní asistent, zdravotničtí pracovníci...)
 - Kap. IV: Postoje (jednotlivé postoje osob jmenovaných v předcházející kapitole)
 - Kap. V: Služby, systémy a principy řízení (služby a systémy – pro bydlení, veřejně prospěšné, komunikační, dopravní, právní, mediální, neziskového sektoru, ekonomické, sociálního zabezpečení, zdravotnické, edukativní, zaměstnanecké služby a systémy...)

Každá otevřená doména je kvantifikována a posuzována pomocí škál kvalifikátorů, jejichž počet je u jednotlivých komponent MKF různý.

Tělesné funkce (b) mají jediný kvalifikátor – rozsah poruchy:

- **0** – žádný problém
- **1** – mírný impairment (problém je přítomen méně než 25 % času, v intenzitě, kterou může osoba tolerovat, a stal se zřídka během posledních 30 dní)
- **2** – střední impairment (problém je přítomen méně než 50 % času, v intenzitě, která zasahuje do každodenního života osoby, a děje se občas za posledních 30 dní)
- **3** – silný impairment (problém přítomen více než 50 % času, v intenzitě, která částečně rozvrací každodenní život osoby, a děje se často během posledních 30 dní)
- **4** – kompletní impairment (problém přítomen více než 95 % času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby, a děje se každý den v posledních 30 dnech)
- **8** – nespecifikováno
- **9** – neaplikováno

Jednotlivé otevřené domény komponenty **aktivity a participace (d)** jsou posuzovány pomocí dvojice kvalifikátorů – kvalifikátoru výkonu (první číslo za tečkou kódu) a kapacity (druhé číslo).

Simplifikovaně řečeno, rozumí se výkonem jedince aktivita v jeho běžném prostředí, tj. s pomocí faktorů tohoto prostředí, jako jsou kompenzační pomůcky, invalidní vozík, osobní asistent etc., zatímco kapacitou se rozumí schopnost člověka bez ovlivnění faktory jeho konkrétního prostředí (bez pomůcek, asistence...). Diference mezi výkonem a kapacitou reflektuje rozdíl mezi vlivem skutečného a „standardizovaného“ prostředí a je signalizací pro nápravu prostředí, která může vést k zlepšení klientova výkonu.

Pro oba kvalifikátory – jak výkonu, tak i kapacity („bez asistence“) – se využívá stejné škály jako u tělesných funkcí.

Faktory prostředí (e), reflektující fyzické, sociální a postojové prostředí klienta, jsou škálovány s pomocí speciálního kvalifikátoru, kterým jsou bariéry a facilitátory prostředí, takto:

- 0 – nejsou bariéry
- 1 – mírné bariéry
- 2 – střední bariéry
- 3 – silné bariéry
- 4 – kompletní bariéry
- 8 – nespecifická bariéra
- 9 – nelze použít

V kódování se značí jako číslice za tečkou (exxx.1).

- 0 – není facilitátor
- +1 – lehce podporující facilitátor
- +2 – středně podporující facilitátor
- +3 – podstatně podporující facilitátor
- +4 – kompletně podporující facilitátor
- +8 – nespecifický facilitátor
- 9 – nelze použít

V kódování se značí jako číslice za znaménkem + bez tečky (exxx+1).

REFERENČNÍ RÁMEC SIS

Aplikace SIS se užívá primárně v sociálních službách, přičemž oblast vzdělávání je zde implementována v širším kontextu. Nástroj je využíván především pro alokaci zdrojů, neboť výsledný kvantifikátor v podobě *SIS indexu* vyjadřuje míru podpory potřebné pro zvládnutí každodenních činností konkrétního klienta (srovnáno s osobou bez postižení), a tudíž může být využit k optimálnímu rozložení poskytované podpory na základě měřitelných a komparabilních údajů. Takto může SIS index sloužit i jako argumentace při jednáních o finančních zdrojích pro poskytovatele služeb a také při jednáních o příspěvku na péči a žádosti o přehodnocení stupně závislosti (jednotlivým stupňům závislosti I–IV odpovídá určité rozpětí SIS indexu, např. I. stupeň = 60–84 bodů). SIS obsahuje tři oddíly, z nichž relevantní kaSPC je **škála potřebné podpory v každodenních aktivitách**, zahrnující šest oblastí (srovnej s doménami MKF):

- A) činnost v domácnosti (příprava jídla, oblékání, použití toalety...)
- B) činnosti spojené se životem v obci (návštěva přátel, doprava, nakupování...)
- C) činnosti celoživotního vzdělávání (strategie řešení problémů, interakce s ostatními lidmi při vzdělávání...)
- D) činnosti v zaměstnání (učení se pracovním dovednostem...)
- E) činnosti spojené se zdravím a bezpečím (užívání léků, správná výživa...)
- F) sociální činnosti (vytváření a udržení přátelství, komunikace...)

Míra podpory je škálována ze tří hledisek:

- **Typ podpory:**
 - 0 – bez podpory
 - 1 – dohled, sledování
 - 2 – vedení, instruktáž
 - 3 – částečná fyzická pomoc s činností, dovedností
 - 4 – plná fyzická pomoc s činností, dovedností
- **Frekvence podpory:**
 - 0 – bez podpory nebo méně než měsíčně
 - 1 – alespoň jednou měsíčně, ne však týdně
 - 2 – alespoň jednou týdně, ne však denně
 - 3 – alespoň jednou denně, ne však každou hodinu
 - 4 – každou hodinu či častěji
- **Délka denní podpory:**
 - 0 – bez podpory
 - 1 – méně než 30 minut
 - 2 – 0,5–2 hodiny
 - 3 – 2–4 hodiny
 - 4 – 4 a více hodin

Kvantifikace v SIS využívá de facto čtyřstupňové škály, stejně jako kaSPC a MKF, s tím podstatným rozdílem, že v SIS se neposuzuje schopnost/dovednost (funkční schopnost a její ztráta, disabilita) jako v případě kaSPC a MKF, ale míra podpory pro zvládnutí konkrétní činnosti každodenního života.

REFERENČNÍ RÁMEC KATALOGU POSUZOVÁNÍ MÍRY SPECIÁLNÍCH VZDĚLÁVACÍCH POTŘEB (ČÁST DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY PRO ŽÁKY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM)

Krucialním cílem Katalogu SPC pro mentálně postižené je implantovat čtyřstupňovou stratifikaci (relevantní klasifikací, jež se využívají ve zdravotnictví i v sociálních službách) do oblasti (speciálního) školství, a především poradenství. Na rozdíl od zdravotnictví a sociálních služeb, kde se jedná o kvantifikaci funkčnosti a disability či míry potřebné podpory, ve speciálněškolské oblasti jde o kvantifikaci speciálních vzdělávacích

potřeb dětí, žáků a studentů se zdravotním (mentálním) postižením jakožto nezbytného východiska pro stanovení míry speciálněpedagogické podpory (podpůrných opatření). Tímto procesem dochází k završení kompatibility nových přístupů ke klientům ve třech nejvíce se prolínajících a kooperujících pomáhajících profesích – ve školství, v sociální péči a ve zdravotnictví.

Dítě, žák či student je v SPC diagnostikován a na základě komplexního posouzení poradenskými pracovníky (zde především psychologem a psychopedem) je stanovena míra podpůrných opatření (speciální didaktické metody, speciální učebnice, přidělení asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě, zařazení předmětu speciálněpedagogické péče...), které klientovi poskytne škola, speciální škola či škola v součinnosti s SPC.

