



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Inovace činnosti SPC při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb

reg. č.: CZ.1.07/1.2.00/14.0020

Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb

Část II.

(diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením)

© Milan Valenta a kol.

Vydala:

Univerzita Palackého - Olomouc, 2011

Autoři:

Milan Valenta, Prof. PaedDr. Ph.D. vedoucí autorského týmu

Božena Doleželová, Mgr.

Jitka Jarmarová, Mgr.

Olga Kulíšková, Mgr.

Martin Lečbych, PhDr. Ph.D.

Magda Navrátilová, PhDr.

Jana Petrášová, PhDr.

Petr Petráš, PaedDr.

Alena Petrová, Doc. PhDr.Ph.D.

Miroslav Procházka, PhDr. Ph.D.

Pavel Svoboda, Mgr. Ph.D.

Eva Stupňánková, Mgr.

Baslerová Pavlína, PaedDr.

Čadová Eva, Mgr.

Michalík Jan, Doc. Mgr. PaedDr., Ph.D.

Potměšil Miloň, Prof. PhDr. PaedDr., Ph.D.

Recenzenti:

Marie Vágnerová, Prof.PhDr.et RNDr.CSc.

Martin Lečbych, PhDr. Ph.D.

Eva Tvarůžková, Mgr.

Ivana Klenová, Mgr.

Jiřina Muchová, Mgr.

Lenka Mikulášková, Mgr.

Určeno: pro pracovníky SPC pro klienty s mentálním postižením

Obsah:

ÚVOD	8
KOMPATIBILITA KATALOGU SPC S MEZINÁRODNÍMI KLASIFIKACEMI	8
REFERENČNÍ RÁMEC MKF	9
REFERENČNÍ RÁMEC SIS	11
1 FENOMÉN MENTÁLNÍ RETARDACE A JEHO DIAGNOSTIKA	12
1.1 MENTÁLNÍ RETARDACE	12
1.2 DIAGNOSTICKÝ POSTUP	14
1.2.1 Některá specifika a problematické okruhy diagnostikování Romů	16
1.3 MARGINÁLIE K POJMŮM RELEVANTNÍM MENTÁLNÍ RETARDACI	17
2 TABULACE DOMÉN	19
3 SMYSLOVÁ PERCEPCE	20
3.1 DESKRIPCE DOMÉNY	20
3.2 SPECIFIKA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	20
3.3 VIZUÁLNÍ PERCEPCE	21
3.3.1 Deskripce subdomény	21
3.3.2 Specifika u osob s mentálním postižením	22
3.3.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	22
3.4 SLUCHOVÁ PERCEPCE	25
3.4.1 Deskripce subdomény	25
3.4.2 Specifika u osob s mentálním postižením	25
3.4.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	25
3.5 STANOVENÍ MÍRY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ	28
4 MOTORIKA	29
4.1 HRUBÁ MOTORIKA	29
4.1.1 Obecná charakteristika domény	29
4.1.2 Motorické schopnosti	29
4.1.3 Vývoj hrubé motoriky	29
4.1.4 Zásady motorického vývoje	29
4.1.5 Specifika domény u klientů s mentálním postižením	30
4.1.6 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	31
4.1.7 Stanovení míry podpůrných opatření	33
4.2 JEMNÁ MOTORIKA	36
4.2.1 Deskripce subdomény	36
4.2.2 Specifika u osob s mentálním postižením	36
4.2.3 Diagnostické nástroje	36
4.3 GRAFOMOTORIKA	38
4.3.1 Deskripce subdomény	38
4.3.2 Specifika u osob s mentálním postižením	39
4.3.3 Diagnostické nástroje	39
4.4 STANOVENÍ MÍRY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ	40
4.5 PSYCHOMOTORIKA	42
4.5.1 Charakteristika subdomény	42
4.5.2 Specifika u klientů s mentálním postižením	42
4.5.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	42
4.5.4 Stanovení míry podpůrných opatření	43
5 LATERALITA	45
5.1 DESKRIPCE DOMÉNY	45
5.2 SPECIFIKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	45
5.3 DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE	46
6 ORIENTAČNÍ FUNKCE – ORIENTACE ČASEM, MÍSTEM, OSOBOU	47

6.1	CHARAKTERISTIKA DOMÉNY	47
6.2	PORUCHY V RÁMCI DOMÉNY	47
6.3	SPECIFIKA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	49
6.3.1	Osoby s lehkou mentální retardací	49
6.3.2	Osoby se středně těžkou mentální retardací	49
6.4	DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA ORIENTAČNÍCH FUNKCÍ	50
6.4.1	Testové metody	50
6.4.2	Diferenciální diagnostika	51
6.5	STANOVENÍ MÍRY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ.....	51
7	INTELEKTUÁLNÍ FUNKCE, ZPROSTŘEDKOVANÉ POZNÁVÁNÍ	52
7.1	OBECNÁ CHARAKTERISTIKA DOMÉNY	52
7.2	RÁMCOVÁ SPECIFIKA DOMÉNY U KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	52
7.3	DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	53
7.4	STRUKTURA INTELKTU.....	53
7.4.1	Charakteristika subdomény	53
7.4.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	54
7.4.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	54
7.4.4	Stanovení míry podpůrných opatření	57
7.5	MYŠLENKOVÉ OPERACE	57
7.5.1	Charakteristika subdomény	57
7.5.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	58
7.5.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	59
7.5.4	Stanovení míry podpůrných opatření	59
7.6	ORGANIZACE A PLÁNOVÁNÍ.....	60
7.6.1	Charakteristika subdomény	60
7.6.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	60
7.6.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	60
7.6.4	Stanovení míry podpůrných opatření	61
7.7	ÚSUDEK.....	62
7.7.1	Deskripce subdomény.....	62
7.7.2	Specifika u osob s mentálním postižením	62
7.7.3	Diagnostické nástroje.....	62
7.8	MYŠLENÍ A ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ	63
7.8.1	Deskripce subdomény.....	63
7.8.2	Specifika u osob s mentálním postižením	64
7.8.3	Exekutivní funkce	65
7.8.4	Diagnostické nástroje.....	65
▪	Stanovení míry podpůrných opatření	65
7.9	KOGNITIVNÍ STYL	66
7.9.1	Deskripce subdomény.....	66
7.9.2	Specifika u osob s mentálním postižením	67
7.9.3	Diagnostické nástroje.....	67
8	POZORNOST	69
8.1	OBECNÁ CHARAKTERISTIKA DOMÉNY	69
8.2	RÁMCOVÁ SPECIFIKA DOMÉNY U KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	69
8.3	DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	70
8.4	UDRŽENÍ ZÁMĚRNÉ POZORNOSTI	72
8.4.1	Charakteristika subdomény	72
8.4.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	72
8.4.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	72
8.4.4	Stanovení míry podpůrných opatření	74
8.5	PŘESOUVÁNÍ POZORNOSTI	75
8.5.1	Charakteristika subdomény	75
8.5.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	75
8.5.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	75
8.5.4	Stanovení míry podpůrných opatření	76

8.6	ROZDĚLENÍ POZORNOSTI.....	76
8.6.1	Charakteristika subdomény	76
8.6.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	76
8.6.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	76
8.6.4	Stanovení stupně míry podpůrných opatření	77
9	PAMĚŤ	78
9.1	DESKRIPCE DOMÉNY	78
9.1.1	Krátkodobá (pracovní) paměť	79
9.1.2	Střednědobá paměť	81
9.1.3	Dlouhodobá paměť	81
9.2	SPECIFIKA PAMĚTI U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	82
9.2.1	Poruchy paměti	83
9.2.2	Kvantitativní poruchy paměti:	83
9.2.3	Kvalitativní poruchy paměti:	83
9.3	DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	84
9.3.1	Krátkodobá paměť	85
9.3.2	Střednědobá paměť	87
9.3.3	Dlouhodobá paměť	89
9.4	SCREENING CELKOVÝCH VÝSLEDKŮ	91
10	FATICKÉ FUNKCE.....	93
10.1	DESKRIPCE DOMÉNY (CHARAKTERISTIKA FATICKÝCH FUNKCÍ VERBÁLNÍCH A NEVERBÁLNÍCH)	93
10.2	SPECIFIKA FATICKÝCH FUNKCÍ U KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	94
10.2.1	Řeč osob s mentálním postižením	95
10.2.2	Nejčastější řečové vady osob s mentálním postižením	97
10.3	DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	97
10.3.1	Silné a slabé stránky diagnosticky fatických funkcí u osob s mentálním postižením	98
10.3.2	Rámcová diferenciální diagnostika	99
10.3.3	Testové metody	99
10.4	STANOVENÍ MÍRY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ.....	102
11	EMOCE	105
11.1	OBECNÁ CHARAKTERISTIKA DOMÉNY	105
11.1.1	Dělení emocí	105
11.1.2	Vývoj emocí.....	106
11.1.3	Emoce jako projev funkčního systému mozku.....	106
11.1.4	Emoce a poznávací procesy	107
11.1.5	Emoce a motivace	107
11.1.6	Emoční inteligence	107
11.1.7	Poruchy emocí podle kritéria intenzity a časového průběhu	108
11.2	RÁMCOVÁ SPECIFIKA U KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	108
11.2.1	Dotazníky	109
11.2.2	Projektivní techniky:	109
11.3	STANOVENÍ MÍRY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ.....	110
12	ADAPTABILITA A SOCIABILITA	111
12.1	DESKRIPCE DOMÉNY	111
12.1.1	Vývoj a determinace adaptability	111
12.1.2	Míra adaptability a její aspekty	113
12.1.3	Poruchy adaptace	114
12.2	SPECIFIKA DOMÉNY - PROBLEMATIKA ADAPTACE V KONTEXTU MENTÁLNÍ RETARDACE	116
12.3	DIAGNOSTIKA DOMÉNY	118

12.3.1	Testy inteligence a specifických schopností	118
12.3.2	Testy sociálních vztahů a testy emoční inteligence.....	119
12.4	STANOVENÍ MÍRY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ.....	119
13	KONACE A ASPIRACE	121
13.1	CHARAKTERISTIKA DOMÉNY	121
13.2	SPECIFIKA PORUCH U OSOB S MENTÁLNÍ RETARDAČÍ.....	121
13.3	PORUCHY CÍLENÉHO JEDNÁNÍ.....	121
13.4	ASPIRACE.....	122
13.5	DIAGNOSTIKA PORUCH VOLNÍHO JEDNÁNÍ	123
13.5.1	Stanovení míry podpůrných opatření – aspirace	123
13.5.2	Stanovení míry podpůrných opatření – konace	123
14	SEBEOBSLUHA	124
14.1	DESKRIPCE DOMÉNY	124
14.2	SPECIFIKA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.	124
14.3	DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	127
14.3.1	Vývojové škály.....	127
14.3.2	Charakteristika sledovaných oblastí sebeobsluhy.....	128
14.3.3	Diferenciální diagnostika.....	130
14.4	STANOVENÍ MÍRY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ.....	130
15	RODINNÉ PROSTŘEDÍ.....	133
15.1	CHARAKTERISTIKA DOMÉNY	133
15.1.1	Výchovně-socializační funkce rodiny	133
15.1.2	Styly výchovných interakcí	134
15.2	DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V RODINĚ	134
15.2.1	Fáze šoku a popření	135
15.2.2	Fáze bezmocnosti.....	135
15.2.3	Fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem	136
15.2.4	Fáze smlouvání.....	137
15.2.5	Fáze smíření	137
15.3	Hlavní zásady při sdělování nepříznivých informací rodičům postižených dětí:.....	137
15.4	RODINNÁ DIAGNOSTIKA	138
15.4.1	Obecné principy rodinné diagnostiky a výběr diagnostických metod.....	139
15.4.2	Diagnostické metody	139
15.5	KVANTIFIKACE DOMÉNY	142
16	EDUKAČNÍ SCHÉMA - DOVEDNOSTI, VĚDOMOSTI, NÁVYKY, ZÁJMY	144
16.1	CHARAKTERISTIKA DOMÉNY	144
16.2	SPECIFIKA DOMÉNY U KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	144
16.3	TRIVIUM.....	144
16.3.1	Charakteristika subdomény	144
16.3.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	144
16.3.3	Rámcové vzdělávací programy.....	145
16.3.4	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika	146
16.4	SPOLEČENSKOVĚDNÍ A PŘÍRODOVĚDNÍ OBLAST, OBLAST ZDRAVÍ, PRÁCE A KULTURY	146
16.4.1	Charakteristika subdomény	146
16.4.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	147
16.4.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika.....	147
16.5	STANOVENÍ MÍRY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ.....	148
16.6	ZÁJMY.....	149
16.6.1	Charakteristika subdomény	149
16.6.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	149
16.6.3	Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika.....	149
16.6.4	Stanovení míry podpůrných opatření	150
16.7	NÁVYKY.....	150

16.7.1	Charakteristika subdomény	150
16.7.2	Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením	150
16.7.3	Stanovení míry podpůrných opatření	151
17	METODIKA PRÁCE S KATALOGEM MÍRY POSUZOVÁNÍ SVP	152
17.1	POJETÍ KATALOGU A MOŽNOSTI JEHO VYUŽITÍ	152
17.2	METODIKA PRÁCE A VYUŽITÍ HODNOTÍCÍCH KRITÉRIÍ KATALOGU	155
17.2.1	Standardizované (testové) diagnostické nástroje	155
17.2.2	Klinické diagnostické nástroje	159
17.2.3	Postup pro vyplnění kvantifikátorů domén do sumační tabulky	161
17.3	PŘEHLED NOSNÝCH DOMÉN DOPORUČOVANÝCH K OTEVŘENÍ PRO KONKRÉTNÍ PORADENSKÉ SITUACE SPC PRO MP ..	162

ÚVOD

Kompatibilita katalogu SPC s mezinárodními klasifikacemi

Valenta M.

Kruciálním cílem Katalogu SPC pro mentálně postižené je implantovat čtyřstupňovou stratifikaci (relevantní klasifikací, jež se nově využívají ve zdravotnictví i v sociálních službách) do oblasti „speciálního“ školství. Na rozdíl od zdravotnictví a sociálních služeb, kde se jedná o kvantifikaci funkčnosti a disability či míry potřebné podpory, v naší- speciálně školské- oblasti půjde o kvantifikaci speciálních vzdělávacích potřeb dětí, žáků a studentů se zdravotním (mentálním) postižením, jakožto nezbytného východiska pro stanovení míry speciálně pedagogické podpory (podpůrných opatření). Tímto procesem dojde k završení kompatibility nových přístupů ke klientům ve třech nejvíce prolínajících se a kooperujících pomáhajících profesích – ve školství, v sociální péči a ve zdravotnictví. Nyní blíže ke komparaci inzerovaných systémů.

Od července 2010 nabyla ve zdravotnictví platnosti nová **MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví** (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF), 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 I.LF UK a VFN v Praze ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, v knižní podobě vydala klasifikaci Grada Praha, v elektronické podobě 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 regres. Neméně důležitým je fakt, že MKF zlepšuje dostupnost 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 PAS, případně DMO a dalším uživatelům služeb nad 16 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.

Takže v současnosti stojíme před fenoménem implementace trojice strukturálně-funkčních kvantifikací (MKF, SIS, katalogy SPC) 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 obou systémů (toliko pro orientaci, na detailnější obeznámení s MKF a SIS není v této části katalogu místo), podívejme se na souběhy a difference všech tří komparovaných systémů – MKF, kaSPC a SIS:

- Obdobná stratifikace diagnostických výstupů do 4 stupňové škály dle funkční ztráty (MKF, SPC) či míry potřebné podpory (SIS). V MKF sic 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 4 stupně. Obdobně u SIS pro stanovení typu, frekvence a délky denní podpory kód 0 znamená *bez podpory*. V případě kaSPC se škála otvírá 1. 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 speciálně pedagogické 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, speciálně-pedagogické) intervenci.
- Systémy standardizují postupy jednotlivých pracovišť a facilitují tak větší klientskou dostupnost (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 vč. 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 – e (facilitující či bariérové prostředí konkrétního klienta)
- 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 fce, psychosociální fce, orientační fce, pozornost, paměť, emoce, percepce, psychomotorika, kognitivní fce, 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 (přemísťování 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, authority, 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 domény 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 který se stal zřídka během posledních 30 dní)
- 2 - střední impairment (problém přítomen méně než 50% času, v intenzitě, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní)
- 3 – silný impairment (problém přítomen více než 50% času, v intenzitě, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní)
- 4 – kompletní impairment (problém přítomen více než 95% času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech)
- 8 – nespecifikováno
- 9 - neaplikováno

Jednotlivé otevřené domény komponenty *Aktivita 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 je rozuměna 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 signálací 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 (exx+1)

Referenční rámec SIS

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.min.
- 2 – ½ - 2 hod.
- 3 – 2 – 4 hod.
- 4 – 4 a více hod.

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.

KAPITOLA 1

1 Fenomén mentální retardace a jeho diagnostika

Valenta M.

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.

1.1 Mentální retardace

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), takže ve světě existuje dualitní systém klasifikace duševních poruch, přestože jsou si poslední revize obou klasifikací v porovnání s předchozími revizemi bližší.

F70-F79 Mentální retardace

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, sebepoškození...), 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.

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
- 319 Nespecifikovaná mentální retardace

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 značného množství více méně 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, *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 transkulturní 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 nebo pečovatelem. Bez standardizovaných prostředků musí být vyhodnocení považováno pouze za provizorní odhad.

Pro komparaci následuje vymezení mentální retardace podle dalších dvou nejvlivnějších autorit v dané oblasti – DSM-IV a AAMR (American Association for Mental Retardation, transformované na AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities).

DSM-IV:

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 adaptability 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:

Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptability, 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).

Z výše uvedených vymezení poruchy vyplývá, že k diagnostikování mentální retardace (a její hloubky) nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu (pod 70 IQ), ale zhodnocení celé řady dalších schopností daného jedince, především to, 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“. V roce 2004 vydala AAMR manuál Supports Intensity Scale k diagnostikování míry podpory klienta s mentálním postižením. Manuál vychází ze strukturování mentální retardace nikoliv dle klasických stupňů (tj. dle málo vypovídajícího IQ), ale praktičtěji dle míry podpory, kterou vyžaduje klient v konkrétním prostředí pro konkrétní činnost (tedy podpora občasná, omezená, rozsáhlá, pervazivní). V potaz se berou kompetence klienta, prostředí a míra potřebné podpory.

1.2 Diagnostický postup

Stanovení diagnózy mentální retardace vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, mnestických, exekutivních, vývojových škál...), posouzení adaptivního chování, klinického posouzení míry zvládnutí běžných sociálně-kulturních nároků. V rámci vyšetření by měl být realizován i podrobnější neuropsychologický rozbor. Samozřejmě je podrobná anamnéza zaměřená na biologické a psychosociální (sociální prostředí a vztahy) faktory a informace o dosavadním vývojovém tempu.

Výše inteligenčního kvocientu je relevantní inteligenci jen v případě, že dítě je pro práci motivované, soustředěné a profil nevykazuje příliš velké nerovnoměrnosti. Jestliže se vyskytují v subtestech významné rozdíly, je třeba diagnostikovat příčiny dílčích selhání a komparovat výsledky s anamnézou i s výsledky dalších specifických zkoušek pro zvážení podílu mimointelektových faktorů na celkový výsledek vyšetření. Odhad intelektové úrovně pak může být jiný než původně stanovená výše IQ (Krejčířová, D. In: Svoboda, M. a kol, 2001).

Při hodnocení adaptability a sociálních dovedností klienta lze vycházet jednak z anamnézy a klinických nástrojů (pozorování, rozhovor, analýza produktů jakými jsou např. spontánní a strukturovaná hra), jednak lze využít evaluačních škál. Dosud nejpoužívanější metodou pro hodnocení adaptability dětí i dospělých s mentálním postižením je Vinelandská škála sociální zralosti zaměřená na mapování celkové soběstačnosti, soběstačnosti v jídle, při oblékání, na samostatnost, zaměstnání, komunikaci, motoriku, sociální začlenění (při hře...). Položky jsou skórovány podle výpovědi rodičů či opatrovníků dětí a klientů, sleduje se také běžné každodenní chování

diagnostikovaného. Jinou používanou škálou je Gunsburgova škála postihující samostatnost/autonomii, komunikaci, sociální přizpůsobení/socializaci, zaměstnání. Metoda se využívá také k stanovení IVP s pomocí psychoedukačního profilu. Povinnou součástí diagnostiky je šetření rodinné interakce – popis rodinného funkčního stylu s jeho silnými stránkami a výčtem dominantních potřeb všech členů rodiny (detto).

V diferenciální diagnostice jde především o diferencování mentální retardace od retardace zapříčiněné deprivací, v důsledku smyslového či tělesného postižení, specifickými poruchami řeči, učení, poruchou autistického spektra, dílčími neuropsychickými dysfunkcemi.

Od dětí mentálně retardovaných je třeba odlišit děti emočně, podnětově a kulturně deprivované, například děti vyrůstající v zanedbávaném rodinném prostředí a děti ústavní. V těchto případech se (kromě ne vždy dostatečně spolehlivé anamnézy) vychází především z pozorování dítěte – s výsledky testů je nutno komparovat schopnost učit se novému přímo při vyšetření. Děti zanedbané či deprivované se učí rychleji oproti očekávání (tj. stupni zjištěné MR). Dalším kritériem je nevyvážený profil výkonů – opoždění řečového vývoje a sociálních dovedností oproti jemné motorice, vizuomotorice u mladších dětí. U starších a kulturně zanedbaných dětí jsou relevantnější především „culture fair“ testy, výsledky verbálních zkoušek nemohou být mírou schopností dítěte. V případě deprivací je třeba si uvědomit, že nelze většinou stanovit objektivní kognitivní kapacitu dítěte, ale že je zachycena pouze aktuální úroveň výkonů – intelektové schopnosti je možno zhodnotit až v dostatečném časovém odstupu a v souslednosti na úpravu prostředí dítěte (detto).

Diagnostický postup lege artis pro školská poradenská (a diagnostická) pracoviště stanoví *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v PPP (Zapletalová, J. a kol., 2006) a Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v SPC (Kucharská, A. a kol., 2007)*:

Cílem vyšetření je stanovení jak úrovně rozumových schopností a celkového stupně vývoje, tak i postižení pozitivních stránek osobnosti. Na diagnostice participuje psycholog (diferenciální diagnostika, mapování vývojového deficitu) a speciální pedagog (pozitivní stránky osobnosti klienta s cílem jeho další stimulace, reedukace dílčích fcí).

Diferenciální diagnostika využívá následujícího instrumentáře a těchto informačních zdrojů (Zapletalová, J. a kol., 2006):

- Vstupní informace od rodičů (důvod vyšetření, problémová oblast, vývoj, realizovaná vyšetření, zakázka).
- Vstupní informace ze školy – v případě, že nebylo mentální postižení diagnostikováno již před nástupem školní docházky: problémy dítěte, samostatnost při řešení úkolů, odhad inteligence učitelem, posouzení vývojových charakteristik – řeč, sociální dovednosti....
- Lékařská zpráva (etiopatogeneze mentálního postižení, diferenciální diagnostika např. v případě sluchového postižení...).
- Anamnéza (výskyt mentálního postižení v rodě, kvalita rodičovské péče, postupnost podnětů pro rozvoj řeči, myšlení i sociálních vztahů, kulturní úroveň a životní styl, vzdělanostní úroveň rodiny...), osobní anamnéza, školní anamnéza. Významný problém pro posouzení anamnestických údajů je – zvláště u romských rodičů u rodin asimilovaného typu – kognitivní a vzdělanostní úroveň rodičů, jejich (ne)schopnost verbalizovat problémy...
- Psychologické vyšetření musí být cíleno komplexně, nezaměřovat se pouze na vyšetření inteligence a stanovení IQ, ale stanovit aktuální úroveň vývoje vč. mentální a sociální oblasti. U rozumových schopností se psycholog zajímá o celkovou úroveň a strukturu inteligence, verbální a nonverbální schopnosti, diskrepanci mezi dílčími schopnostmi, řeč, paměť, dále o pozornost, volní vlastnosti, samostatnost při řešení úkolů, schopnost orientovat se v požadavcích a nárocích, odolnost vůči zátěži, o sociální dovednosti, temperament a osobnostní charakteristiky. Diagnóza mentálního postižení je komplexní záležitostí a nikoliv jen diagnózou úrovně rozumových schopností.
- Speciálně pedagogické vyšetření je zaměřeno na zjištění dílčích schopností dítěte, na diferencování toho, zda je nízká úroveň rozvoje dílčích kognitivních funkcí (zraková, sluchová, časoprostorová percepce) a grafomotoriky, vizuomotoriky, řeči způsobena specifickým opožděním jedné či několika funkcí nebo celkovým opožděním v důsledku mentálního postižení.
- Didaktické zkoušky se aplikují u vyšetření školského věku. U dítěte s mentálním postižením se závažnější obtíže objeví spíše v matematice a ve vyšších ročnících v přírodovědných vzdělávacích oblastech než-li v oblastech humanitních a výchovných.
- Pozorování a to nejen v poradensko-diagnostické situaci ale i v přirozeném prostředí pomáhá ohodnotit, jak je klient schopen navazovat kontakt, jak rozumí instrukcím, jak je emočně naladěn, jak reaguje na neúspěch. Pozorováním lze postihnout formální i obsahovou stránku řeči, motoriku a grafomotoriku etc a to zvláště u klientů pocházejících z kulturně odlišného či sociálně slabého prostředí.

- Rozhovor je možno použít jako diagnostického nástroje při introspektivní schopnosti klienta (u intaktního dítěte v mladším školním věku, u mentálně postiženého později), ale i při introspektivní schopnosti dítěte je nutno posuzovat zatížení fantazijním myšlením dítěte, jeho touze zaujmout, projekcí atd. Problémy s časoprostorovou orientací (včera, před týdnem, ve škole, doma...) se běžně objevují u romské minority a nemusí být projevem mentální retardace (Zapletalová, J. a kol., 2006).

Úskalím diagnostiky a diferenciální diagnostiky je fakt, že mnoho nástrojů využívaných v poradenské praxi již nesplňuje nároky na diagnostický instrumentář kladené. Vedle zastarání norem (orientačně nad deset let) je třeba zvažovat i kulturní podmíněnost testů – řada testů má normy vytvořené v jiném kulturním prostředí - na druhé straně se ovšem ukázalo, že u testů inteligence se diagnostici dopouští menší chyby použitím norem vytvořených na jinou populaci než použitím zastaralých norem (detto).

1.2.1 Některá specifika a problematické okruhy diagnostikování Romů

„Školský“ zákon 561/2004 Sb. řadí mezi žáky se specifickými vzdělávacími potřebami vedle osob zdravotně postižených a znevýhodněných také osoby se sociálním znevýhodněním, jež vymezuje – kromě jiné – jako rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožené sociálně patologickými jevy. Zákon pak ukládá poradenským zařízením vyjadřovat se ke zřízení funkce asistenta pedagoga ve třídě s žákem se specifickými vzdělávacími potřebami a doporučovat děti se sociálním znevýhodněním k zařazení do přípravné třídy. Týká se to převážně dětí z rodin, ve kterých chybí role zprostředkovatele procesů učení, což souvisí s tzv. kulturním kapitálem rodiny (projevující se vyjadřování, stupni osvojení řečového kódu, úrovni socializace v rodině, podpora rodiny v širší kulturní rozhledu, etnicita, životní filosofie, hodnoty, zvyky, tradice, užívání symbolů...).

Někteří romští rodiče se domnívají, že školy vzdělávající velkou část Romů jsou lépe připraveny na vzdělávání jejich dětí a lépe komunikují s rodinou. Přitom výzkumy prokázaly, že vrstevníci mají značný vliv na studijní výsledky jedince (sociální facilitace) a že příkladně i IQ testy minoritních studentů se zlepšují po odchodu na integrovanou školu (Zapletalová, J. a kol., 2006). Komunikaci mezi školou a rodinou většinou zprostředkovává asistent pedagoga, přičemž přístup rodičů ke školní práci svých dětí je značně problematický a dětem ve škole zpětně chybí schopnost orientovat se v čase, plánovat činnost..., v návaznosti na absenci kontroly ze strany rodiny. Při diagnostikování romských dětí se důsledně vychází z anamnesticko-exploračního přístupu, v němž jsou údaje o výsledcích inteligenčních zkoušek pouze jedním se zvažovaných údajů na základě kterých se poradenská pracoviště vyjadřují ke vzdělávací predikci. Posuzují se dále anamnestické údaje, sociální situace v rodině, předpoklad rodičů plnit roli zprostředkovatele ve vzdělávání, specifika vyplývající z postavení rodiny a žáka (detto). Z důvodu jistého zpochybnění využívání totožného diagnostického instrumentáře pro členy majoritní a minoritní společnosti došlo ke standardizaci WISC-III. se zastoupením šesti procent Romů ve vzorku a výsledky ukázaly, že romské děti „změkčují“ normu o jeden bod na stupnici IQ, což je interpretačně bezvýznamné (detto). Znamená to, že od roku 2002 je k dispozici manuál WISC-III s novými normami vč. romské populace, od roku 2005 je dále k dispozici SON-R, což je nonverbální test inteligence z řady „culture fair“ instrumentáře. Vyšetření dítě absolvuje na počátku vzdělávací dráhy, případně v průběhu vzdělávání – nejčastěji se na prvním stupni jedná o 2. a 3. ročník, na druhé stupni pak 6. a 7. ročník, kdy se zvažuje přeřazení žáka na ZŠ praktickou či ZŠ speciální. Kontrolní vyšetření se v poradenské práci realizuje obvykle jedenkrát až dvakrát do roka (případně do dvou let).

Pro diagnostiku osob sociálně znevýhodněných či znevýhodňovaných lze doporučit testovou baterii na vyloučení mentální retardace 6-10 letých dětí RR screening – diferenciální diagnostika (Dočkal, V., Farkašová, E. a kol. Bratislava: ECO, 2004.).

Většina výkonů v testových úkolech je u romských dětí často na hranici směrodatné odchylky směrem dolů, děti selhávají v názorné logických operacích i v neverbálních subtestech, dobří jsou v mechanických úlohách, zřejmě je nízká motivace a porozumění řeči, existují problémy se záměrnou pozorností, koncentrací a krátkodobou pamětí. Naopak dobrou úroveň vykazuje sociální a praktická inteligence a samostatnost při řešení úkolů. Edukace je ovlivněna vyšším podílem sociální složky, převahou práce s konkrétny (detto).

Obligatorní diagnostika (Zapletalová, J. a kol., 2006) zvažuje následující problémové okruhy diagnostiky školní zralosti u žáků z odlišného kulturního prostředí:
- vztah k poznání
- špatnou znalost českého jazyka
- odlišnou potřebu poskytování zpětné vazby při diagnostikování
- nedostatečnou (či odlišnou) předškolní přípravu (ad dodržování stanovených pravidel, edukační návyky, odlišnosti v orientaci v čase, prostoru a tělesném schématu, v rozlišování tvarů a barev, v jemné motorice a v manipulaci s předměty...)
- kulturní kapitál a sociální statut rodiny
- (ne)schopnost rodiny plnit roli zprostředkovatele edukace

1.3 Marginálie k pojmům relevantním mentální retardaci

Širší pojem než mentální retardace je **mentální postižení**, které vymezuje terminologický a výkladový slovník Speciální pedagogika (Vašek a kol., 1994) jako střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci a který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85 (tj. jedince v pásmu současně chápané mentální retardace s pásmem dříve používaného pojmu slaboduchost).

Jestliže se jedná o mentální retardaci vrozenou či získanou časně, do 2 let života (někteří autoři ještě dodávají následkem orgánového poškození mozku), hovořilo se dříve o tzv. primárním mentálním postižení zvaném **oligofrenie** (tj. slabomyslnost), tento termín je však dneska nutno považovat za anachronismus. Na oligofrenii bylo nahlíženo jako na specifickou formu encefalopatie a cerebropatie. Defektologický slovník (Edelsberger, 2000) rozeznává primární oligofrenii jakožto důsledek dědičných faktorů, která se většinou pohybuje v horním pásmu postižení (lehká mentální retardace) a oligofrenii sekundární, způsobenou orgánovým poškozením mozkové tkáně. Oligofrenie se považovala za stacionární stav, relativně neměnný, trvalý, chronický, který nemá tendenci se zlepšovat či zhoršovat (Bajo, Vašek, 1994). Pojem oligofrenie byl poprvé použit zakladatelem moderního systému psychiatrických klasifikací Emilem Kraepelinem ve vrcholném vydání jeho Učebnice psychiatrie, kde pojem nahradil předcházející kategorií tzv. vývojových inhibicí, do kterých spadala imbecilita a idiocie. Užívání pojmu oligofrenie je v současnosti již anachronismem.

Pseudooligofrenie (nepravá oligofrenie) je starší označení pro výchovnou a sociokulturní zanedbanost. Pokud došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení – **demenci**, která má většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Nicméně některé demence mohou časem progresivní proces zpomalit či dokonce zastavit a směřovat k výchozímu stavu, což bohužel není trendem, typické je právě postupné zhoršování stavu. Pro většinu demencí je zpočátku charakteristické poškození funkcí mozku (difúzní či lokální) a následně i celkové psychické kondice, někdy se hovoří o „ostrůvkovitým charakteru“ mentálních funkcí, kdy některé mechanismy jsou poškozené a jiné zůstaly víceméně zachované (na rozdíl od homogenně nivelizovaného intelektu u mentální retardace). Uvedený stav se může projevit zpočátku specifickou poruchou učení, tj. omezením či ztrátou již nabyté schopnosti (dyslexie až alexie, dysgrafie až agrafie, dyskalkulie až akalkulie), časem se však poškození rozšiřuje a prohlubuje, rozpadá se schopnost koncentrace, autoregulace i celý integrovaný systém CNS, takže i zachované funkce již nemají šanci se uplatnit. Demencí je v porovnání s mentální retardací v populaci méně, přičemž diferenciací obou forem poruchy je důležitá, neboť takto postižení klienti se liší jak psychickou výbavou, tak i osobními rysy, jejich psychopedická prognóza je odlišná a tím i prostředky jejich edukace (Bajo, Vašek, 1994). Nejčastěji vymezovanými znaky demence je závažné snížení mentálních funkcí vzhledem k premorbidní kapacitě klienta, porucha paměti, orientace, úsudku a schopnosti abstraktního myšlení, porucha pozornosti a motivace, porucha korových funkcí typu afázie, apraxie, agnozie, porucha verbální i nonverbální komunikace, porucha emotivity a chování, celková degradace osobnosti (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Někteří autoři navrhuji používat pro demence dětského věku obdobný termín **deteriorace** inteligence (zhoršení, úbytek schopností) a to proto, že *...Demence u dětí se v mnohém liší od demence v dospělosti, jak svými charakteristikami co do rozložení postižených funkcí (viz dg. „organicity“), tak i průběhem, protože patologický proces zasahuje v průběhu vývoje – to je také jedním z důvodů, proč je u dětí dáván přednost termínu deteriorace inteligence před pojmem demence. Na rozdíl od dospělých nejde obvykle o postižení stacionární (či progresivní), ale kombinují se zde vlivy nemoci s vlivy dynamickými, vývojovými. Tam, kde jde o*

postižení relativně časně (v předškolním nebo event. ještě i v mladším školním věku), bývá další klinický obraz ve skutečnosti spíše podobný ostatním případům MR (Švoboda a kol., 2001, s. 411). V případě postižení vzniklého v průběhu předškolního a školního věku je dle MKN-10 možné použít jak dg. MR, tak i demence. Z diferenciatně diagnostického hlediska je také někdy nemožné odlišit (a to zvláště u mladšího dítěte) mentální retardaci od dětské demence -deteriorace (Švoboda a kol. 2001).

Literatura:

- BAJO,I.-VAŠEK,Š.(1994). *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava:Sapientia.
EDELSBERGER,L. A KOL.(2000). *Defektologický slovník*. Praha:nakl.H+H.
KUCHARSKÁ,A.A KOL.(2007). *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v SPC*. Praha: IPPP.
MKN-10.(2000).*Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: WHO-Psychiatrické centrum Praha.
ŘÍČAN,P. A KOL.(1995). *Dětská klinická psychologie*. Praha:Grada.
SVOBODA,M. A KOL.(2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha:Portál.
VALENTA,M.-MULLER,O. A KOL.(2007). *Psychopedie*. Praha:Parta.
ZAPLETALOVÁ,J. A KOL. (2006).*Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v PPP*. Praha: IPPP.

KAPITOLA 2

2 Tabulace domén

Valenta M.

Jak již bylo uvedeno v úvodu, katalog SPC MP vytěžuje z MKF selektované domény komponent tělesných funkcí, aktivit a participací a faktory prostředí a jejich subdomény. Jedná se vlastně o diagnostiku funkcí i dalších fenoménů tak, jak se v SPC běžně diagnostikují:

I. SMYSLOVÁ PECEPCE:

- vizuální percepce
- sluchová percepce

II. MOTORIKA:

- hrubá motorika
- jemná motorika
- grafomotorika
- psychomotorika

III. LATERALITA

IV. ORIENTAČNÍ FUNKCE

V. INTELEKTUÁLNÍ FUNKCE:

- struktura inteligence
- myšlenkové operace
- organizace a plánování
- úsudek
- řešení problémů
- kognitivní styl

VI. POZORNOST:

- udržení záměrné pozornosti
- přesouvání pozornosti
- rozdělení pozornosti

VII. PAMĚŤ:

- krátkodobá paměť
- střednědobá paměť
- dlouhodobá paměť

VIII. FATICKÉ FUNKCE

IX. EMOCE

X. ADAPTIBILITA A SOCIABILITA

XI. KONACE A ASPIRACE

XII. SEBEOBSLUHA

XIII. RODINNÉ PROSTŘEDÍ

XIV. EDUKAČNÍ SCHÉMA

KAPITOLA 3

3 Smyslová percepcce

Petráš P.

3.1 Deskripce domény

Smyslová percepcce (MKF kód *b156*), nebo-li vnímání obecně, je základním poznávacím procesem. Je to proces odražení reality, při kterém člověk smysly a s nimi souvisejícími nervovými centry získává informace o okolním světě. Vnímání se dělí na: zrakové (optické, vizuální), sluchové (akustické, auditivní), dotykové (taktilní, haptické), čichové (olfaktorické), chuťové (degustativní) a nitroorgánové (coenestetické). Předpokladem vnímání jsou podněty, funkční smyslové orgány, mozek. Vnímání prostoru, pohybu a času není na smyslové orgány přímo vázané.

Vnímání není však jen záležitostí smyslů, ale také kognitivních a motivačních procesů, vlivu sociálního prostředí, výcviku.

„Pod pojmem vnímání lze tedy mít na mysli percepci reality prostřednictvím smyslových orgánů a rovněž její intelektuální a emocionální interpretaci na základě minulé zkušenosti“ (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s.86)

Obsahem bezprostředního vnímání jsou **počítky**, které jsou výsledkem čítí, vznikají přímým podrážděním smyslového orgánu (receptoru) a jsou tedy odrazem určité jednoduché vlastnosti okolních jevů a skutečností nebo změn v tělesných dějích (odráží výlučně stejnorodé danosti jednotlivých smyslů, např. barvy, tóny, chutě, vůně a pachy, teplo, chlad, bolest, hluk apod.).

Výsledkem vnímání jsou **vjemy** (souhrn počítků). Zde jde tedy již o složité komplexní obrazy, které představují souhrn vlastností daného předmětu nebo jevu jako celku. Mezi charakteristiky vnímání patří pregnanost (tendence zdokonalovat tvary a vnímat neúplné celky jako úplné), zaměřenost (figura-pozadí, reverzibilní figura), výběrovost (v určitém okamžiku nevnímáme vše, co na nás z vnějšího světa působí – vnímání je ovlivněno pozorností a motivací, podprahové vnímání), konstantnost (tentýž předmět je vnímán a poznáván bez ohledu na to, v jaké poloze a z jaké vzdálenosti ho vnímáme), celistvost (tendence vnímat jednotlivosti jako celek).

Neustálý přívod podnětů z vnějšího prostředí má velký význam pro udržení normální činnosti mozku. Absence podnětů by mohla vést ke vzniku tzv. senzorické deprivace (strádání v oblasti smyslové).

Vnímání každého člověka je ovlivňováno sociálními faktory, jeho sociální zkušeností – jedná se o tzv. **sociální percepci**, která je druhem kompromisu mezi tím, co člověk vnímá na základě své zkušenosti očekává, a tím, co se fakticky, skutečně v okolním světě nachází. Sociální percepcce se projevuje selektivitou, fixací, organizací a akcentací vnímání.

Představy na rozdíl od počítků a vjemů nejsou bezprostředně vázány na realitu a její odraz, souvisejí především s pamatováním a ostatními psychickými procesy. Ožívují se tak stopy po dříve vnímaných podnětech. Ve srovnání s vjemy jsou představy méně jasné (matné představy barev předmětů), méně zřetelné (nepřesné ve srovnání s reálným předmětem), úryvkovité (chybějí detaily), nestálé (krátkodobost představy na rozdíl od vnímání) a chybí jim přesvědčení o skutečnosti (jedná se jen o představu, ne o vjem skutečného předmětu).

3.2 Specifika u osob s mentálním postižením.

Vnímání, jako vývojově primární, základní funkce, je značně ovlivňováno úrovní rozumových schopností. Aby se dítě naučilo rozeznávat jednotlivé podněty, musí se nejdřív v mozkové kůře vytvořit diferenční podmíněné spoje, a posléze soustava těchto spojů tzv. dynamický stereotyp. U zdravých dětí je proces utváření podmíněných spojů rychlý, u mentálně postižených dětí je vlivem poškození CNS tento proces pomalý a probíhá s určitými odchylkami. Nejen odborná literatura, ale i samotná praxe nám ukazuje, jak velký vliv má opožděná

či omezená schopnost vnímání u dětí s mentální retardací na další průběh jejich psychického vývoje. V této souvislosti vystupují do popředí čtyři problémy při vnímání, typické pro děti s mentální retardací. Jsou to: zpomalenost tempa vnímání a značné zúžení rozsahu vnímání, výrazná nediferencovanost počítků a vjemů, nedostatečné vnímání prostoru a času a zejména inaktivita vnímání.

Zpomalenost tempa vnímání a značné zúžení rozsahu vnímání se projevuje tím, že na rozdíl od dítěte bez postižení, je u dítěte s mentální retardací omezena schopnost globálního vidění, děti s mentálním postižením setrvávají ve fázi vnímání detailů, jejichž percepční syntéza je pro ně problematická. Tyto skutečnosti do značné míry limitují jejich orientaci v novém prostředí, případně v neobvyklé situaci. Narušena je také schopnost pochopit perspektivu, dochází k částečnému překrývání kontur, takovéto dítě nerozlišuje polostíny.

Běžné populaci nedělá problém vydělit obrys geometrických tvarů z prostředí. Mentálně retardované děti **nedostatečně diferencují detaily a celky**, při poznávání předmětů považují za stejné úplně různé předměty. Porušena je diskriminace figury a pozadí. Aby došlo ke správnému vjemu, musíme dobře organizovat vnímaný materiál (např. výrazně odlišit obrazce od pozadí).

Při **vnímání prostoru a času** dochází u dětí s mentální retardací také k častému selhávání (např. chybování při odhadu délky, hloubky, časové dezorientaci apod.)

Jako nejzávažnější problém bývá uváděna u mentálně retardovaných **inaktivita** vnímání. Dítě neprojevuje snahu (není schopno) prohlédnout si předkládaný materiál (např. obrázek) podrobně, vnímat všechny jeho detaily, vyznat se v jeho vlastnostech. Jestliže obrázek pootočíme, děti ho již nepoznají. Dalo by se tedy říci jinak, že děti s mentální retardací vnímají zjednodušeně, povrchně.

O neaktivním charakteru vnímání svědčí i to, že se nedovede pozorně dívat, hledat a nacházet určité předměty, nedovede si výběrově prohlížet část okolního světa, nedovede se odpoutat od výrazných a poutavých stránek vnímaného objektu, které jsou však v daném okamžiku nepodstatné (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 23).

Kromě uvedeného dochází u dětí s mentálním postižením k snížené citlivosti hmatových vjemů a ke špatné koordinaci pohybu (vlivem nedostatečného procesu analýzy v korové části proprioceptivního analyzátoru). Dalšími nedostatky a diagnostikou se budeme zabývat v subkapitolách o zrakové a sluchové percepci.

3.3 Vizualní percepcie

3.3.1 Deskripce subdomény

Zrakové vnímání (percepcie, MKF b1561) jako funkce dozrává velmi časně, je základem orientace v prostředí a předpokladem pro rozvoj psychických funkcí. Vyvíjí se již od narození. Protože schopnost vidění je získaná (naučená) funkce, je pro její správný vývoj důležitá přiměřená stimulace. Novorozenec nejprve dokáže vnímat rozdíly mezi světlem a tmou, dále vnímá obrysy předmětů. Zpočátku vnímá objekt vzdálený 20-30 cm, zraková ostrost se zlepšuje ve třech měsících (12-50 cm), v 6 měsících již dokáže fixovat předměty vzdálené 1 metr. Kolem 8. týdne nastupuje za normálních okolností binokulární fúze. Je zřejmé, že s rozvíjející se schopností vidění je později stimulován i pohyb hlavičky dítěte, její zvedání a pohyb na všechny strany (dítě chce lépe vidět). Ve 2-3 měsících začíná rozlišovat barevné variace (červená, modrá – zelená žlutá). Do 6 měsíců by dítě již mělo sledovat zrakem pohyb svých rukou, pohybuující se předměty (z jedné strany na druhou) a osoby, natahovat se po blízkých předmětech a uchopovat je. O něco později by již mělo být dítě schopno vnímat pohyb ve směru vertikálním. Dalším významným mezníkem ve vývoji je schopnost dítěte sedět (po 7. měsíci), což mu umožňuje lepší zorný úhel vidění. Od 6 do 12 měsíců je schopno rozlišit mezi osobou známou a neznámou (rozvoj specifického vztahového pouta, bezchybná identifikace nejbližší osoby), je schopno registrovat drobné předměty, má utvořenu představu stálosti objektů. Postupně se rozvíjí koordinace očí a rukou (mezi 9-12 měsícem se utváří klíšťkový úchop drobných předmětů). Ve 2 letech přiřazuje a vkládá základní geometrické tvary (kruh, čtverec, trojúhelník), později i při změně jejich pořadí. Ve třech letech je již dítě schopno rozlišovat základní barvy.

Mezi 4. – 6. rokem se rozvíjí schopnost rozlišit a identifikovat určitý tvar bez ohledu na jeho velikost, polohu, případně pozadí či překrytí – tzv. konstantnost vnímání.

Postupně se také rozvíjí schopnost diferencovat polohu obrazce (ve fázích, které na sebe navazují – když dítě nezvládne jednodušší úkol, nelze očekávat, že by si poradilo s obtížnějším). To je nutno brát v úvahu i při administraci testů. Nejprve se dítě naučí rozlišovat horizontální polohu (předškolní věk) až poté dojde k rozlišení vertikální polohy (6-7 let).

Pro školní úspěšnost je důležitý rozvoj a zpřesnění vizuální diferenciaci (dochází k vývoji dalších poznávacích procesů v závislosti na zrání a adekvátní stimulaci). Se zráním souvisí i rozvoj zrakové fixace a koordinace očních pohybů, ke kterému dochází na konci předškolního věku, případně na začátku školní docházky. Podílí se na ní různé oblasti mozku, zejména kůra čelního laloku.

„V mnoha činnostech musí být zraková percepce koordinována s jinou aktivitou, nejčastěji motorickou. Vnímání poskytuje zpětnou vazbu o přesnosti různých aktivit a podporuje tak rozvoj mnoha dovedností. Schopnost využít takovou informaci se rovněž rozvíjí v období raného školního věku. Pětileté děti ji ještě využít nedovedou. Sedmileté děti si její význam uvědomují a věnují jí často až nadměrnou pozornost. Účinně ji dovedou využívat teprve 8-9 leté děti, ale v běžných činnostech, jako je psaní a kreslení, jí už tolik pozornosti nevěnují, protože tyto dovednosti mají zautomatizované“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s.138).

3.3.2 Specifika u osob s mentálním postižením.

Zraková percepce má zásadní význam pro rozvoj psychických funkcí a orientaci v prostředí.

Podle Švarcové (2006) se dítě s mentální retardací, jako každé jiné dítě, učí vidět a dívat se. To, co vidí svými očima, není pouhý obraz předmětu na sítnici jeho oka (snímek fotoaparátu), ale výsledek určité životní zkušenosti. To, co dítě vidí, závisí na kvalitě podmíněných spojů, které se vytvořily v jeho mozkové kůře. Vždy je třeba vzít v úvahu, že jde hlavně o to, jakým způsobem dítě s mentální retardací příslušné informace chápe a zpracovává, zda v nich dokáže najít nějaký smysl. Jde tedy spíše o porozumění, což se projevuje například i v rozlišování detailů a jejich integrace do celku.

V oblasti **vizuální diferenciaci** dochází k značným problémům, děti s mentální retardací špatně rozlišují podobné obrázky, což se promítá i do schopnosti rozlišovat podobná písmena. Potíže mají při rozlišování různých detailů na obrázku, tvar nebo počet, rozlišování směru (obrácených a otočených tvarů). V důsledku pak dochází k tomu, že si děti pletou podobná písmena (např. b,d).

V oblasti **vizuální integrace** je narušena schopnost vnímat komplexně. Nedovedou tedy jako školsky zralé děti systematicky prohlížet obrázek, vnímat celek jako soubor detailů, mezi nimiž jsou nějaké vztahy (vizuální analýza, syntéza). Většinou ulpívají na některém detailu, ne vždy podstatném, nebo na globálním pohledu.

Zrakové vnímání mentálně postižených dětí je z důvodu špatné koordinace očních pohybů nesystematické. V podstatě přeskakují od jednoho detailu k druhému a většinou ani pořádně nevnímají, co vidí. To se projevuje zejména při čtení, kdy nedovedou koordinovat pohyb očí tak, aby dobře viděly (např. řádek textu, který mají číst).

Potíže mají také při praktických činnostech, kdy musí být vidění koordinováno s jinou pohybovou aktivitou, např. usměrnit při kreslení pohyb ruky podle kontur určitého tvaru, zastavit pohyb, orientovat ho jiným směrem. Snadno tedy přetáhnou čáru, nedodrží plochu při vybarvování, netrefí se na správné místo apod. Tyto nedostatky vedou samozřejmě také k potížím ve výuce psaní.

3.3.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika (silné a slabé stránky)

Při diagnostikování zrakové percepce hodnotíme vnímání barev, rozlišování tvarů, obličejů, vnímání hloubky, polohy, prostorovou orientaci aj.

Zkoušky obkreslování geometrických tvarů – často se užívají, nicméně kromě vizuální percepce se uplatňuje i motorika, což znemožňuje jasné odlišení dysfunkce v této oblasti. Praxe ukazuje, že kombinace vizuálních poruch s pohybovými je častá.

