GRADA®

Milan Valenta, Jan Michalík,
Martin Lečbych a kolektiv

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

2., PŘEPRACOVANÉ A AKTUALIZOVANÉ VYDÁNÍ

- osobnostní struktura člověka s mentálním postižením
- speciálněpedagogická podpora pro žáky s mentálním postižením
- edukační schéma
- diagnostika osob s mentálním postižením

PSYCHÉ

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Valenta, Milan
Mentální postižení / Milan Valenta, Jan Michalík, Martin Lečbych a kolektiv. --
2., přepracované a aktualizované vydání. -- Praha : Grada, 2018. -- 392 stran. -- (Psyché)
Anglické resumé
ISBN 978-80-271-0378-2 (brožováno)

316.344.6-056.36 * 616.899 * 304 * 34 * 159.9.072.5 * 616-07 *
159.9:364.694 * 376 * 364-3 * (048.8:082)
- osoby s mentálním postižením
- osoby s mentálním postižením -- právní postavení
- mentální retardace -- psychologické aspekty
- mentální retardace -- sociální aspekty
- mentální retardace -- právní aspekty
- psychodiagnostika
- diagnostika (lékařství)
- psychologie handicapu -- právní aspekty
- speciální pedagogika
- sociální péče
- kolektivní monografie

159.9 - Psychologie [17]

GRADA®

Milan Valenta, Jan Michalík,
Martin Lečbych a kolektiv

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

2., PŘEPRACOVANÉ A AKTUALIZOVANÉ VYDÁNÍ

- osobnostní struktura člověka s mentálním postižením
- speciálněpedagogická podpora pro žáky s mentálním postižením
- edukační schéma
- diagnostika osob s mentálním postižením

PSYCHE

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy
Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani 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.,
prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.,
doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D., a kolektiv

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ
2., přepracované a aktualizované vydání

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 6878. publikaci

Spoluautoři:
Mgr. Božena Doleželová
Mgr. Jitka Jarmarová
Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
Mgr. Olga Kulíšková
Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
PaedDr. Petr Petráš
Mgr. Eva Stupňánková
PhDr. Magda Navrátilová
doc. PhDr. Alena Petrová, Ph.D.
PhDr. Miroslav Procházka, Ph.D.
Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.

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

Odpovědný redaktor Štěpán Böhm
Sazba a zlom Milan Vokál
Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka
Počet stran 392
Vydání 2., 2018

Vytisklo TISK CENTRUM, s.r.o., Moravany

© Grada Publishing, a.s., 2018
Cover Photo © Depositphotos / ginosphotos1

ISBN 978-80-247-3043-1 (ePub)
ISBN 978-80-247-3050-9 (pdf)
ISBN 978-80-271-0378-2 (print)

Obsah

Úvod **13**
Kompatibilita textu publikace s klasifikacemi využívanými ve zdravotnictví, v sociální péči a ve školství
Milan Valenta
Referenční rámec MKF 15
Referenční rámec SIS 17
Referenční rámec Katalogu posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb (část diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením) 19

I. ČÁST
Teoreticko-systémový kontext

1. Pojem inteligence **22**
Martin Lečbych
Vývoj testování inteligence 23
Faktorově analytické modely inteligence 25
Gardnerův multidimenzionální model inteligence 26
Sternbergova triarchická teorie inteligence 27
Kritika konceptu inteligence 27
Testování inteligence u osob s mentální retardací 29

2. Koncept mentálního postižení a terminologie **31**
Milan Valenta
Mentální postižení a oslabení kognitivního výkonu 33
Mentální retardace 34
MKN-10 (F70–F79) 35
DSM-5 (2013) 37
AAMR/AAIDD 37
Modely mentální retardace 39
Martin Lečbych
Diagnostika mentální retardace 47
Diferenciální diagnostika dalších duševních poruch v souvislosti s mentální retardací 50
Martin Lečbych
Některá specifika a problematické okruhy diagnostikování Romů 59
Milan Valenta
Marginálie k pojmům relevantním mentálnímu postižení 61

Etiologie mentální retardace 63
Milan Valenta, Oldřich Müller

3. Právní úprava postavení osob s mentálním postižením 71
Jan Michalík
Mezinárodní přístup k ochraně práv osob s mentálním postižením 73
Svéprávnost 78
Předběžné prohlášení 80
Nápomoc při rozhodování 81
Zastoupení členem domácnosti 82
Omezení svéprávnosti 83
Opatrovnictví 87
Princip ochrany a minimálního zásahu do ústavního práva osoby 95
Právní a faktické důsledky omezení a zbavení způsobilosti k právním úkonům 96
Odpovědnost za škodu u osob s mentální retardací 97
Občan s mentální retardací v rodinněprávních vztazích 103
Občan s mentální retardací v trestněprávních vztazích 105
Mentální retardace a její vymezení pro účely trestního zákoníku 105
Ochrana osob s mentální retardací ve skutkové podstatě vybraných trestných činů 108
Občan s mentální retardací a poskytování zdravotní péče 113
Souhlas pacienta 113
Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče 118