Diagnostikované domény pro mentálně postižené žáky:

- **Smyslová percepce:**
 - Vizuelní percepce
 - Sluchová percepce
- **Motorika:**
 - Hrubá motorika
 - Jemná motorika
 - Grafomotorika
 - Vizuomotorika
 - Psychomotorika
- **Lateralita**
- **Orientační funkce**
- **Intelektuální funkce:**
 - Struktura inteligence
 - Myšlenkové operace
 - Organizace a plánování
 - Úsudek
 - Řešení problémů
 - Kognitivní styl
- **Pozornost:**
 - Udržení záměrné pozornosti
 - Přesouvání pozornosti
 - Rozdělení pozornosti
- **Paměť:**
 - Krátkodobá paměť
 - Střednědobá paměť
 - Dlouhodobá paměť
- **Fatické funkce**
- **Emoce**
- **Adaptibilita a sociabilita**
- **Konace a aspirace**
- **Sebeobsluha**
- **Rodinné prostředí**
- **Edukační schéma**

Čtyřstupňová stratifikace míry speciálněpedagogické podpory (pouze orientačně):

- **1. stupeň (funkční deficit do 25 %)** – mírná míra speciálněpedagogické podpory: za podpůrná opatření je odpovědná kmenová škola žáka, pracovník poradenského pracoviště je v roli konzultanta, nemusí jít o žáka se zdravotním postižením (pokud to není žák se zdravotním postižením, náleží většinou do péče pedagogicko-psychologické poradny).
- **2. stupeň (funkční deficit do 50 %)** – střední míra speciálněpedagogické podpory: edukační podmínky nastavuje, sleduje a vyhodnocuje ve frekvenci dané vyhláškou pracovník SPC.
- **3. stupeň (funkční deficit do 75 %)** – vysoká míra speciálněpedagogické podpory: počet intervencí je vysoký, žákovi může být poskytována pravidelná reedukace a terapeutické intervence, vzdělávací proces může být realizován s pomocí asistenta pedagoga.
- **4. stupeň (funkční deficit nad 75 %)** – velmi vysoká míra speciálněpedagogické podpory: žák není schopen efektivní edukace bez stálé podpory asistenta pedagoga.

V doménách osobnostní struktury jedinců s mentálním postižením, v diagnostice a následném stanovení speciálněpedagogické podpory (v druhé části knihy) se reflektují badatelské výstupy z grantového projektu Grantové agentury ČR „Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením“ (406/09/0177) hlavních autorů publikace a grantového projektu „Vzdělávací podmínky dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami“ týmu prof. L. Ludíkové, doc. J. Michalík, a prof. Valenta M.

Jednotlivým doménám katalogu SPC je věnována II. část této publikace.

I. ČÁST

1. POJEM INTELIGENCE

(Martin Lečbych)

S pojmy „intelligence“, „intelekt“, „intelligentní“ často operujeme v běžném slovníku a obsah tohoto pojmu se nám zdá obvykle zřejmý a srozumitelný. V běžném slovníku bývá tento pojem blízký termínům jako „bystrý“, „rychle chápající“, „chytrý“, „znalý určité věci“. Vědecké vymezení pojmu „intelligence“ a jeho definice je však velmi složitou záležitostí, neboť při snaze o jeho hlubší rozbor nacházíme řadu náročných otázek. Z jiného úhlu pohledu bývá intelligence pojata, pokud se zaměřujeme na její biologickou a fyziologickou stránku, optikou evoluční biologie a evoluční psychologie, jinak ji budeme chápat z psychometrické perspektivy, která se soustředí na její praktické testování a porovnávání jedinců ve smyslu výkonové charakteristiky. K rozmanitým závěrům také dojdeme, pokud se budeme soustředit na inteligenci z kvalitativního hlediska kombinace parciálních schopností do specifické struktury s jedinečnou kvalitou, nebo pokud budeme akcentovat kvantitativní hledisko a vnímat inteligenci jako globální schopnost, která má škálovatelný charakter. Jinak budou přistupovat ke studiu intelligence experimentální psychologové testující seznamy schopností a hledající jejich koreláty a jinak teoretičtí psychologové, kteří se snaží o syntézu faktů z více příbuzných oborů do jednotného celku.

V roce 1921 byla otázka „co je intelligence“ položena čtrnácti proslulým psychologům. Přes různorodost odpovědí bylo možné extrahovat dvě základní skupiny odpovědí: intelligence jako schopnost učit se ze zkušenosti a intelligence jako schopnost přizpůsobit se svému prostředí. Významní kognitivní psychologové Sternberg a Detterman (1986) zopakovali po 65 letech tuto otázku čtyřicetiletým tehdejšími kognitivním psychologům, odborníkům na koncept intelligence. Oba důležité faktory, **učení ze zkušenosti a přizpůsobivost**, se opakovaly i v tomto výzkumu, nadto se však objevil také prvek metakognice – tedy **schopnost reflexe vlastních mentálních procesů** a schopnost jejich regulace (řízení). Zároveň byly také akcentovány kulturní vlivy – zatíženost pojmu „intelligence“ tím, co je v dané kultuře s inteligencí ztotožňováno. Sternberg (2002, s. 502) tedy uvádí definici, že *intelligence je schopnost učit se ze zkušenosti, užívat metakognitivní procesy, které zkvalitňují učení, a schopnost přizpůsobit se svému prostředí, jež může v různých sociálních a kulturních souvislostech vyžadovat různé druhy přizpůsobení*.

Tento typ definování intelligence vychází zejména z teoretické pozice a teoretického rozboru současných hypotéz. Jedná se svým způsobem o globální definici, která operuje s velmi abstraktními pojmy. Definice intelligence s praktickými dopady a důsledky pro běžnou psychologickou praxi nacházíme zejména v psychometrické tradici, která se soustředila na tvorbu testů, jimiž by bylo možné inteligenci posuzovat. Psychometrické testování intelligence má dlouhou tradici, kterou je účelné reflektovat.

VÝVOJ TESTOVÁNÍ INTELIGENCE

Jednou z důležitých osobností rané historie testování inteligence je Francis Galton, bratranec Charlese Darwina, který se snažil obhájit hypotézu, že na rozdílech v oblasti duševních schopností a inteligence se podílí také genetické faktory a zděděné schopnosti. Galton (1869) publikoval dílo *Dědičná genialita (Hereditary genius)*, ve které kritizoval tehdy převládající předpoklad, že děti se rodí víceméně stejné a rozdíly vytvářejí vytrvalá píle a morální úsilí. Bojoval proti předstírané rovnosti a na řadě příkladů a výzkumů z oblasti univerzitního vzdělávání, umění, politiky, soudcovství, vojenské kariéry poukazoval na vztahy mezi nadáním rodičů a jejich potomků. V zásadě opakovaně poukazoval na skutečnost, že potomci úspěšných rodičů mají větší šanci být také úspěšní a uplatnit se ve společnosti. Přirozeně si uvědomoval pozitivní vliv stimulujícího prostředí i možný společensky negativní vliv korupce na úspěch potomků úspěšných rodičů, a proto se soustředil i na sledování adoptovaných potomků do vysokých společenských kruhů, dospěl ke zjištění, že adoptovaní potomci mají mnohem menší šanci dosáhnout vysokého společenského postavení než potomci biologičtí. Galton (1869) uzavíral, že sociální situace byla stejná, ale chyběly dědičné vlivy. Soustředil se také na výzkum jednovaječných a dvouvaječných dvojčat, a i když mu chyběly moderní metody k rozlišení zygotických typů, stal se jedním z průkopníků jejich studia a zkoumání interakce genů a prostředí.