K hodnocení úrovně zrakového vnímání slouží specifické **testové metody**:

- **Reverzní test (Edfeldt, česká úprava M. Malotínová, 1968)**
Edfeldtův reverzní test zjišťuje úroveň zralosti zrakového vnímání dítěte (např. rozlišování polohy nahoře-dole, vpravo-vlevo). Test obsahuje testovací sešit s dvojicemi různých obrázků (jednoduché symbolické obrázky), z nichž některé dvojice jsou shodné a jiné se liší ve vertikální nebo horizontální rovině. Dítě má za úkol označit dvojice obrázků, které se liší. Délka administrace není limitována.

Věková kategorie, pro kterou je test určen, je 5-8 let. Z důvodu snižující se pozornosti (zejména u dětí raného, předškolního věku, či u dětí s mentální retardací) se může použít jen polovina testu (což je dostačující pro kvalitativní zhodnocení). Test je možné administrovat skupinově i individuálně (tato varianta je z hlediska specifik vyplývajících z věku respondentů - mladší děti nejsou schopné pracovat ve větších skupinách, výhodnější). Použití testu pro starší děti lze doporučit jen tehdy, pokud bychom předpokládali poruchu zrakové percepce. Hodnocení je jednoduché, za každou správnou odpověď získává dítě 1 bod. Celkový součet bodů nám ukáže úroveň vývoje zrakové percepce vyšetřovaného dítěte, případně signalizuje možné potíže při výuce čtení a psaní. Výsledky je vhodné zhodnotit i kvalitativně. K hodnocení validity využíváme srovnávání s jinými testy (hlavně s kresebnými). Údaje o reliabilitě testu nejsou k dispozici. Tento test je možno použít jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi. Jeho využitelnost je při posuzování školní zralosti, pro diferenciální diagnostiku poruch učení, pro vyšetření dětí s ADHD, případně s organickým postižením mozku (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Modifikovaný reverzní test pro předškolní děti (pro české prostředí upravili Eisler a Mertin, 1980)**

Jedná se o dva sety o 36 položkách, A a B, lišících se od sebe pouze pořadím položek. Dítě je instruováno tak, aby pochopilo, že si musí všimnout rozdílů dvou obrázků. Důležitý je zácvik, po něm dítě dostane variantu A, pak B. Doporučená je individuální administrace. Hodnocení je opět jednoduché, za každou chybu přidělíme 1 bod. Je účelné diferencovat typy chyb. Zhoršený výkon v B testu je typický pro nezralé děti, které se snadněji unaví a hůře se soustředí, zlepšený výkon v této variantě znamená spíše pomalejší adaptaci na úkolovou situaci. I když test není časově limitován, celkový počet 72 položek, je pro předškolní děti a děti s mentální retardací poměrně velkou zátěží. Orientační percentilové normy jsou pro 5–6 leté děti.

Test byl předběžně standardizován jen na malém vzorku pražských dětí

Metoda může být využita jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi k hodnocení školní zralosti, případně školní neúspěšnosti dětí v 1. třídě (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Rekogniční test reverzní tendence (Zápotočná, 1990)**

Autorka testu, O. Zápotočná, vychází z představy, že tendence k reverzím vzniká jako důsledek zhoršené schopnosti rozlišovat pravo-levou orientaci znaků při jejich znovupoznání. Reaguje tak na nedostatky Edfeldtova reverzního testu. Obsahuje 1 zácvičný úkol a 15 testových úkolů. Každá položka obsahuje jednu předlohu (určitý obrazec), který je ukázán po dobu 3 vteřin, rekogniční podněty 2 obrazce identické s předlohou a 10 odlišných, jejichž pořadí je náhodné. Instrukce je jednoduchá, dítě si má zapamatovat 1 obrázek a pak se jej pokusit najít v řadě, je zdůrazněn požadavek pravo-levé polohy. Určen je pro 5,5-8,5leté děti. Je možná jeho skupinová i individuální administrace. Z hlediska hodnocení autorka navrhla 2 způsoby skórování; skóre S1 (počet správných odpovědí), S2 (přísnější kritéria hodnocení: 2,1,0 bodů).

Metodu je opět možné použít jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi, při vyšetření školsky nezralých dětí, při diferenciální diagnostice specifických poruch učení a dětí s organickým postižením CNS (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Test diskriminace tvarů (Švancara, 1976)**

Autorem tohoto testu je Švancara. Jedná se o výkonový test. Tvoří jej list formátu A3, na němž je umístěno 1250 obrázkových podnětů po 50 ve 25 řádcích (jde o tvary 5 různých typů, které mohou být prezentovány v různé poloze). Úkolem dítěte je přeškrtnat všechny obrázky jednoho typu. Pro správné pochopení se provádí před začátkem testování zácvik. Práce je časově limitovaná, značí se místo, kam až dítě došlo, pak začíná další časový úsek. Určen je pro děti od 9-18 let. Hodnotí se čas, počet opomenutí, počet omylů, počet oprav. Existují normy podle věku a pohlaví, které jsou určeny pro převod hrubých skóreů na steny.

Pro zjištění reliability byl použit test-retest – výsledky ukázaly, že zde působí efekt učení. Byla prokázána určitá korelace s testem inteligence. Test je vhodný jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi, k diagnostice poruch pozornosti i poruch zrakové percepce. V psychologické praxi je vhodnější jeho individuální využití (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Vývojový test zrakového vnímání (Frostigová, česká verze Krallová, 1972)**

Tento test je určen pro hodnocení úrovně zrakového vnímání dětí a to zejména těch, které měly nějaké potíže v učení. Testový materiál obsahuje testovací sešit, záznamový arch, demonstrační karty (zobrazen trojúhelník, čtverec, atd.) a 3 šablony (pro vyhodnocení výsledků). 5 subtestů -1) vizuomotorická koordinace (dítě má kreslit nepřerušované čáry, příp. spojit jeden bod s druhým), 2) figura-pozadí, 3) konstantnost tvaru (má rozeznat různé tvary, které se liší velikostí, odstínem,...), 4) poloha v prostoru (má rozlišit, které tvary jsou otočené), 5) prostorové vztahy (má obkreslit různé tvary, které jsou zakresleny do soustavy teček). Všechny dílčí schopnosti nezbytné pro splnění uvedených úkolů jsou potřebné i pro školní práci.

Administrace testu je poměrně zdouhavá, trvá 30-40 minut. Dítě je motivováno tím, že test je mu představen jako hra, pro každý subtest je stanovena přesná instrukce. Test je vhodnější použít individuálně než skupinově.

Součet bodů v jednotlivých subtestech lze převést na vážené skóry. K dispozici jsou normy vzhledem k věku, tzv. percepční kvocient – lze porovnat výkony v jednotlivých subtestech a vytvořit profil percepčních schopností dítěte. Nevýhodou je zastaralost norem a nediferencovanost podle pohlaví.

Test je možno použít jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi, pro posouzení školní zralosti a diferenciací diagnostiku specifických poruch učení. Vhodný je také pro hodnocení dětí s organickým postižením CNS a pro děti se syndromem ADHD. Pro zdouhavou administraci není jako celek příliš vhodný pro děti s mentální retardací. Vhodnější se jeví využití jeho jednotlivých subtestů (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Ozop – orientační zkouška očních pohybů (P. Svoboda, 2002)**

Jedná se o screeningovou neuropsychologickou zkoušku určenou pro zařízení pedagogicko-psychologického poradenství a pro dětské klinické psychology. Slouží jako diagnostický nástroj k odhalení dyslektických problémů a projevů spojených s ADHD. Tj. citlivě u dětí snímá především úroveň jejich vizuální pozornosti, vizuální diferenciací, plynulosti očních pohybů a rozlišovacích schopností prostřednictvím sčítání vertikálních a horizontálních linek a rozptýlených bodů. Skládá se z 9 úloh. Předností testu je jednoduchý skórovací systém s přehlednou standardizací a krátký čas pro jeho administraci (cca 3 minuty). Jeho použití je možné skupinově nebo individuálně a je určen pro děti od 5 do 12 let.

▪ **Bentonův vizuální retenční test (česká verze Preiss, Jedná se o překlad 5. vydání z roku 1992. Praha, Testcentrum 2000.**

Bentonův vizuální retenční test se řadí mezi nejznámější neuropsychologické diagnostické metody, poprvé byl publikován v roce 1945.

Tento test měří vizuální paměť, zrakovou percepci a vizuokonstrukční schopnosti. Je vhodný k diagnostice poškození mozku, ať již vlivem úrazu, onemocnění či vývojové poruchy. Test má dvě formy: kresebnou (dítě reprodukuje obrázky, které jsou mu předkládány) a pasivně selektivní (pouze vybírá ze 4 alternativ tu, kterou považuje za stejnou s předlohou). Úkolem dítěte je reprodukovat obrazce, které mu byly na krátkou dobu exponovány. Pozorujeme dítě, jak se na úkol soustředí, kdy ztrácí motivaci apod. Když dítě při reprodukci obrázků selhává, používáme variantu zaměřenou na znovupoznání. Zkouška se používá od 7 let dítěte, výkon stoupá od 8 do 14-15 let. Reprodukované obrázky hodnotíme z hlediska jejich správnosti, případně přesnosti (při hodnocení nebereme v úvahu úroveň kreslířských dovedností, jde o zachycení podstatných znaků z předlohy). Každý správně provedený obrazec je ohodnocen jedním bodem. Při hodnocení nejde jen o pouhý součet chyb, ale i o analýzu jejich kvality.

Tato metoda je využitelná jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi. Její využitelnost je při hodnocení celkového vývoje u dětí se školskými potížemi a také při diferenciací diagnostice organických postižení mozku.

Tento test se pro svoji poměrně jednoduchou a rychlou administraci jeví jako vhodný pro děti s mentální retardací (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

3.4 Sluchová percepce

3.4.1 Deskripce subdomény

Sluchové vnímání (MKF *b1560*) se rozvíjí rychleji, než zraková percepce, zraje ale později. Někteří autoři uvádějí, že sluchové vnímání dozrává mezi 5-7 rokem, jiní tuto normu posunují ještě po 10. roku věku (příslušné centrum je uloženo v levé mozkové hemisféře, která dozrává později, než pravá). Novorozenec má již určité zkušenosti v oblasti sluchového vnímání z prenatálního období, rozsah jeho slyšení je velký, dovede rozlišovat zejména vysoké tóny (může to být příčinou preference ženského hlasu, dospělí mluví na dítě vysokým hlasem), v pozdějším věku tuto schopnost ztrácí. Nejprve dítě reaguje na zvukové podněty, otáčí hlavičku za zdrojem zvuku, za lidským hlasem (dítě upřednostňuje již od narození zvuk lidského hlasu). Kolem 6 měsíců je dítě schopno rozlišovat rytmus, frekvenci a intenzitu zvuku, naslouchá hudbě a hlasové intonaci, reaguje na píšťalku a tleskání. Sluchové vnímání je základním předpokladem pro rozvoj řeči, je nutná stimulace dostatečným množstvím mluvních projevů (dítě naslouchá od narození, učí se vnímat specifické zvuky jazyka, fonémy), tříbí se fonemický sluch. V druhém roce života je schopno rozlišit tři různé zdroje zvuků. Ve třech letech ze tří hudebních nástrojů vybere ten, jehož zvuk slyšel. Ve čtvrtém a pátém roce bezpečně přiřazuje zvuky k předmětu nebo obrázku, který ho znázorňuje. Rozezná také z nahrávky reprodukované zvuky, dokáže rozlišit, zda jsou hlasité nebo tiché, rozliší různé rytmy. Předpokladem k zvládnutí sluchové analýzy a syntézy je zralost CNS, dosažení určité úrovně poznávací strategie a schopnost systematického vnímání řečového projevu (ve větší míře dochází k rozvoji těchto schopností až ve škole). „Vnímání řeči je u většiny lidí (i leváků) lokalizováno v levé mozkové hemisféře. Avšak vnímání jednotlivých hlásek, tj. těch, které nejsou ve slově, ať už jsou prezentovány zrakově nebo sluchově, zajišťuje pravá mozková hemisféra. To znamená, že pro úspěšnost ve škole je potřebná koordinace činnosti obou hemisfér“ (Vágnerová, 2000, s.139).

3.4.2 Specifika u osob s mentálním postižením.

Sluchové vnímání velmi těsně souvisí s rozvojem řeči, hraje proto značnou úlohu při psychickém vývoji dítěte. U mentálně retardovaných dětí dochází k pomalému vytváření diferenciačních podmíněných spojů a dynamických stereotypů v oblasti sluchového analyzátoru, což vede k nedostatečné diskriminaci fonémů, případně k jejich zkreslení, postižena je tak oblast fonemického sluchu dítěte. To vede samozřejmě k opožděnému utváření řeči a to má za důsledek opět opoždění psychického vývoje.

Protože sluchová diferenciace závisí i na dobrém zvládnutí jazyka a podporuje ji zafixovaná slovní zásoba, je zřejmé, že nejde o pouhou sluchovou percepci, ale o určitý způsob vnímání řeči. U dětí s mentálním postižením dochází k deficitu i v této oblasti, jde o projev nezralosti, postižení, především oblastí levé mozkové hemisféry, případně může jít i o problém v koordinaci jednotlivých dílčích složek, které jsou pro tuto dovednost nezbytné. Příčina může být také v nedostatku adekvátní stimulace (důsledek výchovného zanedbání).

Obdobně jako u zrakové percepce, dochází u dětí s mentálním postižením k potížím při sluchové analýze a syntéze (tj. schopnosti vnímat mluvený projev jako celek, složený z určitých částí, slov, která jsou složena také z nějakých jednotek, jejichž složení je závazné. Sluchová analýza a syntéza se tříbí a rozvíjí ve škole, u dětí mentálně retardovaných je komplikovaná nezralostí, nedosažením potřebné úrovně poznávacích strategií a neschopností systematického vnímání (naslouchání řeči). Dalším faktorem, který ovlivňuje (a limituje) sluchovou percepci, je čas. Zvukové podněty nelze vnímat libovolně dlouho, mají omezené časové trvání. Proto svou roli tu hraje i kvalita pozornosti, která u mentálně postižených vykazuje určitá specifika.

3.4.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(silné a slabé stránky)

V poradenské praxi se nejčastěji využívají následující testy auditivní percepce:

- **Zkouška sluchové diferenciace (WM) (Wepman, pro české prostředí upravil Matějček 1993)**
Tento test posuzuje schopnosti dětí sluchově rozlišovat zvuky mluvené řeči. Obsahuje 19 dvojic bezsmyslných slov (např. bram - pram, tirp – tyrp, atd.), které jsou v 13-ti případech odlišné a v 6-ti shodné. Vlastní zkoušce předchází zácvik (tři zácvikové dvojice slov). Doporučuje se administrovat jako zajímavou hru, ve které se bude mluvit cizí řečí. Slova se dítěti předfíkávat tak, aby nevidělo experimentátorovi na ústa a nedocházelo ke zrakové opoře. Test je určen pro děti od pěti let, u školáků starších 8 let má smysl pouze tehdy, pokud je podezření na nějakou specifickou poruchu učení.

Úkolem dítěte je tedy rozlišovat, zda je dvojice bezesmyslných slov stejná, či nikoli. Doba administrace je 10 – 15 minut, test je zadáván individuálně. Výsledky se hodnotí pouze kvalitativně (umožní zjistit, které skupiny hlásek nedokáže dítě sluchem diferencovat). Když dítě chybuje po šestém roce, vzbuzuje to podezření na poruchu fonemického sluchu. Metoda není standardizována. Je užitečná jako součást testové baterie v klinické a poradenské praxi, je vhodná k diagnostice školských potíží, pro diagnostiku organických postižení mozku a jako podklad pro volbu odpovídajících nápravných cvičení. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Tento test je využitelný i pro děti s mentální retardací, v praxi SPC se však více doporučuje využívat testu fonemické diference od Škodové (1995) (Lepová, Pešková, in Kucharská, 2007).

▪ **Zkouška sluchové analýzy a syntézy (sas-m) (Zkoušku pro českou praxi upravil Z. Matějček, 1993)**

Tento test je určen k hodnocení úrovně schopnosti rozkládat slova na hlásky a naopak z hlásek skládat slova.

Zkoušky analýzy a syntézy obsahují dvě alternativní série 10-ti slov. Stupeň náročnosti se zvyšuje, první slovo obsahuje 3 hlásky, poslední 15 hlásek. Analýza-dítě má poznat z jakých hlásek je slovo složeno, syntéza- z hlásek má složit slovo. Test je opět prezentován jako hra. Vlastní zkoušce předchází krátký zácvik. Při analýze má dítě slovo přehlíkat po hláskách. Zkouška je vhodná pro děti od 5 let. Administrace je opět individuální, její doba 10 – 15 minut. Je zapojeno pouze sluchové vnímání, bez zrakové kontroly.

Dítě je bodově hodnoceno za správné odpovědi (2 či 1 bod podle toho, zda dosáhne dobrého výkonu na první nebo druhý pokus), součet bodů ukazuje na úroveň sluchové analýzy a syntézy. Hodnocení je možné i z hlediska kvality (typu chyb, hláskových skupin, které činí dítěti potíže).

Test nebyl standardizován. Jeho užití je možné jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi, je vhodný pro diagnostiku školní zralosti, pro vyšetření dětí školsky neúspěšných, dětí s podezřením na specifickou poruchu učení, u dětí s podezřením na organické poškození CNS, u dětí s mentální retardací (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Test sluchové analýzy pro předškolní děti (Eisler, Mertin 1980)**

Jednodušší varianta testu upravená pro předškolní děti. Úkolem dítěte je určit, zda dané slovo obsahuje nějakou konkrétní hlásku. Zkoušce předchází krátký zácvik a poté seznam 15 jednoslabičných slov (tank, myš, nůž) Za každé správně určené písmeno je 1 bod. Orientační normy jsou pro děti od 5-6 let. Standardizace proběhla na malém vzorku pražské populace (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Tato zkouška se jeví jako vhodná pro děti s mentální retardací

V oblasti diagnostiky fonemického sluchu (slyšení) se využívá následující instrumentář:

▪ **Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová, 1995)**

Tento test vznikl v České republice pro potřeby českých dětí a je zaměřen na diagnostiku vývojových poruch řeči u dětí. Slouží k vyšetření fonemického sluchu. Zaměřuje se na čtyři distinktivní rysy hlásek: znělost – neznělost, kontinuálnost – nekontinuálnost, nosovost – nenosovost a kompaktnost – difuznost (pro samohlásky). Testová baterie obsahuje celkem 60 dvojic slov, rozdělených do čtyř subtestů po 15-ti dvojicích, podle výše uvedených distinktivních rysů hlásek. Dvojice slov se od sebe liší vždy jen jedním distinktivním rysem. Slova byla záměrně vybírána tak, aby byla obsahově známá dětem od 3 let. Součástí testu je obrazový materiál a magnetofonová nahrávka jednotlivých slov. Každá dvojice slov je vyobrazena nad sebou na jedné kartě. Dítě slyší z magnetofonu postupně všech 120 slov (pořadí bylo náhodně vylosováno, aby se zamezilo testování distinktivních rysů po skupinách) a jeho úkolem je ukázat správné slovo na dvojici obrázků. Každé dítě je vyšetřeno individuálně. Test slouží k vyšetření fonemického sluchu, ale jedinec má i zrakovou oporu - obrazový materiál. Test je určen pro děti ve věku 4 – 10 let: diagnostickou hodnotu má test ve věku 4 – 7 let, pak orientační. Celý test trvá 15 minut (i s krátkými přestávkami).

Za základní hodnoty pro výpočet norem byly brány výsledky vyšetření skupiny zdravých dětí ve věkovém rozmezí 4 – 6 ½ roku.

Test je standardizovaný.

Tento test se dá využít u dětí s mentální retardací ve školním věku.

▪ **Screening fonemického uvědomování (Marína Mikulajová, Anna Dostálová)**

Tento testový materiál byl vydán k metodice Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina – V krajíně slov a hlásek. Ruský profesor vývojové psychologie D. B. Elkonin zkoumal vztah mezi uvědomováním si hláskové struktury slova a schopností číst a psát. Vytvořil originální metodu k podpoře této schopnosti. Česká adaptace vyšla v roce 2004 pod názvem V krajíně slov a hlásek za podpory M. Mikulajové, A. Dostálové a E. Höflerové (byla to složitá jazyková adaptace vycházející z fonetiky a fonologie slovenského (1998 – 2000) a později (2000 – 2003) českého jazyka.) K této metodické příručce vydaly autorky screening fonemického uvědomování. Metodika a tedy i screening jsou určeny pro děti od pěti let, ideální je pro děti před začátkem školní docházky a pro děti s odkladem školní docházky. Screening není standardizován. Celý test je zaměřen na fonemické uvědomování. Skládá se z jedenácti částí – uvědomování rýmů, produkce rýmů, analýza slova na slabiky, syntéza slabik, izolace první slabiky, vynechávání slabik, izolace první hlásky, syntéza hlásek, analýza slov na hlásky, vynechávání hlásek, substituce hlásek. Každá část obsahuje pět úkolů.

Screening a metodiku smí používat jen proškolený odborník. Doba realizace screeningu je průměrně 20 min. a děti jsou testovány individuálně. Při screeningu se nevyužívá obrazového materiálu, takže je zapojen sluch bez zrakové opory.

Při diagnostikování percepční zátěže lze využít Stroopův test percepční zátěže, případně Test cesty. Tyto testové metody jsou však pro mnohé klienty s mentální retardací obtížné, proto je jejich využití na zvažení pracovníků SPC a na důsledném posouzení individuality každého dítěte.

- **Stroopův test percepční zátěže** (sestrojil Strop, 1935, přepracoval Thurstone, pro slovenskou populaci upravil Daniel, 1983).

Tento test zjišťuje odolnost vůči percepční zátěži. Obsahuje 3 tabulky a záznamový arch. 1.tab.- slova označující různé barvy, 2.tab.- barevné obdélníky, 3.tab.- názvy různých barev, které jsou provedeny v odlišné barvě

Administrace se provádí individuálně. 1. subtest: úkolem je co nejrychleji přečíst slova na 1.tab., 2.subtest- vyjmenovat barvy všech obdélníků, 3.subtest- vyjmenovat barvy, jimiž jsou vytištěna slova. V případě potřeby je možné přidat 4.subtest. Na 3.tabuli střídavě číst slova označující barvu a určovat barvu písma. Při hodnocení a interpretaci se posuzuje čas a počet chyb, získáváme S skór určující osobní tempo, F skór (faktor percepce), SF skór (faktor percepční zátěže), SFS skór (skór zvýšené zátěže). Pro převod hrubých skórů slouží stenové normy (od 12 let).

Test koreluje s testem numerické paměti, Bourdonovým testem pozornosti, reliabilita hodnocena testem-retestem

Metoda je vhodná jako součást testové baterie v poradenské praxi (vhodná pro účely profesního poradenství), (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

- **Test cesty (trail making test, tmt)**

Test slouží k posouzení psychomotorického tempa, zrakové percepce, vizuomotorické koordinace a pozornosti. Podmínkou je dobrá znalost písmen a číslic. Obsahuje část A a část B (obtížnější). Administrace testu je individuální. Proband má kreslit čáru od jedničky ke dvojce, od dvojky ke trojce, ..., má kreslit co nejrychleji.

hodnoceno na základě času potřebného ke správnému splnění úkolu, TMT hodnotí úroveň zaměřené pozornosti, schopnost rozdělit a koordinovat pozornost, výsledky z části B jsou přínosnější. Dívky vykazují stabilnější výkon než chlapci. Hodí se pro screening specifických poruch učení a organického postižení CNS (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Výtěžnost uvedených diagnostických nástrojů má své opodstatnění u dětí v mezích lehké mentální retardace (horní mez) pro určitou predikci jejich školského výkonu zejména v oblasti čtení, psaní, řešení geometrických úloh, případně určitých typů početních operací, zhodnocení rychlosti asociálního učení (opírajícího se o zrakovou percepci a vizuomotorickou koordinaci). Může nám dát obraz hlubšího postižení konkrétních analyzátorů daného jedince ve srovnání se stejnou věkovou skupinou a stejným typem mentálního postižení. U dětí s hlubším mentálním postižením je řešení většiny těchto testů nedostupné, a to jak z hlediska pochopení zadání, tak z hlediska významnějších poruch smyslových analyzátorů a z nich vyplývajících závažných problémů v okruhu sledovaných oblastí. U těchto dětí přistupujeme ne k dílčímu hodnocení jejich výkonů, ale vytváříme komplexní pohled na dítě na základě psychologické a pedagogické diagnostiky, opíráme se

o skutečnost, že v důsledku jejich závažného hendikepu jsou oblasti zrakové, a sluchové percepce, vizuomotorická koordinace, vždy závažněji narušené, pro jejich existenci nehrají primární úlohu, protože tu představuje zejména praktická připravenost v oblasti zabezpečení základních životních potřeb - tedy úroveň sebeobslužných a hygienických návyků.

3.5 Stanovení míry podpůrných opatření

Při využití standardizovaných testů stanovíme míru podpůrných opatření pomocí transformace standardních skóre (tj. testového výsledku zkoušky konkrétního jedince) - viz. tabulka a křivka normálního rozložení četností (Gaussova křivka) závěrečné kapitoly katalogu.

Při využití klinických zkoušek lze ke stanovení míry podpůrných opatření orientačně využít následující tabulky (blíže viz poslední kapitola katalogu).

KLINICKÁ METODA		
STUPEŇ m. p. o.	body posuzovací škály	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	0	širší norma
I.	1	podprůměr
II.	2	hluboký podprůměr
III.	3	praktická absence funkce či masivní deficit
IV.	4	plná absence funkce

Literatura:

- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7
- KUCHARSKÁ, A. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha : IPPP ČR, 2007, ISBN 978 – 80 – 86856 – 42 – 1
- KURIC, J. a kol. *Ontogenetická psychologie*. Praha: SPN, 1986. 14-409-86
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, ISBN 80-7178-548-8
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, s.r.o., 2006, ISBN 80-7367-060-7
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, s.r.o., 2000, ISBN 80-7178-308-0
- Vágnerová, M. (2001): *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2001, ISBN 80-246-0181-8
- VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopej, 1997, ISBN 80-902057-9-8

KAPITOLA 4

4 Motorika

Stupňánková E., Navrátilová M., Procházka M.

4.1 Hrubá motorika

4.1.1 Obecná charakteristika domény

Pohybová schopnost organismu se skládá z pohybů spontánních, reflexních, volních a expresivních, které vyjadřují psychický stav (Psychologický slovník, 2000 s. 328).

Motorika je souhrn všech potenciačních pohybových předpokladů člověka, které spolu s konstitučními a psychickými činiteli umožní člověku vykonávat různé pohybové úkony a činnosti. Pro pohyby řízené z oblasti mimokorové a prováděné většinou hladkými svaly se užívá zpravidla souhrnného označení *motilita* (dýchání, polykání trávení apod.) Schopnost pohybů kosterního svalstva (příčně pruhovaného), které umožňují člověku pohyb z místa a pracovní výkon, nazýváme *mobilitou*.

4.1.2 Motorické schopnosti

Motorické schopnosti jsou obecně vymezovány jako soubor předpokladů, které vedou k úspěšné pohybové činnosti. Pohybové schopnosti vystihuje to, že jsou vnitřními vrozenými předpoklady a prostředím jsou ovlivňovány jen částečně, nejsou specifické pro jednu specializovanou činnost a jsou poměrně stálé v čase (Mužík, 2000).

Měkota (1983) definuje motorické schopnosti jako soubor vnitřně integrovaných předpokladů pohybové činnosti organismu. Některé z těchto předpokladů se projevují ve fyziologických funkcích, jako je například aerobní kapacita, jiné mají biologický základ, ale především se projevují ve výsledcích pohybové činnosti. U motorických schopností bývá většinou zdůrazňována jejich potencialita, míra předpokladů pro zdokonalování, a genetická podmíněnost.

Vlastní rozvíjení a specifikace schopností může být ovlivněna aktivní pohybovou činností jedince v dětství, pubertě i adolescenci nebo naopak zpomalena, zabrzděna nečinností. Proces rozvoje schopností je dlouhodobý a pozvolný. I v dospělosti jsou motorické schopnosti stále ovlivnitelné, avšak již těžko měnitelné. Díky jejich určité stálosti můžeme předpovídat výsledky budoucí pohybové činnosti (Měkota, Blahuš, 1983).

4.1.3 Vývoj hrubé motoriky

Hrubá motorika (MKF *d410-499*) je zajišťována velkými svalovými skupinami. Je to souhrn všech pohybových aktivit klienta, postupného ovládnutí i držení těla, koordinace horních a dolních končetin, rytmizace pohybů.

Vývoj hrubé motoriky a schopnosti pohybu se buduje na bázi geneticky daných motorických (pohybových) programů. Většina pohybů se během života vyvíjí a zdokonaluje prostřednictvím učení a opakování. Důležitou roli zde má nervově-svalový systém. Ten přijímá podněty z vnitřního i zevního prostředí¹ a adekvátním způsobem na ně odpovídá. Pohyb je tedy výsledkem integrace řady procesů, včetně procesů percepčních (zpracování informací), kognitivních (pozornost, motivace, emoce) a motorických.

4.1.4 Zásady motorického vývoje

Pokud se chceme zabývat ontogenezí motoriky, neměli bychom zapomenout na všeobecné a speciální zákonitosti vývinu člověka a z nich vyplývající specifické zásady, které jsou důležité pro pochopení motorického vývoje. Julius Kasa (1980) zmiňuje tyto zásady motorického vývoje.

¹ K vnitřním faktorům náleží: rozsah pohybu, svalová síla, anatomická stavba, zvyky, aktuální stav – citění. K zevním faktorům patří: vlastnosti úkolu (známý-neznámý, stálý-nestálý-měnicí se, předvídaný-nepředvídaný), prostředí (teplota, hluk, světlo), čas.

Zásady motorického vývoje:

- První zásada říká, že pohyb probíhá od všeobecných pohybů ke specifickým, což znamená, že novorozenec se nejdříve pohybuje celým tělem a až později částmi těla.
- Vývoj probíhá dle kefalokaudálního zákona.
- Vývoj probíhá od hlavní osy těla k obvodu. Dítě nejdříve pohybuje celýma rukama od ramene a až následně dochází k pohybům prstů.
- Zásada kontralaterální, která znamená, že vývoj pohybů probíhá od symetrických pohybů k asymetrickým. Dítě dříve pohybuje oběma rukama než jednou rukou, oběma očima než jedním okem.
- Dříve dochází k osvojování cyklických pohybů (chůze, běh) než pohybů acyklických (skoky).
- Vývoj pohybu je svázán s pociťováním pohybu.
- Vývoj pohybu podléhá stupňovitému učení se pohybu a postupné kontrole pohybu, což znamená, čím je dítě starší, lépe ovládá své pohyby.
- Zásada interiorizace (zvnitřnění)
- Zásada asociace a disociace, syntézy a analýzy říká, že během vývoje jedince probíhají procesy vzestupu a sestupu, skladu a rozkladu pohybu (mládí, stáří).
- Vývoj pohybu probíhá nejdříve přes proprioreceptory a tangoreceptory (fylogeneticky starší, receptory pohybu a dotyku) a pak přes telereceptory (receptory sluchu a zraku), které zanikají dříve.

4.1.5 Specifika domény u klientů s mentálním postižením.

Mentální retardace (dále jen MR) je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, **tělesné** i sociální.

Klasifikace mentální retardace ve vztahu k motorice (podle Pipekové, Bazalová 2006; Švarcová 2006):

- Lehká mentální retardace

Do 3 let věku se projevuje pouze lehké opoždění, může být zpomalen psychomotorický vývoj. Hlavní problémy nastávají v období školní docházky, kdy převažuje mechanické myšlení, malá úroveň pozornosti a paměti. Přetrvává opoždění jemné motoriky a celkové koordinace pohybů, opoždění v oblasti sociálních dovedností, nestálá emocionalita, impulzivnost a afektivní labilita.

- Středně těžká mentální retardace

Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen a přetrvává celková neobratnost.

- Těžká mentální retardace

Již v předškolním věku je značně opožděn psychomotorický vývoj, proto je nutný dlouhodobý nácvik koordinace pohybů. Často se vyskytují somatické vady, výrazné omezení psychických procesů, nestálost nálad a impulzivita.

- Hluboká mentální retardace

Hluboká MR má často organickou etiologii. Vyskytuje se těžké opoždění psychomotoriky a omezení motoriky, stereotypní pohyby, dále závažné neurologické poruchy v kombinaci s postižením sluchu a zraku (poškození zrakového a sluchového vnímání).

4.1.6 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika.

Klinické i standardizované zkoušky v oblasti hrubé motoriky se zaměřují na motorický vývoj i pohybové aktivity. Pozorujeme koordinaci, rovnováhu, obratnost, přesnost zacílení, způsob lokomoce, pohybový apetit.

- **Gunsburgova škála** - (Progres Manual. London, National Association for Mental Health, 1969) Zaměřena na čtyři oblasti: samostatnost, komunikaci, sociální přizpůsobení a zaměstnání.
- **Gesellovy vývojové škály** (1980) - škály určeny pro děti od 4 týdnů do 36 měsíců věku. Diagnostikuje se porucha vývoje, položky rozděleny do 5 oblastí: adaptivná chování, *hrubá* a jemná motorika, řeč a sociální chování.
- **Vývojová škola Bayleyové** (Psychodiagnostika, T-70, – nejrozšířenější globální vývojová škola od 1 měsíce do 3,6 let. Základní škály jsou mentální a *motorická*, zachycují percepční bystrost , diskriminační schopnost, vokalizaci a počátek řeči, řešení jednoduchých problémů.
- **McCathryové(1972)** -pro děti 2,5 – 8,5 let – předškolní věk – je dobře použitelný pro děti s *poruchami motoriky*
- **Škály funkční nezávislosti** (in Hanák a kol. IPPPČR,2005) Používá se u klientů s více vadami nebo těžší formou MP a týkají se sebeobsluhy, čistoty, *pohybu – přesuny, lokomoce – chůze*, komunikace, sociální porozumění.
- **Vývojové školy – 260 rozvíjejících cvičení** (STRASSMEIER, Portál,1996) Obsahuje soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným m vývojem. Postihují vývoj v oblasti návyků a sociálního chování, myšlení, řeči, *hrubé* a jemné *motoriky*
- **Portage projekt** (DC Paprsek)- pomoc rodině v rozvoji dítěte s tělesným a kombinovaným postižením Vývojová škála, která není primárně určena k diagnostice, ale hodnotí úroveň v oblastech socializace, komunikace, *motoriky*, apod.
- **Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením** (Hanák a kol., 2005) Nástroj pro diagnostiku a metodiku stimulace a vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením. Obsahuje vývojové školy v oblasti jemné a *hrubé motoriky*, grafomotoriky apod..
- **Zkouška Oseretského** (1997) - Používá se individuálně pro děti 4,5 do 14,5 let, umožňuje posouzení úrovně dílčích pohybových kompetencí – *měří hrubou motoriku* (pohyblivost těla a dolních končetin), jemnou motoriku. Test se zaměřuje na motorikou koordinaci, úpresmnost spojení různých pohybů.
- **Diagnostika dítěte předškolního věku** (Bednářová, Šmardová) Computer Press, 20078 Posouzení vývojové úrovně *motoriky*, grafomotoriky, kresby, apod.
- **Orientační test dynamické praxe** (Míka, Psychodiagnostika, T-50, 1982) – je vhodný zejména pro předškolní věk s vývojovým opožděním, navazuje na testy *motorického vývoje*, zaměřuje se na pohyby rukou, nohou a jazyka.

Následující text podává orientační vhled do ontogeneze hrubé motoriky dítěte

Motorika **novorozence** je primárně reflexivní, což se při vyšetřování hrubé motoriky využívá. Prostřednictvím přesně prováděných pohybů a cviků dochází ke specifickým reflexním motorickým reakcím. Např. lehký dotek na tváři způsobí otočení hlavičky dítěte směrem k té straně, na které bylo pohlazeno (hledací reflex), při náhlém hluku, nečekaném doteku či podtržením podložky, na které dítě leží, se spustí Moroův reflex (dítě rozhodí paže od těla a rychle je vrátí k sobě před hrudník a pokrčí nohy), když se zatlačí na břicho pod palec nohy sevře dítě prsty u nohou (chodidlový reflex) apod. Novorozenec zachovává tzv. “zárodečnou” polohu a to zejména ve spánku. Držený v poloze tváří k zemi mu hlava spadne pod horizontální rovinu těla, nohy se vyvěsí v kyčlích a paže se svěsí dolů. Podepřené v podpaží má dobrý svalový tonus v horní části těla.

D. Opatřilová (2004) uvádí zvláštnosti a specifika v ontogenezi dítěte, které signalizují odchylku ve vývoji. Je vhodné sledovat nápadnosti dítěte při přetáčení, otáčení, zvedání, stoupání, přisouvání DKK, pohybový nepokoj, přítomnost spasticity, hypotonie. Dále koordinaci pohybů při chůzi, přítomnost mimovolných pohybů, způsob sedu na židli popř. vozíku, sedu v kleku na patách, zda dítě kontroluje hlavu a unavitelnost při motorické aktivitě.

K diagnostice hrubé motoriky v novorozeneckém věku lze použít vývojové škály: **Oseretzkého škálu, Gesellovu škálu, Bühlerové-Hetzerové Kleinkindertest, Bayleyové škálu a Vývojový screening Passamanick-Knoblochová, které jsou zaměřeny na zjišťování úrovně celkového psychomotorického a neuropsychického vývoje. Zjištění svalové síly je prováděno testem na určení svalové síly R. W. Lovetta.**

V období od jednoho do čtyř měsíců :

- dítě "pase koničky"
- v leže obrací hlavu se strany na stranu, začíná se přetáčet
- kolem čtvrtého měsíce se umí přetáčet celé najednou

V období od čtyř do osmi měsíců :

- kolem osmého měsíce se dítě samo posadí
- sedí bez opory, hlavu i záda drží zpřímá
- převrací se na břicho
- vzpřímí se na čtyři a houpe se vpřed a vzad
- vleže na zádech zvedá hlavu,
- přetáčí se na břicho a obráceně
- z polohy na čtyřech se u opory pokouší vzpřimit

V období od osmi do dvanácti měsíců:

- začíná se stavět
- zpočátku se úkroky pohybuje okolo opory, chodí za ruce, postupně se v chůzi osamostatňuje
- v sedu má dobrou stabilitu, dokáže měnit polohu bez pádů
- leze přes drobné překážky, zvládá lézt po schodech

Batole

- leze obratně a rychle do schodů i ze schodů
- samostatně se postaví a posadí
- ve stoji má nohy rozkročené, ruce drží od těla
- v chůzi rádo tlačí nebo tahá hračky
- začíná běhat, většinou neví jak zastavit, situaci řeší pádem

Čtyřleté dítě

- zvládá chůzi v jedné přímce
- poskakuje na jedné noze, přeskočí 15 cm překážku (dopadá na obě nohy)
- sebejistě se pohybuje na tříkolce (vyhýbá se překážkám)
- leze po žebřících, šplhá po stromech a dětských prolézačkách
- běhá, zatahuje se a rozbíhá se bez obtíží
- hází míčem vrchem, hází dál a lépe míří

Pětileté dítě

- chodí pozpátku
- našlapuje napřed na patu a pak na špičku
- chodí samostatně po schodech a střídá nohy
- osvojuje si kotrmelce, přejde přes kladinu, naučí se skákat přes švihadlo (střídá nohy), učí se jezdit na kole
- udrží rovnováhu na jedné noze po dobu 10 sec, udělá 10 skoků v jedné řadě, aniž by spadlo
- dovede se dotknout prstů u nohou bez pokrčených kolen

Šestileté dítě

- rádo vyvíjí tělesnou aktivitu
- běhá, skáče, leze, šplhá, jezdí na kole, plave, hází a kope do míče
- je v pohybu, i když sedí, přes snahu sedět klidně (šije sebou)

Sedmileté dítě

- udrží rovnováhu na pravé i levé noze,
- hází a chytá i malé míčky
- novou tělesnou činnost si osvojuje tvrdohlavě, dokud ji nezvládne, potom ji opouští a osvojuje si novou činnost (Allen, E. K., Marotz, R. L., 2002).

Střední školní věk: (10) 11 – 14 (15) let

Vymezení vývojového období středního školního věku je snadné z hlediska vztahu ke školskému systému, obtížněji jej však můžeme stanovit z hlediska průběhu pubescentních změn (nástup). Nalézáme zde rozdíly i mezi užívanými periodizacemi.

V důsledku změn v somatickém (končetiny rostou rychleji než trup, nervová soustava a svalstvo nedostatečně rozvinuté), funkčním, motorickém a duševním vývoji dochází v tomto období k určitému narušení motorické činnosti. U některých dětí dochází ke značnému zhoršení koordinace. Čím rychlejší je růst a čím větší jsou disproporce mezi jednotlivými částmi těla, tím nápadnější jsou při tělesném pohybu nekoordinované znaky. V pubertě se zhoršuje hlavně schopnost přesnosti a plynulosti pohybů, chlapci a dívky jsou lehce unavitelní. Motorika je narušena především u dětí, které mimo školu neprovádějí žádnou sportovní aktivitu. Vedle diskoordinačních projevů, mohou mít problémy s regulací svalového úsilí i kinestetickým vnímáním polohových změn. Může se to projevit ve zhoršeném provedení dříve osvojených dovedností. Ke konci pubescence se tyto diskoordinační projevy omezují. Jinou příčinou jejich výskytu jsou také výkyvy aktivační úrovně (emoční labilita).

Starší školní věk: 14 (15) – (18) 19 let

Motorický vývoj je dokončen, dovednosti se zlepšují díky účinnější koncentraci pozornosti, motivaci, cílevědomějším přístupům k učení i zvýšené mentální intelektové adolescentů. Vyšší nervová činnost dosahuje značné dokonalosti, zvyšují se funkční možnosti svalového systému a pohybová činnost získává ráz pohybové činnosti dospělého. Od 10. do 18. roku, vlivem zlepšené činnosti krevního oběhu, klesá tepová frekvence. Studenti jsou schopni si osvojit i koordinačně velmi náročné pohybové dovednosti a činnosti. Období adolescence bývá označováno za vrchol v motorickém vývoji jedince (Vilímová, 2002).

4.1.7 Stanovení míry podpůrných opatření

Hrubou motoriku sledujeme a posuzujeme v úzké součinnosti s jemnou motorikou a grafomotorikou. Sledujeme rozsah, kvalitu a schopnost využití motorických schopností, zabýváme se formou lokomoce způsobem lezení při cílené činnosti a při relaxaci, podmínkami pro optimální motorický výkon.

I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň
Lehká porucha	Středně těžká porucha	Těžká porucha	Úplná porucha
Lehké funkční postižení , nutná rehabilitace, cvičení(ZTV,RTV)	Funkční postižení v souvislosti s učením nutná podpůrná opatření	Těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě několika funkčních celků (trup, pánev,končetina) pohybového ústrojí	Kombinace těžkých postižení s těžkými funkčními následky
je schopen lokomoce bez pomůcky-vady pohybového ústrojí	je schopen lokomoce s opěrnou pomůckou- omezení funkce dolních končetin	je schopen lokomoce na invalidním vozíku -omezení funkce dolních končetin	-imobilní těžká vada nosného nebo pohybového ústrojí
je schopen změny a udržení pozice těla	je schopen změny a udržení pozice těla – s dopomocí	je schopen změny a udržení pozice těla – s vydatnou pomocí – pomůckou , asistencí	změny a udržení pozice těla – pouze pomocí kompenzační pomůcky a asistence

Poruchy chůze			
lehké snížení svalové síly, neobratností, <i>špatná koordinovanost pohybu</i>	ataktická chůze– vrávoravá, potácivá chůze	těžší postižení částečná (<i>paraparéza</i> , obrna dolních končetin)	úplná ztráta pohybové aktivity (<i>paraplegie</i> , ochrnutí dolních končetin).
	chůze kymácivá nebo kolébavá, o široké bázi	zasaženy jsou <i>nervové dráhy v míše</i> , které vedou z mozku signály pro pohyb do končetin a obrna (<i>paréza</i>) nebo <i>plegie</i> se pak stává tzv. <i>spastickou</i> .	mobilita na křesle mobilita na lůžku
porucha jedné končetiny chůze je možná (při chůzi na ni napadá, i táhne ji za sebou, dělá s ní kratší kroky, ke zdravé noze ji jen přitahuje)	Porucha obou končetin, chůze obtížná – s kompenzační pomůckou Vyvolaný pohyb slabý, nějakým způsobem modifikovaný	Porucha <i>dolních segmentů míchy</i> (nejčastěji při útlaku vyhřezlou meziobratlovou ploténkou	nervová porucha znemožňující samotné vyvolání pohybu - zvýšený tonus s končetinou nemůže pasivně pohnout
Porucha koordinace pohybů (ataxie)			
nestálost, labilita během chůze nekoordinované držení těla	porucha funkce nebo koordinace	neschopnost udržet stabilní polohu, hypotonie - snížené svalové napětí	ztráta rovnováhy

Literatura:

- KUCHARSKÁ, A. a kol. *Obligatorní diagózy a obligatorní diagnostika ve SPC*, IPPP ČR, Praha 2007
- MKF – *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. U Průhonu 22, Praha 7, Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1587-2
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, K. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8
- VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*, Brno: MU, 1998 ISBN 80-210-1953-0
- HANÁK, P., a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0
- STRASSMEIER, W. *260 cvičení pro děti raného věku*, Praha: Portál, 1966, ISBN 80-7178-103-7
- ŠVARCOVÁ, M., *Mentální retardace*, Praha: Portál 2003, ISBN 80-7178-821-X.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami dětí a žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání
- ČELIKOVSKÝ, S. *Antropomotorika – Teorie tělesných cvičení*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova 1977. 272 s.
- ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vydání. Brno: nakladatelství Doplněk 2000. 377 s. ISBN 80-7239-060-0
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: Triton 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5
- KASA, J. *Antropomotorika*. 3. přepracované vydání. Bratislava: Univerzita Komenského 1980. 140 s.
- KOHOUTEK, R. *Základy psychologie osobnosti*. Brno: CERM akademické nakladatelství 2000. 263 s. ISBN 80-7204-156-8
- KRAUS, J. a kol. *Nový akademický slovník cizích slov*. 1. vydání. Praha: Academia 2006. 879 s. ISBN 80-200-1415-2
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H&H 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7
- MĚKOTA, K., BLAHUŠ, P. *Motorické testy v tělesné výchově*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p. 1983. 335 s.
- MĚKOTA, K., NOVOSAD, J. *Motorické schopnosti*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého 2005. 175 s. ISBN 80-244-0981-X
- MUŽÍK, V., NOVÁČEK, V., KOPŘIVOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z teorie a didaktiky tělesné výchovy*. Brno: MU 2000. učební text
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3
- VALENTA, M. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého 2003. 218 s. ISBN 80-244-0763-9
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido 2004. 463 s. ISBN 80-7315-017-9
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido 2006. 302s. ISBN 80-7315-134-0
- LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie* Praha: Grada. 2006
- KOLÁŘ, P. *Diferenciace z hlediska posturální podstaty*: Medica sportiva Bohemica et Slovaca, 1996, 5, 1, 4-8

4.2 Jemná motorika

4.2.1 Deskripce subdomény

Vývoj pohybových schopností se vyznačuje poslopností a propojeností hrubé motoriky, jemné motoriky, motoriky mluvidel, motoriky očních pohybů. Jemnou motorikou (MKF d440) rozumím pohyby ruky, uchopování předmětů a manipulaci s nimi.

Jemná motorika zahrnuje:

- grafomotoriku - pohybová aktivita při grafických činnostech;
- logomotoriku – pohybová aktivita mluvních orgánů při artikulované řeči;
- mimiku – pohybová aktivita obličeje;
- oromotoriku – pohyby dutiny ústní;
- vizuomotoriku – pohybová aktivita se zpětnou vazbou.

4.2.2 Specifika u osob s mentálním postižením

Postižení jemné motoriky prstů a rukou se u dětí s mentální retardací projevuje menší obratností při jemných pracích, při kreslení a psaní. Avšak každé dítě je jedinečná osobnost s charakteristickými rysy, a to do jaké míry je oblast jemné motoriky narušena záleží na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou všechny složky psychiky postiženy rovnoměrně nebo zda jsou některé psychické funkce postiženy výrazněji.

U dětí s lehkou mentální retardací je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Lehce opožděna bývá i jemná motorika, obtíže se projevují zejména v období školní docházky, avšak vhodným cvikem a výchovným vedením se tyto nedostatky mohou postupně zlepšovat, během dospívání a dospělosti mohou dosáhnout i normy.

U dětí se středně těžkou mentální retardací je vývoj jemné motoriky zpomalen. Trvale zůstává celková neobratnost, obtíže s koordinací pohybů a při jemných úkonech např. při zapínání knoflíků, zavazování tkaniček apod. U těchto dětí jsou obvykle podstatnější rozdíly v povaze schopností. Někteří dosahují vyšší úrovně v neverbálních úkolech než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní trpí značnou neobratností, přičemž jejich schopnost sociální interakce a komunikace dosahuje úrovně vyšší.

U dětí s těžkou mentální retardací je psychomotorický vývoj značně opožděn již v předškolním věku. Tyto děti trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami.

Děti s hlubokou mentální retardací jsou většinou imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu.

4.2.3 Diagnostické nástroje

- **Gesellův test** (Knobloch, Stevens, Malone, 1980) je klasická vývojová škála určená k vyšetřování dětí od 4 týdnů do 36 měsíců, u dětí s mentální retardací i možné použití i v pozdějším věku. Škála je rozdělena do 5 oblastí: hrubá a jemná motorika; adaptivní chování, které postihuje vnímání, reakce na podněty, vizuomotorickou koordinaci a řešení jednoduchých problémových situací; řeč; sociální chování. Součástí hodnocení a interpretace je podrobná anamnéza a kvalitativní popis chování dítěte. Pro každou oblast stanovíme vývojovou úroveň, kterou dané dítě dosahuje. Celkové vyhodnocení je určení vývojového kvocientu (VQ) jako odhad celkového intelektového potenciálu.
- **Vývojová škála Bayleyové** (1983) 3. revize testu je použitelná u dětí od 1 měsíce do 3,5 let, obsahuje motorickou a mentální stupnici. Tato škála umožňuje i analýzu profilu výkonu dítěte ve 4 oblastech: kognitivní vývoj, řeč, motorika a osobnostně – sociální vývoj. Hrubý skóre (součet splněných položek v každé ze škál) je převáděn na tzv. mentální, respektive motorický index s průměrnou hodnotou 100 a standardní odchylkou 16. Škála je méně využívána u klientů s těžším stupněm mentálního postižení.
- **Škála McCarthyové** (1972) je určena pro vyšetřování dětí od 2,5 do 8 let, obsahuje 18 subtestů, které jsou rozděleny do 5 dílčích škál: škála verbální, škála percepčně perforační, škála početní, a doplňkové škály paměti a motoriky včetně zjištění úrovně jemné motoriky ruky. Shrnutím získáme úroveň mentálních schopností (celkový kognitivní index s průměrem 100 a standardní odchylkou 15), v případě potřeby je možný převod na mentální věk.