4. Edukace, sociální služby a intervenční strategie pro osoby s mentálním postižením 122
Edukace osob s mentálním postižením 122
Milan Valenta
Příklady obsahu / tematických okruhů 124
Podpůrná opatření 128
Milan Valenta
Systém sociálních služeb 131
Jan Michalík
Služby sociální péče do roku 2006 131
Základní principy organizace nového systému sociálních služeb 132
Druhy sociálních služeb 133
Příspěvek na péči 138
Standardy kvality sociálních služeb 143

Psychoterapeutické přístupy k osobám s mentální retardací 146
Martin Lečbych
Adaptace rogeriánského přístupu – preterapie 147
Kognitivně-behaviorální terapie 148
Rodinná terapie 153
Další terapeutické přístupy ve speciálněpedagogické péči o osoby s mentálním postižením 156
Oldřich Müller
Klasifikace a charakteristika terapií využitelných ve speciálněpedagogické péči o osoby s mentálním postižením 158

5. Partnerské vztahy a sexualita osob s mentálním postižením 172
Zdeňka Kozáková
Vývoj přístupu k partnerským vztahům a sexualitě osob s mentálním postižením 172
Nejčastější předsudky v oblasti partnerských vztahů a sexuality osob s mentálním postižením 174
Sexuální vývoj jedince s mentálním postižením 178
Partnerské vztahy osob s mentálním postižením 180
Manželství a rodičovství osob s mentálním postižením 182
Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením 185
Doporučení pro omezení výskytu sexuálního zneužívání 188
Podpora v oblasti partnerství a sexuality osob s mentálním postižením 191
Specifika podpory v pobytových službách 193

II. ČÁST
Domény osobnostní struktury osob s mentálním postižením a jejich diagnostikování

6. Smyslová percepce 198
Petr Petráš
Deskripce domény 198
Specifika u osob s mentálním postižením 199
Vizuální percepce 200
Deskripce subdomény 200
Specifika u osob s mentálním postižením 201
Diagnostické nástroje 202
Sluchová percepce 207
Deskripce subdomény 207

Specifika u osob s mentálním postižením 208
Diagnostické nástroje 209

7. Motorika 212
Eva Stupňánková, Magda Navrátilová, Miroslav Procházka
Hrubá motorika 212
Obecná charakteristika subdomény 212
Motorické schopnosti 212
Specifika u osob s mentálním postižením 214
Diagnostické nástroje 214
Jemná motorika 219
Deskripce subdomény 219
Specifika u osob s mentálním postižením 219
Diagnostické nástroje 220
Grafomotorika 222
Deskripce subdomény 222
Specifika u osob s mentálním postižením 223
Diagnostické nástroje 223
Psychomotorika 224
Charakteristika subdomén 224
Specifika u osob s mentálním postižením 225
Diagnostické nástroje 225

8. Lateralita 227
Milan Valenta
Deskripce domény 227
Specifika osob s mentálním postižením 228
Diagnostické nástroje 229

9. Orientační funkce – orientace časem, místem, osobou 230
Martin Lečbych
Charakteristika domény 230
Poruchy v rámci domény 231
Specifika u osob s mentálním postižením 233
Osoby s lehkou mentální retardací 234
Osoby se středně těžkou mentální retardací 234
Diagnostika a diferenciální diagnostika orientačních funkcí 235
Testové metody 236
Diferenciální diagnostika 236

10. Intelektové poznávací funkce **238**
Miroslav Procházka, Jana Petrášová
Obecná charakteristika domény 238
Rámcová specifika domény u klientů s mentálním postižením 239
Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika 239
Struktura intelektu 240
Charakteristika subdomény 240
Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 241
Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika 241
Myšlenkové operace 246
Charakteristika subdomény 246
Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 247
Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika 248
Organizace a plánování 249
Charakteristika subdomény 249
Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 249
Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika 250
Úsudek 250
Deskripce subdomény 250
Specifika subdomény u osob s mentálním postižením 251
Řešení problémů 253
Deskripce subdomény 253
Specifika subdomény u osob s mentálním postižením 255
Exekutivní funkce 255
Diagnostické nástroje 256
Kognitivní styl 257
Deskripce subdomény 257
Specifika subdomény u osob s mentálním postižením 258
Diagnostické nástroje 258

11. Pozornost **260**
Miroslav Procházka
Obecná charakteristika domény 260
Rámcová specifika domény u klientů s mentálním postižením 261
Diagnostické nástroje 261
Udržení záměrné pozornosti 265
Charakteristika subdomény 265
Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 265
Diagnostické nástroje 265
Přesouvání pozornosti 266
Charakteristika subdomény 266

Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 266
Diagnostické nástroje 267
Rozdělení pozornosti 267
Charakteristika subdomény 267
Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 268
Diagnostické nástroje 268

12. Paměť 269
Pavel Svoboda
Deskripce subdomény 269
Tradiční dělení paměti 270
Krátkodobá (pracovní) paměť 271
Střednědobá paměť 273
Dlouhodobá paměť 274
Specifika paměti u osob s mentálním postižením 275
Diagnostické nástroje 278
Poznámky k testování 279
Střednědobá paměť 282
Dlouhodobá paměť 283

13. Fatické funkce 286
Olga Kulíšková
Deskripce domény 286
Druhy komunikace 287
Poruchy fatických funkcí 288
Specifika fatických funkcí u klientů s mentálním postižením 289
Řeč osob s mentálním postižením 289
Diagnostika a diferenciální diagnostika 293
Silné a slabé stránky diagnostiky fatických funkcí u osob s mentálním postižením 294
Diagnostické prostředky 295

14. Emoce 300
Jana Petrášová
Obecná charakteristika domény 300
Dělení emocí 300
Vývoj emocí 302
Emoce jako projev funkčního systému mozku 302
Emoce a poznávací procesy 303
Emoce a motivace 303
Emoční inteligence 304

Poruchy emocí podle kritéria intenzity a časového průběhu 304
Rámcová specifika u klientů s mentálním postižením 306
Diagnostické nástroje 306

15. Adaptace a adaptabilita 309
Alena Petrová
Deskripce domény 309
Vývoj a determinace adaptability 310
Míra adaptability a její aspekty 311
Poruchy adaptace 312
Specifika domény – problematika adaptace v kontextu mentální retardace 317
Diagnostika domény 319
Testy inteligence a specifických schopností 320
Testy sociálních vztahů a testy emoční inteligence 321

16. Konace a aspirace 323
Martin Lečbych
Charakteristika domény 323
Specifika poruch u osob s mentální retardací 323
Poruchy cíleného jednání 324
Aspirace 325
Diagnostika poruch volního jednání 326

17. Sebeobsluha 328
Petr Petráš
Deskripce domény 328
Specifika u osob s mentálním postižením 328
Diagnostické nástroje 331
Vývojové škály 331
Klinické metody 335
Diferenciální diagnostika 336

18. Rodinné prostředí 337
Božena Doleželová, Jan Michalík, Milan Valenta
Charakteristika domény 337
Výchovně-socializační funkce rodiny 337
Styly výchovných interakcí 338
Dítě s mentálním postižením v rodině 339
Fáze šoku a popření 341
Fáze bezmocnosti 341
Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem 342

Fáze smlouvání 343
Fáze smíření 344
Rodinná diagnostika 346
Obecné principy rodinné diagnostiky a výběr diagnostických metod 347
Diagnostické metody 349

19. Edukační schéma – dovednosti, vědomosti, návyky, zájmy 353
Jitka Jarmarová
Charakteristika domény 353
Trivium 354
Charakteristika subdomény 354
Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 354
Rámcové vzdělávací programy 354
Diagnostické nástroje 355
Společenskovědní a přírodovědná oblast, oblast zdraví, práce a kultury 357
Charakteristika domény 357
Diagnostické nástroje 359
Zájmy 359
Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 359
Diagnostické nástroje 359
Návyky 361
Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením 361

Summary 363

Seznam použité literatury 365

Rejstřík věcný 377

Rejstřík jmenný 385

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). Nyní 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*) pro rehabilitační, posudkové a praktické lékaře, ale i pro další členy multidisciplinárních týmů, kteří se zabývají péčí o osoby s disabilitou, 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 psy-

chologové) 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 byl ověřen 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 východisko pro stanovení speciálněpedagogické a psychologické podpory (podpůrných opatření) těmto žákům.

*Jednalo 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 byla Univerzita Palackého v Olomouci. Hlavním řešitelem byl doc. Jan Michalík, který byl 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. reagoval na usnesení vlády ČR, kterým se přijímal Národní plán vytváření příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na léta 2010–2014. Úkol č. 9.3. zněl: „**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.

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 ke 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 (exx+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:

1. **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

2. **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

3. **Délka denní podpory:**
   - 0 – bez podpory
   - 1 – méně než 30 minut
   - 2 – 0,5 až 2 hodiny
   - 3 – 2 až 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)

Kruciálním cílem Katalogu SPC pro mentálně postižené je implantovat pětistupňovou (původně čtyřstupňovou) stratifikaci (relevantní klasifikacím, 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 speciálně školské oblasti jde o kvantifikaci speciálních vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů s mentálním postižením, oslabením kognitivního výkonu, pomalejším tempem práce etc. 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 diagnostikován a na základě komplexního posouzení poradenskými pracovníky (zde především psychologem a psychopedem) je stanovena míra podpůrných opatření (v případě SPC se jedná o podpůrná opatření druhého až pátého stupně), které klientovi poskytne škola, speciální škola či škola v součinnosti s SPC.