V roce 1884 Galton zřídil Antropometrickou laboratoř v rámci Mezinárodní zdravotnické výstavy v Londýně a testoval řadu fyziologických parametrů, u kterých shledával normální rozložení četnosti biologických jevů (síla stisku, zraková ostrost, reakční čas, vizuální posuzování...). Předpokládal, že některé z fyziologických a senzorických schopností lze považovat za měřítka inteligence. Stanovil hypotézu, že informace o vnějším světě získáváme právě přes naše smyslové orgány – čím jsou citlivější ve vnímání rozdílů, tím větší je potenciál pro možnosti našeho usuzování, a tím inteligentnější rozhodování. Všiml si taktéž, že u jedinců s těžkou mentální retardací (tehdy idiocií) vážnou právě rozlišovací schopnosti, takže potřebují výrazné rozdíly a silné zážitky, aby dva podněty od sebe odlišili.

Předpoklad hodnocení inteligence skrze posuzování smyslové ostrosti převzal i americký psycholog James McKeen Cattell, který působil mimo jiné v první psychofyziologické laboratoři u Wilhelma Wundta v Lipsku. Sestavil sadu několika duševních testů a posuzoval jimi univerzitní studenty. Validizační studie provedené po deseti letech však ukázaly, že mezi úspěchem studentů a jeho testy neexistoval žádný významný korelační vztah. Rané testy senzorických schopností tak v testování inteligence (lépe řečeno predikce studijního úspěchu) neuspěly.

Dalšími významnými historickými osobnostmi v rozvoji měření inteligence byli Alfred Binet a Theodor Simon, kteří byli pověřeni francouzským ministerstvem pro vzdělávání, aby našli metody k identifikování dětí, které by neměly užitek ze vzdělávání v běžných školách a mohly by profitovat ze vzdělávání podle speciálních osnov a ve speciálních školách. Jejich přístup byl podle Sternberga (2002) alternativou k dosavadnímu psychofyziologickému přístupu. Podle Bineta a Simona (1905, in Mackintosh, 2000) je pro inteligenci hlavním faktorem úsudek, praktický rozum a schopnost jej využít k přizpůsobení světu. Snažili se koncept inteligence, ve smyslu usuzování, oddělit od emocí, pozornosti, paměti a dalších psychických procesů. Vytvořili baterii řady úkolů, které se soustředily i na každodenní praktické znalosti, usuzovací schopnosti, schopnost vysvětlit určité fenomény, jazykovou zdatnost, schopnost nápodoby určitého vzoru apod. Jejich

přístup reflektoval vývojové možnosti dětí a z kritéria inteligenční kompetence se stal věk. Začali tak operovat s pojmem **mentální věk** – průměrná úroveň inteligence pro osobu určitého věku. Jak uvádí Mackintosh (2000), změnil se tak radikálně přístup v posuzování inteligence od absolutního měření mentálního výkonu (Galton, Cattel) směrem k normativnímu měření inteligence porovnáváním výkonů jedince s jeho věkovou skupinou. Po řadě experimentů a hledání vhodných zkoušek byla finální sestava testů publikována v roce 1911 v roce Binetovy smrti. Koncepce mentálního věku se stala historicky prvním normativním kritériem při posuzování mentálního postižení a určování mentální retardace. O rok později navrhl William Stern známý **intelligenční koeficient IQ**, který představoval podíl mentálního věku ku věku chronologickému násobeno koeficientem 100. Takto vyjádřený intelligenční koeficient byl označen jako poměrový IQ (ratio IQ). Jak uvádí Sternberg (2002), je tento typ vyjádření IQ dnes používán pouze vzácně, neboť je z mnoha důvodů inadequate pro starší populaci. Růst mentálního vývoje se například kolem šestnácti let zpomaluje a s postupným přechodem k dospělosti již zcela ztrácí svůj význam. Místo toho se již uplatňuje skór založený na odchylce (deviaci) od středního skóru normální distribuce výsledků – tedy tzv. deviační IQ skór (deviation IQ).

Průkopnické práce Bineta a Simona daly vzniknout řadě navazujících revizí jejich původního souboru úkolů. Průlomovou revizi uskutečnil Lewis Terman ve Stanfordu v roce 1916, která se stala obecně známá jako Stanford-Binetův test (S-B). V dnešní době se ve světě používá již pátá revize S-B škály z roku 2003, kterou vypracoval Roid (Becker, 2003). U nás se dosud používá překlad čtvrté revize Termana a Merillové.

První S-B testy byly založeny na individuální diagnostice, a tak na sebe nenechaly skupinové testy inteligence dlouho čekat. Navrhla je skupina psychologů pod vedením Roberta Yerkesa a měly sloužit pro potřeby armádního výběru. Vznikly tak slavné testy army alfa a beta (pro analfabety), které se staly prototypem pro další navazující testy inteligence. Po ukončení války a zproštění testů vojenského tajemství publikoval Yerkes upravenou verzi testu jako Národní test inteligence, který začal být využíván pro potřeby škol, výběru zaměstnanců, přijímacích testů do institucí (Mackintosh, 2000).

Moderním testem pro skupinové využití je například populární Amthauerův test struktury inteligence I-S-T, který je rozvíjen od roku 1953. Revidovaná verze z roku 2000 byla u nás vydána v roce 2005 (Plháková, 2005).

Významným konkurentem v tvorbě individuálních intelligenčních škál se stal David Wechsler, který publikoval intelligenční test WAIS pro dospělé, verzi WISC pro děti a test pro předškoláky WPPSI. Ve světě se WAIS i WISC dočkal již čtvrté revize, u nás se využívá překlad revize třetí, oficiální verze pro předškolní děti u nás dosud chybí. Wechslerovy škály se staly jedním z nejrozšířenějších intelligenčních testů pro individuální testování.

Z dalších testů, které se celosvětově uplatnily, můžeme jmenovat testy Ravenovy, Kaufmanovy a Meiliho.

FAKTOROVÉ ANALYTICKÉ MODELÝ INTELIGENCE

Faktorová analýza je metoda, která spočívá na zkoumání korelace. Předpokládá, že s rostoucí korelací roste pravděpodobnost, že dva jevy měří podobný nebo stejný jev. Princip faktorové analýzy spočívá v prezentaci rozsáhlého souboru zkoušek většímu počtu osob, hledání korelací mezi výsledky testů a zjednodušení velkého počtu informací do menšího počtu abstrahovaných faktorů pomocí matematických metod.

Autorství metody se připisuje Charlesu Spearmanovi, který na základě faktorové analýzy došel k závěru, že inteligenci lze chápat jako jediný, obecný faktor, který stojí za úspěchem ve všech možných mentálních úlohách, ale stejně tak jako množinu speciálních faktorů, z nichž každý je však úzce omezený pouze na určitou oblast. Podle Spearmana byl klíčový pro pochopení inteligence právě faktor společný, který označil jako „**g**“ faktor (*general factor*). Specifické faktory považoval za příliš úzké a zavádějící. Představa „g“ faktoru je sice vysoce abstraktní, ale má potenciál pro pochopení úspěchu jedince v řadě rozmanitých mentálních úloh (Spearman, 1927).

K jinému závěru dospěl faktorový analytik Thurstone, který předpokládal, že podstatu inteligence tvoří **sedm primárních mentálních schopností** (chápání slov, slovní plynulost, indukce, prostorová představivost, početní faktor, paměť, rychlost vnímání). Výsledkem jeho snahy bylo seřazení specifických faktorů do určitých trsů dle vzájemné souvislosti.