- **Stanford-Binetova zkouška (S-B test)**, event. Terman – Merrillové, která u nás byla vydána v roce 1972 (Adamovič) a IV. Revize S-B testu (Thorndike, Hagenová, Satter) u nás publikovaná v r. 1995 (Smékal). S-B test je určen pro děti od 2 let až po dospělost, nejčastější použití je u dětí v předškolním věku a mladším školním věku, event. u dětí starších s těžšími stupni mentálního postižení. V každém ze subtestů lze získat samostatný vážený skóre a v konečném souhrnu získáváme kromě celkového IQ i skóre 4 dílčích oblastí: verbální usuzování, abstraktně – vizuální usuzování, kvantitativní usuzování a krátkodobá paměť. Úroveň jemné motoriky a vývoj senzomotorických dovedností se odráží v neverbálních úkolech (např. Paměť na korálky, Napodobování, Analýza vzorů, Skládání a střihání papíru). Hodnotíme např. způsob, přesnost a rychlost navlékání korálků, pozorujeme jak dítě pracuje, jaké jsou jeho pohyby, zda chaotické a nadbytečné, špatně koordinované apod. Pro každý subtest získáváme vážené skóre, které převádíme na IQ. Standardní skóre oblastí i celkové IQ mají průměr 100 a SD 16.
- **Wechslerovy zkoušky inteligence**: v současnosti jsou u nás k dispozici PDW – Pražský dětský Wechsler (Kubička, Bursík, Jirásek, 1973), WISC-III – Wechsler Intelligence Scale for Children – Third edition U.K., který byl u nás publikovaný v r. 1996, nové přepracované vydání 2002 (česká verze Krejčířová, Boschek, Dan). Přestože test není primárně testem jemné motoriky, lze úroveň jemné motoriky a schopnost vizuomotorické koordinace postihnout v subtestech Kostky, Skládanky, Symboly, Bludiště (manuální nezručnost se může také demonstrovat i v jiných činnostech). Při závěrečném hodnocení a interpretaci jsou hrubé skóre převáděny na vážené skóre, ty potom na celkové IQ.
- **Kohsovy kostky** (Košč, 1974) je kulturně nezávislý test, jehož použití je u dětí od 5 let do dospělosti, přičemž nejcitlivěji diferencuje od 11 do 13 let. Test je obdobný jako subtest Kostky ve WISC-III a postihuje schopnost vizuomotorické koordinace, logického myšlení, analýzu a syntézu v neverbálním úkolu atd. Celkové dosažené skóre se převádí na IQ i na mentální věk.
- **Vývojový test zrakového vnímání** (M. Frostigová, 1972) v české verzi byl test vydán v překladu Krallové, na naši populaci zatím nebyl standardizován. Test je zaměřen nejen na hodnocení úrovně vizuální percepce, ale i na senzomotorickou koordinaci a manuální zručnost. Použitelný je pro děti od 4 do 8 let, u dětí s těžším postižením i v pozdějším věku. Test se skládá z 5 subtestů: Vizuomotorická koordinace, Figura – pozadí, Konstantnost tvaru, Poloha v prostoru, Prostorové vztahy. Součet bodů získaných v jednotlivých subtestech i jejich celkovou sumu převádíme na vážené skóre, ty potom na tzv. percepční kvocient.
- **Číselný čtverec** (Jirásek, 1975). Zkouška je určena pro děti od 8,5 do 15,5 let, slouží zejména k hodnocení úrovně pozornosti, výkon je však ovlivněn i vizuální percepcí, schopností vizuomotorické koordinace, volním úsilím, a tím, že měříme čas potřebný ke zvládnutí zkoušky, poskytuje i informaci o osobním tempu dítěte. Při závěrečném hodnocení kromě kvalitativního zhodnocení průběhu výkonu, vypočítáme průměrnou hodnotu výkonu v 1. a 2. polovině testování, hrubý skóre převedeme na příslušný sten.
- **Ozeretzkého škála** (1997) je použitelná u dětí od 4 do 11 let, je koncipována podobně jako S-B test. Metoda nebyla na naši populaci standardizována. Měří hrubou i jemnou motoriku. Celkový skóre je součtem všech získaných bodů, které je možné převést na vážené skóre, např. standardní skóre a percentily. Využití je zejména u dětí s podezřením na opoždění motorického vývoje, resp. celkového opoždění např. u dětí s mentální retardací k orientačnímu zjištění úrovně motorických dovedností.
- **Žlab** (1960) používá pro zhodnocení motoriky a senzomotorické koordinace zkoušku házení a chytání tenisového míčku a koordinaci horních a dolních končetin při chůzi na místě u žebřin.
- **Orientační test školní zralosti** (Jirásek, 1970) je zaměřen na zjištění úrovně jemné motoriky, grafomotoriky a vizuomotorické koordinace. Test obsahuje 3 úkoly: kresbu lidské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení skupiny bodů. Při hodnocení výsledků používáme pětibodovou klasifikaci a celkový výsledek hodnotí výkon jako nadprůměrný, průměrný a podprůměrný.

- **Neprojektivní kresebné techniky** jsou velmi oblíbenou a široce využívanou metodou, ke zjišťování úrovně jemné motoriky, grafomotoriky a vizuomotorická koordinace, neboť pro většinu dětí představuje kreslení příjemnou činnost a nepociťují při ní strach, úzkost ani nechuť.
- **Test kresby lidské postavy** (vytvořila F. Goodenoughová, 1926) u nás byla zkouška upravena a standardizována v r. 1982 (Šturma a Vágnerová, 1982), určena je pro děti od 3,5 do 11 let. Test zjišťuje úroveň jemné motoriky, percepce, senzomotorické koordinace, orientačně i úroveň mentálního vývoje. Splnění položky je hodnoceno jedním bodem. Součtem obsahového a formálního skóre získáme celkový skór, který převádíme na steny, odlišné pro chlapce a dívky.
- **Test obkreslování** (Matějček, Vágnerová – Strnadová, 1974) je určen pro děti od 5 do 13 let, tvoří jej 12 předloh, které zobrazují geometrické tvary různé složitosti, které dítě obkresluje. Testem zjišťujeme úroveň grafomotoriky a vizuomotorická koordinace. Každá položka testu je hodnocena nanejvýš jedním bodem, dosažený hrubý skór převádíme na hodnotu příslušného stenu.
- **Rey-Osterriethova komplexní figura** (Košč, Novák, 1997) je použitelná pro děti od 5,6 do 17,5 roku (a dospělé), k hodnocení vizuální percepce, senzomotorických dovedností, pozornosti a paměti. Jednotlivé položky můžeme hodnotit body 0 – 2, dosažené hrubé skly převádíme na percentily. Posuzujeme rovněž délku trvání testu, pomocí tabulky průměrných časových intervalů. Dále je možná i kvalitativní analýza.
- **Orientační test dynamické praxe** (Míka, 1982) je screeningový test, určený pro děti od batolícího až po raný školní věk, v případě dětí s motorickým postižením jej lze použít v jakémkoliv věku. Test je složen z 8 položek, které se zaměřují na pohyb rukou, nohou a jazyka. Každá položka je hodnocena body, dosažené hrubé skóre jsou převáděny na percentily. Výsledek lze posuzovat i z kvalitativního hlediska.

K hodnocení jemné motoriky a vizuomotorická koordinace lze využít i psaného projevu (např. diktát, opisování textu). Podle Matějčka (1987) je vhodné nechat dítě napsat slova nebo věty, které odpovídají jeho školskému zařazení. Je možné posuzovat velikost a tvar písmen, jejich směr, kvalitu čar a jejich spojení, celkovou proporcionalitu grafického projevu, ale i např. tlak na tužku apod.

S motorikou souvisí i lateralita dítěte, zejména v předškolním věku a na počátku školní docházky. Zejména zkřížená lateralita a nevyhraněná lateralita rukou nebo očí mohou mít za následek drobnější poruchy senzomotorických dovedností a menší zručnost, což může vést k obtížím psaní, čtení a kreslení.

- **Test laterality** (Matějček, Žlab, 1972) zaměřuje se na lateralitu ruky, nohy, oka a ucha, zjišťuje jejich dominanci. Souhrn získaných výsledků, tj. posouzení pravostranné či levostranné dominance, je základem pro výpočet koeficientu pravorukosti.

4.3 Grafomotorika

4.3.1 Deskripce subdomény

Grafomotorika (MKF *d145,170*) je ta část jemné motoriky a psychických funkcí (rozumové schopnosti, vizuomotorická koordinace, prostorové vnímání, zrakové vnímání, pozornost, volní úsilí), kterou potřebujeme při grafických projevech (kreslení a psaní), a jejíž stupeň vývoje se podstatnou měrou odráží v kresbě a písemném projevu.

Grafomotorické dovednosti se začínají rozvíjet mezi prvním a druhým rokem věku dítěte. Dítě se pokouší o první čarání. Zpočátku se objevují čáry naznačující „kývavý“ pohyb, dále čáry všemi směry, kolem druhého roku kruhová čáranice, kolem třetího roku jednoduchá znaková kresba. Třileté dítě ovládá své pohyby rukou natolik, že mu nedělá obtíže napodobit různé čáry všemi směry – vertikální, horizontální, kruhové a čáry dle předlohy. Čtyřleté dítě ovládne kresbu křížku, pětileté napodobí čtverec, šestileté zvládne trojúhelník.

Informace o úrovni jemné motoriky a grafomotoriky, které jsou spolu úzce spjaty a o úrovni vizuomotorické koordinace, tedy souhrně zrakového vnímání s pohybem ruky, poskytuje **kresba**. Kresba je přirozenou součástí vývoje dítěte, zejména pro mladší děti představuje hru, zábavu, možnost vyjádřit se, a pokud dítě kreslí rádo, přináší mu i radost a uspokojení. Kresba uvedené oblasti také napomáhá rozvíjet a má velký význam pro později osvojovanou dovednost psaní. Zvládnutí grafomotorických dovedností je nezbytné pro děti před nástupem do 1. třídy. V předškolním věku je úroveň jemné motoriky, grafomotorických schopností a dovedností, vizuomotoriky jedním z důležitých kritérií při posuzování školní zralosti dítěte.

Základní etapou ve vývoji dětského výtvarného projevu tvoří *bezobsažná čáranice*. Toto čárání trvá zhruba do dvou let. Období bezobsažné čáranice se postupně mění v *období obsažné čáranice*. Dítě si začíná uvědomovat, že jeho čáráním něco vzniká – do kresby vkládá obrazy něčeho skutečného, začínají se objevovat první znaky. O uvedeném období hovoříme také jako o období přechodu ke znakové kresbě. V tomto období v kresbě převládá kruhová čáranice. Mezi 30 až 36 měsícem nastupuje období znakové kresby, objevují se hlavonožci. Nejvýznamnější etapou ve vývoji dětské kresby je období mezi 3 – 6 rokem věku. Dětská kresba je obrazem představy. V pěti letech už dítě zaznamenává řadu detailů, kresba je barevná, obsahově bohatá. *Hovoříme o etapě spontánního realismu*.

Svobodová uvádí, v souvislosti s vývojem kresby postavy, tyto etapy: čmárání, nereálné znázornění, difúzní obraz, hlavonožec, trupohlavonožec, montovaná figura, kde je stále více detailů, dvojdimenzionální znázornění končetin, vrcholem je syntetická kresba a kreslení profilu.

Než dítě začne více kreslit, případně než se zaměříme na rozvoj grafomotoriky, je nezbytné znát lateralitu dítěte. Pro psaní je důležitá zejména lateralita oka a ruky. Obtíže mohou vzniknout pokud má dítě nevyhraněnou nebo zkříženou lateralitu a při přecvičovaném leváctví či praváctví. Psaní přecvičených leváků má někdy stejný ráz jako psaní dětí s mírnými motorickými deficity.

4.3.2 Specifika u osob s mentálním postižením

U dětí s mentální retardací bývá postižena jemná motorika prstů a rukou, což má za následek menší obratnost i při kreslení a psaní. Tyto děti mohou mít odlišnosti, zvláštnosti či problémy ve vývoji kresby a grafomotorických (vč. vizuomotorických) dovedností. Míra obtíží závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, a na rozložení jednotlivých složek psychického vývoje. Čím hlubší je postižení, tím jsou projevy opoždění ve vývoji dítěte výraznější a tedy i v kresbě. V kresbě lidské postavy se u dětí s mentální retardací, zejména v předškolním věku, projevuje malý počet detailů, neadekvátní spojování částí, které ve skutečnosti k sobě nepatří. Některé děti s mentální retardací mívají nechuť ke spontánnímu kreslení, což bývá podmíněno jejich motorickou neobratností a často i kritickými poznámkami okolí, proto raději nakreslí jednoduché obrazce.

4.3.3 Diagnostické nástroje

Stanford-Binetova zkouška (S-B test): Úroveň jemné motoriky, senzomotorických dovedností, ale i grafomotoriky se odráží v neverbálních úkolech, zejména v předškolním věku např. kresebné úkoly v subtestu Napodobování. Úroveň vizuomotorické koordinace se odráží zejména v úkolech neverbálního typu (např. Napodobování, Analýza vzorů, Skládání a stříhání papíru).

Wechslerovy zkoušky inteligence – Úroveň grafomotoriky postihuje zejména subtest Kódování, Hledání symbolů, Bludiště, úroveň vizuomotorické koordinace nejlépe postihují subtesty Kostky, Skládanky, Symboly, Bludiště.

Orientační test školní zralosti

Kohsovy kostky (vizuomotorika)

Vývojový test zrakového vnímání (vizuomotorika)

Neprojektivní kresebné techniky

Test kresby lidské postavy

Test obkreslování

Rey-Osterriethova komplexní figura

Test hvězd a vln (Kucharská, Šturma) je použitelný od 3 – 4 let pro všechny věkové kategorie. Jedná se o projektivní test, k posouzení grafomotorických schopností, zrakové percepce a senzomotorické koordinace. Celkový skóre získáme součtem dílčích výsledků.

Test cesty (TRAIL – MAKING TEST, 1992) je časově nenáročná a jednoduchá metoda screeningového charakteru, použitelná u dětí od 9 do 15 let. Je ukazatelem psychomotorického tempa, vizuomotorická koordinace a pozornosti. Výsledkem testu je křivka výkonu v jednotlivých částech testu, míra unavitelnosti a odolnosti k zátěži.

Žlab (1960) zkouška pro zhodnocení motoriky a senzomotorické koordinace.

Na zjištění úrovně grafomotoriky (vč. vizuomotoriky) lze využít i psaného projevu (např. diktát, opisování textu). Je možné posuzovat velikost a tvar písmen, jejich směr, kvalitu čar a jejich spojení, celkovou proporcionalitu grafického projevu, ale i např. tlak na tužku apod. V případě vytěžování kresebných testů je třeba si uvědomit skutečnost, že kresba v dětském věku nezachycuje toliko úroveň grafomotoriky, ale i způsob chápání světa, což se u dětí s mentálním postižením může demonstrovat s časovou prodlevou odpovídající stupni postižení – narušená ontogeneze kresby tak může mít různé příčiny.

4.4 Stanovení míry podpůrných opatření

Při využití standardizovaných testů stanovíme míru podpůrných opatření pomocí transformace standardních skóre (tj. testového výsledku zkoušky konkrétního jedince) - viz. tabulka a křivka normálního rozložení četností (Gaussova křivka) závěrečné kapitoly katalogu.

Při využití klinických zkoušek lze ke stanovení míry podpůrných opatření orientačně využít následující tabulky (blíže viz poslední kapitola katalogu).

KLINICKÁ METODA		
STUPEŇ m. p. o.	body posuzovací škály	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	0	širší norma
I.	1	podprůměr
II.	2	hluboký podprůměr
III.	3	praktická absence funkce či masivní deficit
IV.	4	plná absence funkce

Literatura:

- STANISLAV LANGER, *Mentální retardace*. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova. Hradec Králové: Kotva, 1996, 3. přepracované vydání, ISBN 80-900254-8-X.
- IVA ŠVARCOVÁ, *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-821-X.
- JIŘINA BEDNÁŘOVÁ, VLASTA ŠMARDOVÁ, *Rozvoj grafomotoriky. Jak rozvíjet kreslení a psaní*. Brno: Computer Press, a.s., 2006, 1. vydání, ISBN 80-251-0977-1.
- JOSEF LANGMEIER, DANA KREJČÍŘOVÁ, *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006, 2. aktualizované vydání, ISBN 80-247-1284-9.
- ANTJE C. LOOSEOVÁ, NICOLE PIEKERTO VÁ, GUDRUN DIENEROVÁ, *Grafomotorika pro děti předškolního věku*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-540-7.
- MOJMÍR DOLEJŠÍ, *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1983.
- DAGMAR PŘINOSILOVÁ, *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, 2004, ISBN 80-210-3354-1.
- LEA KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ (ed.), *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004, ISBN 80-7315-063-8.
- PAVEL ŘÍČAN, DANA KREJČÍŘOVÁ a kol., *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1997, ISBN 80-7169-512-2.
- MOJMÍR SVOBODA (ed.), DANA KREJČÍŘOVÁ, MARIE VÁGNEROVÁ, *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-545-8.
- ANNA KUCHARSKÁ a kol., *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR, 2007, ISBN 978-80-86856-42-1.

4.5 Psychomotorika

4.5.1 Charakteristika subdomény

U této domény je jasné vymezení jejího chápání a pojetí zvláště významné. Právě v tomto případě je v podstatě možné setkat se s trojím chápáním pojmu psychomotorika.

V prvním případě je psychomotorika ((MKF *d 147*) chápána jako systém tělesné výchovy, který využívá pohybu jako výchovného prostředku. Hovoří se o výchově pohybem. Nesoustřeďuje se pouze na rozvoj pohybových schopností, na tělesnou zdatnost, ale i na psychickou a společenskou složku osobnosti každého jedince.

U Matulaye (1986) se setkáváme s přístupem chápajícím psychomotoriku jako psychomotorický vývoj jedince.

Konečně je pojem psychomotorika chápán jako okamžitý psychický stav jedince vyjádřený souborem pohybových projevů (Hartl, Hartlová, 2000). V tomto smyslu je tento pojem také dále zpracován.

Pro potřeby tohoto textu je psychomotorika chápána jako projev představující souhrn pohybových aktivit člověka, jeho volní i mimovolní pohybové činnosti včetně gestikulace, mimiky apod. Jedná se tedy o pohybový projev odrážející okamžitý psychický stav člověka.

V širším slova smyslu sem můžeme zařadit veškerou vědomou pohybovou činnost, volního i mimovolního charakteru. Zvláště významné místo v psychomotorice zaujímají ty pohybové projevy, které jsou přímým důsledkem nebo charakteristickým odrazem určitého psychického stavu, a to jak v rámci normy (mimika, smích, pláč, gestikulace), tak mimo ni (akinese, třes, grimasy) (Edelsberger, 2000).

4.5.2 Specifika u klientů s mentálním postižením

Jestliže chceme hovořit o dětech s mentální retardací v jakémkoliv kontextu, je nezbytné mít neustále na paměti, že máme na mysli nesmírně široké spektrum možností projevů v závislosti na míře a stupni postižení toho kterého dítěte.

V případě dětí s mentálním postižením se setkáváme se specifickou situací, kdy dítě přes svůj handicap je schopno mnohdy plně vnímat a prožívat nejrůznější psychické stavy, ale jejich motorické vyjádření je z nejrůznějších důvodů změněno nebo je problematické. U tohoto typu dětí se velmi často setkáváme v první řadě s pohybovou neobratností, ale také i nemožností pohybové odpovědi. Toto dále může vyvolávat řetězovou reakci ve formě vyhýbání se právě oněm rizikovým aktivitám a nebo, což není výjimkou, je neadekvátní psychické zpracování situace. Důsledkem je pak např. afekt, který se vnějšmu okolí může jevit jako zcela neopodstatněný. Stejně pak není výjimkou nesprávné vyhodnocení vzniklé situace v důsledku nepochopení kontextu apod.. Důsledkem takového chybného závěru je vyústění v inadekvátní motorickou reakci.

Velmi významným specifikem dětí s mentální retardací je jejich značně omezená schopnost abstrakce a masivní tendence mechanické aplikace naučeného a ověřeného bez ohledu na situační kontext.

Nejedná se tedy o chybné zpracování podnětové situace či neschopnost adekvátního motorického výkonu. Dítě řeší situaci způsobem, který zná, má jej naučený a ověřený. Používá jej proto i v tomto případě bez ohledu na jeho vhodnost či nevhodnost.

Celkovým výsledkem takového dlouhodobého projevu je samozřejmě dopad do oblasti utváření chybných komunikačních strategií a celkového formování osobnosti dítěte.

4.5.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této subdomény)

Z hlediska diagnostiky se psychomotorika, v našem pojetí, ukazuje jako značně problematický fenomén. V dostupné literatuře naší či zahraniční se s tendencí měření projevů psychomotoriky u dětí či dospělých neseťkáváme. Odborná literatura se v tomto kontextu zaměřuje na rozvoj pohybových aktivit jedince včetně poznávání sebe sama s postupným zvyšováním nároků a cílů. Vyústěním je pak dosažení pozitivního rozvoje osobnosti jedince a jeho psychosociálně komunikačních dovedností.

V případě psychomotoriky se nedaří najít odpovídající psychometrický nástroj, který by umožňoval její kvantifikaci. V oblasti diagnostiky nám tedy zůstává k dispozici oblast klinická. V této souvislosti jako základní nástroj je možné použít přímé či nepřímé pozorování strukturované či nestrukturované aktivity dítěte.

Tento způsob diagnostického postižení sledované činnosti s sebou samozřejmě přináší řadu problémů.

V první řadě je vysoce subjektivní, závislý na osobě pozorovatele. Dalším problémem je oblast spojená se samotným dítětem. Zde vstupují do hry proměnné typu zdravotního stavu, aktuálního emočního vyladění apod. Tyto faktory mohou významným způsobem výkon dítěte ovlivnit, ale současně jsou nepředvídatelné. Konečně

vstupuje do hry faktor prostředí. Pozorování je prováděno nejprve třeba v pracovně psychologa a následně pak např. na dětském hřišti. Jako pozitivní stránku je nutné hodnotit možnost vyloučení dopadu kulturních stereotypů. Pozorování je možné realizovat v přirozeném prostředí referenční skupiny dítěte.

Z hlediska diferenciální diagnostiky je nutný standardní postup k vyloučení jiných příčin zaznamenaného projevu. Jedná se o zaměření na vyloučení smyslových vad, především vady sluchu, dětských psychóz, poruch řeči – především typu vývojové dysfázie a mutismu, dětského autismu, psychické či kulturní deprivace, syndromu týraného či zneužívaného dítěte a samozřejmě v neposlední řadě výchovného a sociálního zanedbání.

Jako diagnostický nástroj nám tedy v tomto případě poslouží pozorování pohybové aktivity dítěte v kontextu psychického projevu.

Jde tedy o sledování dítěte jednak při strukturované pohybové aktivitě a jednak při pohybové aktivitě volné. Výsledek sledování je potom možné vyhodnotit s pomocí níže popsané pětistupňové Likertovy škály:

Stupeň škály	Typ aktivity
4	dítě je pasivní příjemce dění a projev má charakter mimický, gestický apod. dítě je schopno samo reagovat na podnět z vnějšku
3	dítě se projevuje samostatnou aktivitou – odmítá partnera dítě strpí dalšího spoluhráče
2	dítě vyhledává konkrétního spoluhráče, strpí jeho zásahy do hry dítě je schopno kooperativní aktivity ve dvojici mimo skupinu
1	dítě je schopno kooperativní aktivity ve dvojici mimo skupinu a akceptuje hrové pomůcky nabízené z vnějšku či spoluhráčem dítě je schopno kooperativní aktivity ve dvojici paralelně se skupinou
0	dítě je schopno účasti na aktivitě skupiny za podmínky spoluúčasti zvoleného partnera dítě je schopno účasti na aktivitě skupiny samostatně jako její běžný člen

Uvedená škála je vytvořená na základě déleleté praktické zkušenosti opírající se o sledování klientů SPC pro děti s mentálním postižením. Setkáváme se zde s dětmi s mentální retardací různého stupně, ale i s těžce sociálně zanedbanými dětmi. Psychomotorika se zde stává velmi významným ukazatelem toho, zda se jedná o pseudoretardaci či mentální postižení. Pod vlivem vhodného vedení zanedbané děti velmi prudce akcelerují a nasmírně rychle se z pozice izolované aktivity bez zájmu o kooperaci s jiným dítětem přesouvají na úroveň aktivní účasti na činnosti skupiny. Děti s mentálním postižením zdaleka tak rychlého postupu nedosahují a je pro ně velmi obtížné při jednotlivých krocích zařazovat různé pomůcky. Jejich projev je namnoze značně rigidní.

4.5.4 Stanovení míry podpůrných opatření

Míru podpůrných opatření (m. p. o.) je v tomto případě možno vyjádřit následovně:

Stupeň m. p. o.	Stupeň Škály	Typ aktivity
bez p. o.	0	dítě je schopno účasti na aktivitě skupiny samostatně jako její běžný člen dítě je schopno účasti na aktivitě skupiny za podmínky spoluúčasti zvoleného partnera
I.	1	dítě je schopno kooperativní aktivity ve dvojici paralelně se skupinou dítě je schopno kooperativní aktivity ve dvojici mimo skupinu a akceptuje hrové pomůcky nabízené z vnějšku či spoluhráčem
II.	2	dítě je schopno kooperativní aktivity ve dvojici mimo skupinu dítě vyhledává konkrétního spoluhráče, strpí jeho zásahy do hry
III.	3	dítě strpí dalšího spoluhráče dítě se projevuje samostatnou aktivitou - odmítá partnera
IV.	4	dítě je schopno samo reagovat na podnět z vnějšku dítě je pasivní příjemce dění a projev má charakter mimický, gestický apod.

Literatura:

EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. Praha: Nakladatelství Hand H s.r.o., 2000, ISBN 80-86022-76-5
HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál s.r.o., 2000, ISBN 80-7178-303-X
MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986

KAPITOLA 5

5 Lateralita

Valenta M.

5.1 Deskripce domény

Nesporná autorita výzkumu lateralit prof. Miloš Sovák vymezil lateralitu jako vývojovou (leč fyziologickou) úchylku v organismu dle jeho středové roviny ve smyslu nadřazenosti jedné strany nad druhou či upřednostnění jednoho z párových orgánů hybných a smyslových jako výraz funkční specializace (tzv. dominance) mozkových hemisfér. V poradenské diagnostice stojí v popředí zájmu lateralita očí a rukou, marginálně uší či nohou (zde snad jen při výběru do sportovních tříd). Co se týče leváctví, bývá uváděna středová hodnota prevalence ve světové populaci kolem 10%, přičemž více je zasažena její mužská část (testosteronová teorie), Synek (1991) dokládá následující hodnoty původního šetření v testech lateralit školních dětí u nás:

- 54% upřednostňuje pravou ruku a 12% levou ruku (34% ambidextrie)
- 60% mělo vedoucí pravé oko, 30% levé oko
- shodnou pravostrannost vykazovalo 35% dětí, levostrannost 4-12% dětí
- zkřížená lateralita pravého oka a levé ruky se vyskytovala ve 20% vzorku
- zkřížená lateralita levé ruky a pravého oka uváděná z hlediska školní úspěšnosti jako nevýhodná se objevila až v 15% probantů.

Tzv. Geschwindova-Galaburdova teorie (Koukolík in Zelinková, 1994) předpokládá, že standardní je pravorukost a lateralizace řeči v levé hemisféře, přičemž odlišné dominance (cca třetina populace) jsou pokládány za anormální – častěji se na jejich pozadí objevují vývojové poruchy řeči, poruchy kognice i emocionality – teorie k nim řadí dyslexie, balbuties, dysfázie, autismus, hyperaktivitu i poruchy sociální adaptace.

Již v polovině minulého století výzkumy (Matějček, Žlab, 1972) prokázaly, že lateralita má ontogenetickou vývojovou křivku, jež ustaluje a vyhraňuje v souvislosti s manipulací s nástroji přibližně od čtvrtého roku života, Zelinková (1994) v souvislosti s genotypem (vrozený typ lateralit) a fenotypem (projev lateralit „teď a tady“) udává, že ještě v předškolním věku není dominance u některých dětí (jež mohou mít tak školní problémy) dostatečně zřejmá a užíváme proto u nich označení *nevyhraněná lateralita* (termín je užitečně odlišit od pojmu *neurčitá lateralita*). Totéž uvádí ve svém manuálu zkoušky lateralit také její autoři. V tomto manuálu je explicitně uvedena významnost zkoušky lateralit v klinické praxi psychologické i speciálně pedagogické - ve výchovném i profesním poradenství. Zvláštní význam pak nabývá v diagnostice „lehkých dětských encenfalopatií“, v diagnostice i terapii poruch řeči, dyslexie a jiných obtíží ve sdělovacím procesu, v případě smyslových poruch, při školních obtížích, neprospěchu a nápadných výkyvech ve školní výkonnosti, při hodnocení školní zralosti, ve všech případech výchovných obtíží, neurotických projevů, poruch chování... Z textu je zřejmé, že v době vzniku manuálu docházelo k jistému nadužívání zkoušky lateralit a tato byla vřazena do většiny či všech testových baterií.

5.2 Specifika osob s mentálním postižením

V odborné literatuře neexistují validní informace o počtech leváků či výskytu tzv. nevýhodného typu lateralit ve vztahu ke specifickým poruchám učení a poruchám řeči popř. motorickým poruchám (a poruchám orientace v tělesném schématu) u osob s mentálním postižením (kvalifikovaný odhad praktiků hovoří o více jak 20% osob s mentálním postižením s nevýhodnou lateralitou). Základním problémem je navíc fakt, že odborníci nejsou dosud zajedno ani v tom, zda vůbec (generalizovaně na celou populaci) existuje kauzální spojitost mezi nevýhodným typem lateralit (nevyhraněná dominance, zkřížená lateralita, levostranná preference oka a ruky) a těmito poruchami. Na jedné straně se setkáváme s přitakáním uvedené kauzality podepřeným výzkumy (např. Milz in Pokorná, 2001), kdy se dokládá např. z anamnestických údajů dětí se specifickými poruchami učení častější výskyt levorukosti, ambidextrie či zkřížené lateralit s tím, že u leváků se častěji vyskytují netypické formy dominance hemisfér pro řečové podněty než u praváků. Také Lechta (1990) uvádí do příčin narušené komunikační schopnosti (např. dyslexie, dysgrafie, špatná výslovnost) nevyhraněnou a překříženou

lateralitu, stejně jako v textu *Klinické logopedie* (Škodová, Jedlička, 2003) najdeme odkazy na častý výskyt nevýhodných typů lateralit u vývojových dysfází a zkouška lateralit je uváděna v baterii speciálně zaměřených zkoušek v diagnostice narušení grafické stránky řeči. Na záhadně zvýšenou incidenci leváctví u klientů Ernestina upozorňoval již počátkem minulého století jeden z pionýrů české „psychopedie“ profesor Karel Herfort (Černá, 2008). Na straně druhé se více odborníků kloní k názoru, že vztah mezi zkříženou lateralitou a dyslexií neexistuje (Zelinková, 2003) a na obecnější úrovni - že se dosud nepotvrdila souvislost mezi poruchami učení a zkříženou lateralitou (Pokorná, 2001). Například Zdeněk Žlab zjistil, že mezi leváky není více dyslektiků a že pro období počátečního čtení, *kdy je nutná spolupráce obou hemisfér, je nevyhraněná lateralita vhodnější. V pozdějším věku, kdy dítě přestává soustavy písmen luštit, zaměřuje se více na obsah, nabývají na převaze levohemisférové mechanismy a teprve v tomto období je lateralizace nutná* (Zelinková, 2003, s.143-4). Obdobně lze přistupovat k dětem s mentálním postižením – v odborné literatuře nenajdeme svědectví o signifikantní korelaci mezi leváctvím a mentální retardací.

5.3 Diagnostické nástroje

Mezi silné stránky diagnostikování lateralit patří časová nenáročnost, snadnost administrace a evaluace testu (přesněji zkoušky) lateralit a hrový charakter většiny dílčích zkoušek.

V naší poradenské a klinické praxi je nejvíce využívána zkouška lateralit Z. Matějčka a Z. Žlaba (**Zkouška lateralit. Bratislava: Psychodiagnostika, 1972**). K hodnocení lateralit horních končetin je určeno 12 položek, pro lateralitu očí jsou určeny dvě položky, pro určení dominantního ucha jedna položka. Tato zkouška nebyla standardizována obvyklým způsobem, výsledky dílčích zkoušek jsou výsledným přepočtem převedeny na koeficient pravokosti (DxQ).

Škála McCarthyové (1972) je určena dětem ve věkovém pásmu 2,5-8 let. Obsahuje 18 subtestů, výsledek je vyjádřen jednak celkovým kognitivním indexem (průměr 100, SD 15), jednak na dílčích škálách (vč. celkové pohybové obratnosti a jemné motoriky rukou) s průměrem 50 a SD 10. Test lze použít i pro orientační posouzení lateralit.

Literatura:

- ČERNÁ, M. A KOL. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008.
DRUKOVÁ, S.-SYLLABOVÁ, R. *Záhada leváctví a praváctví*. Praha: Avicenum, 1983.
LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1990.
MATĚJČEK, Z. *Dyslexie-specifické poruchy učení*. Praha: H+H, 1995.
MATĚJČEK, Z.-ŽLAB, Z. *Zkouška lateralit*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1972.
POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001.
SVOBODA, M. A KOL. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001.
SYNEK, F. *Záhady levorukosti*. Praha: Horizont, 1991.
ŠKODOVÁ, E.-JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003.
ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003.

KAPITOLA 6

6 Orientační funkce – Orientace časem, místem, osobou

Lečbych M.

6.1 Charakteristika domény

Posuzování orientace (MKF *b114*) patří mezi základní součásti psychiatrického a klinicko-psychologického vyšetření psychického stavu pacienta. V souslednosti vyšetření má své místo blízko samého počátku hlubšího vyšetřování, obvykle v rámci posouzení přítomného stavu psychického (status praesens psychicus, zkr. SPP). Popsání a zhodnocení **orientovanosti** pacienta je důležité zejména pro posouzení **stavu vědomí**. Samo o sobě posouzení orientovanosti nemá valný význam, je prostředkem posouzení úrovně vědomí a tím pádem i prostředkem přispívajícím v rámci celkové diferenciální diagnostiky. Poruchy vědomí jsou vždy příznakem závažného psychického stavu, jehož stabilizace a léčba je mnohdy bezodkladná. I když je stav a kvalita vědomí výslednicí mnoha různých faktorů (např. metabolické vlivy, okysličení organismu, funkce paměti, myšlení...) a jedná se o mimořádně komplexní fenomén, je v klinické praxi právě **orientovanost** citlivým indikátorem jeho možného narušení. Vědomí nelze považovat za funkci jedné specifické oblasti mozku, nelze také uvažovat ani o jeho lokalizaci v hierarchicky nejvýše postavených oblastech, jako je například asociační kůra. Vědomí je nutno chápat jako výslednicí integrace kortikálních i subkortikálních oblastí lidského mozku. Zatímco vědomé procesy lidské činnosti jsou funkčně vázány na neokortex a asociační kůru, pro integraci činnosti se subkortikální oblastí je nutná integrace prostřednictvím retikulární formace, jejíž narušení vede ke komatu. Pro optimální nastavení asociační kůry pro zpracování informací je také klíčová role limbického systému.

Z hlediska klinického popisu vědomí a relevanci k duševním poruchám má význam rozlišovat následující funkce vědomí:

- a) **Vigilita** (bdělost) – úroveň bdělosti, která je ovlivněna přirozeným kolísáním bdělého stavu v průběhu dne (cirkadiánním rytmem), pro její regulaci je významná zejména retikulární formace. Poruchy v oblasti vigility jsou charakterizovány obvykle jako kvantitativní poruchy vědomí.
- b) **Lucidita** (jasnost) – úroveň schopnosti zpracovávat a třídit informace, jedná se o schopnost nutnou k uvědomění sebe sama, vědomí vlastních mentálních stavů. Poruchy lucidity představují zejména kvalitativní poruchy vědomí.
- c) **Idiognoze** – úroveň schopnosti přiřadit obsah vědomí k vlastnímu já, jedná se tedy o předpoklad vědomí vlastní identity, rozlišení mezi vnitřním a vnějším světem (vlastním vnitřním prožitkem a vnější událostí zpracovanou senzory i procesy). Poruchy idiognoze jsou spojeny zejména s kvalitativními poruchami vědomí.

Orientaci můžeme rozdělit na tři základní skupiny:

1. **Autopsychickou:** jedná se o orientovanost vlastní osobou, vědomí vlastního já, vědomí vlastní identity.
2. **Alopsychickou:** jedná se o orientovanost v okolních dějích, zejména v okolní situaci, místě, čase.
3. **Somatopsychickou:** jedná se o orientovanost ve vlastním tělesném schématu, funkcích a struktuře vlastního těla.

6.2 Poruchy v rámci domény

Obecné dělení poruch vědomí v psychiatrii v rámci obecné psychopatologie rozlišuje **kvantitativní poruchy** a **kvalitativní poruchy**. **Kvantitativní poruchy** vědomí jsou dány hloubkou narušení úrovně bdělosti, jedná se o zastření vědomí. Dělíme je na:

- **Somnolenci** – jedinec vzbuzuje dojem ospalého, spavého. Lze jej na krátkou dobu přivést k jasnému vědomí, je schopen reagovat na dotazy a vnější podněty. Myšlení je zpomalené, objevují se latence. Orientovanost je zachována.

- **Sopor** – jedinec budí dojem spícího, k jasnějšímu vědomí vedou jen silné podněty, doba jasněho vědomí je velmi krátká. Objevují se specifické neurologické a fyziologické fenomény (šlachové a okostnicové reflexy, zpomalená frekvence dechu, pokles krevního tlaku). Při jasnějším vědomí je orientovanost zachována, je komplikována stručnými odpověďmi.
- **Koma** – stav bezvědomí, ze kterého nelze jedince přivést k vědomí ani výraznými podněty, neobjevuje se reakce na bolest. Posouzení orientovanosti je přirozeně vyloučeno. Z hlediska lékařské relevance jsou rozlišovány podle přítomnosti specifických neurologických dějů mělčí a hlubší komatózní stavy.
- **Mdloba** – jedná se o náhlu a krátkodobou poruchu vědomí, které je obvykle podmíněna nedokrvěním mozku, případně únavou, vyčerpáním, extrémní psychogenní příčinou (silný afekt u disponovaných osobností). V úvahu taktéž připadají srdeční a oběhová onemocnění. V období před a po mdlobě by neměla být orientovanost narušena.

Tomuto rozdělení odpovídá v rámci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví (dále jen MKF) v rámci funkcí vědomí (b 110) kategorie „Stav vědomí“ (b 1100).

Kvalitativní poruchy vědomí jsou charakterizovány zejména obluzeným vědomím, při kterém má jedinec závažné obtíže integrovat jednotlivé psychické děje, psychické funkce a adekvátním způsobem vnímat a hodnotit okolí. Právě zde se nejvýrazněji projevují poruchy orientace časem, místem, situací a vzácněji i osobou. Při kvalitativních poruchách vědomí bývá nejprve narušena orientace časem, v pozdějších fázích i místem a situací, v nejzávažnějších případech pak i osobou. V obecné psychopatologii ke kvalitativním poruchám vědomí řadíme:

- **Delirium** – je stav značné zmatenosti, který vzniká náhle, obvykle ve večerních hodinách. Probíhá bouřlivě a má krátké trvání. V chování je nápadná dezorientace, sugestibilita. Myšlení je bludné, bludy jsou prchavé, objevují se i pestré poruchy vnímání – iluze, halucinace. Po odeznění tohoto stavu se může objevovat amnézie ostrůvkovitěho charakteru, vzácněji i plná. Narušené jsou kognitivní funkce, psychomotorika, emotivita. Vznik deliria může být podmíněn celou řadou patogenetických faktorů, dominují zejména organické příčiny (intrakraniální onemocnění, systémová onemocnění, toxické vlivy, abstinenční syndromy, poruchy neurotransmiterů...). Z hlediska psychogenních vlivů připadají v úvahu bipolární afektivní poruchy, schizofrenie, schizoafektivní poruchy, důsledky extrémního stresu
- **Obnubilace** – jsou mráкотné stavy, které vznikají náhle a náhle i odeznívají. Objevují se i z plně jasněho vědomí, po jejich odeznění na ně nasedá plná amnézie. Trvání je obvykle krátké v řádu minut, pouze vzácně déle, zaznamenány jsou však i případy trvající několik dnů. V těchto stavech jedinec jedná jakoby automaticky (rutinní zafixovaná činnost), nebo je jednání zcela inadekvátní. Neobjevuje se cílená motivace. Mohou se objevovat patologické impulzivní činy. Jedinec není schopný koncentrace pozornosti. Známé jsou formy stuporózní (ztráta motorické aktivity), afektivně-delirózní (vystupňovaný neklid), vigilambulantní (automatické jednání).
- **Poruchy idiognoze** – jsou stavy, při kterých jedinec vnímá vlastní zážitky a pocity jako něco cizího, co není součástí jeho samého. Oproti psychickým příznakům má jedinec náhled, že prožitky jsou záležitostí jeho subjektivního světa. Řadíme sem depersonalizaci a derealizaci. Při autopsychické depersonalizaci se objevují poruchy ve vnímání sebe samého, obvykle jako odcizeného, mechanického, vnímaného z povzdálí, objevuje se pocit ztráty emocí. Při somatopsychické depersonalizaci dominují pocity, že vlastní tělo je cizí, pohyby těla nejsou vlastní subjektu, tělo je bez života. Derealizace je charakterizována pocitem, že vnější svět není skutečný, okolí je vzdálené, chybí mu život. Sekundárně se tyto fenomény mohou vyskytovat u řady psychických poruch – psychóz, afektivních poruch, intoxikací, organických poruch. Vznikají také po dlouhodobé sensorické deprivaci.

V rámci MKF jsou tyto poruchy zařazovány k funkcím „Kontinuita vědomí“ (b 1101) a „Kvalita vědomí“ (b 1102). Z hlediska psychiatrické diagnostiky se s těmito symptomy můžeme setkávat u organických psychických poruch (zejména u demence), poruch působených psychoaktivními látkami, psychotickými poruchami.

6.3 Specifika u osob s mentálním postižením

Posouzení orientačních funkcí má v případě osob s mentální retardací zejména význam pro diferenciální diagnostiku a výskyt komorbidních problémů, které mohou být částečně zastíněny obrazem mentální retardace a tím pádem i obtížněji rozeznatelné. Barry (1997) například uvádí, že častou zdravotní komplikací u osob s Downovým syndromem je časný nástup Alzheimerovy choroby mezi 35-40 rokem života. Právě plíživý počátek rozvoje sy. demence nemusí být u osob s mentální retardací vzhledem ke globálnímu kognitivnímu deficitu ostře rozlišitelný. Posouzení orientačních funkcí a jejich změny tak představují jedno z důležitých diagnostických vodítek. Další zdravotní komplikací osob s Downovým syndromem jsou až u 50% z nich kardiovaskulární onemocnění. Poruchy cévního zásobení nervových buněk jsou přitom etiologicky spojeny například s nástupem demence vaskulárního typu.

Změny v kvalitě orientace mohou být taktéž signálem nástupu závažnějších duševních onemocnění psychotického okruhu. Zatímco floridní psychotická produkce s řadou pozitivních příznaků (tj. bludy a halucinace) bývá i u osob s mentální retardací specifickým způsobem patrná, problém tvoří zejména psychózy s dominancí negativních příznaků (úbytek kognitivní výkonnosti, vůle, ochuzení emotivity...). Obtížnější diferenciálně diagnostické problémy u osob s mentální retardací tak mohou představovat například rozvoje simplexní schizofrenie, prodromální fáze hebefrenních a katatonních forem schizofrenie.

Obecné posouzení orientačních funkcí je u osob s mentální retardací úzce vázáno na míru intelektového deficitu a hloubku jeho postižení. Velkou míru však také sehrává úroveň vzdělávání a rozvoje kognitivního potenciálu při školním vedení dítěte s mentální retardací. "

6.3.1 Osoby s lehkou mentální retardací

U osob s lehkou mentální retardací, které byly adekvátně vzdělávány a dobře výchovně vedeny, neočekáváme závažnější narušení orientačních funkcí. Pokud si osvojí znalosti dnů v týdnu, měsíců, ročních období a orientují se v času běžného dne, nebývají v oblasti časové orientace (obvykle až na znalost datumu) závažnější problémy. Některé osoby s lehkou mentální retardací však mohou mít problémy s určováním času na hodinkách – bývá proto účelné ověřit zda-li jsou zvyklé na digitální nebo ručičkové hodinky a zda-li je jejich okolí vedlo k tomu, aby si dokázali tento čas spojit s během všedního dne. Poruchy časové orientace tohoto typu mohou signalizovat spíše nedostatek výchovného působení. Existuje však bezesporu skupina osob s lehkou mentální retardací, která má problémy s určením času i přes maximální pedagogickou snahu – v tomto případě je na místě rozhodující pro diagnostiku anamnéza a rozhovor s blízkými osobami a vychovateli. Pro praktickou práci bývá také účelné ověřit používání a znalost kalendáře. Klinické posouzení orientace místem (alopsychická orientace) je vázáno na jazykovou zkušenost a dostatečný rozvoj slovní zásoby. U adekvátně vedených osob s mentální retardací zde problémy neočekáváme, potíže se obvykle vykytují u deprivovaných a zanedbaných dětí. Je potřeba anamnesticky posoudit orientaci v místě bydliště, schopnost samostatného cestování a dopravy na známá místa. Potíže v orientaci při pohybu ve městě mohou mít lidé, kteří z různých důvodů vyrůstali v hyperprotektivním prostředí, které jim neumožnilo samostatný pohyb a zisk potřebné sociální zkušenosti. Jedním z typických příkladů je v tomto duchu těžší forma epilepsie, kdy je pro riziko záchvatu osoba s mentální retardací trvale doprovázena druhým člověkem. Pokud není mentální retardace spojena s dalšími komorbidními okolnostmi (např. autistické symptomy) neočekáváme poruchy orientace osobou. Výskyt těchto poruch signalizuje takřka vždy závažnější duševní problém. Pouze vzácně jej lze přikládat nevhodnému působení prostředí (např. izolace, trvalé udržování člověka s mentální retardací v určité iluzi).

6.3.2 Osoby se středně těžkou mentální retardací

U osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací se již setkáváme s poruchami orientace s větší četností. S prohlubováním primárního kognitivního deficitu roste také míra jejich výskytu a intenzity. Posouzení těchto funkcí se již obtížně může opřít pouze o rozhovor – problém činí například specifický slovník, limity slovní zásoby, neporozumění některým pojmům. Důležité pro adekvátní posouzení je zejména pozorování, anamnéza a rozhovor s blízkými osobami. Je přirozené, že s rostoucím intelektuálním handicapem, je člověk s mentální retardací více odkázán na péči okolí a okolí mu ve větší míře strukturuje a určuje náplň jeho dne. Návyk na toto vnější řízení může pak být v pozadí dezorientace, která se manifestuje při jeho odejmutí. Z hlediska diferenciální diagnostiky a zhodnocení praktické orientovanosti v čase a prostředí mají význam zejména behaviorální

nápadnosti, které vybočují z běžného dosavadního repertoáru. Z hlediska časové orientace má význam zejména náhlé obrácení denního dne (noční vstávání, zahájení činnosti v noci), náhlá změna stravovacích stereotypů (jídlo je například prostředkem, který osobám se závažnější mentální retardací pomáhá strukturovat den a přispívá k časové orientaci – snídaně, oběd, večeře). Poruchy orientace místem je vhodné posuzovat v dobře známém prostředí – nápadné je například hledání pokoje, neschopnost dojít na určité místo v budově, bloudění v okolí domu apod. Pro diferenciální diagnostiku má význam zejména ztráta již získaných schopností. Orientace osobou a druhými bývá u osob s těžšími formami mentální retardace značně ovlivněna postojem okolí k nim samotným a velkou míru zde sehrává sugestibilita a korekce postoje sama k sobě. Vzhledem k nedostatku sociální zkušenosti bývá často sebepojetí osob s mentální retardací nerealistické, jejich sebehodnocení kolísá s názorem a chováním okolí. Pro posouzení bludného charakteru sebepojetí je nutná znalost anamnézy a jakým způsobem okolí provádělo korekci vlastního sebepojetí. Z hlediska závažnějších poruch orientace k sobě a druhým je riziková nevyvratnost přesvědčení a dopad nerealistického sebepojetí na jednání. Poruchy idiognoze mohou mít také u osob s mentální retardací charakter stížností na vlastní tělesný stav (pocit nemoci, tělesné nepohody) – nápadné jsou stálé stížnosti bez lékařského důvodu, bizarní charakter tělesné symptomatiky. Pokud nemají účelový charakter (např. vyhnout se určité činnosti) mohou představovat nebezpečí rozvoje např. hypochondrického bludu. Jasnou známkou narušení orientovanosti je pak přímá manifestace kvalitativní poruchy vědomí – stav deliria, obnubilace, který může u osob s mentální retardací úzce souviset s vystupňovaným neklidem, tísní, masivním afektem. Pro diferenciální diagnostiku má v této souvislosti význam zejména amnézie, která na tyto stavy nasedá. Její posouzení však může být u osob s mentální retardací problematické z řady důvodů, cenné je podrobné pozorování okolí (automatické činnosti, strnulosti, svalové ztuhlosti, zblednutí apod.).

6.4 Diagnostika a diferenciální diagnostika orientačních funkcí

Klinická diagnostika orientačních funkcí spočívá v **pozorování**, které se zaměřuje zejména na registrování případného stavu zmatenosti, dezorientovanosti, neúčelného chování, agitace, nepřiléhavých odpovědí, ztracení se při interview. Z hlediska posuzování **anamnézy** mají význam zejména výpovědi blízkých osob o stavu posuzovaného jedince – významné jsou nápadnosti v chování, které vybočují z jeho běžného repertoáru. Registrujeme ve výpovědi neklid (zejména noční blouznění), chybné úkony, bizarní chování, výbušnost v chování, ztrátu rozpoznávání druhých osob apod. V rámci **rozhovoru** můžeme pro posouzení orientovanosti klást následující otázky:

- **Orientace v čase** – jaký je dnes den, měsíc, rok, jaké je dnešní datum apod.;
- **Orientace v místě** – kde se nyní nacházíme, jak se jmenuje tato budova, ve kterém jsme městě, kraji, státě, jak se jmenuje naše pracoviště apod.;
- **Orientace vzhledem k osobě** (vlastní a druhým) – jak se jmenujete, kdo jste, kde bydlíte, jakou práci provádíte, jak se jmenují členové vaší rodiny, jakou máte národnost, jaký je Váš vztah k jednotlivým členům rodiny apod.