Diagnostikované domény:

- **smyslová percepce:**
  - vizuální 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**

I. časť

Teoreticko-systémový kontext

1. Pojem inteligence

Martin Lečbych

S pojmy „inteligence", „intelekt", „inteligentní" 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 „inteligence" a jeho definice je však velmi složitou záležitostí, neboť při snaze o jeho hlubší rozbor nacházíme řadu náročných otázek. Z jiného úhlu pohledu bývá inteligence 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 inteligence 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 inteligence" položena čtrnácti proslulým psychologům. Přes různorodost odpovědí bylo možné extrahovat dvě základní skupiny odpovědí: inteligence jako schopnost učit se ze zkušenosti a inteligence jako schopnost přizpůsobit se svému prostředí. Významní kognitivní psychologové Sternberg a Detterman (1986) zopakovali po 65 letech tuto otázku čtyřiadvaceti tehdejším kognitivním psychologům, odborníkům na koncept inteligence. 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 „inteligence" tím, co je v dané kultuře s inteligencí ztotožňováno. Sternberg (2002, s. 502) tedy uvádí definici, že *inteligence 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 inteligence vychází zejména z teoretické pozice a teoretického rozboru současných hypotéz. Jedná se svým způsobem o globální definici, která operuje s velmi abstraktními pojmy. Definice inteligence 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 inteligence 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 in Mackintosh, 2000) 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 in Mackintosh, 2000) 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 rozdílu, tím větší je potenciál pro možnosti našeho usuzování, a tím inteligentnější rozhodování. Všímal si taktéž, že u jedinců s těžkou mentální retardací (tehdy idiocií) váznou 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 nalezli 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 (jak činil na počátku např. Galton, Cattell) 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 **inteligenční koeficient IQ**, který představoval podíl mentálního věku ku věku chronologickému násobeno koeficientem 100. Takto vyjádřený inteligenční 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 inadekvátní 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 Merrillové.

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 Yerkese 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 inteligenčních škál se stal David Wechsler, který publikoval inteligenční 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 inteligenčních testů pro individuální testování.

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

Faktorově analytické modely 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 mezí 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 setřídění 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 specifičnost–obecnost. První vrstva popisuje ryze úzké a specifické schopnosti, vrstvu druhou tvoří koncepty podobné krystalizované a fluidní inteligenci, třetí vrstva odpovídá obecnému fakturu „g". Pro praktické modely má význam zejména střední vrstva, neboť není příliš specifická ani příliš obecná. Carroll do ní řadí taktéž paměť, zrakovou a sluchovou percepci, rychlost a slovní plynulost – tato vrstva je podobná modelům Thurstona 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 inteligence** – jazykovou, logicko-matematickou, prostorovou, hudební, tělesně-kinestetickou, interpersonální, intrapersonální, přírodovědnou. Gardnerův přínos spočívá zejména v rovině teoretické, ve způsobu uvažování nad konceptem inteligence. 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 inteligence

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

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

Inteligence 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 inteligence, ale spíše toho, kdo dokáže svých silných stránek dobře využívat ku svému prospěchu.

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

Kritika konceptu inteligence

Od počátků rozvoje teorií inteligence a jejího testování se vždy objevovaly kritické hlasy, které upozorňovaly na nedostatky v jednotlivých přístupech k celému konceptu inteligence nebo na možné sociální problémy, které z testování inteligence 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 inteligence dokumentuje například Mackintosh (2000), který varuje, jak se nekritická víra v dědičnost inteligence 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 zvláštnostech 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 neurofyziologických 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. Známé 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 nejdelší 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 diferenciační schopnost slábne. Nízkých skórů vzbuzujících podezření na mentální retardaci v rámci inteligenčních testů lze také dosáhnout řadou rozmanitých cest. V rámci diagnostiky dětí musí být zvažováno mnoho diferenciálně 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 diferenciální 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 diferenciální diagnostice.

Pro řešení hlavních diferenciálních otázek je vhodné využívat i možnost opakovaného testování s časovým odstupem, možný je po čas odstupu i trénink specifické dovednosti (procesuální testování se snahou odhalit potencionální zónu vývoje), testování limitů – např. testování mimo standardní instrukci s nápovědou a pozorováním reakce na tuto nápovědu. Pro diferenciální 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 překladů škál adaptability (populární je například Vinelandská škála