Na zcela opačném konci proti Spearmanovi stojí model struktury intelektu Guilforda, který uvažuje až o 150 faktorech inteligence a k jejich zobrazení užívá model krychle, kterou definují tři různé osy – první s pěti typy operací, druhá se šesti typy produktů a třetí s pěti typy obsahů. I když je tento model nadmíru vzdálen praktickému využití, je inspirativní z hlediska hodnocení inteligence skrze mentální operace, obsahy myšlení a produkty myšlení (Sternberg, 2002).

Určitým kompromisem mezi pojetím obecného „g“ faktoru a množstvím specifických „s“ faktorů jsou strukturální modely. Podle slavného amerického psychologa Raymonda Cattella (1971) jsou podstatou inteligence dva velké faktory – **fluidní inteligence**, která je spíše vrozenou dispozicí (jedná se o rychlost a přesnost abstraktního úsudku, schopnost zevšeobecnit zkušenosti a přenášet je na jiné pole), a **inteligence krystalizovaná**, která představuje získané, nahromaděné znalosti, zkušenosti, slovní zásobu, osvojené strategie řešení problémů a zautomatizované způsoby úsudku. V rámci těchto dvou faktorů se popisují další speciální faktory.

Moderní hierarchický model inteligence nacházíme u Carrolla (1993), který vyšel z metaanalýzy mnoha souborů dat a z modelů ostatních faktorových analytiků a navrhl sjednocující model, který tvoří tři hierarchické vrstvy, lišící se v dimenzi specifičnosti–obecnost. První vrstva popisuje ryze úzké a specifické schopnosti, vrstvu druhou tvoří koncepty podobné krystalizované a fluidní inteligenci, třetí vrstva odpovídá obecnému faktoru „g“. Pro praktické modely má význam zejména střední vrstva, neboť není příliš specifická ani příliš obecná. Carroll do ní řadí také paměť, zrakovou a sluchovou percepci, rychlost a slovní plynulost – tato vrstva je podobná modelům Thurstonea a také se do značné míry překrývá s řadou schopností, které ve faktorech postihují Wechslerovy škály a škála S-B.

GARDNERŮV MULTIDIMENZIONÁLNÍ MODEL INTELIGENCE

Odlišnou metodiku třídění jednotlivých komponent inteligence aplikoval Howard Gardner (1999). Soustředil se na pozorování a vyhledávání referencí o nositelích mimořádných schopností z řady odvětví lidské činnosti, teoreticky sledoval případy rozličných mozkových poškození a jejich dopadů, vývoje nadání, výsledků různých osob v testech rozličných předpokladů. Gardner na základě své teoretické studie dospěl ke tvrzení, že na inteligenci není účelné pohlížet jako na jednotný koncept, který by tvořil výčet určitých schopností, ale účelnější je hovořit o několika odlišných typech inteligence, které jsou na sobě relativně nezávislé.

Gardner popsal **osm druhů intelligence** – jazykovou, logicko-matematickou, prostoro-rovou, hudební, tělesně-kinestetickou, interpersonální, intrapersonální, přírodovědnou. Gardnerův přínos spočívá zejména v rovině teoretické, ve způsobu uvažování nad konceptem intelligence. Jeho pojetí je do značné míry založené na teorii modularity – tedy předpokladu, že naše mysl disponuje určitými specifickými moduly, které jsou na sobě v zásadě nezávislé a jsou vázány na specifické anatomické oblasti v lidském mozku. Důkazem teorie by tedy byl objev jednotlivých druhů inteligencí specificky vázaných na konkrétní oblasti mozku. Dosavadní zjištění jsou prozatím na úrovni pracovních hypotéz a spekulací. Modulární teorie je také v soudobé neuropsychologii hojně kritizována (v českém překladu k tomuto tématu např. Goldberg, 2001).

STERNBERGOVA TRIARCHICKÁ TEORIE INTELLIGENCE

Zajímavou koncepci intelligence vypracoval také známý kognitivní psycholog R. J. Sternberg. Podle Sternberga (2002) nejsou jednotlivé komponenty intelligence nezávislé, tak jak o nich uvažuje Gardner, ale fungují ve vzájemné spolupráci. Podle triarchické teorie má intelligence tři stránky, které lze vymezit jako jejich vztahy:

- k **niternému světu** (tvořivá intelligence, vynalézání, spořádání);
- ke **zkušenosti** (praktická intelligence, aplikace, zužitkování starého vědění);
- k **zevnímu světu** (analytická intelligence, porovnávání, vyhodnocení, hledání řešení).

Intelligence je tak výslednicí interakce schopností **analytických, tvořivých a praktických**. Lidé tedy mohou svou inteligenci užívat na mnoho druhů problémů, přičemž někteří budou úspěšnější v řešení abstraktních, teoretických úkolů a jiní v praktických problémech. Teorie nedefinuje jako inteligentního někoho, kdo vyniká ve všech oblastech intelligence, ale spíše toho, kdo dokáže svých silných stránek dobře využívat ku svému prospěchu.

Sternberg (2002) si také všímá určité nevyváženosti v oblasti testování intelligence, které považuje za jednostranné, neboť se soustředí hlavně na oblast analytických schopností a opomíjí roli schopností tvořivých a praktických.

KRITIKA KONCEPTU INTELLIGENCE

Od počátků rozvoje teorií intelligence a jejího testování se vždy objevovaly kritické hlasy, které upozorňovaly na nedostatky v jednotlivých přístupech k celému konceptu intelligence nebo na možné sociální problémy, které z testování intelligence a jeho dopadů plynou. Již tvůrci prvních testů Binet a Simon uváděli, že jejich snahou je, aby děti měly z jejich testování užitek a aby testování přispělo ke správné aplikaci zvláštního přístupu, nicméně nikdy nebude dobré být označen za absolventa zvláštní školy. Apelovali tedy na to, aby si o tomto děti dále nenesly záznamy (Binet, Simon, 1905, in Mackintosh, 2000).

Přehled historicky důležitých případů zneužití testování intelligence dokumentuje například Mackintosh (2000), který varuje, jak se nekritická víra v dědičnost intelligence a její spojení s politickou vůlí mohou stát nebezpečnými. Mackintosh připomíná případy rozsáhlé nucené sterilizace „méně vhodných elementů“ společnosti v USA v rámci imigrační politiky ve dvacátých letech minulého století. Varuje taktéž před nebezpečným

rozvojem eugenického hnutí, jehož podstatou je preference určité lidské rasy před jinou (extrémní příklad představují události v nacistickém Německu). Rozsáhlé případy zneužití IQ testů ze čtyřicátých let minulého století jsou taktéž dokumentovány v oblasti selekce ve středoškolské sféře a rozčlenění studentů do specifických typů škol podle výsledků IQ testů v jejich jedenácti letech ve Velké Británii. Politické zájmy zde zneužily předpoklad odhalení „vrozené inteligence“ a její neměnnosti.

Historické případy nás upozorňují, že IQ testy se mohou stát v nesprávných rukou nástrojem moci a „ospravedlnění“ účelových politických rozhodnutí, která mohou mít rozsáhlé dopady na poškození určité skupiny obyvatel. V testování inteligence a interpretaci výsledků je tak nutné opakovaně zdůrazňovat kritičnost, ohled ke kontextu testování a individuální přístup.