6.4.1 Testové metody

Testová diagnostika se obvykle opírá o screeningové nebo komplexní testové baterie, které obvykle posuzování orientovanosti vztahují k jiným faktorům (např. diagnostika paměti, screening sy. demence). Z nejméně rozšířených testových diagnostických nástrojů, které obsahují subtest posuzování orientace, můžeme jmenovat následující:

- **MMSE** (mini-mental state examination);
- **ACE-R** (Addenbrooke's cognitive examination);
- **WMS, WMS-R, WMS-III** (Wechslerovy škály paměti).

Testy MMSE a ACE-R jsou nástroji primárně užívané ke screeningu výskytu sy. demence. Je proto potřeba tuto skutečnost zohlednit zejména z hlediska věku daného klienta, obraz sy. demence v dětském věku a adolescenci má jiný vývojový charakter oproti obrazu sy. demence u dospělého člověka. Jedná se zejména o souběh úbytku kognitivních schopností patologickým procesem a přirozený vývojový trend rozvoje intaktních psychických funkcí. Užití těchto nástrojů spadá spíše pro dospělou populaci a případně pozdní adolescenci. Subtesty orientovanosti slouží pro inspiraci v rámci klinického interview.

Wechslerovy škály paměti jsou obecně taktéž určené pro adolescentní mládež a dospělou populaci, jejich využití v dětské praxi je omezené. Subtesty orientovanosti jsou opět vhodnou inspirací pro interview.

6.4.2 Diferenciální diagnostika

Posouzení poruch orientačních funkcí má velký význam pro diferenciální diagnostiku osob s mentální retardací. Jedná se zejména o otázky komorbidity, souběhu mentální retardace s jinými závažnými duševními poruchami (demence, epilepsie, delirantní stavy, mráкотné stavy...). Vzhledem k problematické komunikaci s osobami s mentální retardací obecně a faktu, že některé symptomy mohou být maskovány a překryty obrazem mentální retardace je výhodné postupovat v této oblasti s velkou obezřetností. Pro diferenciální diagnostiku je klíčové dlouhodobé pozorování, ideální je i pozorování jinými osobami než pouze osobou vyšetřujícího psychologa – psycholog zde může poučit rodinné příslušníky, jaké fenomény sledovat a jakou formou je zaznamenat (např. čas, podobu, případný kontext, spouštěč...). Klíčovou metodou je taktéž rozbor anamnézy (náhlé ztráty schopností, neobvyklé stavy zmatenosti). V případě podezření na popsané poruchy v oblasti orientace je z hlediska práce v rámci SPC klíčové doporučení ke klinicko-psychologickému vyšetření a psychiatrickému vyšetření.

Prisuzování poruch orientace pouze faktu kognitivnímu deficitu může představovat závažné riziko nerozpoznání prodromálních fází jiného duševního onemocnění.

6.5 Stanovení míry podpůrných opatření

Při využití standardizovaných testů stanovíme míru podpůrných opatření pomocí transformace standardních skóre (tj. testového výsledku zkoušky konkrétního jedince) - viz. tabulka a křivka normálního rozložení četností (Gaussova křivka) závěrečné kapitoly katalogu.

Při využití klinických zkoušek lze ke stanovení míry podpůrných opatření orientačně využít následující přehled.

▪ 0 – orientační funkce bez nápadností, plná orientovanost, jasné vědomí
▪ 1 – vzbuzuje podezření na poruchy orientace, mírná dezorientace, případně chybovost v časové orientaci
▪ 2 – Prokazatelné poruchy orientace časem nebo místem, nevyskytují se však poruchy vědomí
▪ 3 – Projevy poruch vědomí – somnolence, příp. poruchy idiognoze
▪ 4 – Závažné projevy poruch vědomí – např. sopor, komatózní stavy, delirium obnubilace.

Literatura:

- HÖSCHL C., LIBIGER J., ŠVESTKA J. (EDS.). (2004). *Psychiatrie* (II. doplněné a opravené vydání). Praha: Tigis, s.r.o.
LEČBYCH, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Vydavatelství UP.
RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. A KOL. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.

KAPITOLA 7

7 Intelektuální funkce, zprostředkované poznávání

Procházka M., Petrášová J.

7.1 Obecná charakteristika domény

V životě může být poznávání reprezentováno čimkoliv od pohledu dítěte na hračku až po řešení nejsložitějších otázek mezilidských vztahů.

Poznávací funkce představují: vnímání, pozornost, představování, paměť, pojmy a usuzování, řeč, myšlení, fantazie i učení. Samozřejmě všechny kognitivní funkce se v průběhu času vyvíjejí a vzájemně ovlivňují. Aby situace nebyla tak jednoduchá, můžeme přemýšlet o uvedených funkcích a o svém vlastním vědění. Jsme schopni přemýšlet o vlastním myšlení. Tuto funkci potom označujeme jako metakognici. Uvedené poznávací procesy spolu s obsahy poznání vytvářejí pak kognitivní systém (Švancara, Vašina, Kostroň, 1991).

Z uvedeného jasně vyplývá nesmírná šíře záběru tohoto tématu. Je tedy zřejmé, že této šíři není věnována pouze tato kapitola. Jednotlivé poznávací funkce jsou popisovány v samostatných částech publikace. Tyto jsou pak detailněji zaměřeny na jednu vybranou oblast.

V dalším textu budeme pracovat se strukturou intelektu, myšlenkovými operacemi, problematikou organizace a plánování, úsudkem, řešením problémů a dominantními kognitivními styly (MKF *b117,b160-199*). Je zřejmé, že myšlení, resp. řešení problémů je součástí inteligence – představuje jednu z jejích složek, úsudek je projev myšlení a plánování představuje nedílnou součást exekutivních funkcí. Zcela jasně do popředí vystupuje vzájemná úzká provázanost jednotlivých funkcí. Jako optimální by tedy bylo vytvoření jediné domény pro diagnostiku způsobů uvažování. Takovýto postup z hlediska diagnostiky však současná poznatková úroveň psychologie nedovoluje. Jsme schopni diagnostikovat jen a pouze izolované oblasti a ještě ne vždy tak, jak bychom si představovali. Proto, v souladu s možnostmi diagnostiky, jsou v našem katalogu funkce rozčleněny a zpracovány v samostatných podkapitolách. Současně je nutno přihlídnout ke skutečnosti, že je katalog určen jako praktická pomůcka i začínajícím kolegům. Jasná strukturace a členění zajišťují požadavek vyšší přehlednosti a snazší orientaci v této problematice.

7.2 Rámcová specifika domény u klientů s mentálním postižením

Psychický vývoj je specifickým jevem, který bez rozdílu spojuje děti běžné populace i děti s mentálním postižením. Navíc v obou případech probíhá podle stejných základních zákonitostí. Výchozí podmínkou psychického vývoje jakéhokoliv dítěte je učení. Samozřejmě, že učení není jediným činitelem, který ovlivňuje lidskou psychiku. Specifikou dětí s mentálním postižením je skutečnost, že si s větším či menším úspěchem osvojují základní a jednoduché. Vyšší psychické činnosti jako je abstrakce apod. u těchto dětí představují značný problém. To, co je typické právě pro děti s mentální retardací, je oslabení potřeby poznávat okolní svět. Další význačnou specifikou je oblast socializace. Kontakt dítěte s mentální retardací s okolním světem dále ztěžuje zpomalené tempo rozvoje řeči, což se týká nejen dospělých a blízkých ale i vrstevníků. Zde vstupuje do hry odlišnost - jinakost takového dítěte a tendence skupiny je vytlačit. Což se samozřejmě může projevat i ve zvládnutí školní docházky. Dítě si postupně uvědomuje svou odlišnost a reakcí jsou specifické formy chování a postoje, přičemž některé mohou mít i destruktivní charakter nebo podobu agrese (Švarcová 2000).

7.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této domény)

V případě kognitivních funkcí nemůžeme říci, že by nám chyběly psychometrické nástroje. Dokonce máme k dispozici i několik přístrojových technik. Na druhé straně, přes zdánlivě velmi bohatou škálu testových možností, často narážíme na fakt, že pro věkovou skupinu, se kterou pracujeme, nástroj neexistuje. Toto se týká zejména dětí předškolního věku. Nijak nepřekvapí ani skutečnost, že se od sebe velmi výrazně liší množství diagnostických nástrojů určených pro tu či onu funkci. K diagnostice pozornosti máme k dispozici rozhodně menší počet nástrojů, než je tomu v případě posuzování rozumových schopností dítěte. Další komplikací je skutečnost, že ne vždy výsledky, které daná psychometrická metoda přináší, jsou adekvátní vynaložené námaze, a to především s ohledem na problém, který máme řešit.

Vlastní diagnostický proces je samozřejmě nemyslitelný bez klinických metod, kdy právě tyto jsou zdrojem jiným způsobem nepostižitelných informací.

Kognitivní funkce jsou širokou a obsáhlou oblastí. Řada z nich představuje samostatné domény, které, jak již bylo řečeno, jsou zpracovány samostatně a podrobně na jiném místě. Je tedy na místě zdůraznění skutečnosti, že subdomény, se kterými budeme pracovat jsou věnovány oblastem myšlení, usuzování a řešení problémů. Z důvodu přehlednosti proto problematika jednotlivých diagnostických nástrojů bude u každé subdomény řešena samostatně. Z klinických nástrojů máme na mysli především přímé a nepřímé pozorování volné i strukturované činnosti, řízený, polořízený a neřízený rozhovor s dítětem, jeho zákonnými zástupci, případně s dalšími účastníky řešeného problému, analýzu spontánních produktů, anamnézu.

7.4 Struktura intelektu

7.4.1 Charakteristika subdomény

Pojem inteligence je zcela běžně užívaným pojmem. Přes mnohaletou tradici v jejím měření neexistuje dodnes obecně přijímaná definice. Ve snaze popsat inteligenci se autoři zaměřují především na oblasti adaptace, řešení problémů, učení či schopnosti logického myšlení.

David Wechsler charakterizuje inteligenci následovně (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001:s.88):“Inteligence je globální schopnost jedince účelně jednat, rozumně myslet a účinně se vypořádat se svým okolím.“ Inteligenci můžeme tedy chápat jako souhrnnou komplexní vlastnost zahrnující myšlení, učení a adaptaci (Říčan, Krejčířová a kol.,1995:s.258,259).

V souladu s Cattellovým pojetím můžeme rozlišovat fluidní a krystalizovanou inteligenci. Fluidní inteligence je chápána jako do značné míry stálá charakteristika jedince, která je nezávislá na vzdělání. Fluidní inteligence je do jisté míry vrozená, je určena nadáním jedince v oblasti nervových předpokladů poznávacích zpracování vnímaných vztahů (Svoboda, 1999: s. 47). Tento druh inteligence se uplatňuje na různém obsahovém materiálu a projevuje se zejména v neverbálních zkouškách.

Krystalizovaná inteligence se projevuje v úrovni myšlení v závislosti na kulturních kořenech a prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Úroveň krystalizované inteligence odvisí od vzdělání a získané zkušenosti (Svoboda, 1999).

Význam tohoto Cattellova pojetí narůstá zejména vzhledem ke skutečnosti silících kritických vystoupení namířených proti údajně silné kulturní podmíněnosti všeobecných inteligenčních testů. Kritikové zdůrazňují, že vycházíme-li z výsledků takovýchto testů, dopouštíme se diskriminace populace dětí minorit, a tak sílí tendence vytváření diagnostických nástrojů vycházejících právě z koncepce Cattellovy fluidní inteligence, kulturně nezávislých testů – culture fair. V našich podmínkách za takovéto jsou považovány např. Ravenovy matice (Raven, 1956, úprava Ferjenčík, Hromý, 1989) či Říčanův Test intelektového potenciálu (Říčan, 1971). Při posuzování inteligence je třeba mít stále na paměti, že výsledek vyšetření je ovlivněn celou řadou faktorů a interpretace testových výstupů je vždy složitou operací.

Již běžně užívané srovnání úrovně verbální a performační části testu může mnoho napovědět. Není výjimkou, že děti s MR dosahují překvapivě lepších výsledků v performační části komplexních testů. Důvodem může být problém v řeči, ale také vyšší míra rozvoje manuálních dovedností. V této souvislosti někteří autoři komplexních testů doporučují v případě, že performační IQ dosahuje nad hranice MR (přesto, že celkové IQ je v pásmu MR) dítě za postižené nepovažovat. Významný rozdíl mezi verbálním a performačním IQ se projevuje i u dětí s výchovnými a emočními problémy.

Naopak výrazně vyšší verbální IQ může svědčit pro organické postižení CNS nebo lehké mozkové dysfunkce. Příčinu vyšší úrovně verbálního IQ je také možné spatřovat ve vlivu prostředí. Samotný rozdíl IQ však nemůže stačit k uzavření diagnózy. Vždy je nutno dítě posuzovat globálně při zahrnutí velmi podrobné anamnézy (Nicholson, Alcorn, 2008).

7.4.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

Význačnou úlohu při posuzování inteligence sehrává u dětí faktor vývoje. Jedná se o to, že s průběhem vývoje postupně dochází k diferenciaci dílčích schopností, kdy jednotlivé vývojové etapy jsou charakterizovány značnými změnami i strukturou inteligence.

V případě dětí s mentální retardací je nutné zdůraznit, že toto dítě, stejně jako dítě běžné populace, se vyvíjí. Dokonce bylo prokázáno, že tento vývoj probíhá na základě zcela totožných základních principů. Odlišnost je však v tom, že vývoj postiženého dítěte má jiné kvalitativní i kvantitativní charakteristiky. Setkáváme se zde především s principy mechaničnosti nebo zúžení funkce za současné neschopnosti vyšších operací abstraktního typu. Charakteristickým znakem dítěte s mentální retardací je jeho nízká apetence a aktivita v poznávání.

7.4.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této subdomény)

V případě měření inteligence u dětí máme zcela nepochybně k dispozici širokou škálu psychometrických diagnostických nástrojů. Vzhledem ke značnému věkovému rozmezí, v němž se pohybujeme (o měření inteligence u dětí mluvíme cca od 3 let věku) a s ohledem na různá technická omezení, však zjistíme, že použitelných testů tolik není. Celá řada testových metod užívaných v klinické nebo poradenské psychologické praxi byla standardizována v 70. a 80. letech dvacátého století.

Vždy je však třeba mít na paměti skutečnost, že výsledkem testu je hodnota a nikoliv diagnóza. Hodnota získaná testováním se samozřejmě stává nedílnou součástí všech posuzovaných údajů získaných v průběhu psychodiagnostického procesu, na jehož konci je např. stanovení diagnózy. Výkony v inteligenčním testu musí zůstat pouze jedním z podkladů pro vyjádření psychologa o rozumové kapacitě dítěte.

Při zjišťování rozumových schopností u dětí v podmínkách SPC jsou užívány vývojové škály, jednodimenzionální a komplexní testy inteligence.

7.4.3.1 Vývojové škály

- **Bayleyové vývojové škály** (přepřacované vydání z roku 1993, 3. revize)
Škála je určena pro děti od 1 měsíce věku až do 3,6 let. Jedná se o sérii úkolů se vzrůstající obtížností. Škála je rozdělena do tří částí, které se navzájem doplňují:
Mentální stupnice – položky zhruba odpovídají Gesellovým škálám adaptivity, řeči a částečně i sociálního chování. Od druhého roku života do určité míry i jemné motoriky.
- **Gesellovy vývojové škály** (Knobloch, Stevens, Malone 1980)
Tato vývojová škála je zřejmě u nás dosud nejznámější a nejrozšířenější obecnou vývojovou metodou. Škála je určena pro děti od 1 měsíce do 3 let. Účelem vyšetření je nejčastěji diagnostika poruch vývoje. Pro každou ze sledovaných oblastí stanovujeme vývojovou úroveň zvlášť a na jejich základě pak stanovujeme celkový vývojový kvocient. Škála není standardizována na naší populaci.
- **Gunsburgova škála** (1972, in Hanák a kol., 2005)
Škála je zaměřena na samostatnost, komunikaci, sociální přizpůsobení a zaměstnání.
- **Škála McCarthyové** (1972)
Uvedený nástroj je určen pro vyšetření dětí od 2,5 do 8 let. Obsahuje celkem 18 subtestů, jejichž položky mají narůstající obtížnost. Shrnutím získáváme celkové hodnocení úrovně mentálních schopností s možností převodu na mentální věk.
- **Vinlandská škála sociální zralosti** (Kožený, 1965)
Uvedený nástroj je sice již zastaralý, ale na SPC často zastoupený. Pro naše potřeby by byla vhodnější „Vinland Adaptive Behavior Scales“ v úpravě S. S. Sparrowové, D. Cicchettiho a D. Balla z roku

2006. Tato verze na SPC, pokud je nám známo, není běžně dostupná. Proto uvádíme zastaralou verzi v praxi rozšířenou a používanou.

Škála je vhodná pro děti od 3 do 9 let. Je tvořena souborem položek rozdělených do osmi kategorií – obecná soběstačnost, soběstačnost v jídle, v oblékání, samostatnost dítěte, činnosti, které zvládne, způsob komunikace, motorika a sociální adaptace. Tato škála sociální zralosti může být použita i k posouzení školní připravenosti zejména u dětí výchovně zanedbaných.

7.4.3.2 Jednodimenzionální testy inteligence

- **Kohsovy kostky (Košč, 1974)**

Test je možné použít již od 5 let věku do dospělosti. Je nutné si uvědomit, že dostatečně diferencuje až od úrovně mentálního věku 6 až 7 let.

Jde o individuální performační test, kdy úkolem subjektu je z různobarevných kostek sestavit podle předlohy různé vzorce narůstající obtížnosti.

Výsledky je možné pomocí tabulek převést jak na IQ, tak i mentální věk.

- **Raven - Standardní progresivní matice (SPM) (Raven, 1956, úprava Ferjenčík, Hromý, 1989)**

– označován jako Culture Faire

Jedná se o test určený pro populaci starší 8 let (až do stáří). Tento test dostatečně nediferencuje v pásmu nadprůměru.

Standardní forma obsahuje pět setů po dvanácti položkách. Každý ze setů zahrnuje úkoly poněkud jiného charakteru.

Výsledkem je hrubý skóre počtu správných řešení, který je možné převést na percentily nebo formát IQ.

- **Raven - Barevné progresivní matice (CPM) (Raven, 1949, úprava Ferjenčík, 1984)**

– označován jako Culture Faire

Tato zkouška je určena pro děti od 5 do 11 let a vychází ze stejného základu jako SPM. Na rozdíl od SPM je tvořen třemi sety po dvanácti položkách. Podstatným rozdílem oproti SPM je barevný podklad.

Výsledkem je hrubý skóre počtu správných řešení, který je možné převést na percentily nebo formát IQ.

7.4.3.3 Komplexní testy inteligence

- **Amthauerův test struktury inteligence, IST 70 (Amthauer, úprava Dan, 1993) a TSI 2000R (Amthauer; úprava Plháková, 2005)**

Test je zahrnut pouze proto, že je součástí vybavy prakticky všech SPC.

Test se skládá z 9 subtestů, přičemž subtest Doplnování vět zkoumá tvorbu úsudku, smysl pro realitu, subtest Eliminace slova mapuje induktivní řečové myšlení, subtest Numerické řady zkoumá induktivní myšlení s čísly, subtest Zobečňování sleduje schopnost abstrakce, tvorbu pojmů.

Testy nejsou vhodné pro použití u osob s mentální retardací!

- **Kaufmanův test (K – ABC) (Kaufman, Kaufman, USA, česká úprava Poledňová, Vonkomer, 2000)**

Tento test se v našem prostředí příliš nevyužívá, byť by při diagnostice dětí s mentální retardací mohl být přínosem. Standardizován dosud nebyl. Je určen pro děti ve věkovém rozpětí 2,5-12,5 let.

Úkoly jsou řešeny procesem uspořádání vstupu (podnětů) do sekvence či pořadí (paměť pro čísla, seznam slov), má blízko k některým školním dovednostem, jako je učení faktům, fonetika, porozumění sekvencím událostí, zahrnuje simultánní zpracování – prostorové a obrázkové úkoly, jsou při řešení vnímány a zpracovávány současně, simultánně.

Měření intelektových schopností je odděleno od stavu získaných schopností (učení, vědomosti), aby mohly být tyto rozdílné rozsahy mentálního výkonu pochopeny jak jednotlivě, tak v porovnání mezi sebou.

Mapuje porozumění sekvencím událostí, simultánní zpracování dat, čas administrace je dle věku 30-90 minut.

- **Pražský dětský Wechsler (Kubička a kol., 1973!)**

Tento test je možné použít, jen pokud se jedná o kontrolní vyšetření, kdy původní bylo provedeno za použití PDW a jde nám o srovnání výsledků s předchozím stavem!

Tento test je určen pro děti od 5 do 16 let. Byť tento test patří „k rodinnému stříbru“ české psychodiagnostiky, jeho normy již silně zastaraly.

- **SON-R 2½ – 7** (P. J. Tellegen, J. A. Laros, D. Heider, Praha 2008)
Test je určen k měření úrovně rozumových schopností dětí ve věku od 2,5 do 7 let. Jde o neverbální test, který je složen z 6 subtestů (Mozaiky, Kategorie, Skládanky, Analogie, Situace, Vzory), rozdělených do dvou škál: performační a úsudkové.
 - 1 Mozaiky: Dítě má podle předlohy sestavit mozaikový vzor.
 - 2 Kategorie: Dítě má rozřadit 4-6 kartiček podle kategorií, do kterých patří.
 - 3 Skládanky: Úlohou je sestavit skládanku (smysluplný obrázek) z 3-6 kusů.
 - 4 Analogie: Rozřídění 3-5 dílů (geometrické tvary) na základě analogie s předlohou.
 - 5 Situace: Doplnění chybějících částí obrázku.
 - 6 Vzory: Překreslení vzorce na předloze – spojení různého počtu bodů.

Položky v subtestech SON-R 2½-7 jsou seřazeny podle vzrůstající obtížnosti. To nám umožňuje použít vstupní proceduru pro určení výchozího bodu odpovídajícího věku a schopnostem každého jednotlivého dítěte. Při užití vstupní procedury a následně pravidla pro ukončení testu se doba administrace pohybuje v limitu 50 – 60 minut. Test je možné administrovat neverbálně nebo se slovními pokyny, které ale nepřidávají žádnou informaci navíc. Způsob administrace testu tak můžeme přizpůsobit komunikačním schopnostem každého dítěte a tím vytvoříme co nejpřírozeňší testovou situaci.

Protože tento test může být administrován bez použití psaného či mluveného jazyka, je vhodný zejména pro děti, které mají obtíže v oblasti komunikace a řeči. Ze stejného důvodu je test také vhodný pro děti imigrantů, které neovládají jazyk examinátora nebo mu rozumějí jen velmi málo. Jednotlivé tabulky norem (založené na reprezentativním souboru 500 dětí) umožňují získat celkové skóry pro performační úkoly a pro úkoly škály usuzování. Administrace individuální. Doba administrace je 50 – 60 minut.

- **IV. revize S-B testu** (Thorndike, Hagen, Satter, USA, 1986; české vydání Smékal, 1995)
Tato zkouška zahrnuje menší počet úkolů různého typu. Jednotlivé položky stejného typu jsou zahrnuty do 15 subtestů, ve kterých mají položky stoupající obtížnost. Výsledkem je hrubé skóre, které převádíme na vážené pro každý jednotlivý subtest. Z nich pak je tvořen celkový skór, který převádíme na IQ. Převod na mentální věk zde možný není.
- **T – M test** (Therman, Merrill, USA, 1937, úprava Adamovič, 1972)
Test je založen na vývojovém principu a obsahuje více než 140 úkolů. Pro každou věkovou úroveň je šest základních a jeden doplňkový úkol. Od 2 do 5 let jsou úkoly uváděny v půlročních odstupech. Od 6 let jsou odstupy roční.
- Při hodnocení započítáváme za každý splněný úkol jeden nebo dva měsíce, které připočteme k výchozí bazální úrovni. Tak získáváme mentální věk, který je možné prostřednictvím tabulek převést na IQ.
- **Testy kognitivních schopností** (WJ IE, 2006)
Test je určený pro věkovou skupinu od 5 let do dospělosti. Administrace trvá zhruba 45 až 60 minut. Každému subtestu předchází zácvičná úloha. Test pozůstává z částí: obrázkový slovník, paměť na jména, prostorové vztahy, rozlišení zvuků, kvantitativní vyvozování, vizuální porovnávání, obrácené číselné řady. Součástí testu je program sloužící k jeho vyhodnocení. Po zadání vstupních údajů je test počítačem vyhodnocen a celkový výsledek obdrží psycholog v tištěné podobě. Výsledky jsou uvedeny jak v percentilové škále, tak převedeny na IQ. V případě, že jeden z výsledků subtestů je mimo hranice mentální retardace (i v případě, že celkový výsledek spadá do pásma mentální retardace), nelze o mentální retardaci uvažovat.

▪ **WISC- III.** (česká verze Krejčířová, Dan, Boschek, 2002)

Tento test, který jednoznačně můžeme označit jako nejpoužívanější v oblasti poradenství v současnosti, je určen pro děti od 6 do 16,11 let.

Test obsahuje subtesty Porozumění (sociální, praktický úsudek, orientace v problémové situaci), Řazení obrázků (porozumění logickým dějovým sekvencím, neverbální sociální úsudek), Podobnosti (zobecnění), Počty (numerický úsudek), Kostky (analýza-syntéza). Výhodou je věkový rozsah, analogická struktura subtestů.

Test je tvořen verbálními a performačními subtesty, které se při administraci mohou, ale nemusí střídat, jednotlivé položky subtestů mají vzrůstající náročnost. Výsledkem je verbální, performační a celkové IQ, získané na základě převodu vážených skóre.

V případě zjišťování úrovně rozumových schopností u dětí s mentální retardací plně využíváme i všech dostupných **klinických prostředků**.

Patří sem přímé a nepřímé pozorování volné i strukturované činnosti, řízený, polořízený a neřízený rozhovor s dítětem, jeho zákonnými zástupci, případně s dalšími účastníky řešeného problému. Využíváme analýzu spontánních produktů vzniklých buď v průběhu, nebo před jeho započítím, samozřejmě nesmíme zapomenout na významný zdroj informací, kterým je anamnéza.

Z hlediska **diferenciální diagnostiky** je nutný standardní postup k vyloučení možnosti jiných příčin zjištěného obrazu svědčícího pro mentální retardaci. Jedná se o zaměření na vyloučení smyslových vad, především vady sluchu, dětských psychóz, poruch řeči – především typu vývojové dysfázie a mutismu. Rovněž je nutno vyloučení dětského autismu, psychické či kulturní deprive, syndromu týraného či zneužívaného dítěte a samozřejmě v neposlední řadě výchovného a sociálního zanedbání.

7.4.4 Stanovení míry podpůrných opatření

VÝVOJOVÉ ŠKÁLY	
STUPĚŇ m. p. o.	ZJIŠTĚNÁ ÚROVEŇ
bez p. o.	lehký podprůměr a výše
I.	hluboký podprůměr
II.	LMP
III.	ST MP
IV.	Pod dolním pásmem ST MP

TEST INTELIGENCE	
STUPĚŇ m. p. o.	IQ
bez p. o.	86 a výše
I.	71 - 85
II.	56 - 70
III.	41 - 55
IV.	do 40

7.5 Myšlenkové operace

7.5.1 Charakteristika subdomény

Za nejvyšší formu poznání můžeme bezesporu označit proces myšlení. Jedná se o zprostředkovaný, zobecňující a abstrahující způsob poznání, který vede k postižení podstatných obecných vlastností předmětů, jevů a vztahů mezi nimi. Myšlení a jeho výsledky je uskutečňováno a vyjádřeno pomocí řeči, která představuje jednak nástroj myšlení a současně formu dorozumívání (Hyhlík, Nakonečný, 1977).

Budeme vycházet z Piagetova předpokladu, že myšlení je specifický proces, na jehož počátku je činnost. Dítě tím, že s věcmi operuje, objevuje jejich vlastnosti a postupně přetváří svá kognitivní schémata. Dětským cílem je dosažení rovnováhy mezi strukturou jeho činností a vlastnostmi poznávaných věcí. Takto dítě poznává a interiorizuje funkční vztahy mezi sebou, věcmi a později i mezi věcmi a jevy samotnými. Z tohoto důvodu je vhodné analyzovat myšlení v termínech myšlenkových operací (Hyhlík, Nakonečný, 1977).

Myšlenkové operace představují myšlenkové postupy, kdy jejich úplný výčet v zásadě stanoven nebyl. K nejčastěji uváděným patří analýza, syntéza, abstrakce, generalizace, srovnávání, indukce, dedukce a analogie.

Vzhledem k tomu, že tři posledně jmenované myšlenkové operace jsou součástí samostatné subdomény „úsuděk“ je jejich rozpracování přesunuto do této kapitoly.

Zařazeny jsou naopak myšlenkové operace představující kategorizaci, tedy třídění a přiřazování.

- Analýza představuje v našem pojetí rozčlenění celku na jednotlivé části, vlastnosti nebo souvislosti. Cílem tohoto procesu je určení podstatného u zkoumaných pojmů.
- Syntéza je proces myšlenkového spojování jednotlivých prvků, skutečností či vlastností v jediný celek.
- Abstrakce nám umožňuje odkrývat podstatné vlastnosti předmětů nebo vztahů mezi nimi. Představuje způsob myšlenkového postižení předmětů či jevů. Pomocí abstrakce se vymezuje určitá stránka či vlastnost předmětu, kterou nelze smyslově odlišit. Výsledkem abstrakce jsou pojmy.
- Generalizace nám slouží k myšlenkovému vydělení toho, co objekty a jevy spojuje a je platné pro všechny prvky téhož druhu, rodu, téže třídy a skupiny (Hyhlík, Nakonečný, 1977).
- Srovnávání chápeme jako uvědomování shody nebo rozdílu určitých znaků srovnávaných předmětů, jevů či dějů (Hartl, Hartlová, 2000).
- Třídění představuje proces, jehož základem je uvědomění si protikladů, při kterém jsou předměty jevy či děje rozdělovány do skupin na základě předem stanovených a definovaných výběrových kritérií.
- Přiřazování je procesem, při kterém jsou objekty nebo děje vřazeny do společné skupiny pro kterou je charakteristická přítomnost zvoleného znaku jako předem stanoveného kategorizačního kritéria. Míra náročnosti obou výše uvedených myšlenkových operací narůstá přímo úměrně se stoupající mírou abstraktnosti zvoleného kritéria.

7.5.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

U dětí s mentální retardací se setkáváme s omezenou zásobou představ, malou znalostí zacházení s předměty, velmi sníženou zkušeností v oblasti komunikace a s deficitem v oblasti rozvoje řeči. Je zřejmé, že jestliže je tato základna sama zúžena, pak rozvoj myšlení, který z ní vyrůstá, bude také významně omezen.

U předškoláků pozorujeme velmi nízkou úroveň myšlení (Švarcová, 2000). Je patrná především souvislost s rozvojem řeči jako základního nástroje myšlení. Setkáváme se značným omezením abstrakce a generalizace a pouze v případě dětí horního (hraničně středního) pásma lehké mentální retardace můžeme předpokládat posun nad úroveň konkrétnosti. Jako příklad první abstrakce, kterou dítě zvládne, je abstrakce barvy. Ale ani v tomto případě se vždy neseťkáme s čistou abstrakcí. Některé děti přeci jen prvky konkrétna použijí i zde – zelená jako travička, žluté jako sluníčko apod. Dalším kvalitativním posunem v myšlení je abstrakce v oblasti množství a rozlišení „hodně“ nebo „málo“ apod. (Švarcová, 2000).

Používání obecných pojmů a zobecňování, tedy generalizace, vykazuje stejné problémy. Problém může nastávat už na úrovni činností i předmětů, které jsou dětem velmi dobře známy. Např. u posuzování vody a mléka se objeví převládnutí barvy, takže mléko je bílé a voda je „jiná.“ Případně dostaneme odpověď: „Voda teče a mléko se pije.“ Samozřejmě ve svých důsledcích se problém zobecňování odráží ve výuce, děti si špatně osvojují pravidla a obecné pojmy. Někdy se těmto poučkám naučí z paměti, umí je odříkat, ale nechápou je a nevědí, kdy a pro který jev je použít. Často se setkáváme i s tím, že naučené používají mechanicky, bez ohledu na to, zda použití pravidla je či není v daném kontextu odpovídající.

Myšlení u mentálně postiženého dítěte se omezuje na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy. Je chudší a málo produktivní. Jestliže takovéto dítě provádí operaci srovnávání, pak v některých případech postihuje rozdíly – ve většině případů se dítě opírá o vnější znak nikoliv o základní podstatnou, kterou nedokáže rozpoznat.

Ani v případě ostatních myšlenkových operací tomu není jinak. Obecně můžeme konstatovat, že jsou jich schopny aktivně využívat jen děti s úrovní obecných rozumových schopností v horním (maximálně středním) pásmu lehkého postižení v omezené míře a to většinou jen u vyšších věkových kategorií.

7.5.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této subdomény)

V případě myšlenkových operací nám psychometrie dává k dispozici nástroje, které jsou většinou součástí komplexních testů inteligence. Některé z těchto nástrojů však pro populaci dětí s mentálním postižením vhodné nejsou.

Abstrakci lze zachytit např. v subtestu „Podobnosti“, analýzu a syntézu pak subtestem „Kostky“ u WISC III. (případně u PDW). Generalizaci je možno zachytit ve stejnojmenném subtestu IST (pro děti s LMR nevhodný nástroj). Třídění je úkol, který tvoří nedílnou součást S-B testu. Na principu srovnávání je založen Edfeldův Reverzní test, kdy dítě srovnává vždy dva obrázky a určuje, zda jsou či nejsou stejné. Současně je nutné poznamenat, že ne všechny myšlenkové operace, tak jak je běžně citujeme, mají svůj odraz v některém ze subtestů komplexních testů inteligence.

Jakékoliv vyšetření dítěte je nutno primárně podřídit požadavku minimální zátěže, maximálního informačního zisku při nejvyšší možné kvalitě získaných dat. Z tohoto pohledu samostatná diagnostika myšlenkových operací u dětí s mentálním postižením se stává nadbytečnou a ztrácí smysl. Význam získaných informací neodpovídá vynaloženému úsilí dítěte a získaný přínos je naprosto minimální. Nezískáme žádnou novou informaci fatálního významu, která by již předtím nebyla obsahem posuzování úrovně obecných rozumových schopností dítěte.

Pokud se týká klinických prostředků, které bychom použili pro diagnostiku myšlenkových operací, pak je to zcela jednoznačně rozhovor. Vhodnou metodou je požadovat vysvětlení určitého přísloví, pohádky, bajky, vyprávění – zjišťujeme abstrakci. U předškoláků nám mnoho informací poskytne manipulační hra, kdy dítě na požádání podá kostku určité barvy, přiřadí a uklidí hračku dle instrukce (třídění), etc. Takovýmto způsobem je možné diagnostikovat úroveň kterékoliv myšlenkové operace. Problémem je značná subjektivní zátěž zkoušek a výsledky posuzování mohou být značně diskutabilní.

7.5.4 Stanovení míry podpůrných opatření

ANALÝZA - subtest „Kostky“ WISC III.	
STUPEŇ m. p. o.	VÁŽENÝ SKÓR
bez p. o.	> 7
I.	>4 ^ ≤7
II.	>1 ^ ≤4
III.	≤1
IV.	nezvládne

SYNTEZA - subtest „Kostky“ WISC III.	
STUPEŇ m. p. o.	VÁŽENÝ SKÓR
bez p. o.	> 7
I.	>4 ^ ≤7
II.	>1 ^ ≤4
III.	≤1
IV.	Nezvládne

ABSTRAKCE - subtest „Podobnosti“ WISC III.	
STUPEŇ m. p. o.	VÁŽENÝ SKÓR
bez p. o.	> 7
I.	>4 ^ ≤7
II.	>1 ^ ≤4
III.	≤1
IV.	nezvládne

GENERALIZACE - subtest IST	
STUPEŇ m. p. o.	HRUBÝ SKÓR
bez p. o.	2. a výše
I.	1.
II.	0.
III.	nezvládne
IV.	nezvládne

SROVNÁVÁNÍ REVERZNÍ TEST -	
STUPEŇ m. p. o.	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	Zvládá
I.	Nezvládá
II.	nechápe podstatu úkolu
III.	
IV.	

TŘÍDĚNÍ - T- M test	
STUPEŇ m. p. o.	ROZDÍL MENTÁLNÍHO A FYZICKÉHO VĚKU ÚKOLU
bez p. o.	1. rok a méně
I.	2. roky
II.	3.
III.	více než 3. roky
IV.	nechápe podstatu úkolu

PŘÍRAZOVÁNÍ - dle barvy KLINICKÁ METODA	
STUPĚŇ m. p. o.	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	zvládne
I.	nezvládne
II.	nechápe podstatu úkolu
III.	
IV.	

7.6 Organizace a plánování

7.6.1 Charakteristika subdomény

Podle Lurijovy teorie je plánování funkcí frontálních laloků a závisí na úrovni exekutivních funkcí. Exekutivní funkci chápeme jako zjednodušené označení multidimenzionálního konceptu volně spolu souvisejících kognitivních procesů vyššího řádu. Mezi tyto procesy, nezbytné pro efektivní a přiměřené integrované chování, řadíme iniciaci, plánování, vytváření hypotéz, kognitivní flexibilitu, rozhodovací proces, regulaci, úsudek, využití zpětné vazby a sebeuvědomění.

7.6.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

U dětí s mentální retardací oblast organizace a plánování jsou dostupné pouze v případě, že se jedná o lehký stupeň postižení. Děti s hlubším postižením jsou schopné myšlení na konkrétní úrovni a složitější procesy nezvládají. Proto se můžeme setkávat s tím, že při vzdělávání se děti často „ztrácejí“, jednotlivé kroky jejich činností na sebe nenavazují nebo dokonce jeden popírá druhý.

7.6.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této subdomény)

V českém prostředí je k diagnostice organizace a plánování možné využít Test kognitivního odhadu (Preiss, Laing, 2001). Tento je primárně určen k diagnostice tzv. organicity, ale z výsledků testu je možné usuzovat i na schopnost plánování.

Adekvátní výkon v testu vyžaduje formulaci tzv. „kognitivního plánu“, jeho provedení a kontrolu. Test v podstatě zjišťuje schopnost dělat odhady na základě neúplných znalostí. Proband má odpovídat na otázky, na něž nemá po ruce přesnou odpověď a které lze zodpovědět jen tehdy, když si člověk vybaví nejrůznější nesourodá fakta a logicky je zpracuje. Test je určen pro populaci od 15 let. Jeho užití v rámci diagnostiky dětí s mentální retardací je značně problematické.

Z hlediska psychometrie je v našem prostředí pro tuto oblast malá dostupnost vhodných metod. Bez úpravy Test kognitivního odhadu pro děti s mentální retardací vlastně použít nelze, velkou nevýhodou je jeho věkové určení. Modifikace pro nižší věkové kategorie je nesmírně obtížná a jakýkoliv zásah má dopad do celkového výsledku a validitu nástroje.

Z klinického hlediska přichází v úvahu využití Feuersteinovského přístupu. Předpokladem je však výcvik v terapii dle Feuersteina – alespoň absolvováním základního stupně. Východiskem uvedeného přístupu je u dítěte rozvíjet jeho schopnost vyčlenění, identifikace a definování určitého předmětu nebo jevu. Následuje jeho „přemostění“ do reality. Výsledkem je ztotožnění dítěte s daným pojmem a jeho pochopení. Dítě se zde postupně učí rozlišování podstatného od nepodstatného. Zvládá vytváření strategií, vyvozování závěrů a plánování postupu k dosažení cíle. Významným faktorem je práce s chybou.

Využití prvků této metody k diagnostickým účelům má však jedno závažné úskalí. Kvalitní výsledky jsou, více než kde jinde, podmíněny vysokou teoretickou i praktickou odbornou připraveností. Výstupem je pak konstatování, zda dítě je či není dané myšlenkové operace schopno. Vzhledem k určení a rozsahu této práce není možné se uvedené problematice věnovat hlouběji, tak jak by si to nepochybně zasloužila.

Na závěr je nutné konstatovat, že podobně jako v předchozí kapitole i zde je vynaložené úsilí neadekvátní získanému výsledku.

7.6.4 Stanovení míry podpůrných opatření

Při využití standardizovaných testů stanovíme míru podpůrných opatření pomocí transformace standardních skóre (tj. testového výsledku zkoušky konkrétního jedince) - viz. tabulka a křivka normálního rozložení četností (Gaussova křivka) závěrečné kapitoly katalogu.

Při využití klinických zkoušek lze ke stanovení míry podpůrných opatření orientačně využít následující tabulky (blíže viz poslední kapitola katalogu).

KLINICKÁ METODA		
STUPEŇ m. p. o.	body posuzovací škály	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	0	širší norma
I.	1	podprůměr
II.	2	hluboký podprůměr
III.	3	praktická absence funkce či masivní deficit
IV.	4	plná absence funkce

Literatura:

- GARDNER, H. *Dimenze myšlení: Teorie rozmanitých inteligencí*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-279-3
- GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. Praha: Columbus, 1997, ISBN 80-85928-48-5
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál s.r.o., 2000, ISBN 80-7178-303-X
- HYHLÍK, F., NAKONEČNÝ, M. *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha: SPN, 1977
- NICHOLSON, C.L., ALCORN, C.L. *Vzdělávací aplikace*. Praha: Hogrefe, 2008
- PLHÁKOVÁ, A. *Přístupy ke studiu inteligence*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999, ISBN 80-244-0020-0
- RUISEL, I. *Základy psychologie inteligence*. Praha: Portál, 2000, s. 29, ISBN 80-7178-425-7
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 1995, ISBN 80-7169-168-2
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, ISBN 80-7178-545-8
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, s.r.o., 2000, ISBN 80 - 7178-506-7

7.7 Úsudek

7.7.1 Deskripce subdomény

Úsudek je proces spočívající ve vyvození soudu (**soud** je vyjádřením vztahu mezi dvěma pojmy) z jiných soudů, je to vyjádření vztahu mezi dvěma nebo více pojmy, opírá se o premisy, z nichž vychází a na jejichž základě vyvozuje závěr (vyvozený soud). Usuzování je založeno na podobnosti dvou jevů.

Úsudek je vyvození závěru z premis. Je to schopnost testovat premisy, dávat je do kontextu. Sestává ze 3 částí:

1. hlavní předpoklad
2. méně důležitý předpoklad
3. závěr

Správnost úsudku spočívá ve vnitřní struktuře jednotlivých elementárních výroků. Úsudky se opírají o indukci (myšlenkové vyvozování obecného tvrzení z jednotlivých případů), dedukci (aplikace obecného poznatku na konkrétní případ) a analogii (vyvozování poznatku o nějakém předmětu či jevu na základě podobnosti s jinými předměty nebo jevy, přenos odhalených souvislostí do jiné vnitřní strukturou podobné oblasti).

Rozlišujeme tedy tyto **druhy úsudku**:

- induktivní úsudek – k obecnému závěru docházíme na základě poznání jednotlivých konkrétních případů
- deduktivní úsudek – z obecného soudu vyvozujeme závěr pro jednotlivé případy
- úsudek z analogie – zakládá se na podobnosti dvou jevů

Přiléhavý úsudek potřebujeme pro život, je součástí potřeby správně se rozhodovat. English (1958) řadí tvorbu úsudku mezi funkční duševní akty, které provázejí kognici, přičemž definuje kognici jako jakýkoli proces, pomocí něhož si organismus uvědomuje objekt nebo o něm získává znalosti. Chceme-li zkoumat kognici, pak musíme zkoumat „funkční duševní akty“, které ji doprovázejí – čili vnímání, poznávání, uvažování, tvorbu úsudku, tvorbu konceptu, řešení problému.

7.7.2 Specifika u osob s mentálním postižením

U dětí s mentálním postižením dochází k významnému postižení schopnosti abstrakce, generalizace, extrapolace, analýzy a syntézy. Převládá u nich rigidita myšlení, mechanická paměť převažuje nad logickým úsudkem. Schopnost postihování kauzálních souvislostí mezi jevy a předměty je limitovaná. Schopnost vyvozování soudů vykazuje výrazné omezení, u těžších stupňů MR tato schopnost není rozvinuta.

7.7.3 Diagnostické nástroje

- **Amthauerův test struktury inteligence**, IST 70 (Amthauer, úprava Dan, 1993) a TSI 2000R (Amthauer; úprava Plháková, 2005)

Testy nejsou vhodné pro použití u osob s mentální retardací!

Test je zahrnut pouze proto, že je součástí vybavy prakticky všech SPC.

Popis viz kapitola 7.4.3.3

- **Analýza struktury inteligence – ISA**, E. Fay, G. Trost, G. Gittler, upr. I. Poledňová
Test diagnostikuje strukturu všeobecných intelektových schopností. Tvoří jej 9 skupin úloh, přičemž je umožněno hodnocení úrovně v každé skupině. Skupina Doplnění číselných řad zjišťuje schopnost induktivního myšlení. Subtest Praktické počítání mapuje schopnost počítání a z toho plynoucí schopnost tvorby úsudků a závěrů. Test je určen pro klienty od 14 let. Výhodou je možnost hodnocení úrovně v každém jednotlivém subtestu.
- **Kaufmanův test (K – ABC)** (Kaufman, Kaufman, USA, česká úprava Poledňová, Vonkomer, 2000)
Popis viz kapitola 7.4.3.3
- **Obrázkový inteligenční test (7-8,5 let)**, Joan E. Start, 1977, úprava J. Senka, 1994
mapování neverbálního úsudku, tvorba vztahů, chápání logické následnosti, principu střídání-řady.
- **T – M test** (Therman, Merrill, USA, 1937, úprava Adamovič, 1972)

Popis viz kapitola 7.4.3.3

- **Testy uvažování a úsudku – BLS 4, R. Bonnardel, upr. J. Vonkomer**
Jedná se o neverbální inteligenční testy zaměřené na uvažování a úsudek. Hodnotí faktor obecné inteligence. BLS4-1T obsahuje položky obrázkového a geometrického typu, test BLS4-2T mapuje induktivní myšlení, je orientován na skupinu dospívajících a dospělých. Výhodou je čas administrace 10 minut na 1 test.
- **WISC- III.** (česká verze Krejčířová, Dan, Boschek, 2002)
Popis viz kapitola 7.4.3.3

7.8 Myšlení a řešení problémů

7.8.1 Deskripce subdomény

Řešení problému spočívá v tom, že se zužuje pole možných odpovědí na danou otázku, dokud se nenajde správná odpověď nebo nová, dosud nepoznaná, cesta k cíli. Proces hodnocení informací-úvaha vede k tvorbě úsudku (Gillis, 1996). Řešení problému a uvažování většinou probíhá simultánně. K narušení těchto funkcí dochází v souvislosti s lézemi.

Fáze řešení problému dle Guilforda a Hoepfnera (1971):

- 1 příprava
- 2 analýza
- 3 provedení
- 4 ověření
- 5 opětovné použití

Fáze řešení problému dle Kohoutka, R.(2008):

- 1 **Objevení problému**
 - uvědomění si problému
 - motivace, pohnutky vedoucí k řešení problému (v případě chybění motivace se problém neřeší, obchází se)
 - potřeba odpovídajícího pochopení problému
 - prověření správnosti výchozích informací
 - doplnění informací
 - předvídaní problému
- 2 **Příprava na řešení**
 - rozdělení na menší úkoly
 - doplnění chybějících informací
 - stanovení hypotézy řešení problému
- 3 **Prověření stanovených hypotéz**
 - podstata vlastního procesu řešení
 - vylučování nevhodných hypotéz
- 4 **Nalezení řešení**
 - odstranění problému
 - odstranění tenze trvající při řešení problému
- 5 **Dodatečné přezkoušení**
 - praktické ověření nalezeného řešení
 - případně další optimalizace (zlepšování)

Při řešení problémů jsou využívány různé druhy myšlení:

- Praktické myšlení – problém je řešen bezprostředně praktickou činností (*metoda pokus-omyl*), myšlení se opírá o fakta ze zkušenosti
- Konkrétní názorné – problém je řešen při využití názorných představ
- Abstraktní myšlení – opírá se o práci s abstraktními pojmy-symboly, vyžaduje vyšší stupeň myšlení, teoretické myšlení, umožňující člověku docházet k závěrům na základě jiných teoretických poznatků
- Logické myšlení – využívá zobecňování zkušenosti, analýzy-syntézy k řešení problému

Podle směru, jímž se myšlení ubírá, rozlišujeme:

- Konvergentní myšlení (sbíhavé) – uplatnění v úlohách majících jediné možné řešení, celá myšlenková práce se ubírá jedním směrem, hledá odpověď na daný problém, odpověď je obecně známá
- Divergentní myšlení (rozbíhavé) – uplatnění při řešení úloh, které mohou mít více řešení, vyhledávání všech možných řešení a volba těch nejvhodnějších, opírá se o tvořivý přístup, hledá nestandardní varianty

Myšlení je možno definovat jako jakoukoliv mentální operaci, která se vztahuje ke dvěma či více částem informace explicitně nebo implicitně. Jedná se o řadu kognitivních funkcí, jako jsou výpočty, usuzování, soudy, tvorba konceptů, abstrakce a generalizace, řazení, organizování, plánování a řešení problémů. Myšlení je poznávací proces probíhající mezi člověkem a okolím, proces analýzy a syntézy, sociálně podmíněný a spojených s řečí, přičemž:

- Znalosti o procesu myšlení jsou odvozené ze studia řeči jako produktu myšlení, avšak velká část myšlení není na jazyk vázaná, probíhá preverbálně, případně neverbálně.
- Myšlení není svázáno se specifickými neuroanatomickými systémy.
- Myšlení primárního procesu je primitivní, používá symboly, metaforu, kondenzaci, je charakteristické pro sny.
- Myšlení sekundárního procesu je logické, racionální a koherentní, probíhá v abstraktních kategoriích.
- Výsledkem procesu abstrakce jsou pojmy (zachycují podstatné znaky předmětů a jevů, mají slovní vyjádření, ve vědomí vystupují v podobě slov), soudy (potvrzují nebo popírají vztahy mezi dvěma jevy, vytvářejí se na základě pojmů), úsudky (schopnost vytvářet pomocí abstrakce nové závěry na základě soudů).