Kriticky lze také hodnotit způsob interpretace výsledků inteligenčních testů pouze na základě míry inteligenčního kvocientu (IQ). Tento nešvar je velmi často předmětem kritiky mnoha odborníků, neboť vychází ze „zhuštění“ struktury a úrovně rozumových schopností určitého člověka do jednoho čísla hodnoty IQ (Berk, Bridges, Shih, 1981). Kritiku zde uvádí například Svoboda (1999), který upozorňuje, že tento přístup v sobě skýtá řadu nebezpečí, neboť hodnota IQ nás *informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštěnostech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby probanda nelze přeceňovat* (Svoboda, 1999, s. 49). Říčan, Krejčířová a kol. (1997) proto uvádějí, že číselné hodnoty IQ je nutné pojímat jen jako orientační vodítka s vědomím, že vyšetřením nikdy nezískáme přesnou hodnotu IQ.

Samotný způsob, kterým se v běžné praxi pracuje s testy inteligence, kritizuje například Doman (1997), který uvádí, že jimi přesně zjistíme *nedostatky* v oblasti inteligence, ale musíme mít na paměti, že se nejedná o *schopnosti*. Pokud tedy testujeme nedostatky, ale myslíme si, že testujeme schopnosti, dostaneme výsledky, které mají podle Domana na další práci katastrofální vliv.

Kritiku konceptu inteligence z neuropsychologické perspektivy sumarizuje například Kulišťák (2003), který se opírá o vystoupení Muriel Lezakové z osmdesátých let minulého století s názvem „IQ – odpočívej v pokoji“. Neuropsychologové jsou s konceptem IQ dlouhodobě nespokojeni, neboť opakovaně selhávají pokusy identifikace jeho neuroanatomických a neurofyzilogických korelátů. Starší koncepty testování inteligence taktéž nedrží krok s rapidně rostoucím množstvím poznatků z oblasti neurověd. Potřeby neuropsychologie spočívají spíše v zásobárně mnoha dílčích citlivých nástrojů, které mají srozumitelnou vazbu na konkrétní mozkové funkce, a abstrahovaný teoretický koncept inteligence je bez procesuální analýzy výkonu příliš zavádějící. Řadu kazuistik pro demonstraci těchto jevů uvádí Goldberg (2001), který upozorňuje, že Wechslerovy testy inteligence představují dobře definovaný úkol, který je jasně strukturovaný, a i osoby s hrubým poškozením frontálních exekutivních funkcí v něm mohou dobře uspět, neboť jejich kognitivní deficit se projeví až v situaci nestrukturované, která vyžaduje samostatné tvořivé řešení. Známe jsou i jiné případy, kdy deficit exekutivních schopností vedl k extrémně nízkému a nerealistickému výsledku Wechslerových IQ škál.

TESTOVÁNÍ INTELIGENCE U OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Z uvedeného je patrné, že testování inteligence a diagnostika mentální retardace má v historii vývoje IQ testů nejdelsí tradici. Je však také zřejmé, jak opatrně musíme pracovat s konceptem inteligence a IQ v praktické diagnostice. Při řešení diagnostické otázky možné mentální retardace je nejvýše nutné přistupovat k IQ testům s potřebnou kritičností a chápat je jen jako doplňkové nástroje, které pouze přispívají k výsledné diagnostice, ale nejsou jejím hlavním určujícím kritériem. Musíme mít na paměti, že standardní testy inteligence a komplexní testové baterie rozlišují mezi normou a subnormou, ale v rámci pásma defektu a hrubé subnormy již jejich diferenciativní schopnost slábne. Nízkých skóre vzbuzujících podezření na mentální retardaci v rámci inteligenčních testů lze také dosáhnout řadou rozmanitých cest. V rámci diagnostiky dětí musí být zvažováno mnoho diferenciativně diagnostických možností. Velmi důležité je vyloučení možnosti psychické deprivace, nízkého inteligenčního výkonu daného celkovou zanedbaností dítěte. Nízký výkon v IQ testech můžeme také zaznamenat u dětí z etnických minorit, neboť v jejich výchově mohly být zanedbány určité aspekty, které jsou v majoritě považovány za základní či důležité. Vliv na výsledky mohou mít také somatická onemocnění, únava, motivovanost, účelové faktory (sociální příspěvky, důchody), neodhalené smyslové vady, jiné vývojové poruchy – např. poruchy řeči apod. Specifickou kapitolu představuje diferenciativní diagnostika demence u dětí, která pak získává na důležitosti v diagnostice dospělých.

Je tedy nutné, aby se psycholog pohyboval v množství dat z rozličných zdrojů. Jako zcela zásadní se jeví rozbor anamnézy s ohledem na hledání možných příčin mentální retardace, kvalitu raného vývoje, způsob plnění vývojových mezníků a kvalitu adaptace. Neméně důležité je i opakované pozorování dítěte ve strukturované i nestrukturované situaci, při hře, při interview, při interakci s rodičem i neznámou osobou. Kvalitu psychologa taktéž do značné míry určuje jeho dovednost vedení rozhovoru a schopnost získat všechny relevantní informace potřebné k diferenciativní diagnostice.

Pro řešení hlavních diferenciativních otázek je vhodné využívat i možnost opakovaného testování s časovým odstupem, možný je po čas odstavu i trénink specifické dovednosti (procesuální testování se snahou odhalit potenciativní zónu vývoje), testování limitů – např. testování mimo standardní instrukci s nápořádou a pozorováním reakce na tuto nápořádou. Pro diferenciativní diagnostiku v rámci pásma mohou být pomocné i vývojové škály a jejich využití i u starších dětí s těžšími formami mentální retardace.

K posouzení mentální retardace neodmyslitelně patří posouzení adaptability, které v zásadě určuje stupeň mentální retardace. I když bývá mnohdy nekriticky a nerozumně preferována hodnota IQ, je míra určení adaptability zásadnější. Pro orientační posouzení je možno využít překlady škál adaptability (populární je například Vinelandská škála sociální adaptability). Hlavní posouzení je však ryze klinickou záležitostí, která integruje řadu dat získaných z rozhovoru a anamnézy. Psycholog by se měl soustředit zejména na schopnosti a reálné možnosti dané osoby – co dokáže realizovat zcela sama, co s dopomočí, co s verbální podporou, k čemu je nutná plná fyzická podpora. Zcela zásadní je při rozhovoru rozlišovat, jaké dovednosti již byly reálné vyzkoušeny a s jakým výsledkem a co vyzkoušeno dosud nebylo. Klinická praxe jasné ukazuje, že řada osob s mentální retardací nedisponuje určitými dovednostmi nikoliv proto, že by se je nedokázali naučit, ale proto, že k jejich učení nikdy nedostaly příležitost kvůli obavám jejich okolí. Tento

fakt je interakční a systémovou záležitostí, kterou nelze žádným kvalitním způsobem škálovat a může ji vystihnout jen fundovaný odborný úsudek.

K testování osob s mentální retardací by také měl neodmyslitelně patřit určitý prospěch těchto osob z testování. Možné jsou rozličné formy spolupráce se snahou posílit silné stránky, rozvíjet kognitivní schopnosti, hledat alternativní způsoby výuky, které by danému jedinci vyhovovaly. Opomíjí se taktéž testování dospělých osob s mentální retardací, které si svůj kognitivní handicap uvědomují a mnohdy jej vnímají velmi bolestně. Zpětná vazba z vyšetření by neměla uškodit, ale být sdělována citlivě, taktně, srozumitelně, s důrazem na praktickou pomoc. Psychologické testování by nemělo být samoučelnou nebo účelovou záležitostí, která je snadným způsobem zneužitelná, ale cestou k reálné pomoci a otevírání rozličných alternativních cest rozvoje daného jedince.