7.8.2 Specifika u osob s mentálním postižením

U osob s mentálním postižením dochází k porušení poznávacích činností. Schopnost abstrakce a zobecnění je omezená, převažuje konkrétní myšlení na úrovni názorných obrazů. Patrný je deficit utváření obecných pojmů, schopnost osvojování pravidel je limitovaná. Zaměřenost a soustavnost myšlení vykazuje deficit v důsledku zvýšené unavitelnosti a poruchy pozornosti.

Rídící úloha myšlení je nízká, osoby s mentálním postižením nejsou schopny domýšlet své jednání a předvídat jeho důsledek.

Využívání osvojených rozumových operací je méně kvalitní, do popředí vystupuje nižší výtěžnost předcházejících zkušeností, omezená je schopnost tvorby soudů.

Problematické je uvědomování si problému, utváření adekvátních, účelných strategií k řešení problémů je na nízké úrovni, mnohdy chybí motivace k řešení.

Vyskytují se problémy v oblasti procedurální paměti, obtížné je zapamatování postupů, což znesnadňuje vytváření důležitých dovedností a návyků (např. v oblasti sebeobsluhy a hygieny) a hledání přiměřených postupů při řešení problémů.

Děti s mentálním postižením jsou méně samostatné, neschopné plánovitěho postupu, organizace a časového rozvržení činností.

Vyskytující se deficit vyššího sekvenčního myšlení vede k neschopnosti koordinovat, řadit, provádět a dokončovat jednotlivé činnosti (a to i v případě že děti s MR znají dílčí postupy, protože chybí schopnost plánovitěho postupu, chápání posloupnosti řešení, představa sledu jednotlivých postupů).

Omezení v oblasti řešení problémových situací, snížený náhled na důsledky vlastního konání, v případě výraznějšího mentálního postižení neschopnost postihování a vyhodnocování nebezpečných, zdraví či život ohrožujících situací činí osoby s mentálním postižením závislé na dopomoci a vedení ze strany zodpovědných osob.

7.8.3 Exekutivní funkce

zahrnují kapacity, jež umožňují člověku chovat se s úspěchem samostatně, účelně a ku vlastnímu prospěchu. Při narušení exekutivních funkcí (schopnost organizovat, plánovat, odhadovat, jednat flexibilně) jedinec přestává být schopen např. uspokojivě sebeobsluhy, pracovat samostatně či udržovat normální společenské vztahy, a to bez ohledu na to, jak jsou zachovány ostatní kognitivní funkce či nakolik vysoko člověk skóruje v testech dovedností, znalostí či schopností.

Kognitivní deficity obvykle zahrnují specifické funkce či funkční oblasti, poruchy exekutivních funkcí se spíše projevují globálně a ovlivňují všechny aspekty chování. Exekutivní poruchy mohou ovlivnit kognitivní fungování přímo ve strategiích přístupu, plánování či vykonávání kognitivních úkolů či v defektním monitorování výkonů.

U exekutivních funkcí otázka zní jak nebo zda člověk něco udělá, u kognitivních funkcí je bazální otázkou co a kolik (kolik toho víš, co umíš). Exekutivní funkce jsou zprostředkovány aktivitou frontálních laloků kortexu, zahrnují anticipaci, zaměření na cíl, plánování a sledování vnitřních a vnějších událostí, interpretaci a užití zpětné vazby. Uvědomování si všech kognitivních procesů, jejich sledování nazýváme metakognicí. Metakognice se vztahuje ke schopnosti vědět jak a kdy věnovat pozornost určitým informacím, pamatovat si je a organizovat, dále ke schopnosti chápat a řešit určité problémy určitým způsobem.

Vzhledem k pojetí katalogu byla problematika „organizace a plánování“ zpracována samostatně v kapitole 7.6.

Exekutivní funkce mají 4 složky:

- 1** vůli
- 2** plánování
- 3** účelné jednání vedoucí k cíli
- 4** úspěšný výkon s předpokládaným efektem

7.8.4 Diagnostické nástroje

- **Gesellovy vývojové škály** (Knobloch, Stevens, Malone 1980)
(1měs. -3 roky) – zjišťování adaptivity
Popis viz kapitola 7.4.3.1
- **T – M test** (Therman, Merrill, USA, 1937, úprava Adamovič, 1972)
Porozumění, Problémové situace
Popis viz kapitola 7.4.3.3
- **Stroopův Color – Word – Test (CWT)**
Test zjišťuje percepční zátěž, odolnost vůči zátěži, poskytuje ukazatel osobního tempa, faktor percepce, faktor percepční zátěže, skór zvýšené zátěže
- **Bayleyové vývojové škála** (přepřacované vydání z roku 1993, 3. revize)
(1 měs.-3,6 měs.), řešení jednoduchých problémů
Popis viz kapitola 7.4.3.1
- **WISC- III.** (česká verze Krejčířová, Dan, Boschek, 2002)
Porozumění, Řazení obrázků
Popis viz kapitola 7.4.3.3
- **Stanovení míry podpůrných opatření**
Při využití standardizovaných testů stanovíme míru podpůrných opatření pomocí transformace standardních skóru (tj.testového výsledku zkoušky konkrétního jedince) - viz. tabulka a křivka normálního rozložení četností (Gaussova křivka) závěrečné kapitoly katalogu.
Při využití klinických zkoušek lze ke stanovení míry podpůrných opatření orientačně využít následující tabulky (blíže viz poslední kapitola katalogu).

KLINICKÁ METODA		
STUPEŇ m. p. o.	body posuzovací škály	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	0	širší norma
I.	1	podprůměr
II.	2	hluboký podprůměr
III.	3	praktická absence funkce či masivní deficit
IV.	4	plná absence funkce

7.9 Kognitivní styl

7.9.1 Deskripce subdomény

Kognitivní styl je typický přístup jedince k učení a řešení problémů, označují se jím zvláštnosti ve vnímání a dalších poznávacích procesech, má vrozený základ, zčásti se utváří a to již od raného dětství. Zahrnuje charakteristické způsoby přijímání a zpracování informací při řešení problémů, způsob vnímání, myšlení, učení, jímž se jedinec liší od ostatních lidí, zjevná je velká odolnost vůči změně.

Jedná se o způsob, jímž jedinec dokáže využít své poznávací procesy, způsob přejímání a zpracování informací, jenž se uplatňuje při řešení problému:

- jak jedinec vnímá situaci
- jak z ní vybírá

Funkcí kognitivního stylu je utvářet a usměrňovat na úrovni kognitivních procesů aktivity, vytvářející pojmové, hodnotící a interakční orientace.

Na základě kognitivního stylu si jedinec volí implicitně určité metody učení. Vybrané metody učení tvoří danou strategii učení (nezáměrná strategie učení), pokud si jedinec explicitně uvědomí potřebnou strategii učení, pak si volí takové metody učení, jež by mu pomohly dosáhnout vytyčeného učebního cíle (záměrná strategie učení).

Kognitivní styl je nejčastěji chápán jako způsob vnímání, zapamatování, zpracování, organizování informací a řešení problémů, jenž je charakteristický pro daného jedince.

Styly učení se mění ve smyslu adaptace na nové podmínky, požadavky a v průběhu vývoje jedince vlivem jeho přirozeného zrání.

Kognitivní styly jsou dynamickými charakteristikami osobnosti, uplatňují se ve výkonech osobnosti a způsobu provedení výkonové situace, jsou dynamickými charakteristikami chování a prožívání.

Dimenze kognitivního stylu:

- přesnost – odkládání řešení problémů do budoucna, hledání dalších zdrojů informací, řešení až při jejich dostatečném množství
- přibližnost - blesková hypotéza pro řešení problému, znamená nutnost vytvoření hypotézy nové
- závislost – globálnost, neschopnost rozlišit nejdůležitější situace, neschopnost analyzovat
- nezávislost – schopnost odlišit podstatné prvky od prvků nepodstatných

Typy kognitivních stylů:

- 1 Analytický – racionální, opírající se o logické poznávání, zájem o fakta, osobní či zprostředkovanou zkušenost, důležité je to, co je logicky vyvoditelné a vysvětlitelné
- 2 Intuitivní – orientace na celek, zájem o vztahy a souvislosti, důležitou roli hraje smysl, fantazie, nápad
- 3 Citový – při poznání jsou prioritou vlastní emoce a prožívání skutečnosti, významnou roli hraje souhlas či nesouhlas vlastní zkušenosti se zkušeností jiných
- 4 Smyslový – jedinec klade důraz na to, co viděl na vlastní oči, slyšel, o čem se mohl osobně přesvědčit, důležitá je tedy osobní zkušenost.

Z hlediska preferovaných kognitivních potřeb (viz dotazník LSI v dalším textu) se také hovoří také o **vizuálním, auditivním, taktilním-kinestetickém a zážitkovém** stylu učení..

7.9.2 Specifika u osob s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením mají omezený rozsah příjmu informací a nižší kvalitu jejich zpracování.

U závažnějších mentálních postižení dochází ke zkreslenému vnímání problémové situace, omezenému vhledu a neadekvátnímu vyhodnocení. Charakteristická je krátkodobější, případně snížená motivace k řešení problémové situace.

Dimenze kognitivních stylů je spíše přibližná, charakterizuje ji snížená schopnost rozlišit nejdůležitější situace a analyzovat je.

Nízká úroveň rozumových schopností se projevuje nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následně obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.

Převažuje typ citový, preferující při poznání vlastní emoce.

7.9.3 Diagnostické nástroje

- **Kaufmanův test (K – ABC)** (Kaufman, Kaufman, USA, česká úprava Poledňová, Vonkomer, 2000)
Popis viz kapitola 7.4.3.3
- **Kohsovy kostky** (Košč, 1974)
Popis viz kapitola 7.4.3.2
- **Dotazník stylů učení – LSI** (Dunnová, Dunn, Price, 1989)
Česká jazyková verze ověřena u žáků základních a středních škol (gymnázia, střední odborné školy, SOU), určeno žákům 3.-12.roč.struktura dotazníku: preferované prostředí při učení, preferované emocionální potřeby, sociální potřeby, preferované kognitivní potřeby při učení, preferované tělesné potřeby.
- **Raven - Barevné progresivní matice (CPM)** (Raven, 1949, úprava Ferjenčík, 1984)
Popis viz kapitola 7.4.3.2
- **Raven - Standardní progresivní matice (SPM)** (Raven, 1956, úprava Ferjenčík, Hromý, 1989)
Popis viz kapitola 7.4.3.2
- **Wechslerovy zkoušky inteligence** – standardizovaná škála pro děti PDW /pražská úprava WISC/,WISC-III, verze pro adolescenty a dospělé WAIS-R, WAIS-III.
- **WISC- III.** (česká verze Krejčířová, Dan, Boschek, 2002)
Popis viz kapitola 7.4.3.3
- **Klinické zkoušky** (zde především interview, pozorování, dotazník a analýza produktů) využívají zkušenost diagnostika a směřují především k vymezení preference dominantních kognitivních potřeb – typů kognitivních stylů s ohledem na uspořádání edukačního prostředí a volbu optimálního informativně-formativního modu (dominance sluchových podnětů a učebních obsahů, sluchových, kinestetických...).

Literatura:

- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7
- HORT, VL., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská adolescentní psychiatrie*. Praha: PORTÁL, s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-472-9
- KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. Praha: PORTÁL, s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-379-X
- KREJČÍŘOVÁ, D., ŘÍČAN, P. *Dětská klinická psychologie*. Praha: GRADA, 2006. ISBN 80-247-1049-8
- MICHEL, GEORGE, F., CELIA, L. MOOREOVÁ: *Psychobiologie*. Praha: PORTÁL, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-116-9
- PREIS, M. a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: GRADA, 1998. ISBN 80-7169-443-6
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: PORTÁL, s.r.o., 2006. ISBN 80-7367-154-9
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, ISBN 80-7178-548-8
- ŠTĚPÁNKOVÁ, H., STEINOVÁ, D.: *Trénování paměti*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-08-0
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, s.r.o., 2006, ISBN 80-7367-060-7
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, s.r.o., 2000, ISBN 80-7178-308-0

KAPITOLA 8

8 Pozornost

Procházka M.

8.1 Obecná charakteristika domény

Pozornost (MKF b140) je možné označit za podstatnou podmínku veškeré adekvátní duševní činnosti. Tato funkce chrání jedince před vyčerpáním z přemíry podnětů. Současně pozornost zabraňuje dezorientaci člověka v důsledku podnětové nediferencovanosti. Hodnocení pozornosti rozhodně není jednoduché. Příčinou potíží je skutečnost, že se nejedná o funkci jednoduchou. Pozornost v sobě zahrnuje řadu komponent, jako např. aktivační úroveň, selekci, vigilanci apod. (Třesohlavá, 1983). Jde tedy o komplexní psychickou funkci, jejíž jednotlivé komponenty se při praktické činnosti uplatňují různou měrou a jsou velmi citlivým ukazatelem funkčního stavu mozku. Kvalita pozornosti je závislá na zralosti a integrovanosti funkcí mnoha různých oblastí CNS stejně jako na koordinaci aktivace a inhibice těchto mozkových oblastí (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). „*Pozornost tedy můžeme charakterizovat jako vyčlenění jednoho nebo více předmětů z komplexu předmětů, jevů, dějů a koncentraci našeho vědomí na zvolený výsek skutečnosti. Pozornost však neexistuje sama o sobě; je to vždy pozorné vnímání, představování, myšlení atd.*“ (Švancara, Vašina, Kostrůň, 1991, s. 54)

Pozornost lze tedy v obecné úrovni charakterizovat jako soustředění vědomí na určitý obsah, kdy jako základní výběrový činitel se uplatňuje aktivita subjektu. Význam úlohy aktivity subjektu jako výběrového činitele vystupuje především v těch situacích, kdy sledujeme dva různé děje současně, kdy tyto děje jsou na sobě vzájemně nezávislé; v tomto případě je možné mluvit o dělení pozornosti.

V principu rozlišujeme pozornost bezděčnou (spontánní) a pozornost úmyslnou (aktivní). V případě bezděčné i úmyslné pozornosti velký význam sehrává proces vývoje, výchovy a autoregulace. Úmyslná pozornost představuje jeden ze základních předpokladů duševní i fyzické práce člověka vč. učení se a edukace.

V rámci tohoto tématu se v následujících kapitolách rovněž věnujeme přesouvání a rozdělení pozornosti. Obě témata pojednávají o velmi podobných fenoménech, kdy potíže v jedné oblasti se většinou projevují i v druhé. Vzhledem k tomu, že je katalog určen jako praktická pomůcka i začínajícím kolegům, pojednáváme o každé jmenované oblasti samostatně s cílem vyšší přehlednosti a snazší orientaci v této problematice.

8.2 Rámcová specifika domény u klientů s mentálním postižením

Na pozornosti závisí efektivita lidského vnímání, učení, ale i myšlení. Je rovněž nasnadě, že pozornost má výrazný podíl na průběhu sociální percepce a komunikace. Pozornost je neoddělitelně spojena se základními složkami osobnosti, jako je např. stav potřeb, úroveň schopností apod. Jestliže si uvědomíme, že rozvoj pozornosti je vývojově podmíněn, není nijak překvapující, že děti s mentální retardací, která představuje velmi závažné postižení vývoje, vykazují v oblasti pozornosti deficit. Můžeme se setkat s úrovní hraničící se subnormou přes hyperproseksii až po hypoproseksii. Je nutno mít na paměti, že charakter narušení pozornosti u dětí s mentálním postižením je závislý na etiologii MR. S jiným obrazem se setkáme u dětí s MR na podkladě organického poškození CNS a jinak tomu je u dětí s MR s geneticky podmíněnou etiologií. U dětí běžné populace ve věku 6 – 7 let akceleruje schopnost regulace pozornost, zvyšuje se její adaptabilita, zlepšuje se schopnost diferencovat podstatné podněty, které jsou pro dítě důležité, a je nutné se na ně soustředit a současně klesá citlivost vůči rušivým vlivům. U této věkové kategorie se rozvíjejí různé strategie zaměření a udržení pozornosti. V pozdějším věku vstupuje velmi pozitivně do hry metakognice, tedy schopnost posouzení vlastní úrovně pozornosti a možnost jejího využití. Děti s mentální retardací v tomto vývojovém období samozřejmě k takovému stupni rozvoje pozornosti nedospějí a setkáváme se s problémy snížené schopnosti až neschopnosti eliminovat rušivé vlivy. Vzniká snadná odklonitelnost a unavitelnost dítěte ve své podstatě odražející nízký rozsah a nestálost pozornosti. Na rozdíl od předškolního období stále markantněji vystupuje do popředí snížená schopnost dělit pozornost na více činností, s narůstající zátěží úroveň pozornosti významně klesá a narůstá počet chyb. S tímto problémem se setkáváme i tehdy, jestliže obě činnosti samostatně jsou dobře zafixovány, respektive automatizovány. Dítě např. samostatně bez problémů zvládne kresbu postavy a žádnou potíž mu nebude dělat rozhovor na přiměřené téma. V okamžiku, kdy dojde k současné realizaci obou činností, dítě v drtivé většině případů zvládá buď jednu nebo druhou aktivitu.

8.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této domény)

Při zkoumání pozornosti se snažíme dobrat jednak postižení celkové úrovně pozornosti, ale také je naším cílem postižení jejích charakteristik, jako jsou např. ulpívavost, selektivnost, adaptace na nové podněty a změny úrovně pozornosti v určitém časovém intervalu. K měření pozornosti máme k dispozici celou řadu psychometrických nástrojů. Podstatou těchto testů je vyhledávání určitých prvků podle určitého pravidla. Testy kromě hodnocení úrovně záměrné pozornosti v určitém časovém intervalu současně dávají možnost usuzovat na míru koncentrace a stability pozornosti a na odolnost vůči zátěži úkolem. V klinickém smyslu můžeme potom získat informace o pracovním stylu dítěte, jeho pečlivosti, ale např. i míře unavitelnosti. Namnoze se dozvíme leccos o konformitě či naopak o sklonu k negativistickým tendencím dítěte. Kromě využití specializovaných metod k měření pozornosti můžeme na úroveň pozornosti usuzovat i z jiných metod, např. některých subtestů Wechslerových škál či S – B testu. Při posuzování pozornosti je velmi důležité neopominout informace týkající se anamnestických dat a sdělení vyučujících či dalších zúčastněných osob.

Nevýhodou používaných diagnostických nástrojů je v první řadě relativně omezený věkový rozsah užití. Tyto psychometrické nástroje jsou vhodné zejména pro věkovou kategorii od osmého až devátého roku a horní hranicí bývá věk 15 let. Jinou skupinou jsou testy určené pro kategorii patnáctiletých a starších. Pro mladší věkové kategorie od šesti let je možné využít pouze subtesty komplexních testů inteligence, např. subtesty opakování vět, opakování čísel z Wechslerových škál a S-B testu. Všechny uvedené testy jsou použitelné u dětí s úrovní lehké mentální retardace. V případě hlubšího postižení děti princip požadované činnosti nechápou, ale s nepochopením se setkáváme často již u dětí v dolním pásmu lehké mentální retardace. V případech středně těžké mentální retardace a hlubšího postižení, respektive všude tam, kde využíváme vývojových škál, jsou samozřejmě klasické testy pozornosti včetně subtestů komplexních testů inteligence, naprosto nevyužitelné. Postižení úrovně pozornosti u těchto dětí pozůstává jednoznačně na úrovni kvalitativního hodnocení.

V našem prostředí při hodnocení pozornosti můžeme používat následující testy:

- **Číselný čtverec (Jirásek, 1975)**

Tento test je určen k hodnocení úrovně koncentrace a distribuce pozornosti. Jedná se o poněkud starší metodu. Pozůstává z podnětové tabulky – číselného čtverce a záznamového archu. Záměrná pozornost je hodnocena podle času, který dítě potřebuje ke zvládnutí úkolu. Při administraci tohoto testu (individuální administrace) musíme dbát na to, aby test probíhal v klidném prostředí při minimálním dopadu rušivých vlivů okolí. Úkolem dítěte je ukázat a říkat nahlas čísla, která jsou v tabulce přeházená, jak za sebou v číselné řadě správně následují. Po prvním běhu samozřejmě dítě pochválíme a vyzveme k dalšímu pokusu. Takto čtverec administrujeme celkem 10 krát. Získané časy vždy zaznamenáme. Můžeme si zaznamenávat i chyby, kterých se dítě dopustí. Žádné časové omezení u této metody neexistuje.

Test je vhodný u dětí od osmého až devátého roku u běžné populace. V případě dětí s lehkou mentální retardací základní podmínkou kromě uvedeného věku je dobré zvládnutí čtení čísel a chápání číselné řady. Samozřejmě je možné i využití méně náročné varianty, která obsahuje 9 či 16 čísel.

Důležité informace nám může podat sledování projevů dítěte v průběhu testování vypovídající např. o chuti k práci, úzkostnosti apod. Při hodnocení a interpretaci výsledků je vhodné postupovat kvantitativně i kvalitativně. Získáváme průměrnou hodnotu výkonu. K dispozici jsou příslušné stenové normy. Významným zdrojem informací je kvalitativní posouzení chyb. Test byl standardizován na české a slovenské populaci, nicméně v současné době jsou normy již zastaralé a vyžadovaly by inovaci.

Tento test je bez problému používán jak v klinické, tak poradenské praxi a je velmi užitečný pro zhodnocení unavitelnosti dítěte (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

- **Číselný obdélník (Doležal, Kuruc, Senka, 1971)**

Tato metoda je vlastně poněkud složitější variantou metody předchozí.

Test je tvořen tabulemi s čísly od 1 do 100, kdy čísla jsou vytištěna černě, ale vedle je ještě další červené.

Princip obou testů tedy číselného čtverce a číselného obdélníka je totožný.

Tohoto testu můžeme použít jak individuálně, tak při skupinovém vyšetření. Úkolem dítěte je ve stanoveném časovém limitu do záznamového archu zaznamenat červené číslice, které jsou napsány vedle tří předem nadiktovaných čísel černých. Určen je pro děti od 15 let.

Při hodnocení za každou správnou odpověď dítě získává jeden bod a vzniklý hrubý skóre lze převést na vážený – percentilové pořadí.

Test byl standardizován na naší populaci od 15 let. Vzhledem k době jeho vzniku by si jistě zasloužil restandardizaci (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Test cesty (TMT) (Preiss, Panamá, 1995)**

Uvedený test je podmíněn, respektive jeho administrace, dobrou znalostí písmen a číslic. Může přinést informace ohledně psychomotorického tempa dítěte, zrakové percepce, vizuomotorické koordinace a pozornosti. Při aplikaci u dětí s mentální retardací je nutné jednoznačně dodržet podmínku kvalitního zvládnutí abecedy a číslic.

Test je rozdělen do částí A a B. V A části dítě vyhledává a spojuje čísla, v části B jsou složitější úkoly s čísly a písmeny.

Vlastní testové práci předchází zácvik. Dítě dostává instrukci, aby postupovalo od jedničky ke dvojce, dále k trojce a tato čísla spojovalo čarou, dokud nedojde do konce. V případě části B postupuje od jedničky k A, od A ke dvojce, zase až do konce. Je zdůrazněno, aby dítě pokračovalo, jak nejrychleji dokáže. Zácvik nám slouží k tomu, že si ověříme, zda dítě skutečně ví, co od něj očekáváme. Tato podmínka je v případě mentální retardace zcela zásadní, proto má v případě dětí s mentální retardací omezené uplatnění.

Test pocházející z roku 1995 je určen pro věkovou kategorii 9 až 15 let běžné populace.

Výsledky dítěte lze posuzovat dle české normy – steny – v závislosti na času řešení, pro děti 9-14 let; jako součást jsou rovněž připojeny ještě samostatné normy pro děti 3. - 4. třídy., 5. - 7. třídy a 8. - 9. třídy. Manuál obsahuje i americké normy – jedná se o průměrný čas a směrodatnou odchylku, vždy podle věku dětí.

TMT hodnotí úroveň záměrné pozornosti, schopnost rozdělit a koordinovat pozornost při zaměření na zrakovou orientaci. TMT je využíván jak v klinické, tak poradenské praxi. Kromě analýzy pozornosti je jej vhodné použít jako screeningu organického poškození CNS. Při administraci TMT je vždy nutné si uvědomovat jeho citlivost na emoční stavy (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Test koncentrace pozornosti (Kučera, 1980)**

Tento diagnostický nástroj psychometrické povahy představuje jeden z tzv. škrtačích testů. Na naše podmínky jej přepracoval M. Kučera a test se objevuje po roce 1980.

Dítě porovnává znaky na pravé a levé straně testovacího archu a škrta ty, které nejsou shodné. Materiál pozůstává z forem A, B a C, vyhodnocovacího listu a šablony.

Test je možné administrovat jak individuálně, tak skupinově, vlastní práci předchází zácvik. Práce dítěte je časově limitována, test je určen podobně jako test předchozí pro děti od 15 let.

Výsledkem je vyjádření výkonu dítěte ve stenech na základě připojených norem.

Test koncentrace pozornosti nám umožňuje postižení psychomotorického tempa, kvality pozornosti, chybovosti a přesnosti výkonu. Kromě kvantitativní analýzy je vhodná i kvalitativní. Největší prostor má tento test v oblasti profesního poradenství (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **T – M test- substesty opakování vět, opakování čísel i pozpátku (Terman, Merrill, USA, 1937, úprava Adamovič, 1972)**

Stanford – Binetova zkouška (S-B) - čtvrtá revize (Thorndike, Hagen, Satter, USA, 1986; české vydání Smékal, 1995)

Také tyto substesty nám mohou podat informaci o rozsahu pozornosti dítěte. Jedná o úkoly, které dítě buď splní či nesplní, daný úkol je přiřazen k určitému mentálnímu věku.

Jestliže informace o stavu pozornosti dítěte má být komplexní, pak je zcela nezbytné psychometrický údaj doplnit pozorováním dítěte v průběhu celé testové situace a velký význam zde rovněž sehrávají informace anamnestické povahy získané od rodičů, případně rozhovor s vyučujícím.

▪ **WISC III (česká verze Krejčířová, Dan, Boschek, 2002) – substest opakování čísel**

/PDW (Kubička a kol., 1973)/

V případě výše jmenovaného substestu se jedná o zachycení *úrovně koncentrace pozornosti a krátkodobé mechanické paměti* (Říčan, Krejčířová, 1995: s.253). Tento substest vykazuje nejmenší korelaci s celkovou úrovní kognitivních schopností.

Subtest je úspěšně zvládnán dětmi bez poruch pozornosti, narušené zrakové percepce a s kvalitní úrovní mechanické paměti.

Úkolem dítěte je opakování postupně narůstajícího počtu čísel přesně podle předřikávání. Ve druhé části dítě vyjmenovává předřikovaná čísla od posledního slyšeného zpět.

Výsledkem testu jsou hrubé skóry, které je možné převést na vážený skór.

Pozn.: V případě subtestu opakování čísel u PDW je standardizace provedená na populaci českých dětí a pochází z roku 1973 – užití tohoto testu je vhodné jen v případě, že se nám jedná o retest po určité době a vysloveně nám jde o porovnání hodnot. V ostatních případech se jeho užití nedoporučuje.

Kromě výše uvedených psychometrických nástrojů využíváme při posouzení úrovně pozornosti dítěte především metodu pozorování a kvalitativní rozbor produktů vzniklých v průběhu vyšetření. Kvalitativní posouzení v případě dětí s mentální retardací je o to významnější, že namnoze představuje jediný možný diagnostický prostředek. Příčin této skutečnosti může být několik. Může se jednat o neschopnost danou aktivitu zvládnout – dítě nechápe podstatu požadované činnosti ani po opakovaném zácviku. Další příčinou může být skutečnost, že dítě v průběhu testování odmítne dále pokračovat a chová se negativisticky. Dosažený výkon nelze tedy kvantifikovat. Možným důvodem, kdy se pozorování stává primární metodou posouzení pozornosti dítěte, je fakt, že pro danou věkovou kategorii příslušná psychometrická metoda zpracována není.

V běžné praxi se psychometrických nástrojů k posouzení úrovně pozornosti u dětí s mentálním postižením používá převážně v případě profesionální orientace (jedná se o žáky s lehkou mírou postižení; závažnější postižení užití testů vylučuje). Důvodem této skutečnosti je to, že děti s mentální retardací, které přecházejí na střední školu, musí být schopny podobný typ testu zvládnout a ve většině případů pro ně nepředstavuje závažnější problém. V kontextu celého vyšetření má užití testu pozornosti zcela opodstatněný význam

8.4 Udržení záměrné pozornosti

8.4.1 Charakteristika subdomény

Pozornost velmi citlivě ukazuje na zranitelnost centrální nervové soustavy a velmi dobře detekuje funkční stav mozku. V této souvislosti je nutné současně vyzvednout význam vývoje z hlediska udržení záměrné pozornosti. U běžné populace lze simplifikovaně uvažovat o maximálním posunu o 1 až 1,5 minuty za každý rok věku dítěte běžné populace, soustředit se intenzivně na nějakou činnost po delší dobu (tedy např. u 10letého chlapce běžné populace nad dobu 15 minut) je problém (Svoboda, Krejčířová, Wágnerová, 2001). Hodně záleží ovšem také na tzv. arousal – hladině aktivace dané atraktivitou podnětu.

8.4.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

V případě dětí s mentální retardací je nutné se můžeme setkat s případy velmi lehkého snížení záměrné pozornosti až po její absolutní absenci. Nicméně lze obecně konstatovat, že u dětí s mentální retardací udržení záměrné pozornosti vykazuje sníženou úroveň oproti dětem běžné populace stejné věkové kategorie. Navíc vstupuje-li do hry faktor organického poškození CNS, úroveň záměrné pozornosti se u takového dítěte prohlubuje.

8.4.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této subdomény)

V případě sledování úrovně záměrné pozornosti můžeme využít následujících testů:

Číselný čtverec, Číselný obdélník, Test koncentrace pozornosti, Test cesty, subtest opakování čísel jako součást WISC III a konečně subtesty opakování čísel u S – B testu.

Podrobný popis uvedených psychometrických metod je zpracován výše.

Z klinických metod využíváme metodu pozorování dítěte v průběhu vyšetření. Sledujeme schopnost dítěte ponořit se do příslušné aktivity. Zaměřujeme se na to, zda a na kolik se liší udržení záměrné pozornosti u činnosti, kterou si dítě volí samo, oproti činnosti, která je mu zadána. Sledujeme, jak se pro dítě uplatňuje vliv zajímavosti dané činnosti. V tomto ohledu je možné dopředu si připravit celou řadu aktivit od manipulačních, hrového charakteru, až po výrazně stereotypní aktivity typu třídění knoflíků. Zjištěné údaje můžeme potom vyhodnotit s pomocí Likertovy škály.

Posouzení je sice značně subjektivní, nicméně v případě hodnocení téhož dítěte dvěma specialisty s dostatečnou erudicí by rozdíl v posouzení neměl být velký.

Pozitivní stránkou diagnostiky udržení záměrné pozornosti je možnost využití jak psychometrických, tak klinických metod. V případě, že využijeme jako psychometrický nástroj některý ze subtestů kombinovaných testů inteligence, jsme schopni snížit tuto hranici na úroveň 6 let fyzického věku. Zde potom se dostáváme k dalšímu problému, kdy sice dítě splňuje věkovou kategorii, ale v důsledku mentální retardace není schopno test provést. V tomto případě je nezbytné využít klinické metody pozorování.

8.4.4 Stanovení míry podpůrných opatření

ČÍSELNÝ ČTVEREC	
STUPEŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

ČÍSELNÝ OBDÉLNÍK	
STUPEŇ m. p. o.	PERCENTILY
bez p. o.	16. a výše
I.	3. - 15.
II.	1. - 2.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

TEST KONCENTRACE POZORNOSTI	
STUPEŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

TEST CESTY	
STUPEŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

OPAKOVÁNÍ ČÍSEL SUBTEST WISC III	
STUPEŇ m. p. o.	VÁŽENÝ SKÓR
bez p. o.	> 7
I.	>4 ^ ≤7
II.	>1 ^ ≤4
III.	≤1
IV.	nezvládne

OPAKOVÁNÍ ČÍSEL ÚKOL T - M TESTU	
STUPEŇ m. p. o.	ROZDÍL MENTÁLNÍHO A FYZICKÉHO VĚKU U ÚKOLU
bez p. o.	1 rok a méně
I.	2 roky
II.	3 roky
III.	více než 3 roky
IV.	nechápe podstatu úkolu

KLINICKÁ METODA		
STUPEŇ m. p. o.	body posuzovací škály	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	0	širší norma
I.	1	podprůměr
II.	2	hluboký podprůměr
III.	3	praktická absence funkce či masivní deficit
IV.	4	plná absence funkce

8.5 Přesouvání pozornosti

8.5.1 Charakteristika subdomény

Přesouvat pozornost z jedné činnosti na druhou, z jednoho objektu na druhý je pro nás naprostou samozřejmostí a rutinou. Jedná se tedy o stav, kdy jsme nuceni záměrnou pozornost přesouvat od jednoho k druhému, od jedné činnosti k druhé v rámci své činnosti, kterou provádíme v reálném čase. Klasickým příkladem je práce na PC. Současně na monitoru máme otevřena dvě „okna“ a zabýváme se kompilací textu a obrázkového materiálu. I u intaktního jedince se po relativně krátké době dostaví první chyba a s rostoucí délkou činnosti (i její složitostí) narůstá jak chybovost, tak se současně zkracují sekvence záměrné pozornosti. Takováto činnost je pro nás snadnější, jestliže jedna z aktivit je kvalitně a dostatečně fixována či zautomatizovaná. V případě, že tomu tak není, je samozřejmě práce z hlediska pozornosti daleko náročnější. Jako příklad nám může posloužit dítě, které se začíná učit jezdit na kole. Jednak musí šlapat, jednak musí udržovat rovnováhu, jednak musí sledovat prostor před sebou. V okamžiku, kdy dojde k zautomatizování šlapání, dítěti se jízda na kole daří daleko lépe a s daleko menší námahou.

8.5.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

U dětí s mentální retardací se setkáváme v této oblasti se značným deficitem. Uskutečnění aktivit, které přesouvání pozornosti vyžadují, jsou pro tyto děti velkým problémem a s nárůstem deficitu rozumových schopností se provádění takové činnosti významně ztěžuje. Tato skutečnost zcela samozřejmě ovlivňuje zrychlený nástup a vyšší míru unavitelnosti.

Úkol přenášení pozornosti je v drtivé většině případů neřešitelným pro děti s mentálním postižením v důsledku organického poškození CNS, u kterých se prvoplánově setkáváme s výrazným narušením záměrné pozornosti.

Naproti tomu děti s Downovým syndromem, děti se syndromem lomivého x nebo děti s polygenně podmíněným omezením intelektového vývoje jsou za podmínky zautomatizování jedné či na více prováděných činností (nebo jejich kvalitním zvládnutí) v jistém rozsahu schopny pozornost přenášet.

8.5.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této subdomény)

Jestliže se snažíme o postižení problematiky přesouvání pozornosti, pak se nabízí Test cesty (podrobně viz úvodní kapitola této domény). Test má však v případě dětí s mentálním postižením velmi úzké využití vzhledem k určení věkového pásma intaktní populace od 9 do 15 let. Základní podmínkou jeho administrace je znalost číslic, písmen a jejich posloupnost.

Z klinických prostředků přichází v úvahu samozřejmě pozorování, anamnestická data a informace z okolí dítěte. V průběhu vyšetření sledujeme (případně i na základě cíleně vytvořených situací) chování dítěte. Na kolik je dítě schopno záměrnou pozornost rozdělit mezi dva podněty v rámci realizované aktivity. Výsledkem opět může být, jako v předchozím případě, pětistupňová Likertova škála.

Opět je nezbytné zdůraznit vysokou míru subjektivity takového posouzení.

Silné a slabé stránky diagnostiky přesouvání pozornosti se prakticky v ničem neliší od předchozí kapitoly. V mnoha případech preferujeme složku klinickou před složkou psychometrickou. Jedná se o ty případy, ve kterých dítě psychometrický nástroj není schopno zvládnout, respektive pro jeho věkovou kategorii takový nástroj neexistuje. K výlučně klinické metodě se uchylujeme také tehdy, jestliže z pohledu celkového vyšetření by užití testu bylo v rozporu se základním pravidlem: minimalizace zátěže a maximalizace získaných informací a dat v co nejkratším časovém úseku.

8.5.4 Stanovení míry podpůrných opatření

TEST CESTY	
STUPEŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

KLINICKÁ METODA		
STUPEŇ m. p. o.	body posuzovací škály	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	0	širší norma
I.	1	podprůměr
II.	2	hluboký podprůměr
III.	3	praktická absence funkce či masivní deficit
IV.	4	plná absence funkce

8.6 Rozdělení pozornosti

8.6.1 Charakteristika subdomény

Rovněž rozdělování pozornosti je schopností, se kterou se v běžném životě setkáváme zcela samozřejmě. Klasickým příkladem školského charakteru je diktát. Dítě se musí soustředit na tvar písmen, jejich spojování mezi sebou do podoby slov a vět a současně musí řešit problematiku pravopisu. Jestliže není alespoň jedna z aktivit odpovídajícím způsobem upevněna, anebo pokud ještě nedošlo k jejímu zautomatizování, představuje přesouvání pozornosti problém vyúsťující ve zvýšenou náročnost prováděné aktivity. Důsledkem je samozřejmě nástup útlumu a únavy.

8.6.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

U dětí s mentální retardací se vždy setkáváme se sníženou schopností rozdělit pozornost na více činností. Samozřejmě s narůstající hloubkou postižení je pravděpodobnost, že by dítě zvládlo rozdělení pozornosti, stále mizivější.

8.6.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

(včetně silných a slabých stránek diagnostiky této subdomény)

Z psychometrických technik (podrobný popis jednotlivých testů viz úvodní kapitola domény) je možné uvést především Číselný čtverec. Tuto schopnost je možné sledovat také pomocí testu Číselný obdélník. V obou případech nám však vystupuje do popředí otázka účelnosti aplikace takového testu. Rozhodujícím faktorem je odpověď na otázku, o kolik větším přínosem budou testové výsledky oproti klinickému přístupu při řešení základního cíle prováděného vyšetření.

Jako klinického prostředku i v tomto případě používáme průběžného pozorování dítěte po dobu celého vyšetření. Výrazným zdrojem informací pro nás může být např. kresba postavy. Základní podmínkou je to, že dítě je schopno kreslit. V okamžiku, kdy dítě již cíleně pracuje na kresbě, zahajujeme s ním lehkou konverzaci. V případě dětí s mentálním postižením přestávají tyto okamžitě kreslit (pokud na verbální podnět reaguje a odpovídá). Následuje pobídka: „Nenech se rušit, klidně si kreslí a jenom si spolu při tom budeme povídat.“ Není výjimkou, když ani v tomto případě dítě současně konverzaci a kresbu nezvládne.

8.6.4 Stanovení stupně míry podpůrných opatření

ČÍSELNÝ ČTVEREC	
STUPĚŇ M. P. O.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

ČÍSELNÝ OBDÉLNÍK	
STUPĚŇ M. P. O.	PERCENTILY
bez p. o.	16. a výše
I.	3. - 15.
II.	1. - 2.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

KONVERZACE KRESBA	
STUPĚŇ M. P. O.	VÝKON
bez p. o.	dítě zvládá rozdělení pozornosti
I.	dítě zvládá rozdělení pozornosti s obtížemi
II.	dítě zvládá rozdělení pozornosti sporadicky či velkými s obtížemi
III.	ostrůvky pozornosti
IV.	nezvládne

Literatura:

- KUCHARSKÁ, A. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*, Praha: IPPP ČR, 2007, ISBN 978 - 80 - 86856 - 42 - 1
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 1995, ISBN 80-7169-168-2
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, ISBN 80-7178-545-8
- ŠVANCARA, J., VAŠINA, L., KOSTROŇ, L. *Kapitoly z kognitivní psychologie*, Brno: Masarykova Universita, 1991, ISBN 80-210-0327-8
- TŘESOHlavÁ, Z. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*, Praha: Avicenum, 1983

KAPITOLA 9

9 Paměť

Pavel Svoboda

9.1 Deskripce domény

Pro účely diagnostické praxe u klientely SPC je třeba hned na začátku provést resumé definic základních pojmů týkajících se paměti (MKF *b144*) tak, jak je uvádí učebnice klinické neuropsychologie.

Toto určité zjednodušení je nezbytné pro účely základní diagnostiky prováděné speciálními pedagogy a psychology přímo v terénu těchto center, a tedy bez možností využití medicínských a neuropsychologických testovacích prostředků. Uvědomujeme si některá úskalí tohoto zjednodušení. Považujeme je však za nezbytná, neboť v současných frekventovaných a dostupných psychologických a speciálně pedagogických testech není vždy možné nalézt adekvátní diagnostický korelát, který by umožnil zpřesnění této diagnostiky ve smyslu úplného rozlišení a roztřídění jednotlivých druhů a typů paměti.

- **Paměť deklarativní (explicitní)**
Základní předpoklad pojmového a operačního myšlení. Odpovídá na otázku „Kdo?“ „Co?“, - složka sémantická, a „Kde?“ „Kdy?“ - složka epizodická.
- **Paměť nedeklarativní (implicitní)**
Zahrnuje tvorbu podmíněných reflexů, motorické učení a adaptační reakce. Obsahuje také nabyté dovednosti, která zacházejí s deklarativními poznatky.
- **Paměť krátkodobá (Short Term Memory – S.T.M.)**
Horní mez jejího trvání je 30 – 90 sekund. Zahrnuje souhrn operací pocházející z vnějšího i vnitřního prostředí. Zahrnuje zpracování těchto informací, jejich integraci, diskriminaci a retenci. Je předpokladem k fungování tzv. pracovní paměti, exekutivní funkci, v jejímž rámci se odehrává nejenom zapamatování, ale i následné provádění myšlenkových operací.
- **Paměť přechodná (Intermediate Term Memory – I.T.M.)**
Soubor dějů, zajišťující převod informací z S.T.M. do L.T.M.
- **Paměť dlouhodobá (Long Term Memory – L.T.M.)**
Skládá se z tzv. recentní paměti (Recent Memory), která uchovává informace z doby relativně nedávné a tzv. trvalé paměti (Permanent Memory, Remote Memory), dlouhodobé uchovávání informací.
- **Paměť pracovní**
Krátkodobá paměť, která slouží k řešení aktuální úlohy nebo situace. Po vyřešení problému jsou již použité informace zapomenuty anebo vytěsněny novým souborem informací.
- **Centrální procesor**
Centrála pracovní paměti, kde dochází k analýze, komparaci, selekci, integraci a distribuci
- **Retence**
Znamená množství informací uchovávané v paměti v rámci časové jednotky.
- **Vybavování (retrieval)**
Proces přivádění zapamatovaných informací do vědomí.
- **Znovupoznání (recognition)**
Znamená míru snadnosti poznání již jednou pamětně zpracovaných informací.
- **Výbavnost (recall)**
Znamená míru přístupnosti k informacím zachyceným v paměti na podkladě jiných informací
- **Úspora (saving)**
Znamená vyjádření stupně zapamatování, které se určuje rozdílem počtu prezentací k opětovnému naučení se souboru informací po určité časové prodávě.

Tradiční dělení paměti

Počátky snah o definování a měření paměti lze najít již ve starověkém Řecku. Jsou spojeny se jmény Diogenes z Apollonie (uložení vzpomínek je dáno určitým rozdělením vzduchu v těle), Aristoteles (tvůrce teorie o substrátu paměťové stopy) Platón (vosková destička jako metafora paměti). Skutečné moderní pojetí a měření paměti se však objevilo až někdy v polovině dvacátého století.

V polovině 60 – tých let minulého století navrhli Nancy Waughová a Donald Norman model paměti, který rozlišoval 2 systémy: primární paměť, která obsahovala dočasné, právě využívané informace a sekundární paměť, která reprezentovala informace trvalé nebo informace velmi dlouho uložené. Koncem 60. let 20. století navrhli Richard Atkinson a Richard Shiffrin tzv. trojsložkové posuzování paměti: 1. senzorickou paměť – schopnost ukládat relativně omezené množství informací po značně krátkou dobu, 2. krátkodobou paměť – schopnost ukládat a podržet informace na poněkud delší dobu s omezenou kapacitou (tato schopnost se zhoršuje během stárnutí), 3. dlouhodobou paměť – velmi rozsáhlá a časově téměř neomezená kapacita. Sperling objevil v roce 1960 „ikonickou paměť“, která je dnes považována za typ zrakové pracovní paměti (Koukolík, 2002).

Model paměti podle úrovně zpracování informace publikovali v roce 1972 Fergus Craik a Robert Lockhart. Paměť spojili s úrovní percepčního zpracování. Paměťovou stopu hodnotili z hlediska tzv. hloubky zpracování. Čím je tato hloubka větší, tím vyšší je pravděpodobnost, že lze tuto položku z paměti zpětně reprodukovat. Sternbergova Cognitive Psychology (1999) obsahuje detailní popis této teorie.

Pojmy sémantická paměť (pro neosobní fakta), epizodická paměť (pro osobní prožitky) navrhl v roce 1972 Endel Tulving a rozšířil toto své pojetí v roce 1985 o tzv. procedurální paměť (Tulving in Koukolík, 2000).

V poslední době se rovněž objevuje a zkoumá další typ paměti, který je označován jako Prospektivní paměť. Ta může být definována jako „zapamatování si pamatovat“ (Winograd, 1988 – zdroj: wikipedia.org/wiki/Prospective -memory). To při určitém zjednodušení znamená schopnost pamatovat si provést zamýšlené akce. Např. snažit si vzpomenout na to, že si musím vzít v určitou dobu předepsaný lék.

Dnes se paměť nejčastěji rozděluje z hlediska její funkčnosti na několik základních typů. Při prvním rozdělení respektujeme tři všeobecně platná a daná stádia paměti: *kódování*, tj. umístění do paměti, *uchování*, tj. uložení do paměti a *vybavování*, jehož ekvivalentem je vzpomínání neboli ožívování paměti.

V dalším pojetí dělíme paměť podle druhů uchovávaných informací – např. jeden systém uchovává konkrétní faktické informace a druhý dovednosti. Uchování neboli pamatování si faktických informací je mnohdy nazýváno tzv. *explicitní paměť*. Jsou to vlastně vzpomínky, které se spojují s určitým konkrétním místem a časem. Uchování si určitých dovedností, např. schopnosti práce s internetem nebo schopnosti umět plavat se ztotožňuje s tzv. *implicitní paměť*. V současnosti je již u některých těchto typů paměti dokladována alespoň částečně jejich řídicí mozková struktura. Např. při kódování je aktivnější levá mozková hemisféra, při vybavování zase pravá (Atkinson, 2003).

Rozdělení z hlediska krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé paměti se řídí především časovou délkou uchovávaných informací. Ve většinovém pojetí odborníků se za krátkodobou paměť považuje čas maximálně několika sekund. „Tento druh paměti je možné přirovnat k tabulce, na kterou se napíše záznam, jenž se po několika desítkách sekund maže, aby učinil místo pro záznam další“ (Koukolík, 2000, str. 86). Střednědobá paměť je podržení informací v rozsahu od několika minut do několika hodin, dlouhodobá paměť je pak logicky spojována s fází uchování, která je delší než oněch několik hodin a může být prodloužena, řečeno s nadsázkou, až do relativního nekonečna. To v tomto případě znamená v podstatě délku života člověka.

9.1.1 Krátkodobá (pracovní) paměť

Někteří odborníci si všimají ještě jednoho systému, který je důležitý pro krátkodobé uchování informací. Tím je tzv. senzorická, neboli ikonická paměť, kterou jsme již zmínili. Je důležitá zejména pro účely prodloužení velice krátce prezentovaných sluchových či vizuálních podnětů, např. vybavování si pospojovaných grafemů v přečteném slově a milisekundové vybavení si tohoto slova.

Tři základní fáze paměti, tj. kódování, uchování a vybavování jsou přítomny i v paměti pracovní, neboli krátkodobé. Průběh všech těchto jednotlivých dílčích stádií může pokrývat časový okamžik trvající od několika

milisekund až po celé sekundy. V první fázi kódování je důležité, abychom především vnímali a prováděli určitou selekci. Vnímáme tedy především to, co je pro nás v prvním okamžiku důležité. Např. při nákupu si nevšimneme jaké má prodavačka náušnice, ale zapamatujeme si cenu výrobku. Nebo naopak. Rozdílnost tohoto vnímání a tedy i paměti je závislá přímo na individualitě člověka a spojuje se s jeho zkušenostmi i s hierarchií hodnot, které zastává.

Při kódování paměti využíváme určité strategie. V této souvislosti se mluví nejčastěji o tzv. reprezentaci fonologické – zvukové, vizuální – obrazové nebo sémantické – tzv. „oslí můstky“ sloužící k lepšímu zapamatování. Pro fixaci uchovávání využíváme opakování, čímž uchováváme uložené informace v aktivním stavu, připraveném k okamžitému vybavení.

Při uchovávání pracovní paměti můžeme využít její pouze velmi omezené kapacity. V této souvislosti se hovoří o tzv. Müllеровě magickém čísle 7. Psychologové k tomuto číslu dospěli tak, že prezentovali probandům několik vzájemně nesouvisejících a rozdílných vizuálních nebo akustických podnětů a sledovali zapamatovatelný limit jejich uchovávání. Tento experiment trval řádově několik sekund, pokusné osoby se tedy nemohly v takto krátkém časovém úseku opírat o kompenzační mechanismy a byla tedy poměřována schopnost jejich čisté krátkodobé paměti. A výsledek 7 znamenal nejčastější zjištěné množství zapamatovaných položek.

Mezi kompenzační mechanismy můžeme v tomto případě řadit také tzv. shlukování. Je to strategie, pomocí níž si člověk lépe zapamatovává řady obrázků, grafemů, čísel. U řady obrázků mu může pomoci dějová linie z nich vytvořeného příběhu, u řady písmen smysluplnost textu, u řady čísel některé jejich vzájemné matematické vztahy, atd. Tyto strategické postupy se do značné míry shodují s obsahovým pojetím termínu sekvence, který se objevuje v novějších verzích tradičních inteligenčních testů jako jsou např. Stanford – Binetovy anebo Wechslerovy inteligenční škály.

Rychlost procesu vybavování informace (obrázku, čísla, zvuku, nebo některého smyslového vjemu) uložené v krátkodobé paměti pak závisí přímo na množství v ní uchovávaných položek. Při vybavení takové jedné položky spotřebuje v průměru člověk přibližně 40 milisekund. (Sternberg, in Atkinson, 2003). Kvalitní krátkodobá paměť je rovněž nezbytnou součástí matematických operací. V této souvislosti se často hovoří o virtuální tabuli, na které provádíme matematické výpočty.

Pracovní paměť hraje rovněž důležitou roli při vnímání toku konverzace nebo při vnímání lexikální smysluplnosti. V procesu čtení si musíme spojit již jednou přečtený text s nově pročitányými poznatky, jinak textu neporozumíme. A recipročně - čím více text chápeme, tím více si ho pamatujeme.

Z hlediska neuropsychologického obsahuje pracovní paměť tři složky: fonologickou smyčku, tzv. vizuospeciální náčrtník a centrální výkonnostní složku (*phonological loop, visuo-spatial sketch pad, central executive*) (Baddeley, in Koukolík, 2000).

Fonologická smyčka je systém, v němž se pravděpodobně ukládají řečové a neřečové zvukové informace. Pokud nejsou tyto informace fixovány alespoň nehlasným opakováním, pak se během několika vteřin ztrácejí. Řečovou smyčku považují mnozí odborníci za klíčový systém řečového a jazykového vývoje předškolních dětí. Je spojována s aktivizací levostranné mozkové kůry.

Vizuospeciální náčrtník si můžeme spojit s představou tabulky, na kterou si napíšeme data, která po několika okamžicích zmizí, aby uvolnila místo jiným. Jeho činnost se spojuje se se zvýšenou aktivitou kůry temenních a čelních laloků.

Na aktivitu předních a dorzolaterálních částí prefrontální kůry je dále vázána centrální výkonnostní složka, která má souvislost se zvýšenou pamětnou zátěží při vnímání tvaru a rotace předmětů. Levostranná dorzolaterální část této prefrontální kůry se také zřejmě „rozhodujícím způsobem podílí na organizaci pojmů do celků vyššího řádu“ (Koukolík, 2000, str. 100). To lze v tomto kontextu považovat za strategii připomínající projevy kompenzačních mechanismů.

Počátky historie měření krátkodobé paměti jsou spjaty se jménem německého učenice Hermanna Ebbinghause. Ten již na konci 19 století vyvinul metodiku „objektivního měření paměti“, jejíž princip se v nepatrných modifikacích užívá dodnes. Jde o tzv. metodu trigramů – to jsou shluky tří písmen, které nemají v dané řeči

žádný význam a nesouvisí se žádnou další asociací. Ebbinghaus sledoval, jak dlouho trvá pokusným osobám naučit se několika takto poskládaným nonsensům, proměřoval rovněž procento jejich úspěšnosti a začal i rozlišovat tzv. „trvání paměťové stopy, úsporu zapamatování (saving) a efekt nápovědy (priming)“ (Ebbinghaus, in Preiss, 1998).

9.1.2 Střednědobá paměť

Pokud mluvíme o střednědobé paměti, máme na mysli pamětné operace, které probíhají řádově v rozmezí od několika minut do několika hodin. Pojem střednědobé paměti je zřejmě historicky nejmladším. Dřívější výzkumy se zabývaly především pamětí krátkodobou nebo dlouhodobou. Potřeba praxe si však vynutila i stanovení a definování paměti střednědobé. Např. článek M. Svobody a kol. týkající se dělení paměti z hlediska uchování podnětů v časopise *Psychologie a psychiatrie*, ročník 2006. Dosud však nikdo kategoricky nezpřesnil a nerozčlenil hranice jednotlivých druhů paměti tak, abychom bez jakýchkoli pochyb dokázali stanovit časové limity, které by stanovily, co je ještě paměť krátkodobá, střednědobá či dlouhodobá.

V mozku člověka probíhají v průběhu minut či hodin nesčetné pamětné změny, které jsou ovlivněny řadou různorodých podnětů. Organismus se učí na tyto změny adekvátně reagovat. V souladu s těmito reakcemi si vytváří i nejrůznější strategie, které podporují co nejefektivnější zapamatování, uchovávání a pozdější vybavení důležitých vyčleněných informací. Nepodstatné vjemy a informace jsou našim mozkiem naopak užitečně zapomínány. V opačném případě by došlo k totálnímu zahlcení mozku nepodstatnými a nepoužitelnými informacemi. Tyto děje studuje psychologie z pozice analýzy sémanticky časově strukturálních vztahů a fyziologie zase z hlediska pamětných procesů. Již v sedmdesátých letech minulého století bylo prokázáno, že v procesu zapamatování hrají také podstatnou úlohu faktory, které se týkají způsobu, jakým byla látka osvojena. Byla rovněž stanovena tzv. míra zapamatování a tzv. index úspory. Střednědobé paměti se rovněž bezprostředně dotýkala již známá Ebbinghausova křivka zapamatování a zapomínání smysluprostých slov, kterou sám její autor experimentálně prověřil a načrtnul již v roce 1885. Ebbinghaus zde odhadl, že již v 1. minutě zapomínáme přibližně 40% naučených informací (slov), za 1 měsíc je to však již asi 80% (Ebbinghaus, in Linhart, 1976).

9.1.3 Dlouhodobá paměť

Za dlouhodobou paměť je považována schopnost uchovávání informací v časovém rozpětí od několika hodin až po celou délku života. Psychologové dosud provedli mnoho experimentů týkajících se zapomínání a pamětných uchovávání informací v průběhu několika minut, hodin či dní, méně výzkumů se však týká sledování funkcí paměti během několika let nebo dokonce během desetiletí (tzv. autobiografická paměť).

Dlouhodobá paměť obsahuje rovněž tři základní fáze – kódování, uchovávání a vybavování, tak jak je lze rozlišit u pracovní paměti. Navíc se zde však ještě objevují důležité interakce mezi kódováním a vybavováním. Vždy rovněž není jasné, zdali je zapomínání způsobeno primárně ztrátou informace ve vědomí nebo selháním vybavování. Při kódování využívají lidé tři základní kódy zapamatování. Jedná se o tzv. vizuální reprezentaci – tu můžeme chápat jako vizuální představu řady slov, obrazů, čísel....., můžeme se však opřít i o auditivní vjemy, v tom případě mluvíme o reprezentaci fonologické, pokud se opíráme o vzájemné vztahy a významy sdělení či okolností připomínaných dějů, pak hovoříme o paměti sémantické.

Vizuální kód, pokud se užívá pro zapamatování obrázků, číselných řad anebo slovního materiálu (nonsensové řady slov), poměrně rychle mizí. Většina lidí nedokáže udržet v paměti např. obrázek tak, aby jejich představa odpovídala barevné fotografii. Tato schopnost je spíše dokladována u dětí, které mají tzv. eidetickou (fotografickou) paměť.

„Dominantní reprezentace dlouhodobé paměti pro verbální materiál není fonologická, ani vizuální, ale je založena na významu položek“ (Atkinson, 2003, str. 277). To lze chápat tak, že si pamatujeme např. význam věty, ale již ne její přesný slovosled. Při pamětném učení řady po sobě jdoucích slov, např. básně, může být zase určitým pomocníkem kódování opakující se rým, rytmus nebo zvukomalba. „A, b, c, d, ...kočka přede“. Ve dlouhodobé paměti jsou rovněž zakódovány chutě, vůně a zrakové či sluchové podněty. Pokusy Smitha, Jonidese a Koeppeho (In Atkinson, 2003) potvrdily i předpokládaný fakt o náplni činnosti mozkových hemisfér. Prostorové informace uchovává spíše pravá mozková hemisféra, zatímco verbální informace hemisféra levá.

Pro pragmatické zjednodušení a přehlednění diagnostiky dlouhodobé paměti je však především užitečné rozdělit dlouhodobou paměť na explicitní a implicitní. Explicitní paměť zahrnuje vnímání událostí, které se v našem vědomí spojují s určitým konkrétním místem a popř. také s časem. Pokud se zabýváme naučenými a tedy i zapamatovanými dovednostmi jako je např. dovednost plavání, jízdy na kole, čtení, atd., pak mluvíme o paměti implicitní.

Zdá se, že kvalita explicitní paměti značně koreluje s výsledky tradičních inteligenčních testů v položce „vědomosti“. Kvalita i kvantita nabytých vědomostí úzce souvisí i s kvalitou pamětně podržených poznatků, které jsme získali především v procesu výuky. Implicitní paměť naproti tomu zahrnuje spíše paměť motorickou, při její diagnostice by se měl vyšetřující zabývat především posouzením rychlosti a úrovně nabytí takových dovedností jako je např. plavání, jízda na kole nebo řízení auta. Tyto dovednosti člověk získává nejenom v procesu výuky, ale také v procesu určitého cvičení nebo tréninku. Vyšetřující by se měl při diagnostice této oblasti držet zejména vývojových škál (předškolní a školní věk), rozhovoru a dotazníku (adolescence a dospělost).

Obsah dlouhodobé paměti je závislý jednak na určité kvalitě paměti pracovní (krátkodobé), jednak také na vědomém reprodukování toho, co se chceme naučit. Toto aktivní úsilí o naučení se a tedy zapamatování určitých poznatků můžeme ztotožnit s pojmem opakování.

Za stěžejní centrum pro fungování dlouhodobé paměti se považuje oblast umístěná v těsné blízkosti středu mozku – hipokampus. Tato část mozku funguje jako zprostředkovatel ukládání informací do mozkové kůry a podílí se na tvorbě asociační oblasti. Pacienti, kteří mají tuto oblast poškozenou, vykazují vážné poruchy dlouhodobé paměti, zatímco paměť krátkodobá u nich nemusí být vůbec postižena. A tak mnohdy dochází k paradoxní situaci, kdy pacient nepozná svého lékaře, ačkoli ho vidává téměř každý den (Atkinson, 2003).

Počátky měření dlouhodobé paměti jsou spjaty se jménem F. Galtona, který ve svém asociačním testu využil předlohy 75 slovních podnětů, které předkládal pokusným osobám 4 x v časovém rozsahu 1 měsíce (Kondáš, 1992).

9.2 Specifika paměti u osob s mentálním postižením

Problematika mentálního postižení je značně rozsáhlá, neméně komplikované jsou i duševní a pamětné pochody odehrávající se v lidském mozku. Systematický lékařský výzkum paměti se v současnosti zabývá spíše identifikováním jednotlivých mozkových lézí vázaným ke konkrétním poruchám paměti. Tj. tato identifikace ve své většině spočívá ve sledování poškození jednotlivých částí mozku a v následném zhodnocení úbytku pamětných funkcí ve smyslu kvantitativních i kvalitativních ztrát. Tyto výzkumy nejsou vždy dostatečně uspokojivě propojeny s konkrétními stupni a druhy mentálního poškození. Přesto jsou některá již dříve sledovaná specifika funkcí paměti u mentálně postižených osob považována za obecně platná.

V souladu s výše uvedeným tedy víme, že paměť mentálně postiženého člověka se v mnoha případech vyznačuje pomalým a komplikovaným osvojováním si abstraktních pojmů a v porovnání s tím snadnějším a bezprostřednějším vštípením konkrétních a atraktivních podnětů. Tato paměť je převážně mechanická (klient se naučí obsahům mechanicky a bez porozumění, takže informace nemůže reálně využít), konkrétní a krátkodobá. Člověk s mentálním postižením potřebuje pro hlubší zapamatování zpravidla mnoho opakování. Spontánní zapamatování je ovlivněno zejména atraktivností nabídky vybraných podnětů a dosaženým stupněm poznání (Vágnerová, 2004). Takto postižený člověk si osvojuje nové poznatky pomaleji a má problémy také se stálostí jejich uchovávání. Pamatuje si rovněž často skupiny pojmů, které nemusí být vždy spojovány nejlogičtější a nejpodstatnější společnou vlastností. Nedokáže také oddělit a rozdělit věci na podstatné a nepodstatné, v podstatě rušivé. Jeho paměť je velice silně ovlivněna a propojena s infantilní úrovní myšlení. Názorné myšlení se tak opírá zejména o konkrétní pamětné pojmy a představy. K problémům rovněž dochází při využití jednou získaných pamětných poznatků v praxi. Člověk s mentálním postižením nedovede vždy naučené poznatky optimálně využít a reaguje často neadekvátně v rozličných životních situacích. Je u něj narušena intermodalita, tj. není většinou schopen jednou osvojené poznatky využít v jiné situaci, než ve které se je naučil.

Pomalé a omezené osvojování si nových vědomostí a dovedností spočívá ve specifických vlastnostech nervových procesů. Většina lidí s mentálním postižením je limitována malým rozsahem, nepevností a pomalým tempem vytváření nových podmíněných nervových spojů. Tato situace je důsledkem slabosti spojovací funkce

mozkové kůry a projevuje se rovněž jako oslabení aktivního vnitřního útlumu neuronů. Těžkosti při vytváření a fixaci nových synapsí negativně ovlivňují nejenom osvojování si nových poznatků, ale i následné vybavování učební látky. Nově vytvořené podmíněné spoje tak vyhasínají rychleji než u běžné populace intaktních dětí. Porucha paměti se následně může projevit také jako porucha celé osobnosti. Proto je mimořádně důležité využívat při výuce a vštěpování nových poznatků mnohočetných opakování, názorného vyučování a pravidelného oživování (vybavování) naučeného.

Funkce paměti zhoršuje nedostatek spánku, čerstvého vzduchu, negativně na ni působí rovněž nesoustředěnost vyvolaná např. změnou obvyklého rituálu, změnou oblečení, proces vybavování si pamětných stop může být rovněž negativně ovlivněn pouhými odlišnostmi v uspořádání předmětů na pracovní ploše (např. u autistických osob). Proto speciálně pedagogická práce spočívající v podpoře paměti vyžaduje přemíru trpělivosti a kromě již zmíněného opakování i komplexní multisenzoriální zacílení.

9.2.1 Poruchy paměti

9.2.2 Kvantitativní poruchy paměti:

- **Deteriorace paměti**
fatické oslabení paměti, většinou nezvratný proces, přičemž může být oslabena každá složka paměti samostatně nebo v kombinaci s ostatními. Např. v případě oslabení retenční složky paměti jsou nejvíce oslabeny nové události a naopak nejvíce zachovány starší vzpomínky (tzv. “zákon regrese”, “Ribotův zákon”)
- **Hypermnézie**
zesílení vybavnosti paměťových obsahů na úkor jejich přesnosti. Selektivní hypermnézie (výběrové zapamatování si událostí u konkrétního jedince) bývá často přítomna u paranoidních jedinců a neurotických osob.
- **Hypomnézie**
trvalé snížení paměti celkové nebo částečné, většinou podmíněně ontogeneticky. Na snížení paměti může mít vliv únava nebo např. farmaka. U organicky podmíněné poruchy může být natolik porušena vstřípnost, že dochází k anamnestické dezorientaci v prostoru či v čase a v důsledku toho i k neschopnosti vstřípnit si základní informace.
- **Amnézie:** porucha paměti ohraničená časovým úsekem
 - porucha deklarativní paměti
 - retrogradní amnézie – porucha paměti na události jež proběhly před dobou vzniku amnézie
 - anterogradní, ortogradní, progradní amnézie – týká se událostí, k nimž došlo po době vzniku amnézie
 - amnézie úplná, kontinuální – z daného časového úseku si jedinec nic nepamatuje
 - amnézie ostrůvkovitá (inzulární) – útržkovité pamatování si událostí

9.2.3 Kvalitativní poruchy paměti:

- **Paramnézie**
zkreslení zapamatovaných obsahů (porucha konzervace paměti) nositel si nebývá této poruchy vědom.
- **Vzpomínkový klam**
jedinec je nezvratně přesvědčen o skutečnosti vzpomínkového klamu, přestože informace pochází např. z filmu či z literatury
- **Konfabulace**
smyšlenky, doplňování chybějících vzpomínek údaji vymyšlenými v daný okamžik
- **Pseudologia phantastica (bájevá lhavost)**
předstírání vybájených zážitků, vyplývá z hlubší poruchy osobnosti, v dětském věku je bájevá lhavost fyziologická.
- **Kryptomnézie**
druh vzpomínkového klamu, jenž jedinec považuje za původní myšlenku; cizí výtvar, myšlenky považuje za své vlastní.
- **Ekmnézie**
nesprávné časové umístění vzpomínek

9.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

Vzhledem k potřebě praxe a omezenému rozsahu existujících diagnostických nástrojů využitelných pro poměrování paměti je optimální využití výše uvedeného dělení paměti podle délky uchovávání informací. Ve stávající a využitelné nabídce testů a subtestů lze dohledat adekvátní testové nástroje a provést pomocí nich ve většině případů alespoň orientační kvantitativní odhady jednotlivých úrovní a typů paměti. V těchto případech rovněž doporučujeme nespokojit se s pouhým výsledným číslem, ale vše také následně posoudit a případně i přetransformovat z kvalitativního hlediska.

1. kategorie – paměť krátkodobá (vizuální, auditivní, sémantická...)

Zjednodušeně ji lze definovat jako okamžité pamětné reakce, které při reprodukování požadované informace nepřesahují čas několika sekund.

Příklady testů vhodných pro měření paměti krátkodobé – subtesty týkající se opakování čísel a subtesty jmenování zapamatovaných předmětů (Stanford-Binetův inteligenční test TM, metoda KAI, subtesty WAIS, WISC, WMS, AVLT, Benton.....)

2. kategorie – paměť střednědobá (vizuální, auditivní, sémantická...)

Zjednodušeně ji definujeme jako vybavování pamětných stop, které se při reprodukování požadované informace vrací zpět do doby před několika minutami. Střednědobá paměť souvisí se schopností naučit se např. na zkoušku, po úspěšném vykonání zkoušky bývá však obsah nabytých vědomostí ve své většině zapomenut. Testy a zkoušky zaměřené na snímání kvality střednědobé paměti se odlišují od paměti krátkodobé (pracovní) tím, že požadovaná odpověď respondenta přichází až po povinné pauze několika vteřin či minut. Fáze ukládání je tedy delší a nejedná se o okamžitou reakci.

Příklady testů vhodných pro měření paměti střednědobé - Rey – Osterriethova komplexní figura TKF (Rey, Osterrieth – RCFT) – poměrování kvality bezděčné vizuální střednědobé paměti (reprodukce po 3 minutách odvedení pozornosti testovaného)....

3. kategorie – paměť dlouhodobá (vizuální, auditivní, sémantická...)

Obsahuje paměť explicitní (vizuální, auditivní, sémantickou...) a implicitní.

Příklady testů vhodných pro měření paměti dlouhodobé – Vývojový screening, část dotazníková - položky určené pro rodiče a osoby, jimž jsou děti svěřeny. V této oblasti lze využít i klinických metod posuzování úrovně paměti a vycházet přitom např. z rozhovoru o anamnéze (datum narození, počet dětí,...) nebo z obecnějších údajů (jméno prezidenta, základní zeměpisná a dějepisná data a pojmy...) Lze využít i posouzení orientace z ACE-R, MMSE...

Poznámky k testování

Výsledky dále doporučených testů jsou uváděny většinou ve stenových normách, v tzv. indexových skórech (průměr 100, SD 15), ve skórech vážených (průměr 10, SD 3) nebo v percentilech. Tyto skóre můžeme pro přehlednější posouzení převést do tabulky vážených skóre, které tvoří závěr následujících tří oblastí. Z charakteristik uvedených testů by měl vyšetřující usoudit, kterou vlastnost či oblast paměti v uvedeném testu především měří a podle toho provést i vyplnění jednotlivých sloupců finálních tabulek. Velká tiskací písmena uvedená na konci každého doporučovaného testu odkazují k příslušnému sloupci finální tabulky a napomáhají v určení vlastnosti, kterou jednotlivé subtesty nebo testy především poměřují.

Výčet uvedených testů není úplný. Vyšetřující může využít podle svých zkušeností i starší verze uvedených testů, jejich modernější modifikace anebo testy zde neuvedené.

V každé tabulce by měl vyšetřující vyplnit alespoň 50% sloupců. Celé vyšetření však není nutno vykonat při jediném diagnostickém sezení, autor doporučuje šetření paměti vícekrát opakovat a sloupce tabulek vyplňovat postupně. V závěru pak získané údaje shrne a kvalifikovaným odhadem provede také závěrečné shrnutí výkonnosti probanda v jednotlivých třech hlavních oblastech paměti v poslední tabulce.

9.3.1 Krátkodobá paměť

- **Bentonův vizuální retenční test (BVRT, 2000)**, pro měření krátkodobé paměti se doporučuje tzv. administrace „A“ nebo „B“. Probandovi je ukázán na 5 nebo 10 vteřin obrazec, který poté okamžitě reprodukuje z paměti
(věkový rozsah: 7 – 69 let) (E, H, I)
- **Grace Arthurové výkonový test (1930,1947)** – subtest Knoxovy kostky je zaměřen na posouzení krátkodobé paměti pro prostorové sekvence,
(věkový rozsah: 4,5 – ∞) (E, I)
- **I-S.T. - Test struktury inteligence (Amthauer a kol.)** – subtesty týkající se krátkodobé paměti pro slova a pro obrazce
Výsledek – podle norem lze určit hrubý skóre v indexových skórech
(věkový rozsah: 13 – ∞) (F, G,)
- **Kaufmanův ABC (Kaufman Assessment Battery for Children)** – obsahuje pamětné položky týkající se zejména sekvenčního zpracování a prostorové paměti
(věkový rozsah: 2,5 – 12,5 let) (D, E)
- **Kalkulia III (Novák – 1997)**, lze použít subtest 1. Reprodukce rytmu, 5. Operacionální faktory a 6. Paměťové faktory
(věkový rozsah: 8 – ∞) (A, E, F,)
- **Paměťový test LGT-3 (LGT-3)**, metoda je určena k měření verbální i vizuální krátkodobé i střednědobé paměti (věkový rozsah: 13 – ∞ let) (E, F,)
- **Paměťový test verbálního učení (Preiss – 1994)**, test lze využít pro posouzení krátkodobé i střednědobé auditivní paměti. U měření krátkodobé paměti opakuje proband okamžitě slova, která mu examinátor přečetl.
(věkový rozsah: 6 – ∞) (F)
- **PDW – Pražský dětský Wechsler (Wechsler, T – 36/1973)**, doplňkový subtest Opakování čísel zepředu a pozpátku, počítání z paměti v matematických příkladech, kódování, hledání symbolů, bludiště
Výsledek – podle norem lze určit hrubý skóre v percentilech
(věkový rozsah: 5 – 16let) (B, C, G, E, H, I)
- **Rekogniční test reverzní tendence (Zápotočná – 1990)**, obsahuje položky týkající se měření krátkodobé vizuální paměti, chyby zapříčiněné reverzními tendencemi a vertikálně-horizontálními záměnami tvarů obrazců však při posuzování paměti nepočítáme.
(věkový rozsah: 5,5 – 11,5let) (E)
- **Skrínink dětí vo veku 5 – 8 rokov (NFER-NELSON, T – 100)** – subtesty týkající se vizuální sekvenční paměti pro tvary, písmena a slova
(věkový rozsah: 5 – 8 let) (D, E, F, G,)
- **Subtest audiomotorické koordinace (Matějček T - 238)** - percepce a reprodukce rytmické sestavy.
Výsledek uveden v %.
(věkový rozsah: přibližně 5 – 10 let) (A , D)

- **Stanford-Binetův inteligenční test, IV.** revize SB testu nebo starší verze (Stanford, Binet, T - 35) – subtesty týkající se opakování čísel anebo opakování čísel pozpátku (od r. II-6), subtesty jmenování zapamatovaných předmětů (od r. IV), paměť pro korálky, paměť pro věty, paměť pro předměty na obrázcích (od r. V.)
Výsledek – pouze v kontextu se získaným HS z celého testu. Lze orientačně posoudit, zda výsledek v pamětných subtestech odpovídá přibližně celkovému získanému skóru.
(doporučený věkový rozsah: 2 – 18let) (B, C, D, E, F, G)
- **Škála McCarthyové (McCarthy Scales of Children´s Abilities)** – obsahuje škály početní a doplňkové verbální a neverbální paměti
(věkový rozsah: 2,5 – 8 let) (F, G)
- **Test percepční zralosti (Skála, T – 57/1970)** – celý test lze doporučit pro měření krátkodobé vizuální paměti, která se týká určování počtu, rozmístění, určení barvy předmětů, směru natočení, porovnávání velikostí a určování detailů
Výsledek – určuje se v %
(věkový rozsah: přibližně 5 – 8 let) (D, E, H, I)
- **Wechslerova škála paměti (WMS – III)**, zkoumá sluchovou i vizuální paměť, je zaměřen na posouzení krátkodobé i dlouhodobé paměti
- **Wechslerův inteligenční test pro předškolní děti (WPPSI-R,1989)**, obsahuje nový náhradní subtest Paměť pro věty,
(věkový rozsah 3 – 7 let) (F)
- **Wechslerův inteligenční soubor pro dospělé (WAIS-R)**, poměřuje rovněž uchovávání naučených informací v paměti, (paměť dlouhodobá) soubor matematických úkolů vyžaduje zapojení krátkodobé i dlouhodobé paměti
(věkový rozsah 16 – ∞) (B, C, G, E, H , I)
- **WISC – III, Wechslerova inteligenční škála pro děti (Wechsler)** – lze využít zejména doplňkový subtest Opakování čísel
Výsledek – podle norem lze určit hrubý skór ve vážených skórech (indexové skóry),
(věkový rozsah: 6 – 16 let) (B, C, D, G, E, H , I)
- **Woodcock – Johnson test kognitivních schopností (WJ IE COG, 2006)**, obsahuje deset základních oblastí rozdělení kognitivních schopností. Snímání kvality krátkodobé paměti nejvíce koreluje s oblastí Processing Speed (rychlost zpracování) a Short Term Memory (krátkodobou pamětí). Tyto schopnosti měří subtesty Vizuální porovnávání a Obrácené číselné řady. Pro interpretaci získaných dat je k dispozici několik škál (skór W, věkový ekvivalent AE, index relativní výkonnosti RPI, zóna vývoje, percentily PR a standardní skór) (věkový rozsah 5 – 65 let) (B, D, E, F,)
- **Zareki – Neuropsychologická batéria testov na spracovávanie čísel a počítanie u detí (Aster, 2008, T - 111)** – využít subtestu Počítanie spamäti (sčítanie a odčítanie)
Výsledek – podle norem lze určit střední hodnoty a podle dané směrodatné odchylky i stenové normy, popř. percentily
(věkový rozsah: 3 skupiny – A1 – 90-108 měsíců, A2 – 109-120 měsíců, A3 121-132 měsíců)

Výsledný profil vážených skóre

	Rytm. schéma A	Opakov. čísels B	Opakov. čís. pozp. C	Sekvenč. zpracování D	Vizuální paměť E	Verb. paměť F	Neverb. paměť G	Percepční zralost H	Prostor. paměť I
19									
18									
17									
16									
15									
14									
13									
12									
11									
10									
Bez podpory	9								
	8								
I. stupeň podpory	7								
	6								
	5								
II. stupeň podpory	4								
	3								
	2								
III. stupeň podpory	1								

9.3.2 Střednědobá paměť

- **Bentonův vizuální retenční test (BVRT, 2000)**, pro měření střednědobé paměti se doporučuje tzv. administrace „D“. Probandovi je ukázán na 10 vteřin obrazec, po uplynutí dalších 15 sekund jej reprodukuje z paměti
(věkový rozsah: 7 – 69 let) (B)
- **Číselný čtverec (Jirásek, 1975)** – využít hodnotu poměru průměrů prvních 5 pokusů a druhých 5 pokusů. Rozdíly těchto dvou měření korelují s kvalitou střednědobé paměti
Výsledek – podle norem lze určit výkonnostní sten
(věkový rozsah: přibližně od 8 – 15 let) (C)
- **Čtenářské testy (Matějček)** – okamžitá verbální reprodukce přečteného známých smysluplných čtenářských testů, které se používají pro diagnostiku dyslexie (Kapr, Kvočna a kocour, Sýkorky, Jedle a dub....)
Výsledek - pouze orientační odhad
Poznámka: Pro adolescenty a dospělé lze využít Zkoušku tichého čtení – Děvečka, která je uvedena v Diagnostice specifických poruch učení u adolescentů a dospělých osob (Cimlerová, 2010)
(věkový rozsah: 6 – 12 let v původní verzi, v současnosti i normy pro dospělé)
(F)
- **Heidelberský test řečového vývoje (HSET – 1978)**, lze využít zejména subtest č. 6 – Zapamatování a reprodukce textu
(věkový rozsah: 4 – 9 let)
(F)

- **I.S.T. - Test struktury inteligence (Amthauer a kol.)** – subtesty týkající se střednědobé paměti v rámci schopnosti naučení se sérii slov a jejich pozdějšímu určování na základě počátečních písmen. Podobně koncipované úlohy v testu se týkají i obrazců. V testu I.S.T. využíváme zejména tzv. Modul Paměť.
Výsledek – podle norem lze určit hrubý skor v indexových skórech
(věkový rozsah: 13 – ∞) (D)
- **Paměťový test LGT-3 (LGT-3)**, metoda je určena k měření verbální i vizuální krátkodobé i střednědobé paměti
(věkový rozsah: 13 – ∞ let) (B, D, H)
- **Paměťový test verbálního učení (Preiss – 1994)**, test lze využít pro posouzení krátkodobé i střednědobé auditivní paměti, kdy proband opakuje řadu slov až po uplynutí 30 minut.
(věkový rozsah: 6 – ∞) (G)
- **Porteusova bludiště (Porteus – 1965)**, test lze využít ke měření střednědobé vizuální paměti
(věkový rozsah – tři formy od dětského věku po dospělost) (B)
- **Rey – Osterriethova komplexní figura, TKF (Rey, Osterrieth)** – poměření kvality vizuální krátkodobé paměti (reprodukce po 3 minutách), jedná se o neúmyslnou paměť, neboť proband neví, že si má obrazec zapamatovat
Výsledek uveden ve známkách 1 – 5
(věkový rozsah: 5,6 – 17,5 let) (A)
- **Test zrakově-sluchového učení (Eisler, Mertin – 1980)**, spočívá v zapamatování si jednotlivých obrázků, které se jednoslabičně jmenují. Test koreluje se sekvenční verbální činností
(věkový rozsah: 5 – 6 let) (H)
- **Wechslerův inteligenční soubor pro dospělé (WAIS-R)**, pro poměření střednědobé vizuální paměti lze využít subtest doplňování obrázků
(věkový rozsah 16 – ∞) (E)

Výsledný profil vážených skóre

	Neúmyslná Vizuální paměť (např. repr. Reyovy figury)	Úmyslná vizuální paměť (např. Benton test)	Číselný čtverec (nebo M ¹ /M ² podobný test) C	Vizuální paměť (řada slov) D	Vizuální paměť (obrazce) E	Reprodukce přečteného F	Auditivní paměť G	Paměťové sekvence H
	A	B						
19								
18								
17								
16								
15								
14								
13								
12								
11								
10								
bez podpory	9							
	8							
	7							
I. stupeň podpory	6							
	5							
	4							
II. stupeň podpory	3							
	2							
	1							
III. stupeň podpory								

9.3.3 Dlouhodobá paměť

- **Obrázkově slovníková zkouška (Kondáš – 1972)**, rozpoznávání obrázků koreluje s explicitní dlouhodobou pamětí (věkový rozsah: 5 – 7 let) (F)
- **Škála aktuální paměti (ŠAP) autorů I. Ruisela, J. Mülnera a G. Farkaše**
Jedná se o subjektivní sebeposouzení vlastní paměti , lze použít již od 12 let, (H, F)
- **Test verbální fluence (In Cimlerová, Pokorná, Chalupová , 2010)** + řada podobně koncipovaných testů (vhodné pro poměrování kvality explicitní dlouhodobé paměti), doporučuje se jeho užívání v klinické praxi (Preiss, 1997) (věkový rozsah: 6 – ∞) (C)
- **Váňův inteligenční test (VIT – T 87/ čes. TZ)**, celkový výsledek značně koreluje s krystalickou (krystalizovanou) inteligencí (Svoboda, 2001) a tedy i s dlouhodobou pamětí. (věkový rozsah: 11 – 15 let) (D, H)

- **Vinlandská škála sociální zralosti (T – 43/1974)** – má normy od 3 – 9 let věku dítěte, při posuzování explicitní a implicitní úrovně paměti postupujeme podobně jako v předchozím případě.

Poznámka: Analogicky lze využít škálu Griffithové (poslední revize z r. 1983) anebo Denver Developmental Screening Test, který je hojně používán v zahraničí a má normy 0 – 6 let (věkový rozsah: 0 – 6 let) (A, B)

- **Vývinový screenink (Vývojový screening T – 157)** – lze využít přibližně od 16. týdnů – při explicitním posuzování úrovně paměti se zaměřit především na následující pamětné položky, např. pozná své jméno, pozná láhev již od pohledu, předvádí dětské hříčky, říká 3 nebo 4 slova s významem.....- při implicitním posuzování paměti se zaměřit na úroveň psychomotorických dovedností, např. držení hlavičky, sed, chůze....

Poznámka: Analogicky lze využít i Gesellovu Developmental Scale či verze škál Bayleyové nebo škálu Bühlerové – Hetzerové Kleinkindertest. V německém prostředí se ještě využívá 4. revize tzv. Mnichovské vývojové diagnostiky Münchener Funktionelle Entwicklungsdagnostik anebo její screeningová forma Münchener Entwicklungsscreening (Svoboda, 2001) (věkový rozsah: většinou od 4 týdnů do 18 měsíců) (A, B)

- **Wechslerův inteligenční soubor pro dospělé (WAIS-R)**, poměřuje rovněž uchování naučených informací v paměti, (paměť dlouhodobá) soubor matematických úkolů vyžaduje zapojení krátkodobé i dlouhodobé paměti (věkový rozsah 16 – ∞) (F)

- **WISC – III, Wechslerova inteligenční škála pro děti (Wechsler)** využít zejména subtest Vědomosti (korelace s explicitní pamětí)
Výsledek – podle norem lze určit hrubý skóre ve vážených skórech (indexové skóre),
(věkový rozsah: 6 – 16 let) (F, D)

- **Woodcock – Johnson test kognitivních schopností (WJ IE COG, 2006)**, obsahuje deset základních oblastí rozdělení kognitivních schopností. Snímání kvality dlouhodobé paměti nejvíce koreluje s oblastí Crystallized Intelligence (krystalizovaná inteligence) a Long – Term Retrieval (dlouhodobá paměť). Tyto schopnosti měří nejvíce Obrázkový slovník, Synonyma, a Paměť na jména. Pro interpretaci získaných dat je k dispozici několik škál (skór W, věkový ekvivalent AE, index relativní výkonnosti RPI, zóna vývoje, percentily PR a standardní skór) (věkový rozsah 5 – 65 let) (D, E, F,)

- **Zkoušky založené na modelu percepčně-kognitivního zpracování (PKZ)** – např. (Fagan in Svoboda, 2001, str. 81). V podobně koncipovaných testech se měří schopnost habituace dětí, tj. vyčleňování podnětů starých a preference podnětů nových, což je jistě rovněž obsahem paměti. Habituální položky obsahují i některé modernější verze vývojových škál. (věkový rozsah: přibližně od 1 – 3let) (G)

Výsledný profil vážených skóreů

	Vývojové škály explicitní položky A	Vývojové škály implicitní položky B	Test verbální fluence C	Matemat. pamětné operace D	Slovník E	Vědomosti F	Habituace G	VIT H
19								
18								
17								
16								
15								
14								
13								
12								
11								
10								
bez podpory	9							
	8							
I. stupeň podpory	7							
	6							
	5							
II. stupeň podpory	4							
	3							
	2							
III. stupeň podpory	1							

9.4 Screening celkových výsledků

	Krátkodobá paměť	Střednědobá Paměť	Dlouhodobá paměť
19			
18			
17			
16			
15			
14			
13			
12			
11			
10			
bez podpory	9		
	8		
I. stupeň podpory	7		
	6		
	5		
II. stupeň podpory	4		
	3		
	2		
III. stupeň podpory	1		

Literatura:

- ATKINSON, R.L.A KOL. *Psychologie*. Portál 2003, ISBN 80-7178-640-3
- CINLEROVÁ P., POKORNÁ D., CHALUPOVÁ E. *Diagnostika specifických poruch učení u adolescentů a dospělých osob*. IPPP Praha 2010
- FAGAN, J.F. *Infant recognition memory and early cognitive ability: Empirical, theoretical and remedial consideration*. In: Minifie, F., Loyd, L. (Eds.): *Communicative and cognitive abilities – early behavior assessment*. Baltimore, University Park Press. 1978
- KONDÁŠ, O. A KOL. *Psychodiagnostika dospělých*. Osveta, Martin, 1992, ISBN 80-217-0357-1
- KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek: Funkční systémy, norma a poruchy*. Portál, 2000, ISBN 80-7178-379-X
- LINHART, J. *Činnost a poznávání*. Akademia Praha. 1976
- PREISS, M. A KOL. *Klinická neuropsychologie*. Praha 7, nakladatelství Grada, 1998, ISBN 80-7169-443-6
- PREISS, M. Verbální fluence, metoda vyšetřování poškození mozku u dětí a dospělých. *Československá psychologie*, 41, 3, str. 244-249.
- STERNBERG, R., J. *Cognitive psychology*. Forth Worth, Harcourt Brace College Publ.
- SVOBODA M., KREJČÍŘOVÁ D., VÁGNEROVÁ M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Portál, 2001, ISBN 80-7178-545-8
- SVOBODA, M. A KOL. *Psychopatologie a psychiatrie*, Praha. Portál 2006
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha, Portál, 2006, , ISBN 80-7367-060-7
- VÁGNEROVÁ, M. A KOL. *Psychologie handicapu*. UK Praha, Karolinum, 2004, ISBN 80-7184-929-4

KAPITOLA 10

10 Fatické funkce

Kulišková O.

10.1 Deskripce domény (charakteristika fatických funkcí verbálních a neverbálních)

Neurologické hledisko uvádí Šlapal, (1996, str.17)-„S vytvořením druhé signální soustavy, jejímž základním elementem je slovo, souvisí také vznik a rozvoj symbolických funkcí, které v sobě zahrnují fatické funkce (nejvyšší řečové funkce), gnozii (schopnost vyšší analýzy a syntézy senzitivních i sensorických analyzátorů) a praxii (vyšší forma motorické činnosti umožňující vykonávat složité pohybové stereotypy vytvářející se učením, cvikem a častým opakováním)“.

V Sovákovském pojetí jsou za **fatické funkce** (MKF b167,b172,d310-399) označovány centrální procesy **řeči**, s nimiž se nerozlučně pojí gnose sluchová a hybná. Úlohou vstupní části je dekodovat zprávu, identifikovat ji se slovním obrazem nabitým už dřívější zkušeností a fixovaným pamětí. Po identifikaci se v nejvyšší části vybaví obsah slova. K pochopení obsahu se váže hodnocení a s ním i rozhodování o odpovědi. Připravená odpověď dostane slovní tvar vybavením pamětních stop, hybných vzorců slovních celků.

K fatickým funkcím se řadí také **čtení** a **psaní**. Při čtení nastupuje místo akustické cesty optická, takže poznáním je optická verbální gnoze. V centrální části probíhá zpracování a programování, čímž dochází k reakce mluvní, psané nebo pohybové. Reakce psaním může nastat i na podnět akustický. Složkou dostředivou, receptivní, je v řeči mluvené analyzátor sluchový a v řeči psané nebo čtené analyzátor zrakový.

Vstupní i výstupní část je tedy nutným předpokladem pro aktivitu centrální části, ve které probíhá děj pochopení, hodnocení, rozhodování a programování, a to na nonverbální komunikaci hybnou reakcí (gestikulací, mimikou) nebo

reakci slovní (mluvou nebo psaním). Někdy ale může slovo proběhnout ze vstupu přímo do výstupu, aniž by bylo pochopeno.

Člověk se rodí s potenciální schopností řeči, písma, myšlení, schopností poznávat a učit se, ale není toho schopen hned po narození. Tyto schopnosti se vyvíjejí dozráváním mozkových struktur, dokončováním myelinizace drah.

Řeč je od začátku svého vývoje fylogenetického i ontogenetického společensky podmíněna a ve společenských podmínkách se udržuje a dále rozvíjí. Má tedy svoji sociální determinaci, která se realizuje v určité skupině lidí, která si vytvořila zvukový signál-**jazyk**.

Lechta charakterizuje jazyk jako komunikační kód, který se skládá z jasně odlišených a selektovaných signálů, znaků a symbolů, reprezentujících každý aspekt tohoto kódu. Jejich adekvátní užití je podmíněno kognitivními procesy, především v oblasti paměti a pozornosti, a také intelektovými schopnostmi.

Základní složky jazykového kódu charakterizuje takto:

- **Sémantická složka** zahrnuje význam a rozsah částí jazykového kódu, u verbálních kódů především rozsah a výbavnost aktivní a pasivní slovní zásoby.
- **Syntaktická složka** zahrnuje adekvátní strukturu větších celků, tj. stavbu vět a souvětí.
- **Fonologická složka** se týká abstraktní lingvistické úrovně, individuálně zvukového systému, jímž je jazykový kód realizován. V orální řeči je dominantní distinktivní hodnota jednotlivých fonémů.
- **Pragmatická složka** se týká užití jazyka v sociální komunikaci a efektivity jeho užití nebo možnosti individuálního výběru slov, či jiných částí jazykového kódu.

Mluva je způsob jak individuum užívá výrazových prostředků vytvářených mluvními orgány. Je ovlivněna citovým rozpořádáním.

Mluvení je proces, ve kterém probíhá mluva. Je to výkon mluvidel, v němž se vytvářejí určité sledy zvuku.

Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů a výměny informací .

Druhy komunikace:

1. Verbální komunikace, je *orální* (hlasitá nebo šeptaná), *psaná* a *čtená*. Zatímco mluvená řeč je přechodný jev, řeč psaná je za určitých okolností jevem trvalým.

2. Nonverbální komunikace je mimoslovní sdělování. Je vývojově starší než komunikace slovní a má své nezastupitelné místo v sociální komunikaci. Neverbální signály vysíláme i přijímáme většinou nevědomě. Protože se jedná vesměs o reflexní činnosti, jejich výpovědní hodnota bývá pravdivější a více vypovídající.

Na začátku řečového porozumění existuje instinktivní chápání mimického vyjádření pohybu, následuje chápání musických faktorů řeči a poté gestikulace.

První porozumění není tedy jasné porozumění pojmům, nýbrž spíše pohybová reakce dítěte na sluchový vjem, který je podpořen gestikulací, mimikou a spádem řeči. Pojmové porozumění slovu nebo větě se zakládá na předstupních porozumění řeči.

Význam očního, tělesného a hlasového kontaktu mezi matkou a dítětem je velmi důležitý. Dítě, které tímto předřečovým stupněm porozumění neprojde, nemá žádný, nebo jen velmi nepatrný přístup k vlastnímu komunikativnímu chování. Z tohoto důvodu by mělo hlavně dítě s postižením předřečové fáze prožít.

Předverbální komunikační prostředky jsou přímá manipulace, dávání, ukazování, usměrnění pohledů, přibližování se, pohyby hlavou na znak souhlasy/ nesouhlasy, výraz tváře, gesta, agrese, sebepoškozování, hněv, křik a vokalizace.

Neverbální komunikace je velmi důležitou složkou komunikace mezi lidmi, nese více informací než jakákoliv jiná komunikační metoda.

Patří sem:

- Pohledy - oční kontakt
- Mimika - výrazy obličeje
- Gestika - pohyby horních končetin, ukazování
- Haptika – doteky, kontaktní chování
- Posturologie - držení celého těla
- Kinezika - pohyby, soulad pohybů
- Proxemika - prostor kolem sebe, přibližování a oddalování se
- Teritorialita - označování hranic vlastního prostoru
- Mutilace - změna velikosti, tvaru, nebo barvy
- Paralingvistické *projevy* - tón hlasu, rychlost hlasu, hlasitost

Poruchy fatických funkcí

Vývojová dysfázie jako primárně narušený vývoj řeči a zasahuje v různém stupni a širokém spektru senzickou i motorickou oblast ve všech jazykových rovinách, ve fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické. Táto porucha sice vzniká na bázi mozkové patologie, ale není způsobena sníženými intelektovými schopnostmi.

V důsledku mozkového poškození už vyvinuté centrální nervové soustavy, vzniká porucha zvaná **afázie**, která se projevuje zejména nemožností se srozumitelně vyjádřit pomocí verbální řeči, narušením schopnosti chápat signální význam slov, obtížemi s vyhledáváním adekvátních výrazů z mentálního slovníku, vážnými nedostatky při sestavování souvislých vět a zvláštnostmi v užívání gramatických kategorií. Tyto problémy bývají provázány různými poruchami v oblasti čtení-alexíí, psaní-agrafií, případně apraxií.

Porucha zahrnuje celý komplex symptomů a to dysfluence řeči, anomie, automatizmy, perseverace, neologizmy, agramatizmy, parafráze, poruchy rozumění řeči.

Dětská afázie vzniká náhlým přerušением vývoje řeči, v důsledku poškození dosud normálně se vyvíjející CNS.

10.2 Specifika fatických funkcí u klientů s mentálním postižením

Nervově fyziologickým základem fatických funkcí jsou určité struktury CNS, mentální retardaci však způsobují patologické změny v mozkové tkáni. Jsou to závažné orgánové změny získané nejen dědičně, ale i perinatálně, prenatálně či postnatálně, které mohou být způsobeny rozličnými poruchami v tkáňovém mechanismu, chromozomálními abnormalitami a vrozenými vadami metabolismu. Fatické procesy u mentálně retardovaných

se tedy vyvíjí na porušeném základě organickém i funkčním. Narušení řeči je závislé od míry encefalopatie, která je vrozená nebo získaná v raném věku.

Řeč v závislosti od postižení CNS někdy zůstává na stupni pudovém a afektivním (jde o tzv. fylogenetickou projevou složku), nebo se projevuje na úrovni napodobovacích reflexů u jedinců s hlubokou nebo těžkou mentální retardací.

Jedinci se *středním stupněm mentálního postižení* dosáhnou schopnosti spojovat slyšené zvuky s jejich zdrojem a s konkrétními situacemi. Řeč je na úrovni prvosignální, fylogeneticky je to obdoba vybavovací a částečně i sdělovací složky. Stupeň řeči odpovídá konkrétnímu myšlení.

U osob lehce mentálně postižených jsou duševní projevy řízené druhou signální soustavou. Dítě dospívá až ke schopnosti abstraktního myšlení, které ale nedosáhne úrovně zdravých dětí. V oblasti řeči se to projeví schopností zobecňování a abstrahování. Vážně schopnost usuzovací, selhává činnost analogizační (přenos na obdobné situace).

Osoby s mentální retardací mají i v rámci hloubky postižení různé rozložení a různý stupeň kombinací v rozdílných nedostatecích integrujících složek vývoje řeči. Někteří mohou mít příčinu v oslabení analyticko-syntetické činnosti nebo v oslabení propriorecepce. Velmi časté jsou nedostatky v analyzátoch, a to v jejich různých částech - v receptorech smyslového ústrojí, dostředivých drahách, v korovém poli i v neuroefektorech, které zajišťují výsledný výkon.

K fatickým funkcím patří i formy **řeči čtené a psané**. Zatímco řeč se opírá o mluvní stereotypy prvosignální, při psaní a čtení jde výhradně o funkce druhsignální. Proto uvědomělé čtení a psaní v jednodušší formě je schopné jenom dítě s *lehkou mentální retardací*. V případě jedince se *středně těžkou mentální retardací*, který je schopen psaní, se jedná spíše o mechanickou činnost. Pokud čtení zvládne, často není schopen sdělit obsah přečteného.

10.2.1 Řeč osob s mentálním postižením

Řeč dětí s mentálním postižením má svou specifickou etiologii i symptomatologii. Je markantně narušená a vyvíjí se deformovaně. Mentálním deficitem jsou ovlivněny veškeré složky řečové komunikace motorická, jazyková i kognitivní.

Verbální výkony mentálně retardovaných jsou nejenom snižené, ale i omezené a zpomalené. Vývoj řeči je v důsledku narušení vnitřních podmínek postižen do té míry, že nedosáhne normy. Velký rozdíl je mezi úrovní aktivního a pasivního slovníku, který je vyvinutější. Nápadné jsou rozdíly mezi vývojem řeči a neverbálních složek - ty jsou často na výrazně lepší úrovni.

Vývoj řeči dětí s mentálním postižením probíhá ve shodě s mentálním vývojem ve zpomaleném tempu. Oproti normálnímu vývoji se jedná o tempo dvoutřetinové u dětí s *lehkou mentální retardací*, poloviční u dětí se *středně těžkou mentální retardací*, přibližně třetinové u dětí s *těžkou mentální retardací*, a šestinové u dětí s *hlubokou mentální retardací*.

Strop pro vývoj řeči obdobný mentálnímu limitu, kdy dítě dosahuje mentálního věku, je přibližně u lehké mentální retardace 12 až 13 let, u středně těžké mentální retardace 6 až 7 let, u těžké 2 až 3 roky a u hluboké mentální retardace do 1 roku. Na úrovni hlubokého mentálního postižení dochází pouze k vokalizaci, které může mít význam komunikační - sdělení přání, spokojenosti nebo nespokojenosti. Těžké mentální postižení vede ke stropu řečových dovedností na úrovni podmět a přísudek. Děti se středně těžkým mentálním postižením si osvojí řeč zhruba na úrovni 4letého zdravého dítěte. Se slovy pracují jako s předpojmy, směřují ke zobecnění, kategorizují na základě rysů a podobností.

Lehké mentální postižení se svým stropem na úrovni 12 letého zdravého dítěte dovolí jedinci v oblasti myšlení pracovat s konkrétními operacemi, tedy pojmout jednoduchou časovou perspektivu, kategorizovat, nacházet příčinné vztahy. Formální operace, tedy práce s výroky a hypotézami jsou již mimo dosah i lehkého mentálního postižení.

Děti s mentálním postižením mohou mít narušení řeči různého stupně:

- **Řeč dětí s hlubokou mentální retardací, IQ 0-19**
Komunikace zůstává na nižší pudové úrovni, jedinci obvykle vydávají jenom neartikulované skřeky, stereotypně se opakující zvuky, které modulují podle svého momentálního citového rozpoložení. Neprojevuje se u nich mimika ani nonverbální komunikace. Obvyčejně produkují alespoň dysfonický chraptavý hlas, velmi zřídka se vyskytne plně nemluvící člověk.
- **Řeč dětí s těžkou mentální retardací, IQ 20-34**
Tyto děti nedosáhnou úrovně vyšší nervové činnosti. Jejich řečové projevy zůstávají na pudové úrovni. V těžších případech vydávají neartikulované zvuky, které různým způsobem modulují. U některých jedinců můžeme dosáhnout reakci na zavolání. Někdy jsou schopni osvojit si pár slov (mama, tata), ale bez pochopení vztahu ke své osobě. Nezřídka jsou schopni i primitivních posunků.
- **Řeč dětí se středně těžkou mentální retardací, IQ 35-49**
Řeč může dosáhnout úrovně první signální soustavy. Děti někdy dovedou zopakovat delší řečové celky, ale bez porozumění. Postupně se naučí dorozumívat řeči se svým okolím, přičemž víc slov poznají, než umí aktivně použít. Jejich řeč zůstává na úrovni významových zvuků s prostými jednoduchými větami.
- **Řeč dětí s lehkou mentální retardací, IQ 50-69**
Děti se mohou dostat i na úroveň druhé signální soustavy, jsou schopné zevšeobecnování a abstrahování. Myšlení zaostává v usuzovacích schopnostech. Jejich verbální schopnosti mohou být v běžných komunikačních situacích dostačující, a proto jejich řeč nemusí být nápadná. Verbálně mohou tyto jedinci selhat hlavně v nepředvídatelných řečových situacích. Jejich řeč může být gramaticky správná, i když mají problémy s naučením se výjimek z gramatických pravidel. Někdy velmi těžko formulují svoje myšlenky do slov, protože v průběhu ontogeneze řeči u nich nedojde k adekvátní harmonii mezi vnitřní a vnější řečí.