2. KONCEPT MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ A TERMINOLOGIE

(Milan Valenta)

Je typické pro pomáhající profese související s předmětem této publikace (tj. mentální postižení, mentální retardace, osoby s mentálním postižením), jako je psychiatrie, klinická a poradenská psychologie, speciální pedagogika – psychopedie, sociální práce, že se více než jiné profese potýkají s terminologickými nejasnostmi, mnohoznačnostmi a problémy etického rázu vyplývajících ze samotného charakteru mentálního postižení. A tak jsou v kratší či delší časové konsekvenci nuceni revidovat terminologický aparát, protože většina bazálních termínů se stává – pro své pejorativní zabarvení – společensky nekorektními. Je to proto, že mentálně postižený člověk je často společensky vnímán jako postava komická či tragikomická (v historii našeho či světového dramatického a slovesného umění bychom našli stovky důkazů) v kontrastu například k osobám nevidomým. Jeden příklad za všechny, a to z pera klasika nejklaesičtějšího v zemích českých:

Tím byl výslech ukončen, Švejk podal panu soudnímu radovi ruku, a vrátiv se do svého pokojíka, řekl ku svým sousedům:

„Tak mě budou kvůli té vraždě na panu arcivévodovi Ferdinandovi prohlížet soudní lékaři.“

„Já byl taky už prohlížen soudními lékaři,“ řekl jeden mladý muž, „to bylo tenkrát, když jsem se dostal kvůli koberecům před porotu. Uznali mne za slabomyslného. Teď jsem zpronevěřil parní mlátičku a nemůžou mně nic udělat. Říkal mně včera můj advokát, že když už jsem byl jednou prohlášen za slabomyslného, tak že už z toho budu mít prospěch celý život.“

Důsledkem jevu je skutečnost, že z toho, co bylo původně určeno jako *terminus technicus*, se postupem času stává nadávka: úchyl, debil, imbecil, idiot, dement, kretén, psychopat, „zvláštník“, mongol, „daun“... Nejnověji se tento trend dotýká i zcela základního pojmu mentální retardace (*mental retardation*), který je již vnímán jako společensky neúnosný, přičemž jeho „změkčení“ do tvaru mentální postižení (*mental disability*) není – především v západních zemích – považováno za dostatečné. Nejdále v tomto ohledu dospěla vlivná americká asociace pečující o osoby s mentálním postižením, která se přejmenovala z AAMR (American Association for Mental Retardation) na AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) s tím, že v jejím novém vymezení poruchy je termín *mental retardation* (MR) nahrazen termínem *intellectual disability* (ID).

Uvedené terminologické „hemžení“ demonstruje následující marginálie vypočítávající odborné termíny užívané v této oblasti.

... blb, blbec (jako protiklad zdravce) či blbec nezjevný, idiot, kretén, duševní slaboch notorický (duševní slabost), slabomyslný, slaboduchý, duševní zákrsek (duševní zakrslost, duševní nulita), zakrnělec, člověčí

zákrsek, člověčí pláně, dítě abnormální, dítě mongoloidní (mongoloidní idiot), duševně opozdlilé dítě, debil, imbecil, člověk nedoumný, člověk duševně abnormální, úchylná mládež (úchyl), dítě malátné, dítě vratké (vrtkavé), lidé duševně vadní, duševně defektní, rozumově vadní, děti s vadným rozumovým vývojem, děti se sníženými rozumovými schopnostmi, rozumově zaostalí, intelektově vadní, intelektově úchylní, intelektově abnormální, slabomyslní, oligofrenní, mentálně vadní, mentálně defektní, mentálně deficientní, mentálně nenormální, mentálně abnormální, mentálně subnormní, mentálně nevyvinutí, mentálně opoždění, mentálně retardovaní, mentálně postižení, intelektově postižení...

Všeobecná humanizace vědních oborů se demonstruje také v jejich terminologii, což se výrazně týká oborů pomáhajících profesí zaměřených (mimo jiné) na osoby s mentálním postižením – stále se hledají nové termíny, které by nahradily ty stávající, jež získaly pejorativní nádech, a to často i tam, kde se na první pohled o žádnou hanlivost nejedná (zvláštní škola – základní škola praktická, Downův syndrom – trizomie 21...). Výsledkem stavu je jistá pojmová neujasněnost a někdy až terminologická „schizofrenie“. Na jedné straně se konsolidují pojmy pro „public relations“ (při komunikaci s veřejností, s rodiči postižených, s médii), které však mohou být nepřesné, mnohoznačné a zavádějící, a na druhé straně se užívají jiné termíny v komunikaci profesionálů, především lékařů, ale i psychologů a speciálních pedagogů.

V některých anglicky hovořících zemích se místo termínu „mentální retardace“ objevuje termín *learning difficulty* (výukové těžkosti, obtíže), což spíše indikuje poruchy učení než mentální postižení. Ve Velké Británii především sociální pracovníci usilují o to, aby byl termín „mentální retardace“ „postaven mimo zákon“, tedy vyřazen (navzdory MKN-10) z odborné terminologie. Jedná se o všeobecný humanizační trend (projevující se mimo jiné i tzv. demedicinizací psychiatrie), přičemž v některých případech přemrštěná snaha o korektnost termínů (a antietiketizaci) vede až k úsměvným pojmům – viz odborné disputace proběhlé v nedávné době v USA orientované ve směru korektního přeznačení osob s nanismem (tj. s malým vzrůstem) na *vertically challenged person* („vyzývatele výšky“).

Z důvodu uvedené humanizace oboru byly z odborné terminologie vypuštěny stupně mentální retardace: debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita, stejně jako pojmy „nevzdělavatelnost“ (dříve stanovovaná od stupně imbecilita) a „nevychovatelnost“ (stupeň idiocie) či „sovákovské“ stupně socializace klienta: utilita a inferiorita. Z profesního slovníku také vymizely termíny „mentální defekt“ a jeho sociální rozměr v podobě defektivity a s důrazem na osobnost individua se doporučuje používat místo pojmu „mentálně retardovaný (mentálně postižený)“ označení „osoba s mentálním postižením“. Vychází to ze všeobecného konceptu speciální pedagogiky, kdy hlavně při „styku navenek“ používáme odvozeniny označení „osoba se zdravotním postižením“ (dítě s dyslexií, a nikoliv dyslektik, dítě s autismem, a nikoliv autista...). Počátek tohoto humanizačního trendu lze vidět i ve snahách Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, která již na svém prvním kongresu v Montpellieru v roce 1967 hovoří o tom, že člověk s mentální retardací je především lidská bytost, a teprve až na druhém místě je i „defektní“.

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Přestože pojem **mentální postižení** nemá status coby *terminus technicus*, je široce užíván, a to především v (speciálně)pedagogické a poradenské praxi, kde má také jistou

legislativní oporu – viz příslušné prováděcí vyhlášky (č. 72/2005 Sb., ve znění vyhl. č. 116/2011 Sb., č. 73/2005 Sb. ve znění vyhl. č. 147/2011 Sb.) „školského zákona“ č. 561/2004 Sb., ve kterých se s termínem explicitně operuje. Ve školské praxi se tyto legislativní normy promítají příkladně do označení institucionálního (SPC pro mentálně postižené) či implementačního charakteru (RVP ZV LMP – Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením). Zatímco zdravotnická oblast (především psychiatrie a klinická psychologie) využívá termín „mentální postižení“ jako synonymum mentální retardace, ve školství může být – s ohledem na tradici – pojem chápán širěji. Terminologický a výkladový slovník speciální pedagogiky (Vašek a kol., 1993) vymezuje mentální postižení jako zastřešující pojem využívaný v pedagogické dokumentaci a ve školství, který orientačně zahrnuje prakticky všechny jedince s IQ pod 85, tedy osoby s mentální retardací a osoby nacházející se v hraničním pásmu mentální retardace. Nutno ovšem připomenout, že i zdravotnická oblast má v tomto ohledu poměrně nedávnou tradici – ještě v 8. revizi ICD WHO (1966–1979) se nacházela diagnóza 310 Mírná duševní zaostalost (slaboduchost) s pásmem IQ 68–85, tedy v dnešním pojetí přibližně hraniční pásmo mentální retardace (vlastní mentální retardace byla tehdy nazývána slabomyslností).