Vývoj řeči v jednotlivých jazykových rovinách:

- **Lexikálně - sémantická rovina**
Slovní zásoba osob s mentálním postižením je ovlivněna stupněm snížení intelektu. Velká většina slov, které děti s mentální retardací znají, patří do jejich pasivního slovníku, a jen málo z nich využívají aktivně. V jejich řeči převládají názvy běžných předmětů. Zřídka užívají slova vyjadřující vlastnosti a kvalitu předmětů. Nejvšeobecnější a nejspeciálnější slova používají málo, a když už je použijí, většinou jde o neadekvátní zařazení. Ke generalizaci (zevšeobecnění) tyto děti často vůbec nedospějí. Ve své řeči používají velký počet nevýznamových slov proti relativně menšímu počtu slov významových. Převažují podstatná jména, méně se u nich objevují slovesa. Přídavná jména se v řeči objeví velmi málo, zájmena a číslovky téměř neužijí. Typické je skoro nulové užívání příčinných důsledkových spojek.
- **Morfologicko- syntaktická rovina**
I vývoj gramatické stavby odráží úroveň vývoje intelektu dítěte. Dysgramatická stavba vět je často nápadná na první slyšení. Gramatické formy jazyka zvládají děti jen s lehkým mentálním postižením, ale i u nich začíná osvojování pravidel později. Tvoření vedlejších vět se u lehké mentální retardace objevuje až po 5. roce věku dítěte. Při stavbě věty kladou děti na první místo to, co má pro ně největší význam. Stavba vět zůstává na úrovni jednoduchých výpovědí o jevech, vedlejší věty vyjadřující vztahy mezi událostmi se vyskytují jen zřídka. U jedinců se středně těžkým a hlubokým mentálním defektem se řeč po gramatické stránce nepřiblíží normě.
- **Foneticko - fonologická rovina**
I když je známé, že s klesajícím IQ stoupá počet dětí s vadnou výslovností, jsou i případy, že řeč mentálně postižených dětí je už v raném věku z hlediska výslovnosti bezchybná. Pokud jde o vývoj výslovnosti, děti markantně zaostávají za normou a začínají mluvit později - chybí jim verbální praxe. Nemohou si tedy na dostatečné úrovni osvojit a zautomatizovat koordinaci artikulačních orgánů, k

čemuž přispívá i motorická neobratnost, častá nedoslýchavost a narušená schopnost fonematické diferenciaci. Proces fixace hlásek se proto u mentálně postižených posouvá až do školního věku (počet chybně vyslovovaných hlásek je kolem devíti, z toho třetinu tvoří lehce artikulovatelné hlásky). U těžších forem mentálního postižení je výslovnost daleko horší.

10.2.2 Nejčastější řečové vady osob s mentálním postižením

Dyslalie (patlavost) je nejčastější vadou týkající se podmínek používání elementárních řečových zvuků (hlásek) spojených do slabik a slov. Základní vyšetřovací metodou při dyslalii je řečová komunikace s vyšetřovací osobou. Většinou, pokud to stupeň postižení dovolí, se vyšetřuje sérií obrázků, kde se každá hláska vyskytuje v kontextu, obvykle na začátku, uprostřed a na konci slova. Dále se sleduje korektnost zvuků při navozené spontánní konverzaci a popis jednoduchých obrázků. Soubory obrázků na vyšetřování dyslalie jsou často přílohou logopedických publikací. Některým lze vytknout nevhodné grafické znázornění, které děti s mentální retardací nedovedou identifikovat, proto jsou logopedi odkázáni na vlastní obrázkové sestavy. Speciální metody (palatografii, lingvografii) se pro jejich náročnost a těžkou proveditelnost u mentálně postižených nedělají.

- **Rinolalie (huhňavost)**

Porucha nosové rezonance (otevřená, zavřená nebo smíšená). Je poměrně lehce diagnostikovatelná, protože patologii změny zvuku zaevidují při prvním slyšení i laici. Logoped by měl zjistit příčinu narušení. Diagnostika je poměrně náročná a často vyžaduje spolupráci lékařských přístupů. Zkoušky, které lze použít logopedem u osob mentálně postižených: Gutzmanova A-I zkouška, Czermakova zkouška, zkouška otofonem, zkouška nafouknutí tváří, Nadoleczného zkouška otáčení hlavy, a pokud to motorika dovolí, i Schlessingerova zkouška.

- **Tumultus sermonis (brebtavost)**

Breptavost je patologická změna tempa plynulosti mluvy, která se hodnotí u mentálně postižených jedinců při volném rozhovoru. Pokud to úroveň chápání dovolí, lze provést tumulogram, který se skládá z opakování řeči po předřikání, opakování řeči po upozornění, z krátkých odpovědí, z tichého čtení a vědomé kontroly řečového projevu.

- **Balbuties (koktavost)**

Těžiště diagnostiky u osob mentálně postižených spočívá v komplexní analýze symptomů a spontánního řečového projevu. U schopnějších jedinců posoudíme řeč a vytvoříme balbutogram, skládající se z mluvních automatizmů, zpěvu, rytmizované řeči, mluvy v nižší a vyšší hlasové poloze, čtení, reprodukci vět, dialogu a monologu, a posoudíme koverbální projevy.

- **Dysartrie (narušení artikulace jako celku)**

Logoped zhodnotí motorické funkce, výslovnost jednotlivých hlásek, respiraci, rezonanci a fonaci.

10.3 Diagnostika a diferenciální diagnostika

Diagnostika řeči u dětí s mentálním postižením představuje komplikovanou oblast logopedie. Z aspektu etiologie a symptomatologie jde o velmi heterogenní skupinu. Při posuzování obsahové stránky řeči se můžeme orientovat základními mezníky ontogeneze řeči. Zjistíme dosaženou úroveň vývinu řeči, identifikujeme stádium vývoje a určíme verbální věk. V raném období se diagnostikování zaměřuje na senzomotorické dovednosti, kognitivní předpoklady řečového vývinu, na komunikační chování dítěte a na rodinné poměry, v kterých dítě vyrůstá.

U starších dětí diagnostika vychází od stupně postižení a je zaměřena na všechny měřitelné roviny. Začíná hrou, pozorováním, studiem dokumentace, rozhovorem s rodiči. Zkoumá expresi i impresi, hodnotí výslovnost, celkový způsob vyjadřování, rytmus, tempo, sílu a melodii řeči, motoriku mluvidel, zhodnotí dálkové analyzátoři.

Sleduje schopnost očního kontaktu, užívání gest, mimiky, řeč těla, vokalizaci, znaky, augmentace a různé alternativy, celkové neverbální projevy dítěte. Porozumění bývá na vyšší vývojové úrovni než schopnost vyjádření, při vyhodnocení ovšem musíme mít na zřeteli, zda se nejedná převážně o porozumění v často se opakujících situacích. V expresivní složce se pak zaměřuje pozornost na výbavnost pojmů a jejich realizaci, výslovnost, plynulost řečeného, bohatost slovní zásoby a její využitelnost v komunikaci, tvarování slov,

postižení protikladných analogií, schopnost zobecnění, slovní paměť, vyprávění, převyprávění, slovní apetit, novotvary. Důležitá je míra schopnosti tvorby a užití vět v komunikaci dítěte, dále schopnost kategorizace, klasifikace, generalizace i grafické projev. Bereme v úvahu **typ** mentální retardace (eretici jsou neklidní, nesoustředění, apatici jsou pomalí, nejeví zájem o řeč), také **formu** a specifika jejího vývoje.

Jen správně provedená logopedická diagnostika je základním východiskem, nejen pro zjištění stupně vývoje na jakém se jedinec nachází, ale především je základním předpokladem pro zvolení optimálního stimulačního programu.

Při diagnostice osob s mentálním postižením je nutná diferenciální diagnostika. Musíme vyloučit vývojovou poruchu řeči a jazyka, poruchu autistického spektra, sluchovou vadu, také zhodnotit rodinné prostředí, které může přinést zanedbání ve vývoji.

Logoped posoudí svoje závěry a závěry jiných odborníků. Je nutné zdůraznit potřebu určení neverbálního IQ v rámci psychologického vyšetření. Nápadná disproporce mezi složkami verbálními a neverbálními ve prospěch verbálních poukáže na opožděný vývoj řeči.

Můžeme říct, že každé dítě, které si rychle osvojí řeč je inteligentní, ale neplatí opačné tvrzení.

10.3.1 Silné a slabé stránky diagnosticky fatických funkcí u osob s mentálním postižením

Mezi silné stránky logopedické diagnostiky ve speciálně pedagogickém centru patří:

- komplexnost vyšetření provedeného odborníky centra a možnost vzájemné konzultace závěrů vyšetření;
- prostudování informací a závěrů jiných odborníků, které jsou po souhlasu zákonných zástupců dítěte shromažďovány a stávají se součástí spisové dokumentace dítěte
- možnost pozorování dítěte v přirozeném prostředí (ve školských zařízeních, v rodině) a posouzení jeho verbálních schopností v přirozeném procesu
- ochota osob pečujících o dítě ve školských a ústavních zařízeních podat o něm požadované informace a podílet se na jeho vyšetření
- možnost vyšetřit dítě v domácím prostředí a do diagnostického procesu zapojit také rodiče;
- vyšetřit dítě zprostředkovaně, tedy sledovat rodiče a dítě, jejich verbální i neverbální komunikační chování a zaznamenávat potřebné diagnostické poznatky
- výhodou přítomnosti rodičů je tlumočení nedefinovatelných slov a posunků, společné zhodnocení dosažené řečové úrovně dítěte - často už s terapeutickým námětem, a korekce jejich pohledu na daný problém
- možnost opakovat návštěvy a vyšetření vykonat na etapy
- vyšetření neomezovat časovým limitem

Mezi slabé stránky diagnostického procesu se dají hodnotit i určitá specifika logopedického vyšetření:

- nároky na vytvoření vyšetřovací atmosféry (musí být příjemná, uvolněná, ve které dítě necítí, že je vyšetřované);
- zvládnutí rozličných osobitostí v chování mentálně postižených jedinců a získání jich ke spolupráci;
- logoped musí často opouštět svoji vyšetřovací linii a zapojovat prvky relaxace a oddechu, nezdědka musí vyšetření přerušit nebo odložit;
- logoped nemá náhradní neřečové metodiky, kterými by mohl dítě vyšetřit; jedinou možností je vyprovokovat dítě k aktivní komunikaci.
-

Mezi **slabé stránky** vyšetřovacího procesu můžeme počítat i absenci odborné literatury, zabývající se diagnostikou řeči mentálně postiženého dítěte. Nejsou vypracovány všeobecné principy pro diagnostiku řečových poruch u mentálně postižených, proto se musí vycházet z diagnostiky jednotlivých poruch. Posoudit zvukovou stránku řeči lze často jenom poslechem.

Závažnějším problémem je fakt, že logopedi nedisponují žádným standardizovaným materiálem na vyšetření řeči osob s mentálním postižením. Mají k dispozici relativně omezené možnosti diagnostických nástrojů - většinou používají nestandardizované postupy s vyprovokovanými odpověďmi, orientační úkoly typu pojmenovat obrázky, popsat obrázek, reprodukovat příběh. Logoped většinou musí vybrat a sestavit vlastní vyšetřovací metodiku, kterou často modifikuje jednotlivě pro každé dítě. Vyšetření tak má charakter pouze orientačního posouzení vývoje. Výsledky hodnotí na základě vlastních zkušeností, poznatků z odborné literatury a orientačního vyšetření. Musí aplikovat specifické diagnostické postupy. Nezdědka je nutné kvůli nesrozumitelnosti nebo neschopnosti pojmenování použít náhradní komunikační systémy.

Zprávy z vyšetření jiných odborníků - specialistů bývají často neúplné nebo bez výpovědní hodnoty. Důvodem je neschopnost nebo nemožnost provést diagnostiku.

Je nutné počítat s charakteristickými rysy osob s mentálním postižením, které ovlivní vyšetřování.

10.3.2 Rámcová diferenciální diagnostika

Psychologické vyšetření je prvotní a zahrnuje posouzení celkové vývojové úrovně dítěte. Je náročné pro dítě i pro psychologa, který provádí komplexní psychologické vyšetření. Nejedná se tedy pouze o vyšetření inteligence, ale je třeba postihnout všechny složky osobnosti včetně řeči.

Logopedická diagnostika ve speciálním pedagogickém centru pro osoby s mentálním postižením vychází z psychologické diagnostiky, která určí hloubku mentálního postižení a stanoví pásmo intelektové úrovně. Dané hloubce mentálního postižení odpovídá určitý řečový profil dítěte, který je pro logopedické vyšetření orientačním bodem. Logoped prostuduje dostupnou dokumentaci, zhodnotí závěry jiných odborníků a rozhovorem s rodiči a učiteli získává další důležité údaje o řečovém vývoji a o dosažených řečových schopnostech.

Vyšetřením řeči mentálně postiženého dítěte zkoumá úroveň a dosažený stupeň rozvoje řeči ve všech měřitelných rovinách (foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické). Vyšetření vychází z pozorování v přirozených komunikačních situacích. Při řízené činnosti se postupuje od manipulace s hračkami přes námětové hry až k jednoduchým testům.

Logoped také vyšetří úroveň motorických schopností a podrobně prozkoumá anatomii a funkci řečových orgánů, zhodnotí primární funkce řeči, vyšetří dýchání a orientačně provede vyšetření dalkových analyzátorů. Dále posoudí obsahovou stránku řeči - impresi a expresi, i další stránky - srozumitelnost řečového projevu, artikulaci, prozodii a verbální chování. Stanovení logopedickou diagnózu a doporučí intervenční postupy, které vedou ke zlepšení v oblasti komunikace.

10.3.3 Testové metody

V naší praxi se nejvíc využívají:

- **Bayleyové stupnice dětského vývoje** (1983, 2. přepr. vydání z roku 1993, Tescentrum)
Poskytuje trojdílnou základnu pro zhodnocení vývojového stavu dítěte v prvních dvou a půl letech života. Obsahuje motorickou a mentální stupnici a záznam o chování dítěte, kde je hodnocení spíše kvalitativní, a to v oblasti aktivity, zájmu a pozornosti. Je to orientační vyšetření, které v rámci mentální stupnice zahrnuje i vývoj řeči. Poukazuje na úroveň vokalizace a začátky verbální komunikace. Pro zhodnocení řečového vývoje je test zpracován nepřehledně. Lze ho použít jenom v začátcích rozvoje řeči nebo u těžších forem mentální retardace.
- **Gesellova vývojová škála** (Gesell, Amatruda, 1947, revize Knobloch, Stevens, Malone 1980, bez oficiálního vydání u nás, používá se „samizdatová“ překladová verze)
Podává informace z pěti oblastí, upozorní i na případné nerovnoměrnosti ve vývoji - v adaptivním chování, v hrubé a jemné motorice, v řeči a v sociálním chování. Pro každou z oblastí se stanovuje vývojová úroveň. Škála je určena pro děti od 4 týdnů do 36 měsíců, u mentálně postižených se používá i později. Výhodou testu je dostupnost testovacích pomůcek.
Logoped může sledovat velmi podrobný vývoj řeči, a to neverbálních mimických projevů obličejové až po nástupy zvuků, komunikaci pohledem přes reakce na zvukové podněty s postupným užíváním gest. Pozoruje reakce na jednoduché slovní výzvy s postupným nástupem jednoduchých slabik a slov, jejichž nárůst je ve škále vyjádřen do prvního roku počtem slov po měsíci. V dalších dvou letech se testuje s tříměsíčním odstupem. Test postupně zaznamenává nástup slovních druhů a rozvoj vět až po souřadná souvětí. Současně sleduje i vývoj porozumění - od otáčení se za zvukem, přes reakce na slovní výzvu, označování pohledem jmenované lidi, ukazování předmětů a obrázků, až po plnění jednoduchých příkazů. Logopedovi nabízí škála velmi podrobnou diagnostiku vývoje obsahové stránky řeči, která mu může velmi dobře posloužit jako vodítko při sestavování vlastního diagnostického postupu. Velkou výhodou je zařazení řeči ve vývojovém pořadí k ostatním sledovaným oblastem. Logoped tak může zaznamenat u daného dítěte zpomalování vývoje v rámci normy i odlišnosti vývoje řeči k jiným oblastem.

- **Vineladská škála** (Kožený, 1974)
Zpravidla se používá pro věk 3-9 let. Škála sleduje osm oblastí: celkovou soběstačnost v jídle, při oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikaci, motoriku a sociální začlenění. Vyhodnocuje se na základě výpovědí rodičů, přičemž je důležité to, co dítě denně zvládne, a ne to, co by mělo dělat. Pro logopeda jsou cenné poznatky, jak vidí rodiče své dítě.
- **Škála funkční nezávislosti** (Hanák a kol., 2005)
Škálu je možné použít u klientů s více vadami nebo s těžší formou mentálního postižení. Posuzuje tyto oblasti: sociabilitu, sebeobsluhu, smyslové vnímání, rozumové schopnosti, komunikaci a řeč, motoriku. V každé oblasti je určena nutná míra pomoci - od úplné samostatnosti po naprostou závislost. Z nabízené diagnostiky logopeda nejvíc zaujme vývoj řeči ve vztahu k jiným vývojovým oblastem, který je ve škále sestaven podle vývojových kroků v daném věkovém období v půlročních odstupech, s přehledným zpracováním nástupu jednotlivých složek neverbální komunikace, přes porozumění a produkci, až do období tří let. Vývojové kroky jsou rozpracované v tabulkách, které obsahují hodnotící políčka a datum osvojení. Výhodou diagnostiky je, že nabízí podrobně rozpracovanou metodiku, která usnadní práci jak při vypracování individuálního plánu rozvoje řeči, tak i v terapii.
- **260 cvičení pro děti raného věku** (Strassmeier, 1996)
Nestandardizovaná technika vycházející z vývojových škál, s nimiž pracují speciální pedagogové. Obsahuje vývojové škály v oblasti jemné a hrubé motoriky, řeči, myšlení a vnímání, sebeobsluhy a sociálního vývoje. Zhodnocením v jednotlivých oblastech získá pedagog rychlou informaci o celkovém vývoji dítěte. Logoped najde rozpracování vývoje řeči až do období 6 let. Každému měsíci vývojového období je určeno jedno políčko, kde je zaznamenána řečová dovednost, která by měla být zvládnuta. Má možnost porovnat zaostávání v jiných složkách vývoje. Velkou výhodou je i navazující metodický postup, jak danou dovednost rozvinout s provázaností v rozvoji v jiných oblastech.
- **Portage** (DC Paprsek)
Vývojová škála, která není určena primárně k diagnostice. Je zaměřena na práci s celou rodinou klienta, přímo v rodinném prostředí, ale jeho prvky lze využít i ambulantně v SPC. Škála je členěna na tyto oblasti: soběstačnost, motorika, socializace, vědomosti a řeč. K jednotlivým oblastem jsou vypracovány metodické postupy edukace. Vývoj řeči je celkem podrobný od 0 do 6 let. V souboru je i tabulka, do které se zaznamenává datum osvojení řečové dovednosti. Tato metoda je vhodná na diagnostiku obsahové stránky řeči. Logoped postupující podle kroků v záznamovém archu získá ucelenou představu o úrovni porozumění a produkci dítěte.
- **Heidelberský test vývoje řeči - H-S-E-T** (Grimmová, Scholer, Mikulajová, 1997)
Test měří úroveň vývoje řeči u dětí od 4 do 9 let. Diagnostikuje oba procesy - produkci i porozumění, a tím splňuje kritéria na moderní jazykovou baterii. Obsahuje 13 subtestů: porozumění větám, vytváření plurálu a singuláru, opakování vět, opravu významově nesprávných vět, tvoření odvozených slov, flexibilitu pojmenování, klasifikaci pojmů, odvozování přídavných jmen, spojování verbálních i neverbálních informací, kódování a dekódování záměrů, tvoření vět, hledání slov a paměť pro text. Každý subtest má vlastní instrukci, kterou je nutné dodržet. Hrubý skóre v jednotlivých subtestech určí řečový profil dítěte, který lze i graficky znázornit. Test je vhodným nástrojem k diagnostice narušeného i opožděného vývoje řeči, symptomatických poruch řeči u dětí s různou etiologií primárního postižení či poruch a k diagnostice specifických poruch učení. Zjišťujeme, která ze složek řečového vývoje je rozvinuta dostatečným způsobem a kde má dítě nedostatky, na které je zaměřena další intervence. U dětí s mentálním postižením můžeme s ohledem na míru postižení využít jen některé subtesty. Tento test není u nás standardizovaný, proto by bylo vhodné jej standardizovat a oficiálně vydat.

- **Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte** (Klenková, Kolbábková, 2002)
Obsahuje přehled stádií vývoje řeči, nejčastějších poruch komunikačních schopností a vad řeči u dětí předškolního věku. Publikace je souborem materiálů a metodických postupů pro práci s dítětem, s cílem co nejefektivněji ovlivnit vývoj řeči. Tvoří ucelený diagnostický materiál ke zjištění sluchového a zrakového vnímání, rozvoje hrubé a jemné motoriky i motoriky mluvních orgánů. Zjišťuje stav rozumových schopností i úroveň řeči, a to slovní zásoby, gramatické složky řeči, rytmického citění, jazykového citu a schopnosti souvislého vyjadřování. Hodnotí i výslovnost jednotlivých hlásek. Je určená pro věkovou hranici od tří let až po vstup do školy. V knize lze najít materiály, s jejichž pomocí lze zjistit, zda řeč dítěte odpovídá jeho vývojovému věku nebo se v některé složce řeči vyskytují nedostatky. Logoped může využít diagnostiku u jedinců, kteří dosahují úroveň tří let verbálního věku a zjistit, ve které oblasti dosahují požadovanou úroveň, a kterou je nutné dále rozvíjet.
- **Obrázkově - slovníková zkouška (Kondáš, 1972)**
Zjišťuje slovní zásobu a slovní pohotovost především u dětí před vstupem do školy, a to od 5 do 7 let. Test obsahuje 30 barevných obrázků (věcí, zvířat a činností), které dítě pojmenovává. Obrázky jsou seřazené v albu. Normy jsou vyjádřené v percentilech ke stupni řečového vývinu. U dětí s mentálním postižením lze tuto metodu využít od určitého stupně postižení, jde spíše o kvalitativní zhodnocení slovní zásoby.
- **Verbální dyspraxie (Dvořák, 2003)**
Zkoušky odhalující motorickou dovednost a schopnost vyslovovat hlásky a slabiky v určitých koartikulačních spojeních a ve slovech. Nejsou standardizovány, u mentálně postižených se dají využít jenom okrajově a informativně.
- **Diagnostika dítěte předškolního věku (Bednářová- Šmardová 2007)**
Diagnostika je zaměřena na sledování deseti oblastí vývoje. Poskytuje ucelený systém, který hodnotí oblasti vývoje, ale zároveň i jejich vzájemnou propojenost a podmíněnost. Součástí publikace je nabídka aktivit pro rozvoj schopností a dovedností. Velkým přínosem je hodnocení řečového vývoje v jazykových rovinách (foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické a pragmatické). Po krátké charakteristice řečové roviny následují diagnostické otázky. Postup při zadávání a zaznamenávání odpovědí je přesně instruován. Součástí testu jsou i tabulky, ve kterých je u každého úkolu věk, ve kterém má být daná řečová dovednost zvládnuta. Můžeme tak zhodnotit skluzy, který dítě ve vývoji řeči má. Tato metoda je pro její zpracovanost, návaznost a komplexnost vhodná i pro diagnostiku řeči mentálně postižených.
- **Speciálně pedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči a impresivních jazykových schopností (Hemžáčková, 2001)**
Test je převzat ze Stensagerskole v dánském Arhusu, kde s ním pracují logopedi. Je určen pro děti s mentálním postižením. V našich podmínkách je výborným testovacím materiálem. Při testování se používají předměty osobní potřeby, se kterými dítě lépe manipuluje, jsou pro něho blízké a lehce identifikovatelné. Test hodnotí úroveň rozvoje impresivní řeči a impresivních jazykových schopností, je diagnostickým vodítkem, umožňujícím cílené zaměření na oblast receptivní řeči.

Vyhodnocení zkoušek je orientační a obsahuje:

1. **Základní orientační údaje pro stanovení typu intervenčního programu**
posuzují celkové předpoklady jednotlivých funkcí pro komunikaci a úroveň potřeby komunikace.
2. **Impresivní řečové schopnosti hodnotí porozumění v jazykových rovinách**
 - V rovině **pragmatické** ve vývojovém období do jednoho roku verbálního věku hodnotí reakci klienta na řeč.
 - V rovině **sémantizace** (identifikace pojmů) v období mezi prvním a druhým rokem verbálního věku, je diagnostika rozložena na tři vývojové úrovně.
 - Hodnocení v rovině **leximisace** je rozděleno do dvou vývojových stupňů (verbální věk od dvou do tří let).
 - Rovině **gramatizace** (období tvorby logických pojmů) odpovídá věk mezi třetím a čtvrtým rokem, plnění úkolů je rozloženo do tří stupňů.
 - Období **intelektualizace** (nastupuje po čtvrtém roku) je hodnoceno jedním stupněm.

3. Impresivní řečové schopnosti – diferenciaci zobrazených pojmů

Náplní krátkého informačního testu je identifikace předmětů s obrázky a následné pojmenování nadřazenými pojmy.

4. Verbální pokyny a manipulace

U dětí s mentálním postižením hodnotí test vývojový stupeň úrovně porozumění. Verbální instrukce jsou rozděleny do tří skupin s odlišnou obtížností. Dítě plní úkoly, které se týkají manipulace se svým tělem a s předměty. K testu jsou přesné pokyny a seznam předmětů s grafickým znázorněním rozložení pomůcek. Test přináší zjištění dovedností v orientaci v tělesném schématu, orientaci v prostoru, orientaci na pracovní ploše, zvládnutí prostoru a číselné řady s použitím názoru.

5. Orientační zjištění úrovně expresivních řečových projevů.

▪ Vyšetření aktivní mimické psychomotoriky podle Kvinta

Možné aplikovat u intaktních dětí ve věku od 4 do 16 let, lze použít výběr některých cviků u schopnějších jedinců s mentálním postižením.

▪ Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová 1995)

Test hodnotí fonemické rozlišování hlásek ve čtyřech distinktivních rysech na 60 obrázkových dvojicích. Popisuje přesné provedení a vyhodnocení i s propočtem na procenta. Je vhodný na vyšetření fonemického sluchu i u starších mentálně postižených dětí, ale musí být modifikován na jejich úroveň (pomalejší čtení, rozdělení textu na kratší celky).

▪ Zkouška sluchové diferenciaci (Wepman, Matějček, in Matějček, 1993)

Dítě ve dvojicích nesmyslných slov označuje slova shodná a neshodná. Ve zkoušce analýzy a syntézy mají slova stoupající náročnost. Tuto zkoušku lze provést u dětí s lehkým stupněm mentální retardace ve vyšších ročnících ZŠ praktických.

Pokud chceme zhodnotit úroveň řeči u mentálně retardovaných, nesmíme opomenout ani složku **foneticko-fonologickou**, která je u dětí s mentálním postižením víc deformována než u intaktní populace. Tato rovina diagnostikování má v logopedii nejdelší tradici, a proto i testovacích zkoušek k jednotlivým poruchám této roviny řeči je nejvíce, což vychází i z různorodosti poruch.

10.4 Stanovení míry podpůrných opatření

Na zhodnocení úrovně řeči a zařazení do skupin podpory jsme zvolili ty postupy, které dlouhodobě používáme, a které se nám u dětí s mentální retardací osvědčily. Pro diagnostiku porozumění používáme Speciálně pedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči a impresivních jazykových schopností, které zpracovala na základě poznatků při studijním pobytu ve škole s kombinovanými vadami v Dánském Ahrusu Krista Hemzáčková.

Pro oblast produkce využíváme zpracované hodnocení vývoje řeči z publikací 260 cvičení pro děti raného věku v kombinaci s vývojem řeči z Portage. Protože úkoly v každém vývojovém roce jsou u obou publikací odlišné a dítě vyplní často jenom některé, pro lepší zhodnocení úrovně řeči volíme otázky z obou. Obě vývojové škály jsou u poradenských pracovníků natolik známé, že uvedeme jenom mezníky a popis, co by mělo dítě v dané skupině v řečovém vývoji zvládnout. Na dokreslení stavu řečové produkce zařadíme ještě popis situačních obrázků s tematikou doma, na hřišti a nakupování. Nakonec dítě povykládá prožitou událost: Co jsi dělal dnes ráno? Výslovnost a srozumitelnost hodnotíme v průběhu vyšetření a v závěru ještě sérií obrázků. Pozorujeme a hodnotíme i neverbální chování.

STUPĚŇ M. P. O.	BODY POSUZOVACÍ ŠKÁLY	ÚROVEŇ FUNKCE
0.	kvalifikátor 0	Dítě je těsně pod hranicí normy a nemá téměř žádné obtíže v komunikačním styku. Je schopno se domluvit, adekvátně odpovídat na přiměřené otázky, popsat prožitou událost a postřehnout v ní důležité okamžiky, přečíst a písemně odpovědět na zadané otázky.
I.	kvalifikátor 1	<p>Impresivní řečové schopnosti: Identifikace pojmů podle lokace (použití předložek pro vyjádření prostorové orientace v komplikovanějších situacích), stavu, velikosti, barvy, množství a časové souvislosti, negace, minulý čas, stupňování přídavných jmen. Identifikace pojmů v kauzální situaci, souvislost - příčinnost.</p> <p>Expresivní řečové schopnosti: Víceslovné věty se správnou gramatickou strukturou nebo jen lehký stupeň dysgramatizmu. Dítě používá komplexní struktury vět (hlavní i vedlejší). Je schopno pracovat s konkrétními operacemi, pojmut jednoduchou časovou perspektivu, kategorizovat a nacházet příčinné vztahy, zevšeobecňovat a abstrahovat. Zaostává v u suzovacích schopnostech.</p> <p>Nepoužívá příčinné důsledkové spojky, nedokončí větu pomocí spojky protože. Není schopno pracovat s výroky a hypotézami, má problém s formulací myšlenek do slov. Je schopno přečíst jednoduchý text a porozumět mu, jednoduše se písemně vyjádřit. Jeho řeč je pro okolí srozumitelná. Slovní zásoba je ochuzena o nejvšeobecnější a nejspeciálnější slova, užívá je zřídka a často neadekvátně.</p>
II.	kvalifikátor 2	<p>Impresivní řečové schopnosti: Identifikace pojmů v souvislosti s podřazující činností - hledisko funkčnosti. Identifikuje slova, která vyjadřují činnosti v souvislosti s určitým charakteristickým rysem pojmenovaného předmětu.</p> <p>Expresivní řečové schopnosti: Dítě užívá jednoduché věty obsahující tři nebo více slov. Správně použije předložky, zájmena, minulý čas. Je přítomen dysgramatizmus, často chybné ohýbaní slov, hlavně sloves (problémy s infinitivem). Dorozumívá se řečí, která je často pro okolí málo srozumitelná kvůli vícečetné dyslalii, redukci a zájmeně slabik a slabikových celků. Potřebuje tlumočení osoby, žijící s dítětem. Slovní zásoba dítěte - se slovy pracuje jako s předpojmy, směřující k zobecnění, kategorizuje na základě rysů a podobností</p>
III.	kvalifikátor 3	<p>Impresivní řečové schopnosti: Dítě označí předměty, se kterými se často setkává, bere je do ruky, hraje si s nimi. Pozná a ukáže předměty z jeho nejbližšího okolí. Identifikuje slova označující osoby, věci či zvířata, které mají vztah k jeho osobě.. Identifikuje pojmy spojené s činností a se základní prostorovou orientací - jednoduché gramatické struktury. Správně označí pojmy v souvislosti s podřazující činností - hledisko funkčnosti.</p> <p>Expresivní řečové schopnosti: Experimentuje se zvuky, vysloví dva rozličné zvuky. Vyslovuje duplikace - žvatlá významově, ve spojitosti s určitou situací. Napodobuje řeč, začíná říkat první slova (10 slov). Užívá dvouslovná spojení. Je schopno produkovat jednoduché posunky. Po zvukové stránce dochází k deformaci řeči. Domluví se s nejbližším okolím primitivními posunky a několika slovy nebo jednoduchými větami. Dysgramatizmus - nejtěžší stupeň, užívá oddělená slova, nesouvisle spojená, bez jakékoliv gramatické struktury.</p>
IV.	kvalifikátor 4	Impresivní řečové schopnosti: Selektivní chápání slova nebo věty. Záznam reakce na známé slovo nebo větu, která významově odpovídá specifické situaci. Označení (pohledem, gestem) pojmenované osoby nebo objektu. Reakce na své jméno.

	Expresivní řečové schopnosti: V řečovém vývoji dochází pouze k vokalizaci, ke křiku, k jednoslabičným zvukům – prefonémům, které mohou mít význam komunikační - sdělení přání či nespokojenosti. Neverbálním způsobem odpoví na jednoduché otázky.
--	---

Literatura:

- BEDNÁŘOVÁ, J. ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Computer Press 2007. ISBN 978-80-251-1829-0.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár n. Sázavou: 2001, Logopaedica Clinica. 223 s. ISBN 80-902536-2-8.
- DVOŘÁK, J. *Slovní patlavost*. Žďár n. Sázavou: 1999, Logopaedica Clinica. 124 s. ISBN 80-902536-0-1.
- GRIMMOVÁ, H., SCHOLER, H., MIKULAJOVÁ, M. *Heildeberský test vývoje řeči*. Psychodiagnostika Brno: 1977.
- HANÁK, P. a KOL. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP 2005. 104 s. ISBN 80-86856-10-0.
- KLENKOVÁ, J. KOLBÁBKOVÁ, H. *Diagnostika předškoláka správný vývoj řeči*. Brno: Nakladatelství MC Brno. 125 s.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči - Dysfázie*. Praha: Septima, 2002. 104 s. ISBN 80-7216-177-6.
- KUBOVÁ, L., PAVELKOVÁ, Z., RÁDKOVÁ, I. *Znak do řeči*. Praha: Tech-market 1999. 88 s. ISBN 80-86114-23-6.
- KUCHARSKÁ, A. a KOL. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP 2007. 220 s. ISBN 978-80-86856-42-1.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: portál, 2003. 250 s. ISBN 80-7178-572-5.
- LECHTA, V., MATUŠKA, O. *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí raného a predškolského veku*. Bratislava: Invocentrum 1995. 149 s.
- LECHTA, V. *Logopedia II*. Bratislava: UK 1983. vysokoškolské skriptá
- LECHTA, V. *Logopedia IV*. Bratislava: UK 1985. vysokoškolské skriptá
- LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta 1995. s. 267 ISBN 80-88824-18-4.
- MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia*. Bratislava 1993. 288 s. ISBN 80-900445-0-6.
- PAVLOVÁ-ZÁHLAVKOVÁ, A. a kol. *Prevence poruch řeči*. Praha: SPN 1976
- PEASE, A. *Řeč těla*. Praha: Portál 2001. 137 s. ISBN 80-7178-582-2.
- RUSSELL, J. LOVE, WANDA, G. WEBB. *Mozek a řeč*. Praha: 2009. 376 s. ISBN 978-80-7367-464-9.
- SABADOŠ, P. a kol. *Logopédia v komplexnej starostlivosti o dieťa*. Bratislava: SPN 1977. 340 s.
- SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. Praha: SzdN 1955.
- SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. Praha: SPN 1978. 318 s.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN 1978. 464 s.
- STRASSMEIER, W. *260 cvičení pro děti raného věku*. Praha: Portál 1996. 296 s. ISBN 80-85282-87-9.
- SROKOVÁ, E., VAVROŠOVÁ, D. *Speciálně pedagogická diagnostika ve školní praxi*. Ostrava: Montanex 2004. 49 s. ISBN 80-7225-143-0.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 978-80-247-1789-8.
- ŠUSTROVÁ, M. *Diagnóza Downov syndrom*. Bratislava Perfekt: 2004. 240 s. ISBN 80-8046-259-3.
- VASILOVIČ - ŠUSTROVÁ, T. *Jak se domluvit s kojencem a batoletem*. Praha: Grada 2008.
- VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I*. Praha: IPPP 2001.
- Sborník *Klinická logopedie v praxi IV/1997*
- Sborník: *Diagnostika a terapie poruch komunikace 4/*

KAPITOLA 11

11 Emoce

Petrášová J.

11.1 Obecná charakteristika domény

Emoce (MKF b152) jsou dle rozšířené definice Kaplana (1994) složitým pocitovým stavem, jehož psychická, somatická i behaviorální součást má vztah k afektu a náladě. Pojem základních (primárních) emocí vytvořil **Darwin (1872)**, v průběhu 20.století se rozpracování poznatků z této oblasti věnovali např. Tomkins (1962), Izard (1972), Plutchik (1980). Za základní emoce jsou považovány **hněv, strach, smutek, překvapení, radost, odpor**.

Jedná se o komplexní psychické pochody, navenek se projevující fyziologickými reakcemi, motorickými a mimickými projevy, a vnitřně se projevující subjektivními prožitky. Signalizují stav organismu, definují vztahy organismu k jevům, jež na něj působí. Podílejí se na regulaci prožívání a reagování člověka, vedou k usměrnění jeho aktivity. Emoce jsou charakterizovány svou intenzitou, délkou trvání, směrem přibližování a oddalování.

Zážitkový rozměr emocí vyjadřují **city**, které jsou emočním doprovodem základních vztahů k subjektům, objektům a nejbližšímu okolí. Vztah k abstraktním pojmům a nejvyšším hodnotám vyjadřují **vyšší city**. Emoce jsou významnou složkou psychických dějů, patří mezi významné řídicí a regulační mechanismy člověka. Obsahují tři složky – 1. vnitřní zážitek, 2. z vnějšku pozorovatelné chování a 3. fyziologické změny.

11.1.1 Dělení emocí

(Svoboda M., Češková E., Kučerová H., Psychopatologie a psychiatrie, 2006)

Podle hierarchie

- **nižší** – vyskytují se jak u lidí, tak u subhumánních jedinců, vztahují se k elementárním potřebám a jejich uspokojování, jsou spojeny s podněty z vitální oblasti
- **vyšší** – sociálně podmíněné, specifické pro člověka, směřující mimo osobu k vyšším cílům
 - city sociální (vztah k jiným skupinám, láska, nenávisť, sympatie, úcta)
 - city etické (cit pro spravedlnost, čest, povinnost, křivdu)
 - city estetické (např.: cit pro krásu)
 - city intelektuální (radost z intelektuální činnosti)

Podle základního přízvuku

- **libé** – kladné (láska)
- **nelibé** – záporné (nenávisť, hněv)

Podle vlivu na nositele

- **stenické** – vedou k aktivizaci, jeho mobilizaci (hněv, zlost)
- **astenické** – pasivní emoce, demobilizuje (smutek)

Podle intenzity a časového průběhu

- **afekty** – krátkodobé a velmi intenzivní citové reakce, rychle začínající a rychle odeznívající em.reakce
- **city** – trvalé citové vazby
- **nálady** – prodloužené emoční stavy různé intenzity, provázející prožívání a činnost člověka
- **vášně** - dlouhodobé city, silné, ovlivňující myšlení a činnost člověka (cestovatelská, sběratelská vášně)

Emoce jsou společně se subjektivním psychickým prožitkem provázeny dalšími projevy různé intenzity v oblasti somaticko-vegetativní. Motorické a mimické projevy emocí lze potlačit, modifikovat (smích, pláč). Vegetativní funkce se však volně regulovat nedají nebo jen v omezeném rozsahu (polymorfní stavy tonu a reaktivity sympatiku a parasympatiku). Emoce jsou tedy provázeny změnou svalového napětí, krevního tlaku, frekvence tepu, šířky zornic, dechové frekvence, peristaltiky.

Emotivita je dynamický systém, podílí se na něm hypothalamus, hypofysoadrenální a somatoviscerální systém, retikulární systém, thalamus, limbický systém a mozková kůra.

Na emoční aktivitě se podílí souhra podkorových oblastí mozku s mozkovou kůrou. Podkorové oblasti jsou současně nadřazenými autonomními centry vegetativního tonu, hormonální souhry a metabolismu, což platí zejména o hypothalamu. Tento tzv. emoční okruh realizuje svou funkci prostřednictvím řady neuromediátorových a neuromodulátorových mechanismů (noradrenalin, dopamin, serotonin, GABA, acetylcholin, opiodní systém...), jež mají důležitou roli u jednotlivých projevů emocí – deprese (noradrenalin, serotonin, dopamin, acetylcholin, GABA), strach (GABA, noradrenalin, serotonin), agrese (GABA, serotonin, noradrenalin, dopamin).

Součástí emočních projevů jsou rovněž neuronální a hormonální projevy, řízené především hypothalamem.

11.1.2 Vývoj emocí

▪ **Kojenecký věk**

V prvních měsících života jsou emoční projevy dítěte spojeny s vnitřními stavy, jako je hlad, bolest, od narození jsou zachytitelné projevy libosti a nelibosti dítěte, ve čtyřech měsících můžeme pozorovat zlost, v devíti měsících smutek, strach, projevy separační úzkosti (projevuje se při odloučení od matky), kolem roku věku něžnost. Vývoj dítěte v tomto období směřuje k dosažení specifického pouta s pečující osobou charakterizovaného pocitem důvěry.

▪ **Batolecí věk**

Pozorujeme komplexnější emoční projevy, dítě dokáže diferencovaně dávat najevo lásku ke svým blízkým, odpor, zjevné jsou projevy separační úzkosti při odloučení od blízké osoby. Ve dvou letech jsou zřetelné projevy studu, hrdosti, ve třech letech zaznamenáváme pocity viny.

▪ **Předškolní věk**

Bohatá škála emočního prožívání, diferencované pocity v interpersonálních vztazích, schopnost do jisté míry verbalizovat pocity lásky, odmítání. Úzkost je spojena s obavami ze ztráty milované osoby, ze ztráty ocenění, akceptace.

▪ **Mladší školní období**

Období je charakterizováno schopností dítěte separovat se od rodičů a navazovat silné emoční vztahy k druhým dospělým. Rozvíjí se morální hodnocení, schopnost vcítění se a zájmu o druhé.

▪ **Dospívání**

Uvolnění dítěte z primární rodiny, adolescentní separace, orientace na vrstevníky i v otázkách řešení emocionálních problémů.

11.1.3 Emoce jako projev funkčního systému mozku

Koukolík (2000) uvádí: „Je pravděpodobné, že za schopnost rozlišit vlastní emoční stav odpovídají systémy mozkového kmene, jejich přenašeči jsou monoaminy, za schopnost dodat tomuto stavu „obsah“ a za schopnost odpovědět odpovídají jejich projekce do limbického systému a bazálních ganglií, za „vyhodnocení“ emočního stavu, například ve vztahu k sociokulturnímu rámci, odpovídá činnost mozkové kůry.“...

Základní emoce jsou transkulturní. Mimické výrazy základních emocí jsou pozorovatelné u dětí již během prvního roku života, lze tedy usuzovat na projev vrozených mechanismů chování. Na zpracování emočních informací bez ohledu na povahu podnětu (pocit štěstí, smutku, odporu) se podílejí mediální, prefrontální kůra a thalamus, emotivita je spjatá s činností kmene, limbických, paralimbických a korových oblastí.

Negativní emoce vedou více k pravostranné aktivaci okruhu limbického systému než emoce pozitivní, tato aktivace je větší u pacientů s depresí, pravá hemisféra je hodnocena jako rozhodující ve vnímání emocí, zpracování sociálních signálů, její poruchy jsou spojeny s potížemi sociální adaptace.

Emočně významné vzpomínky, které lze uvést do vědomí (jsou tedy součástí deklarativní paměti) se vyvolávají lépe než emočně neutrální vzpomínky.

Amygdala je součástí distribuované neuronální sítě, která rozlišuje strach a agresi, podílí se na rozlišování příjemných a nepříjemných signálů, na ukládání emočně významných informací do dlouhodobé paměti, dále je podchyten podíl na zpracování informací souvisejících se sociálním chováním.

Limbický systém a neokortex, amygdala a prefrontální laloky jsou ve vzájemném propojení rovnocennými složkami psychického života člověka, při jejich dobré vzájemné součinnosti narůstá emoční inteligence i intelektuální schopnosti jedince.

Emoční paměť se vyznačuje dvěma paralelními vzájemně spolupracujícími systémy-**implicitním**, odpovídajícím za nevědomé zpracování, ukládání a vybavování emočně významných informací (amygdala) a **explicitním**, jenž odpovídá funkčnímu systému deklarativní paměti.

11.1.4 Emoce a poznávací procesy

Člověk se neorientuje vůči okolnímu světu podle objektivního stavu věcí, ale podle toho, jak sám věci vidí a cítí. Emoce je pocívaná tendence přiblížit se k tomu, co je hodnoceno jako dobré, žádoucí nebo tendenci vzdálit se od toho, co je špatné a nežádoucí (definice Arnoldové, 1945, 1960, 1968), co je z tohoto hlediska indiferentní, je i emočně korigováno, tendence v chování souvisí s libostí a nelibostí, zároveň závisí na kognitivním hodnocení, všechno, s čím se setkáváme, hodnotíme ve vztahu k sobě samému, ke svým potřebám, hodnocení probíhá automaticky, jako doplněk percepce, utváří tendenci k činnosti (pokud je tato tendence silná, označujeme ji podle Arnoldové jako emoci, takže každé hodnocení má charakter emoce), v základech hodnocení leží paměť, která dává prostor pro aktualizaci vztahů mezi minulou událostí, jejím afektivním zabarvením, a událostí očekávanou. Člověk má schopnost intuitivního, primárního hodnocení (stejně jako zvířata) a hodnocení úmyslného, vědomého, sekundárního (na rozdíl od zvířat). Emoce tedy zahrnují poznání, z čehož plyne skutečnost, že se mohou měnit ve shodě se změnami na kognitivní úrovni Schachter, 1959, Schachter a kol., 1962, 1964, usuzuje, že emoce jsou determinované hlavně poznáním.

11.1.5 Emoce a motivace

Emoce a motivace představují funkce se shodným posláním, týkají se regulace směru (obsahu) a síly (dynamiky) chování, přičemž významnou roli zde sehrávají současně kognitivní procesy, především interpretace smyslu přijímaných informací. Při každé náročnější činnosti se zvyšuje aktivační hladina, kterou provází subjektivní napětí, jež je emočním zážitkem. Každé motivované jednání tedy nese emoční zabarvení. Pojem emoce představuje příslušnou zážitkovou kvalitu (napětí, vzrušení, nelibost), tedy dynamický aspekt regulace, pojem motivace představuje spíše program aktivity, její směr, cíl, čili obsahovou stránku aktivity. Emoce, motivace a dlouhodobá zaměřenost určují lidské jednání z hlediska dynamiky (síla, rychlost, pružnost) a z hlediska jeho obsahu, programu. Všechny emoce jsou popudy k jednání, vedou k činům, jsou to vrozené sklony k jednání, jež se formují našimi životními zkušenostmi a sociokulturním prostředím.

11.1.6 Emoční inteligence

Emoční inteligence je v pojetí Petera Saloveye a Johna Mayera součástí sociální inteligence, je chápána jako schopnost rozlišovat vlastní a cizí pocity, emoce, využívat informací ve svém myšlení a jednání. Tyto schopnosti jsou řazeny do pěti hlavních oblastí – 1. znalost vlastních emocí, 2. zvládnutí emocí, 3. schopnost sám sebe motivovat, 4. vnímavost k emocím jiných lidí, 5. umění mezilidských vztahů. Pojem emoční inteligence byl použit pro popis emočních vlastností důležitých pro dosažení úspěchu. Mezi tyto vlastnosti jsou řazeny večitění, vyjadřování a chápání pocitů, ovládnutí nálady, nezávislost, přizpůsobivost, oblíbenost, schopnost řešení mezilidských problémů, vytrvalost, přátelskost, laskavost, úcta. Lidé s dobře rozvinutou emoční inteligencí dosáhnou v životě častěji naplnění a spokojenosti. Emoční dovednosti se vzájemně dynamicky doplňují s intelektovými schopnostmi, přičemž emoční inteligence je mnohem méně geneticky zatížena než intelektové schopnosti. Emoční část mozku je označován limbický systém, který primárně zodpovídá za ovládnutí emocí a pudů, funkcí limbického systému jako celku je emoční paměť. Součástí limbického systému je hipokampus, v němž se realizuje emoční učení, dále do limbického systému patří amygdala, jež se považuje za centrum ovládnutí emocí. Na ovládnutí emocí v souvislosti s řešením problémů, řeči, obraznosti a dalších mentálních procesů se podílí mozková kůra. Emoční uvědomování jako základní nástroj změny životní situace je součástí tradiční psychoterapie. Emoční inteligence se týká diference emočních projevů, jejich modulace a regulace.

11.1.7 Poruchy emocí podle kritéria intenzity a časového průběhu

Emoce jsou vedle subjektivního prožitku v různé intenzitě provázeny řadou projevů v oblasti somaticko-vegetativní, což se především týká negativních emočních prožitků - afektů, nálad.

Somaticko-vegetativní provázející projevy emocí souvisí s anatomickým substrátem CNS, jenž se podílí na vypracování emocí. Emotivita je dynamický systém, uplatňující se v tzv. **emočním okruhu** (hypotalamus, hypofysoadrenální a somatoviscerální systém, thalamus, limbický systém, mozková kůra).

Na emoční aktivitě se podílí souhra podkorových oblastí mozku s mozkovou kůrou. Základní emoční dispozicí je **temperament**, jenž určuje charakter reakcí, převažující druh nálady, její intenzitu a stálost. Temperament je součástí osobnostního typu člověka, do značné míry spočívá na vrozených dědičných vlastnostech, ale může být modifikovaný vnějšími, psychosociálními a vnitřními faktory.

A) Poruchy afektů

Afekt je silný, krátce a bouřlivě probíhající citový stav - radost, hněv, nadšení... - provázený vegetativními reakcemi, mimickými projevy, jeho nástup je prudký, náhlý, podnět je zřetelný a nasměrování je konkrétní, význačná je silná tendence k odreaování, při souběhu více afektů je patrna tendence k jejich sdružování).