Širší pojetí mentálního postižení ve školství má svoji oporu také v každodenní praxi, a sice v podobě žáků, kteří pro své nižší – většinou kognitivní – schopnosti nezvládají nároky běžné školy a přitom nejsou mentálně retardováni. (V době ještě nedávné se na tzv. zvláštní školy přerazovaly děti, které svými schopnostmi nestačily na výuku na základní škole. Ostatně průzkumy na těchto školách realizované před čtvrt stoletím odhalily, že většina žáků se v té době nacházela nad hranicí mentální retardace).

Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.

Podpůrnými opatřeními při speciálním vzdělávání se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických pomůcek, zařazení předmětů speciálněpedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě apod. (vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb. ve znění vyhl. č. 147/2011 Sb.).

Statisticky lze mentální postižení (MP) vymezit standardní odchylkou –1 sigma a méně tzv. normálního rozložení četností (IQ 85 a méně), což zahrnuje přibližně 16 % populace.

MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.

Mentální retardace (volně přeloženo jako zpoždění duševního vývoje) je termín poměrně nejednoznačný a v současnosti vymezovaný značným množstvím definic, jež mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na sociální prostředí. Termín se začal používat v širším měřítku po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 a pozvolna nahradil celou řadu relevantních pojmů.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve víceméně pravidelných periodách a v souladu s progresem ve vědě reviduje klasifikaci nemocí včetně duševních poruch (MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí). Od roku 1992 (u nás o rok později) platí desátá revize této klasifikace (MKN-10, mezinárodní označení ICD-10). Tato klasifikace se částečně odlišuje od diagnostického a statistického manuálu duševních a behaviorálních poruch vlivné Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV APA), což demonstruje dualitní systém klasifikace duševních poruch ve světě (přestože jsou si poslední revize obou klasifikací v porovnání s předchozími revizemi blíží).

MKN-10 (F70–F79)

Stupeň mentální retardace je určen na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability (adaptačního chování), orientačně taktéž inteligenčním kvocientem a mírou zvládnání obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince, a to takto:

- F70 Lehká mentální retardace (*mild mental retardation*) – IQ 50–69, dříve debilita.
- F71 Středně těžká mentální retardace, též střední mentální retardace (*moderate mental retardation*) – IQ 35–49, dříve imbecilita.
- F72 Těžká mentální retardace (*severe mental retardation*) – IQ 20–35, dříve idioimbecilita, prostá idiocie.
- F73 Hluboká mentální retardace (*profound mental retardation*) – do 19 IQ, dříve idiocie, vegetativní idiocie.
- F78 Jiná mentální retardace.
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace.

Kromě stupně mentálního postižení MKN-10 rozlišuje v kódu i postižené chování u těchto klientů (afekty vzteku, sebepoškozování...), a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení:

- 0 – žádné či minimálně postižené chování (např. F71.0 – středně těžká mentální retardace bez poruch chování, diagnóza typického klienta s Downovým syndromem).
- 1 – výrazně postižené chování vyžadující intervenci.
- 8 – jiná postižení chování.
- 9 – bez zmínky o postižení chování.

V návaznosti na výše uvedené je třeba doplnit to, že starší psychopedická terminologie někdy diferencuje chování klienta z hlediska typu mentální retardace na:

- typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný);
- typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný).

Zde je však nutné upozornit, že toto členění se do značné míry vztahuje k charakteru prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstá a které ho formuje. Může mít také úzkou souvislost s deprivací, frustrací a stresovými vlivy.

Definice mentální retardace dle MKN-10 (2000)

Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

Inteligenci je třeba vymezovat s pomocí množství víceméně specifických dovedností, které se – zvláště u osob s mentální retardací – mohou vyvíjet nesouměrně, a pak je těžké osoby s mentálním postižením kategorizovat do skupin. Stanovení intelektuální úrovně musí vycházet ze všech dostupných informací včetně klinických nálezů a adaptačního chování, a to s ohledem na kulturní zázemí jedince a nálezů psychometrických testů.

Pro stanovení diagnózy musí být přítomna snížená úroveň intelektových funkcí, která má za následek sníženou schopnost přizpůsobení denním požadavkům běžného sociálního prostředí.

Uvedené úrovně IQ jsou jen vodítkem a neměly by se používat rigorózně z hlediska problémů transkulturální validity. IQ by mělo být stanoveno standardizovanými, individuálně aplikovanými inteligenčními testy determinovanými místními kulturními normami.

Stupnice sociální zralosti a adaptace – opět lokálně standardizované – by měly být (pokud je to možné) doplněny rozhovorem s rodičem nebo pečovatelem. Bez standardizovaných prostředků musí být vyhodnocení považováno pouze za provizorní odhad.

DSM-IV

Stupně mentální retardace podle DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition, American Psychiatric Association):

- 317 *Mild Mental Retardation* – IQ 50–55 až 70.
- 318.0 *Moderate Mental Retardation* – IQ 35–40 až 50–55.

- 318.1 *Severe Mental Retardation* – IQ 20–25 až 35–40.
- 318.2 *Profound Mental Retardation* – IQ pod 20–25.

Mentální retardace je diagnostikována u jedince s inteligencí sníženou pod arbitrovanou úroveň, a to v době před dosažením dospělosti. Adaptibilita takového jedince je snížena v mnoha oblastech.

Diagnostická kritéria mentální retardace:

- snížení intelektových funkcí (IQ 70 a méně);
- souběžný deficit v oblasti adaptivity jedince a to nejméně ve dvou z následujících oblastí: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční (akademické) dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost;
- začátek poruchy před 18. rokem života.

AAMR

Pro komparaci následuje vymezení mentální retardace podle další vlivné autority v dané oblasti – AAMR (American Association for Mental Retardation), transformované na AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities): *Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptivity, která se projevuje především v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života, je multidimenzionální a pozitivně ovlivnitelný individuálním přístupem a cílenou podporou (pokud nedochází k zlepšení stavu, je třeba přehodnotit míru individuální podpory).*

A dále definice podle poslední úpravy transformované AAMR (AAIDD, 2010): *ID – Intelektová (rozumová) disabilita (termín nahrazující mentální retardaci) je charakterizována podstatnými omezeními jak v oblasti intelektových funkcí, tak i v oblasti adaptačního chování, jež se demonstrují v každodenních sociálních a praktických dovednostech, přičemž se stav objevuje do 18. roku věku.*¹

Intelektové funkce (označované také jako inteligence) odkazují na obecnou mentální kapacitu, kam patří schopnost učení se, logické myšlení, řešení problémů etc. Jedním z kritérií měření intelektových funkcí je IQ test. Obecně platí, že skóre 70–75 již indikuje omezení intelektových funkcí.

Standardizované testy také detekují omezení v oblasti adaptačního chování, které obsahuje trojici typových schopností – kategorií:

- pojmovou (řeč, literatura, peníze, čas, početní koncept, sebeřízení);
- sociální (interpersonální dovednosti, odpovědnost, řešení sociálních problémů, sebedůvěra, důvěryhodnost, schopnost řídit se pravidly a zákony, nestát se obětí...);

¹ V současné době existuje v odborné oblasti trend nehledat pro pojem „disabilita“ – vzhledem k jeho mnohoznačnosti – český ekvivalent (viz příkladně český manuál MKF).

- praktických dovedností (aktivity denního života, jako je sebeobsluha, zaměstnání a profesní dovednosti, využívání dopravních prostředků, bezpečnost, manipulace s penězi, telefonování...).

Z výše uvedených vymezení poruchy vyplývá, že k diagnostikování mentální retardace (a její hloubky) nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu (pod IQ 70), ale zhodnocení celé řady dalších schopností daného jedince, především toho, zda klient selhává ve většině sociálních očekávání svého užšího i širšího prostředí: ... *Z tohoto hlediska nelze označit za mentálně retardované např. mnohé z romských dětí s IQ nižším než 70, které však současně nejsou ve své rodině nijak nápadné a dobře plní všechna její očekávání a které jsou někdy i samostatnější a sociálně obratnější než některé děti s nadprůměrnými intelektovými schopnostmi* (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 400).

Ve výše uvedeném vymezení mentální retardace dle AAMR je zmíněna individuální míra podpory. Jedná se o trend světové *special education*, kdy je termín „osoby se speciálními/specifickými potřebami“ suplován přílehlavějším termínem „osoby se specifickou mírou podpory“ (viz výše popsany systém SIS, AAMR, 2004).

MODELY MENTÁLNÍ RETARDACE

(Martin Lečbych)

Tak jako na každý fenomén lze na pojem „mentální retardace“ nahlížet z řady různých perspektiv. Jiným způsobem a zejména v jiných souvislostech jej budou chápat lékaři, kteří v něm mohou spatřovat diagnostickou kategorii spojenou s řadou limitů a dívat se na něj posudkovým okem, jinak jej budou chápat sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních, odlišný pohled nalezneme u pracovníků v oblasti integrace a inkluze. Psychologové obvykle akcentují ve svém pohledu diagnostiku kognitivních funkcí, speciální pedagogové pak trénink a rozvoj schopností. Jiné vnímání tohoto fenoménu bezesporu nalezneme u rodičů osob s mentální retardací, zcela osobitě a originálně pohledy také najdeme u samotných osob, kterým byl tento pojem přiřčen ze strany druhých lidí a tato skutečnost do značné míry ovlivnila chod jejich života. Protože věříme, že dva pohledy jsou více než jeden, považujeme za důležité věnovat pozornost různým pojetím pojmu „mentální retardace“, a to i přes skutečnost, že se tyto pohledy mnohdy rozcházejí a jejich nositelé se spolu mohou přít. A není divu, slova, která užíváme k popisu vnějšího světa, jsou pestrá, pojmy, které jimi popisujeme, jsou často definovány vágně, mlhavě a najít jejich všeobecně přijatelnou definici je mnohdy takřka neřešitelný úkol. Slova, která užíváme, navíc obraz vnějšího světa nejen popisují z pohledu jejich pozorovatele, ale také obraz vnějšího světa mohou měnit z hlediska jejich posluchače. Dovolíme si zde proto zamyšlení nad různými modely nazírání na fenomén mentální retardace.

Musíme však upozornit, že i když je funkcí modelu pochopit pozorovanou skutečnost a poskytnout její výklad, jeho rizikem je vždy zjednodušení této skutečnosti. Chceme-li se však přiblížit podstatě určitého fenoménu, nelze se opírat o popis jednoho úhlu pohledu. Gregory Bateson (1972), významný antropolog, sociální vědec a inspirátor rodinné terapie, v této souvislosti hovoří o metafoře „binokulárního vidění“ – teprve až pohled obou očí ze dvou různých úhlů pohledu poskytne plastický a prostorový dojem vnímání

reality. Podobný apel nacházíme také u Ronalda Davida Lainga, představitele existenciální psychoterapie a významného člena antipsychiatrického hnutí, který upozorňuje, že tatáž skutečnost, která je pozorována z různých hledisek, dává vzniknout zcela odlišným popisům. Odlišné popisy pak plodí odlišné teorie a od nich se odvíjí zcela odlišné způsoby chování. Níže uvedené modely mentální retardace si nečiní ambice na definitivní výčet různých pojetí, spíše je snahou prezentovat hlavní trendy, které lze v této oblasti vysledovat.

Klasifikační, limitační, medicínský model

Medicínský model mentální retardace je v našem kulturním kontextu v současné době dominantní a jeho rozvoj u nás má taktéž dlouhou tradici. Mentální retardace je chápána jako vývojová porucha, která negativně zasáhla rozvoj rozumových schopností, a tím i celkovou kvalitu úsudku, což se projevuje omezenými možnostmi jedince přizpůsobit se nárokům prostředí. Pro tento model je klíčové, že vymezuje pojem mentální retardace jednotlivcem, u kterého jsou shledány nedostatky v oblasti rozvoje rozumových schopností a adaptační těžkosti. Institucionální zakotvení spočívá zejména v oblasti zdravotnictví. Primární snahou tohoto modelu je psychopatologická diagnostika a včasné zachycení vývojových poruch. Z důvodu orientace na psychopatologii lze proto tento model označit jako **limitační** (popisuje limity, slabé stránky, to, v čem osoba selhává) a vzhledem k jeho snaze rozlišit míru závažnosti deficitu jej můžeme označovat také jako **klasifikační**.

Definice mentální retardace v rámci tohoto modelu můžeme sledovat například u Mackinthoshe (2000, s. 176), který definuje mentální retardaci jako *značně podprůměrné obecné intelektuální fungování zároveň s nedostatečným adaptačním chováním*, nebo u Atkinsonové a kol. (2003, s. 694), která pojmem mentální retardace označuje *podprůměrné intelektové schopnosti, které jsou obvykle provázeny narušením v oblasti sociálního přizpůsobování*. V těchto definicích se také předpokládá diagnostika mentální retardace založená na posuzování úrovně inteligenčního kvocientu a odráží se zde dlouhá historie jeho testování. V definicích tohoto typu obvykle nacházíme problémy s pojmy typu *podprůměrné / značně podprůměrné a nedostatečné adaptační chování / narušení sociálního přizpůsobování*. Tyto pojmy jsou samy o sobě příliš vágní, a proto vyžadují zpřesnění určitým typem škály – předpokládají se obvykle škály pro testování konceptu inteligence a adaptačního chování. Z definicí tohoto typu nevyplývá, že se jedná o vývojovou poruchu, a nedávají příliš praktických vodítek pro diferenciálně diagnostické úvahy o rozvoji jiných poruch, u kterých nacházíme potíže v oblasti poklesu intelektového výkonu a narušení adaptačních schopností.

Definici s ohledem na etiologii a akcentování mentální retardace jako vývojové poruchy nacházíme například u českých autorů, kteří uvádějí, že *mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časné postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí* (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, s. 151).

Proti předchozím definicím je tato důležitá zejména s ohledem na upřesnění časové lokalizace vzniku mentální retardace (prenatální, perinatální nebo časné postnatální). Za časné postnatální období se obvykle považuje časový horizont do druhého roku života dítěte (v souvislosti s teorií kognitivního vývoje J. Piageta – ukončením senzomotorického stadia vývoje inteligence). Později působící psychopatologické vlivy se pak mohou pojit s jinými typy poruch (syndrom demence, specifický kognitivní deficit etc.). Pro stanovení diagnózy mentální retardace by tak mělo být dokladováno přinejmenším anamnesticky