U osob s mentální retardací se můžeme setkat se zvýšenou afektivní dráždivostí (častá u organických poruch CNS, emoční labilitou (proměnlivost emocí, citová nestabilita, bývá podmíněna organicky), emoční tenacita (obtížná odklonitelnost emocí, dlouhé přetrvávání citů, mírný podnět vyvolává protražovanou citovou reakci), fobie (vtíravé strachy, neodůvodněný strach z určité věci, situace, zvířete).

B) Poruchy nálad

Nálada je déletrvající stav, jenž vyjadřuje pohotovost emoční reakce, podporuje výkyvy jedním směrem, oproti afektům se však vyznačuje menší intenzitou, její vznik je ovlivněn více faktory, není vázána tak úzce jako afekt na konkrétní situaci nebo stav vědomí.

Euforická nálada - radostná, veselá, vše je přijímáno s uspokojením, manická nálada – rozjařená, veselá nálada, zvýšená aktivita, zvýšené sebevědomí, zrychlené myšlení, malá účelnost, zaměření krátkodobé (dalším stupněm je hypomanická nálada, (např. při organických a afektivních poruchách), exaltovaná nálada – pocity štěstí, blaženosti, vytržení, vyskytuje se při afektivních poruchách, epilepsii, u některých poruch osobnosti, dále bývá spojena s intoxikací halucinogenními látkami, dysforická nálada – podrážděnost, snížené sebevědomí, nevlidnost, depresivní nálada – smutek, snížená reaktivita i sebevědomí, skleslost, utlumenost, plačtivost, strach, provází afektivní poruchy, epilepsie, demence, schizofrenie, anhedonická nálada – jedinci nejsou schopni zažívat štěstí, radost, jsou skeptičtí, bez zájmu, často u depresí

C) Poruchy citů

City jsou trvalé emoční stavy, specificky orientované zejména k určitým živým bytostem, dále k předmětům, sobě samému, vyšší city představují vztahy k abstraktním jevům (láska, žárlivost, touha...), k pojmům nejvyšší hodnoty (spravedlnost, vlast, národ...).

Oslabení až plné chybění citů zaznamenáváme např. u osob s demencí, mentální retardací, zde jsou podchyceny krátkodobé afektivní vztahy, k utlumení citů dochází např. u schizofrenie, silné egocentrické city se v určitých případech objevují u epileptiků, paranoidních poruch osobnosti.

11.2 Rámcová specifika u klientů s mentálním postižením

Emoce zahrnují poznání, přímo souvisí s úrovní kognice, takže úměrně postižením v těchto oblastech a omezením v sociálním poznání se vyskytují u osob s MP i významné odchylky v oblasti emocí.

U dětí s MR dochází k opoždování kognitivního vývoje, patrna je omezená přizpůsobivost k prostředí, poruchy přizpůsobení, emoční poruchy, vysoká úzkost, deprese, emoční labilita.

Děti s MR jsou zvýšeně citlivé na emoční podněty z okolí (silná reakce na konflikty, napětí v rodině),_snadněji se u nich rozvíjejí úzkostné reakce mající mnohdy charakter fóbí.

Snížené porozumění některým životním změnám a příčinám negativních zážitků vede u jedinců s MR k neadekvátním propojením negativních situací s celkovou situací, jež může velmi dlouhodobě vyvolávat silnou úzkost.

U dětí s MR se častěji projevuje emoční labilita, střídání nálad, afektivní labilita, přidružují se závažná psychická onemocnění, u osob s těžkým hlubokým mentálním postižením lze podchytit významné oslabení citů. U dětí s MR v kombinaci s poruchami autistického spektra je častěji narušeno utváření emočního pouta k rodičům, chybí schopnost empatie, a i když se u dětí s lehčí formou pervazivní vývojové poruchy mohou postupně emoční

vztahy utvářet, tak skutečné reciprocitě nadále nejsou schopné, protože je potlačeno chápání pocitů a potřeb druhých nechápou.

Organické postižení CNS, jež je příčinou mnohých forem MR, může podmiňovat citovou nestabilitu, proměnlivost emocí.

Diagnostické nástroje

Diagnostika emočních poruch u dětí je náročná, komplikovaná komorbiditou s dalšími psychickými poruchami a menší vyhraněností klinického obrazu oproti klinice dospělé populace. Výstižnější obraz nastalých změn mnohdy podávají spíše vrstevníci, kamarádi a spolužáci dětí než rodiče.

U dětských probandů lze využít: **anamnestické údaje, klinické pozorování, dotazníky, projektivní metody, kresbu postavy.**

11.2.1 Dotazníky

CDI-Children's Depression Inventory, sebesposuzovací **Škála Kovaczové CDI (dotazník depresivity)** 1977, revize 1982, určena pro děti ve věku 8-17 let.

Test tvoří 27 položek, odpovědi jsou ve 3 stupních intenzity, dotazník je určen pro klinické použití.

DSA-Dotazník sociální akceptace, slovenská metoda, Juhás, 1990

Zaměření dotazníku je na situaci jedince v prostředí školní třídy, dotazník obsahuje 32 položek, hodnocení je zaznamenáváno na 4-stupňové škále (nikdy, občas, obvykle, často). Cílovou skupinou jsou probandi ve věku 12-16 let, administrace je možná individuální i skupinová.

Interpretace kvalitativní i kvantitativní formou, dotazník má řazení do 4 subškál:

1. analýza vztahu ke spolužákům
2. analýza pohledu probanda na třídní kolektiv
3. emocionální prožívání probanda ve školní třídě
4. vztahy rodinného prostředí a školy

ŠAD-Škála měření úzkosti a úzkostnosti, C.D.Spielberg, 1980

- měří aktuální úzkost a rovněž trvalejší úzkostnost

TBC-The Toddler Behavior Checklist, Larzelere, 1989, dotazník pro rodiče dětí od 9 měsíců do 4 let, vytěžuje míru celkové psychopatologie případně behaviorálních problémů dítěte, poskytuje hodnocení stupňů obtíží s využitím 5 škál:

1. opozičnost
2. nezralost
3. fyzickou agresi
4. emoční labilitu
5. stud

Poslední dvě škály dobře zachycují potíže dítěte.

CMAS-Škála zjevné úzkosti, A.Castaneda, B.R.McCandless, D.S.Palermo (USA), upr. J. Fischer, Š. Gjuričová.

Test se zaměřuje na predispozici k anxiositě, je určen pro věkovou skupinu 9-14 let, obsahuje 42 položek identifikujících anxiotitu, 11 položek lži škály, je vhodný pro individuální i skupinové použití

11.2.2 Projektivní techniky:

ROR – test předpokládá úzký vztah mezi osobností a vizuální percepcí, jedná se o projektivní strukturální metodu v níž se odráží strukturální zvláštnosti osobnosti. Testový materiál tvoří 10 standardních tabulí. Každá tabule obsahuje víceméně symetrickou skvrnu. Klient zodpovídá co na tabulích vidí.

Afektivní složky osobnosti (introverze – extroverze, impulzivita, efektivita, kontrola emocí).

TAT

Tematický apercepční test, zaměřuje se na obsah výpovědí, mapuje některé z dominantních pudů, emocí, konfliktů osobnosti, test tvoří 31 obrázků, na nichž jsou zobrazeny nejednoznačné situace.

Scenotest – konstrukce scének za pomoci loutek a performačních pomůcek (volná scénka, tamatická), mapuje vztahy mezi osobami, dává odraz prostředí, v němž jedinec žije.

11.3 Stanovení míry podpůrných opatření

Při využití klinických zkoušek (pozorování, strukturovaný rozhovor, kresba postavy...) lze ke stanovení míry podpůrných opatření orientačně využít následující tabulky (blíže viz poslední kapitola katalogu)

KLINICKÁ METODA	
STUPEŇ m. p. o.	ÚROVEŇ FUNKCE
bez p. o.	širší norma
I.	Podprůměr
II.	hluboký podprůměr
III.	praktická absence funkce či masivní deficit
IV.	plná absence funkce

Literatura

KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy.* Praha: Portál, s.r.o.,2000, ISBN 80-7178-379-X

SHAPIRO,L.E. *Emoční inteligence dítěte a její rozvoj.* Praha: Portál, s.r.o., 1998, ISBN 80-7178-238-6

SVOBODA,M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie.* Praha: Portál,s.r.o.,(2006, ISBN 80-7367-154-9

SVOBODA,M.,KREJČÍŘOVÁ,D.,VÁGNEROVÁ,M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha: Portál, s.r.o., 2001, ISBN 80-7178-545-8

ZVOLSKÝ, P.. *Obecná psychiatrie.* Praha: Karolinum, 1998

KAPITOLA 12

12 Adaptabilita a sociabilita

Petrová A.

12.1 Deskripce domény

Adaptabilitou (MKF d710-799) neboli přizpůsobivostí bývá v různých souvislostech označována schopnost jedince přizpůsobit se prostředí, a to přírodnímu i společenskému. Jde v podstatě o obecnou vlastnost organismů přizpůsobovat se podmínkám, v nichž existují. Zahrnuje tak základní, evolučně nejpodstatnější schopnost organismu.

Psychologicky se *pojem adaptace*, adaptivní chování vztahuje především k přizpůsobení se sociálnímu a kulturnímu prostředí ve smyslu adekvátního chování, ale také případných potřebných změn v oblasti vnímání, myšlení, postojů člověka po přechodu do nového prostředí. Lze tedy shrnout, že z psychologického úhlu pohledu se míra této schopnosti jedince týká:

- zvládnání nároků či požadavků prostředí, zvládnání životní reality,
- výběru životních cílů, ale také pružnosti změn v hierarchii cílů,
- účelných změn chování, pokud dosavadní chování nevede k cíli,
- aktivního působení na prostředí za účelem jeho změny (pokud dosavadní prostředí neumožňuje realizaci hodnot a cílů),
- přiměřeného odhadu vlastních schopností a možností.

Adaptabilita obecně umožňuje svým nositelům soupeřit s jedinci svého druhu s větší efektivitou. Lidé jsou především tvorové sociální a tato společenskost si žádá svou cenu. Jednotlivci nemohou sledovat pouze své vlastní zájmy a ignorovat zájmy těch, s nimiž žijí. Navíc je každý z nás jedinečný, vnáší do situací konkrétní historii a jedinečnou sestavu svých schopností, kladů i záporů (Barrett, Dunbar, Lycett, 2007).

Současná systémová pojetí osobnosti člověka chápou jedince jako individualizovaný systém psychických procesů, stavů a vlastností, které vznikly přetvářením vrozených vnitřních podmínek v průběhu socializace a řídí jeho předmětnou činnost, sociální vazby a duchovní vztahy. Jinými slovy, člověk se rodí jedinečně vybaven svou biologickou přirozeností, socializací se stává společenskou bytostí, jeho osobnost je vnitřně organizovaným, uceleným, otevřeným, seberegulujícím systémem. Mnozí autoři pak podtrhují skutečnost, že člověk je osobností do té míry, s jakou si uvědomuje sám sebe, co činí, a jak zodpovědně si stojí za svými činy. Pocit osobní jednoty a identity (integritu, koherence) je základem *adaptivního chování* člověka.

Helus (2009) uvádí, že nízká vybavenost člověka instinkty zajišťujícími samozřejmě reagování na běžné situace zvyšuje jeho ohroženost či šanci na přežití jen na první pohled. Namísto upevňování či rozšiřování své instinktivní výbavy zajišťující přežití ve stabilizovaném prostředí v sobě rozvinul schopnost přizpůsobení se podmínkám novým a nezvyklým, a to díky učení a tvořivému myšlení. Díky těmto zdatnostem se vyvinul v tvora s mimořádnou plastičností *přizpůsobování se prostředí*, ale i v tvora s nebývalou schopností *přizpůsobovat si* své okolí.

Pojem *adaptace* se používá v širším slova smyslu než např. termín *coping*, kterým je označováno zvládnání nadlimitní zátěže, ta převyšuje zdroje, které má daná osoba k dispozici, jde o úsilí zvládnout problémovou situaci, psychologický distres (podrobněji např. Křivohlavý, 1994, Oravcová, 2004).

12.1.1 Vývoj a determinace adaptability

Přes výraznou *biologickou determinaci adaptability* nelze pominout její *podmíněnost sociální*. Zvláště v období dětství a dospívání je působení tzv. *signifikantních druhých* (pro dítě subjektivně důležitých lidí) zásadní (např. osobnost a výchovný styl rodičů, atmosféra a komunikace v rodině, struktura rodiny, životní styl a hodnoty, způsob zvládnání zátěžových situací apod.). Domníváme se, že pro děti nějakým způsobem handicapované, jejichž podmínky pro rozvoj adaptivního chování jsou v souvislosti s typem a mírou jejich nedostačivosti více či méně omezené, je právě podpůrný vliv vnějších faktorů rozhodující.

Adaptivní vývoj a úspěšnou aktivitu jedince zkoumala řada odborníků. Většina z nich řadí **adaptabilitu k podstatám evolučního vývoje lidstva** a přiřazují ji k tzv. *inteligentnímu chování*.

Podle Heckhausenové, Schulze, Wrosche aj. (Blatný a kol. 2010) souvisí *adaptabilita* s primární a sekundární kontrolou. *Primární kontrola* je zaměřena navenek, týká se chování člověka, kterým ovlivňuje vnější prostředí, formuje ho tak, aby co nejvíce vyhovovalo jeho potřebám a cílům. *Sekundární kontrola* spouští vnitřní procesy, které jsou zaměřeny na minimalizaci ztrát a omylů. Tato může mnohdy být nezáměrná a neuvědomovaná. Zamysleme-li se nad vymezením těchto druhů kontrol, pak můžeme vyvodit, že primární kontrola má pro jedince významnější adaptivní hodnotu než sekundární.

Pro zvládnání nároků prostředí se pak, zvláště pro jedince s různým druhem a mírou postižení, jeví užitečný integrovaný model SOC s lifespanovou teorií primární a sekundární kontroly (označovaný jako model OPS), složený ze čtyř vzájemně se doplňujících dimenzí (Blatný a kol., 2010):

- **selektivní primární kontrola**
Umožňuje investování zdrojů (úsilí, čas, schopnosti, dovednosti apod.) k dosažení cíle (např. trénujeme svou schopnost),
- **selektivní sekundární kontrola**
Souvisí s vnitřními procesy, které motivují k dosažení cíle (např. zvyšování důležitosti zvoleného a snižování hodnoty toho, co jsme si nezvolili),
- **kompenzační primární kontrola**
Objevuje se, když člověk pomocí aktuálních fyzických a duševních schopností nemůže cíle dosáhnout, využívá tedy vnější zdroje (pomoc druhých, technické pomůcky – naslouchadla, invalidní vozík...),
- **kompenzační sekundární kontrola**
Jde o ochranu vůči negativním efektům, když selže motivace v primární kontrole (specifické sebeochranné strategie, např. vyhýbání se zahanbení mechanismem sestupného sociálního srovnávání s těmi, co jsou na tom hůře než my sami).

Adaptabilita má zásadní důležitost pro praktický život. Souvisí se schopností jedince správně hodnotit, chápat, usuzovat, využít možností, které situace nabízí. Jeden z významných klasiků studia inteligence R. Sternberg (2001) zformuloval v 70. letech 20.st. tzv. *triarchickou teorii inteligence*, ve které konstatuje, že inteligence plní v životě tři funkce:

- **adaptaci**
Změna sebe ve snaze vyhovět požadavkům prostředí.
- **přetváření prostředí**
Změna prostředí podle svých představ a potřeb.
- **výběr nového prostředí**
Pokud nejsou možné předchozí.

Sternberg (tamtéž) pracuje také s termínem *úspěšné inteligence*, zahrnující složku praktickou a tvůrčí. Jde v podstatě o schopnost využití intelektových schopností jedince v životních situacích. Tento pohled na inteligenci je zároveň pohledem na učení a adaptabilitu. Zcela zásadní roli hraje analýza vlastního jednání, zpracování informací, využití předchozích zkušeností, reflexe kontextu (všech podstatných okolností), plánování a rozhodování mezi možnými postupy, vyhodnocení efektivity chování. V tomto směru jsou omezení jedinců s mentální retardací velmi silná a narušují tak rozvoj jejich adaptability zásadním způsobem.

Úroveň schopnosti adaptace souvisí tedy bezesporu s intelektovou kapacitou jedince. Mohou do ní však zasahovat i další stránky osobnosti. Také lidské emoce jsou důležitým mechanismem adaptace. V této souvislosti výstižně připomíná Stuchlíková (2007), že člověk v průběhu fylogeneze získal několik **adaptačních mechanismů**:

- Vývojově nejstarším mechanismem je *instinktivní regulace* orientovaná na uspokojení pudových potřeb (pud sebezáchovy, zachování rodu ap.).
- Na předešlou úroveň navazují *emocionální mechanismy adaptace* (kontrolují možnosti situace a zároveň okamžitý stav potřeb).
- Vývojově nejmladší a nejvyšší úroveň adaptace pak zajišťují *vyšší kognitivní procesy*, ty umožňují nejen vybrat, ale i vytvořit novou nejuvhodnější reakci na danou situaci a průběžně ji korigovat. Zabezpečují vyhodnocení v širším vztahovém rámci, přesahujícím současnost (tady a teď), kromě minulé zkušenosti, která se objevuje již na předešlé úrovni emocí, dávají možnost anticipace budoucího a také využití zkušeností jiných. Na této úrovni se prolínají mechanismy spojené se sebeuvědomováním, s reflexí vlastní emocionality, s volbou hodnot, cílů, s vyššími city až po pocity sebenaplnění a sebpřesahu.

Lidské chování je vždy výsledkem složité souhry okolností situací a osobnostních dispozic. Socializace neznamená úplné sociální přizpůsobení se jedince. Jednotlivec některé vlivy přijímá, přizpůsobuje se, jiné odmítá, nebo na něho nepůsobí. Proces socializace se realizuje prostřednictvím sociálního učení, jedinec si interakcí s jinými lidmi osvojuje normy, hodnoty, postoje, vzorce chování.

12.1.2 Míra adaptability a její aspekty

Úspěšnost adaptace nebo naopak její selhání jsou determinovány mnoha proměnnými, jejichž analýzou i diagnostikou se zabývá řada odborníků. Navzdory obecným evolučním mechanismům je pro každého jednotlivce rozhodující právě ta jeho interpretace dané situace. Pokusíme-li se zjistit některý aspekt adaptability jedince, najít kritéria míry její úspěšnosti, musíme si být vědomi, že jde o značně relativní informaci. **Kvalita prožitku** vztažená ke **zvládnání životní reality** se ve své nejpodstatnější, nejautentičtější podobě otevírá právě jen svému nositeli.

Lidské **sociální schopnosti** závisejí na **kognitivních mechanismech** a **emocích**. Narušení souhry či spojení těchto procesů se projevuje v sociální nedostačivosti rozmanitými projevy jako např. (Barrett, Dunbar, Lycett, 2007):

- problémy s adekvátním chováním v sociálních situacích,
- nepochopení vyšších úrovní jazyka (např. metafor),
- společensky nevhodný humor a chování (tzv. "faux-pas"),
- sebestřednost, nezájem o druhé,
- neadekvátní sociální rozhodování.

Adekvátní začlenění se do společnosti a přiměřené fungování v oblasti sociálních vztahů se významně podílejí na *kvalitě života člověka*. Koubeková (2006) v této souvislosti uvádí, že sociální začlenění je zvláště významné pro jedince s fyzickým postižením, jejichž životní podmínky jsou v porovnání se zdravými lidmi vždy méně příznivé. V důsledku vrozeného nebo získaného postižení mají tyto lidé omezené nejen tělesné kompetence, ale i životní prostor, možnosti ke získávání informací a zkušeností, možnosti společenského kontaktu. Jejich míra závislosti na jiných lidech je vyšší. Avšak do jejich úrovně adjustace zasahuje výrazněji než samotné poškození jejich osobnostní vybavenost. Rozhodující úlohu v procesu začlenění do sociálních struktur sehrává *sociální kompetence*, kterou většina autorů (Kollárik, Páleník, Juhás, In Koubeková, 2006) vymezuje jako schopnost efektivně fungovat v sociálních situacích a vztazích. Jedním z ukazatelů sociální kompetence je *sociální akceptace*, kterou J. Juhás (Koubeková, 2006) definuje jako míru souhlasu jedince se subkulturou dané skupiny, s jejími hodnotami, normami, jako i možnostmi, které skupina poskytuje jedinci k rozvoji jeho dispozic. Sociální akceptace, zjišťovaná např. sociometrickými technikami, vypovídá o míře oblíbenosti jedince, přijetí či nepřijetí skupinou, určuje jeho *sociální status* ve skupině. Sociální akceptace nabývá podstatný význam pro handicapované děti a mládež integrované do různých typů škol. Většina výzkumů zaměřených na tyto aspekty potvrzuje, že např. tělesně postižení bývají v kolektivu tříd méně akceptováni ve srovnání se zdravou populací, nepatří mezi oblíbené spolužáky, pozitivní je však zkušenost, že v integrovaných třídách nepatří zdravotně postižené děti mezi odmítané či izolované (Koubeková, 2006).

Každý člověk konstruuje svou jedinečnou sociální realitu. Sociální vnímání je ovlivněno zkušenostmi, představami, přesvědčeními a očekáváními daného jedince, jeho postoji k objektům a událostem. Mezilidská přitažlivost je determinována z velké části blízkostí, fyzickou atraktivitou, podobností a reciprocitou. Interindividuální rozdíly ve zkušenostech mladých lidí např. s láskou mohou být do jisté míry předpovězeny na základě kvality jejich vztahů s dospělými spolu s působením kulturních očekávání (Zimbardo, Gerrig, 2004). V tomto kontextu se domníváme, že jedinci s určitou mírou mentální retardace, která funguje jako jakýsi různě „hustý“ filtr pro působení a zpracování sociálních podnětů, nutně vykazují nižší míru sociálních kompetencí a tím vyšší míru narušení adaptivních mechanismů.

12.1.3 Poruchy adaptace

Dítě se v průběhu svého vývoje učí rozlišovat žádoucí a nežádoucí chování a jeho vhodnost vzhledem k určitým situacím. Nejprve k tomu potřebuje zpětnou vazbu od rodičů a dalších pro něho významných osob, později je postupně schopné regulovat své chování samo, i když ho právě nikdo nekontroluje. *Schopnost dodržovat normy* společenského okolí je spojena s rozvojem celé osobnosti dítěte a *seberegulace* je pak důležitou součástí celého dalšího života jedince, vypovídá o jeho adaptabilitě. Pokud jedinec není schopen chápat a respektovat normy sociálního chování na úrovni svého věku a svých rozumových schopností, pak hovoříme o **poruchách chování**. O poruchy chování se však nejedná, pokud dítě z nějakého důvodu není schopno pochopit význam hodnot a norem (např. dítě mentálně retardované nebo pocházející z odlišného sociokulturního prostředí). O poruchu chování jde tehdy, kdy dítě normy zná, ale neakceptuje je, nebo není schopné ovládat své chování. Důsledkem pak je neschopnost navázat a udržet přiměřené sociální vztahy (Vágnerová, 2003).

Poruchy adaptace mohou mít přechodný charakter, ale mohou být i signálem rozvíjející se *poruchy osobnosti* (asociální chování se startuje jen vzácně až v dospělosti). Při hodnocení poruch chování je třeba pochopit souvislosti, které vedly k jejich vzniku. **Diagnostika** těchto poruch je však obtížná, závisí na diagnostických kritériích. Při jejich rozdílnosti je těžké jakékoli zobecnění či klasifikace, při uplatnění jednotného kritéria na různé jedince může být výsledek opět zkrslující, navíc míra tolerance k projevům chování je silně sociokulturně podmíněná (např. romská etnická skupina považuje impulsivnost za běžnou normu). Příčiny vzniku poruch chování jsou různé, obvykle jde o vícefaktorové podmínění. Mentální retardace většinou vliv obecných faktorů zpravidla ještě zintenzivňuje, jedinci s MR jsou tak náchylnější k neadekvátním projevům chování i prožívání (podrobněji viz dále).

Obecně lze říci, že na poruchách chování se podílejí **faktory biologické a sociální**, a to ve vzájemné interakci. Podle Vágnerové (2003) poruchy chování vyplývají často:

- a) z odlišného citového prožívání (nespokojenost, mrzutost, někdy zvýšená úzkostnost, dráždivost, pocity napětí a nepohody, snížená tolerance k zátěži, neschopnost odložit vlastní uspokojení),
- b) z odlišného způsobu uvažování a hodnocení situací, z nepochopení sociálních situací (buď na základě nepřiměřené zkušenosti nebo odchylky v oblasti prefrontální mozkové kůry), na základě necitlivosti ke zpětné vazbě, absence pocitů viny, narušeného sebehodnocení (oba extrémny - nadřazenost i snížené sebevědomí),
- c) z motivace k nežádoucímu chování – pramení ze základních psychických potřeb, které jsou uspokojovány náhradním nebo nevhodným způsobem. Např. potřeba stimulace je zvýšená (potřeba vzrušení), potřeba bezpečí a jistoty je uspokojována náhradním způsobem (upoutáváním pozornosti, vazbou na nevhodnou autoritu - asociální partu), potřeba seberealizace je vedena nesprávným směrem (asociální až delikventní chování).

Při hodnocení jednotlivých projevů je potřeba zohlednit **vývojové hledisko**. Výše uvedená autorka (Vágnerová, 2003) uvádí v přehledu charakteristiku poruchového chování vzhledem k věku:

- **v předškolním věku** lze sledovat rušivé chování, neovladatelnost, negativismus, sklon k agresivitě a hostilitě, dráždivost a labilitu, nízkou frustrační toleranci,
- **v raném školním věku** se setkáváme s nepřesnostmi v hodnocení reality spojenými s konfabulacemi, nepřijetím omezení školními pravidly, vyrušováním, nesoustředivostí,
- **ve středním školním věku** dominuje vrstevnická skupina se svými pravidly, důležité je získání přiměřené pozice ve skupině, odlišné či méně kompetentní dítě je odmítáno nebo je terčem útočného chování,
- **v období dospívání** se s rozvojem formálního logického myšlení zvyšuje kritičnost k dosud respektovaným normám a autoritám, potřeba uplatnit svůj názor bývá spojena s negativními formami chování, častá je přitažlivost rizika, extrémních zážitků, objevuje se ztráta zábran.

Častěji se s poruchami chování setkáváme u chlapců. Příčiny bývají multifaktoriální, tedy biologické a sociální faktory či rizika působí ve vzájemné interakci (Vágnerová, 2003):

- **genetické dispozice**
Disharmonický vývoj, extrémní úroveň temperamentových rysů jako dráždivost, impulzivita, potřeba vzrušení, menší citlivost ke zpětné vazbě, nižší schopnost sebeovládání se, preference vlastních pravidel chování a upřednostnění svých potřeb, podezřívavost, agresivita.

- **narušení struktury či funkcí CNS**
Různé etiologie – porodní postižení, úrazy hlavy, zánětlivé onemocnění mozku, narušení diferenciací obou hemisfér.
- **vliv sociálních faktorů**
Deprivace a subdeprivace (především citová), nepodnětné prostředí, nápodoba a identifikace s poruchovým chováním důležitých osob v prostředí jedince (anomální osobnost rodičů, nežádoucí vlivy vrstevníků), odlišný hodnotový a normativní systém rodiny (nuda a nedostatek životního smyslu, neadekvátní cíle, pasivní trávení volného času, absence emoční zangažovanosti i žádoucích vzorů chování apod.), neúplnost rodiny (vyšší ohrožení výchovnými chybami, nevhodnými extrémními výchovnými strategiemi i neúplností vzorů chování), nekompetentnost rodičů při výchově problematicky disponovaného dítěte (rodiče nepřijmou či nevhodně reagují na obtíže dítěte).

Poruchové chování souvisí s určitými odlišnými emočními reakcemi a odlišnostmi ve stylu uvažování a hodnocení jedince a jako každé chování má vždy nějaký motiv. Podle Vágnerové (2003) a Gajdošové, Herényiové (2006) se **v oblasti citové** často objevují:

- disharmonie, nespokojenost, mrzutost, zvýšená úzkostnost, dráždivost, napětí, impulsivnost,
- pohotovost reagovat afektivně, emoční labilita spojená s organickým postižením CNS,
- absence kladných prožitků, citová chladnost, hostilita, citová plochost,
- preference uspokojování vlastních potřeb bez ohledu na okolnosti, egoismus, regulace chování pouze na emocionální úrovni (snížené sebeovládání, neuplatňuje se rozumové hodnocení chování, neodhadnutí důsledků), chybí pocity viny, zahanbení, adekvátního sebehodnocení,
- snížená tolerance k zátěži, sociálně nepřijatelné osobní aspirace,
- sociální necitlivost, neschopnost sociálního porozumění a empatie, snížená potřeba citových podnětů, neschopnost hlubších citových vztahů, sklon hodnotit úmysly ostatních jako nepřátelské, volba nepřiměřených sociálních strategií, neschopnost přizpůsobit se, brát ohled, angažovat se pro druhé, povrchnost a pragmatismus ve vztazích.

V oblasti kognitivní je pak narušené chování často spojeno s:

- odlišným způsobem uvažování (hodnocení situace či interpretace chování jiných nejsou adekvátní),
- narušením kognitivní orientace ve světě, především sociálním (nepochopení signálů v komunikaci, neporozumění běžným sociálním situacím a tím vzniká neadekvátní reakce) - častou příčinou buď biologická dispozice, nebo negativní zkušenost (např. násilím se prosadím, jinak ne),
- neschopností poučení se ze zkušenosti, tj. necitlivostí ke zpětné vazbě,
- narušeným sebehodnocením (krajní varianty, nadřazenost či pocity méněcennosti) - často jde o obrannou reakci, absenci korektivních pocitů a důsledek nevhodné výchovy.

K frekventovaným **motivům** nežádoucího chování pak podle Vágnerové (2003) patří:

- potřeba stimulace (potřebu vzrušení může uspokojit jen chování vymykající se standardu, u dětí a mládeže nudící se nebo u anomálních osobností),
- potřeba bezpečí a jistoty (dítě chce na sebe upoutat pozornost, vazba na nevhodnou autoritu),
- potřeba seberealizace (snaha získat ocenění, potvrdit vlastní hodnotu u skupiny),
- únik z aktuálně tíživé, ohrožující situace (často neuvědomovaný mechanismus),
- potřeba materiálního zisku (vlastnit něco, co dokládá prestiž, co láká apod.).

Poruchy chování mohou být vázány na prostředí (poruchy chování v rodině, v partě), jejich charakter může být agresivní (šikana, vandalismus, rvačky a jiné násilnosti) i neagresivní (lži, záškoláctví, útoky a toulání).

Lhaní je únikem z nepříjemné situace, kterou dítě jinak nedovede řešit. Pravou lež charakterizuje úmysl a vědomí nepravdivosti, dítě se potřebuje vyhnout potížím nebo získat výhodu. Podstatné jsou frekvence a účel lži, případně její spojení s jinými projevy. Patologická lhavost je jedním ze symptomů disociální poruchy osobnosti. *Záškoláctví, útoky a toulání* jsou charakteristické svým obranným mechanismem, jde o únikové jednání. Dítě není schopno zvládnout situaci adaptačně zralejším způsobem.

Záškoláctví bývá spojeno s negativním postojem ke škole, s nepřijetím hodnoty vzdělání, může také jít o reakci na prospěchové selhání. Je tedy potřeba zjistit příčinu, důležité jsou četnost, plánovitost a způsob provedení (poruchou není záškoláctví vyplývající ze školní fobie).

Útěky z domova mohou být reaktivní impulzivní zkratkovitou reakcí na situaci doma či ve škole, která je ponižující a ohrožuje jedincovo vlastní já. Jde o signál zoufalství nebo varování. Chronické útěky bývají plánované a vyplývají z dlouhodobých problémů. Mohou mít přesný cíl (ke komu nebo od koho chce dítě utéci). Jen vzácněji souvisí s patologickým vývojem osobnosti.

Touláním lze označit dlouhodobé opuštění domova, většinou navazuje na útěky. Je výrazem nedostatečné citové zakotvenosti, je vázané na starší dětský a dospívající věk a bývá spojeno s dalšími variantami poruchového chování za účelem obživy (krádeže, prostituce apod.) a s užíváním návykových látek.

Krádeže jsou charakteristické záměrností. Podstatný je způsob provedení, cíl a motivace – závažné jsou promyšlené krádeže, jejich prognóza je tím závažnější, čím se dříve objeví. Mladší děti charakterizují příležitostné krádeže, po 12. roce podle Heřmanské (Vágnerová, 2003) četnost krádeží obecně narůstá. Matějček, Heřmanská a další (Vágnerová, 2003) pokládají za důležité rozlišit v analýze krádeží následující varianty:

- a) dítě krade pro sebe
- b) dítě krade pro druhé
- c) dítě krade za účelem demonstrace své kompetence
- d) dítě krade s partou nebo pro partu

Agresivní chování je u lidského jedince silně biologicky zakořeněno. Jeho formy podléhají společenským činitelům, včetně výchovy. Za agresivní se obvykle považuje takové chování, které násilně omezuje základní práva jiných osob. Pohotovost k agresivnímu chování obecně posiluje (volně podle Vágnerová, 2003):

- zkušenost z rodiny (agresivní rodiče, odmítající rodiče, rodiče bez zájmu o dítě),
- oběť bývá nějak znevýhodněna (tiché, plaché, nejisté děti, fyzicky slabé, neobratné, obězní nebo jinak nápadného zevnějšku, rasově odlišné), nemívá dobrý sociální status (dítě samotářské, nesympatické, „divné“, nesamostatné),
- demonstrována slabost a bezbrannost (provokuje k despektu až agresivitě),
- anticipace beztrestnosti (agresor nepočítá s trestem),
- společenská tolerance šikany (přehlížení, bagatelizování, jde o projev síly, ambivalentní až negativní hodnocení oběti, při podcenění člena skupiny prestiž ostatních stoupá, součinnost ostatních a konformita, nechut' plést se do řešení),
- prestiž získaná problémovým chováním (toto vnímáno jako odvážné, nezávislé, silné, schopné, potvrzující kvality).

Specifickou variantou násilného chování je **šikana**. Bývá definována jako násilně ponižující chování vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit. **Šikana je silným sociálním stresem**. Důsledkem může být ohrožení psychického i fyzického zdraví oběti. Dalším důsledkem je **deformace sociálních vztahů a postojů** k normám. Je záležitostí celé skupiny. Nežádoucím dlouhodobým dopadem je zafixování zkušeností s nepotrestanou šikanou. Šikana má s věkem stoupající tendenci. Často se jedná o jedince, kteří se projevovali agresivně již od raného věku. Agresor bývá většinou fyzicky nebo psychicky zdatný, neukázněný, s potřebou předvádět se, dokazovat svou převahu. Bývá podezřívavý, necitlivý, bezohledný.

Šikana může být **skrytá** či **zjevná**, může nabývat podobu fyzického násilí a ponižování, psychického ponižování a vydírání, destruktivní aktivity (zaměřené na majetek oběti).

Maladaptivní chování bývá spojeno se sociálním selháním. Potřeba získat nějaké zázemí vede k tendenci stát se členem party, v níž se často posiluje sklon k problematickému chování.

12.2 Specifika domény - problematika adaptace v kontextu mentální retardace

Mentální retardace je trvalým postižením rozumových schopností, jehož důsledkem je neschopnost jedince dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje. I když je mentální retardace trvalým postižením, v závislosti na jeho příčině a v souvislosti s kvalitou výchovného i výukového vedení je možné dosahovat určitého rozvoje jedince. Hlavními znaky mentálního postižení jsou nedostatečný vývoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající **obtížnější adaptace** na běžné životní podmínky a požadavky, stejně jako **opožděný vývoj socializace**. Příčinou mentální retardace je postižení CNS, ke kterému může dojít různým způsobem, jeho etiologie se projeví závažností deficitu a převažujícími symptomy (Vágnerová, 2005).

Mentální retardace, případně také demence vedou ke vzniku odpovídající **sociální závislosti**, neboť jedinec má nedostatečnou schopnost učit se na základě své minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým situacím a podmínkám života.

Klinický obraz mentální retardace je poměrně pestrý. Mentální retardace jako multietologická porucha není jen otázkou sníženého intelektu, nýbrž vždy se jedná o **komplex narušení adaptivního chování**. Lze říci, že jde nejen o postižení intelektových funkcí, ale i o narušení vývoje celé osobnosti jedince, přičemž **míra společenské nedostačivosti je ovlivněna hloubkou mentálního poškození**. Jedinec není schopen řešit situace, v nichž se ocitá, tak jako zdravý jedinec, chová se odlišně. Často trpí poruchami afektivity a chování. Mohou se u něho projevit neurotické obtíže, depresivní nálady, úzkost, sociální plachost, agresivita, dráždivost, hyperaktivita, ale také automatické stereotypní pohyby, stažení se do sebe až autistické projevy, lze se setkat také s atypickým sexuálním chováním, daným především nerozpoznáním společenských norem. V rámci mentální retardace je výskyt poruch chování častější než v běžné populaci, podle Horta, Hrdličky, Kocourkové, Malé a kol. (2000) se jedná až o čtyřnásobek.

Stanovení přesné diagnózy je důležité, v raném věku jde však o obtížný úkol. Podle Vágnerové (2005) mentálním postižením trpí přibližně 3% dětské populace. Úroveň jejich inteligence je definována stupněm zachovaných rozumových schopností. U většiny takových dětí jde o lehké mentální postižení, umožňující sice problematické, přes to, zařazení do běžné školy a společnou socializaci se zdravými vrstevníky. Pro posouzení celkové úrovně mentálního postižení je důležitá **dynamika vývoje inteligence** a také **kvalita struktury rozumových schopností**, svou roli sehrávají individuální zvláštnosti jedince a posouzení míry využitelnosti zachované inteligence. Ta je dána nejen celkovou úrovní a strukturou inteligence konkrétního jedince, ale i jeho schopností **adaptivního fungování** a plnění sociálních požadavků. S mentálním deficitem se často pojí nerovnoměrný vývoj psychiky, který se odráží v rozdílnostech výkonu v různých oblastech. Obvykle se tak děje v závislosti na příčině postižení a úrovni stimulace z prostředí. Vágnerová (tamtéž) zdůrazňuje pro zajištění optimálního výchovného a výukového vedení dobrou znalost individuálního profilu schopností mentálně postiženého dítěte.

Nesnadné je odlišení mentální retardace a demence, hlavními otázkami jsou pak *hloubka postižení, struktura inteligence a stanovení adaptačních schopností a možností* dítěte. Pro práci s dítětem je stanovení možností jeho osobnostního rozvoje důležité, stejně jako orientace v jeho temperamentových rysech a případných rizikových projevech, a to především v souvislosti s výběrem behaviorálně výchovných prostředků. Záleží na **celkové schopnosti adaptace dítěte**, ale i jeho rodiny a okolí, které ho obklopuje. Po stanovení diagnózy mentální retardace se osvědčuje citlivá, postupná a erudovaná komunikace s rodinou a stanovení **rehabilitačního plánu**.

Stupeň inteligence vyjadřuje, do jaké míry je jedinec schopný zhodnotit své dosavadní zkušenosti při řešení nových úkolů, nakolik dovede použít nejrůznější informace k zajištění nejúčelnějšího chování. Na tomto chování se podílí aktivace organismu a koncentrace pozornosti, které, zejména v dětském věku, závisí na vzrušivosti pudových a citových impulsů a volním zaměření jedince. Jak již bylo uvedeno, *celková adaptační úroveň* mentálně postiženého jedince závisí také na mimointelektových faktorech.

U dětí se objevuje v souvislosti s mírou mentálního deficitu **narušení schopnosti učení**, snížená zvědavost, preferují podnětový stereotyp, typická je nedostatečná slovní zásoba i nižší úroveň porozumění sdělovanému (potíže v pochopení celkového kontextu), snížená jazyková citlivost (agramatismy), artikulační obtíže, obvykle nápadná je absence tvořivé hry, jejich myšlení je mechanické, nesamostatné, nezvládnou rozlišit podstatné od nepodstatného, jejich uvažování je vázáno na realitu a vlastní pocity, nejsou schopné účelně aplikovat naučené, nemají schopnost kritičnosti a nadhledu, neumí předvídat ani rozpoznat ohrožení, jsou sugestibilní a hůře se soustředí. **Opoždění** je patrné již v předškolním věku, plně se pak projeví ve školním prostředí. U středních forem postižení se přidružuje nápadná opožděnost v řeči, snížený kontakt s okolím, potíže s upevněním sociálních i hygienických návyků, chudost emočního a sociálního uvědomění. Často se objevuje sociální nezačleněnost a nutnost celoživotní ochranné péče. Dítě s hlubokou mentální retardací nerozeznává blízké osoby, nekomunikuje, neudrzuje čistotu apod. Trvalá ústavní péče je nezbytná (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000; Vágnerová, 2005).

Z **mimointelektových faktorů** se na adaptabilitě a sociabilitě podílejí především kvalita emocionality, a to konkrétně míra autoregulace (bývá snížena) a emoční stability (často nízká, sklon k úzkosti a strachu), kvalita emočního naladění (větší sklon k dráždivosti, afektům, mrzutosti), dále odolnost vůči zátěži a stresu (nezralé reakce, mnohdy zkratkovitě, agresivita), míra unavitelnosti (bývá vysoká), kvalita motivace, osobnostní rysy jako osobní tempo, introverze – extroverze, míra uvědomění zodpovědnosti (sklon řídit se bezprostředním uspokojením), míra rigidity a ulpívavosti, závislost na pozitivní zpětné vazbě, míra pasivity a závislosti (silná potřeba citové jistoty a bezpečí), sklon vzdávat se při překážce, poznávací pohodlnost – učení je motivováno spíše emočně než kognitivně, nekritické sebehodnocení, volní nedostatky apod.

12.3 Diagnostika domény

Adaptabilita je natolik komplexním projevem osobnosti člověka, že všechna její měření poskytují pouze orientační diagnostickou hodnotu, jejíž míru pro poznání osoby klienta nelze přeceňovat. Volba metod se při tom řídí charakterem konkrétně řešené situace či aktuálním problémem (např. zaškolení dítěte, výchovný problém, výukový problém, vrstevnické vztahy a začlenění apod.). Následně uvedené nástroje podávají jisté dílčí informace, které je potřeba používat vždy v kontextu konfigurace osobnostních rysů klienta, jeho subjektivní historie a aktuální reality. Vzhledem k charakteru vyšetření je následně uváděné metody oprávněně používat většinou pouze psycholog. (Z velkého množství testů a zkoušek jsou následně pro ilustraci uvedeny jen některé, s ohledem na možnost jejich využití u klientů s mentálním handicapem a především s ohledem na přehled diagnostických pomůcek v rámci jiných kapitol katalogu).

12.3.1 Testy inteligence a specifických schopností

Základní skupinu testů tvoří **testy inteligence**: K nejpoužívanějším patří např. Ravenovy progresivní matice (forma pro děti i dospělé), test postihuje obecnou složku inteligence, Wechslerovy testy (různé formy pro děti i dospělé), patřící ke komplexním testům zjišťování úrovně inteligence a jejich poruch, test Wechsler – Bellevue, jenž je významnou pomůckou pro diagnostiku organicity (Psychodiagnostika, 2007, 2008). K tradičně využívaným inteligenčním testům lze zařadit testový soubor Terman – Merrillové, vhodný pro předškolní věk a Standford – Binetovu inteligenční škálu (IV. revize), použitelnou od dvou let do dospělosti, opět vydávané Psychodiagnostikou s.r.o. Individuální test na měření inteligence a pohotovosti u dětí od 2,5 – 12,5 roků s názvem Kufmanova hodnotící baterie pro děti upravili pro českou populaci I. Poledňová a J. Vonkomer (Psychodiagnostika, 2008). Zkoušku znalostí předškolních dětí autorů M. Vágnerové a Z. Matějčka (Psychodiagnostika, 2008) lze použít i u mentálně postižených dětí, jejichž mentální věk dosahuje 4 – 7 let. Test kognitivních schopností TKS v české úpravě J. Vonkomera aj. Jílka (Psychodiagnostika, 2008) je vhodný pro starší děti (7 – 16 let), zjišťuje slovní zásobu, schopnost pracovat s čísly, symboly a geometrickými prvky. Kohsovy kostky (test použitelný cca od 5 let do dospělosti) zjišťuje obecnou úroveň rozumových schopností, je vhodný pro mentálně handicapované jedince, Domino test (použití od 12 let dále) – neverbální zkouška, která je zaměřena na zjištění úrovně obecné inteligence, jejíž míra citlivě zachycuje mentální deteriorizaci a patologické poruchy (Svoboda, 1999). V pedagogicko-psychologické praxi je často využíván také Analytický test inteligence (AIT, ve dvou variantách podle věku), jeho využití je spíše u lehkých defektů, citlivě reaguje na přítomnost rigidity nebo ulpívavého myšlení klienta.

Získaný výsledek v užitém testu je vždy nutné hodnotit v kontextu s ostatními poznatky a nálezy, které o dítěti získáme.

Metody k **zachycení specifických schopností a organického psychosyndromu** se zaměřují na úbytek nebo poruchy specifických funkcí jako např. percepce, paměti, motoriky, řeči, myšlení. *Test obkreslování* našich autorů Z. Matějčka a M. Vágnerové (pro děti od 5 do 12 let) slouží k hodnocení úrovně vizuální percepce, senzomotorických dovedností, včetně jejich případného deficitu, vypovídá o celkové vývojové úrovni jedince a lze jej dobře využít pro diferenciální diagnostiku dětí se sníženou inteligencí (Psychodiagnostika, 2008). K postihování organické etiologie slouží tradičně osobnostní *Rorschachův test* (Svoboda, 1999). K percepčním testům s úzkým vztahem k obecné inteligenci i emocionálním poruchám patří *Bender-Gestalt Test*, v české verzi M. Vágnerové (Psychodiagnostika, 2007), využitelný již od 5 let věku. Na podobném principu je konstruován *Minnesotský percepčně diagnostický test* (Svoboda, 1999). Cennou pomůckou pro diferenciální diagnostiku psychogenně a organicky podmíněných poruch chování je *Vizuální retenční test Bentonův*. Tato neverbální metoda je použitelná od 7 let výše (Svoboda, 1999). *TMT test* je rychlou a citlivou pomůckou k posouzení obecné rozumové výkonnosti, je citlivý na poškození výkonnosti mozku i momentální emoční rozpoležení dítěte (Psychodiagnostika, 2008). Souborný program na zjišťování *deficitu dílčích funkcí* (autorky B. Sindelarové, v úpravě V. Pokorné, Psychodiagnostika, 2008) je určen pro děti po vstupu do školy (horní hranice neurčena), zaměřuje se nedostatky v dílčích funkcích ve vztahu k poruchám učení a chování dětí, mládeže i dospělých. *Obrázkové – slovníková zkouška* O. Kondáše (Psychodiagnostika, 2008) zjišťuje slovní zásobu dítěte (pro věkovou úroveň 5,5 až 6,6 let). Diagnostiku mentálních a osobnostních charakteristik dítěte mohou obohatit také informace získané *Kresbou postavy* (Vágnerová, Psychodiagnostika, 2008). Pro dospělé se dá dobře využít *Grassiho test organicity* (Psychodiagnostika, 2007).

12.3.2 Testy sociálních vztahů a testy emoční inteligence

Přínosem při zjišťování předpokladů jedince orientovat se přiměřeně v sociálních situacích jsou testy sociálních vztahů a testy emoční inteligence. Pomůckou ke zjišťování mezilidských vztahů v rodině i v širším sociálním prostředí je test CATO autorky M. Vágnerové (Psychodiagnostika, 2007), vhodný pro věkové či mentální rozpětí 6 – 12 let. Poměry dítěte v rodině mapují údaje z technik zaměřených ke zhodnocení způsobu výchovy v rodině (např. ADOR autorů Z. Matějčka a P. Řičana, nebo Test rodinných vztahů E. Mádrové, Psychodiagnostika, 2008). Emoční inteligence se týká znalostí vlastních emocí, jejich autoregulace, schopnosti sám sebe motivovat, ale také vnímat emoce jiných a umět s lidmi spolupracovat a soužít (v pozitivním kontaktu). Testy emocionální inteligence jsou uvedeny např. ve stejnojmenné publikaci S. Brockerta a G. Braunové (1997). Problémy chování dětí předškolního věku zachycuje stejnojmenný inventář vhodný pro děti od 2 do 5 let, v české úpravě Š. Portešové (Psychodiagnostika, 2008). Zmiňovaná autorka Š. Portešová přepracovala také Herbertův Test rodinného zázemí (Psychodiagnostika, 2008) pro děti od předškolního věku do adolescence, zaměřený na kvalitu či problémy rodičovské, resp. opatrovatelské péče.

12.4 Stanovení míry podpůrných opatření

Závěrem uvádíme návrh rámcového zhodnocení míry narušení efektivity adaptivního sociálního chování klientů a s tím související míry potřeby podpůrných opatření. Pokládáme při tom za důležité upozornit na skutečnost, že kvalita prožitku konkrétních sociálních zkušeností klienta je nám dostupná jen zprostředkovaně a rozmanité, často kombinované projevy narušené adaptace jsou mnohdy obtížně diagnostikovatelné a problematicky interpretovatelné. Při posouzení konkrétních projevů klientů uvažujeme o čtyřech obecně vymezených stupních adaptability jedince:

0 - přiměřená adaptace, není potřeba podpůrných opatření (možná je nabídka aktuálního poradenství)
1 - občasné lehčí obtíže v adaptaci (potřeba sledování, možnost aktuálního poradenství a případná realizace preventivních opatření)
2 - časté adaptační obtíže (potřeba diagnostiky příčin, stanovení adaptačních schopností a možností jedince, volba podpůrných opatření)
3 - pravidelně se projevující závažné maladaptační projevy (potřeba komplexní diagnostiky, realizace adekvátních podpůrných opatření, systematická péče)
4 - zcela problematická adaptace, závislost na pečující osobě (potřeba diagnostiky a z ní vycházející pomoci, realizace systematických podpůrných a ochranných opatření)

Literatura:

- BLATNÝ, M. A KOL.: Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7
- BARRETT, L., DUNBAR, R., LYCETT, J.: Evoluční psychologie člověka. Praha: Portál, 2007. ISBN 978- 80-7178-969-7
- BROCKERT, S., BRAUNOVÁ, G.: Testy emocionální inteligence. Praha: Ikar, 1997.
- ČAKRT, M.: Typologie osobnosti pro manažery. Kdo jsem já, kdo jste vy? Praha: Management Press, 2000. ISBN 80-85943-12-3
- HELUS, Z.: Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-628-5
- GAJDOŠOVÁ, E., HERÉNYIOVÁ, G.: Rozvíjení emoční inteligence žáků. Prevence šikanování, intolerance a násilí mezi dospívajícími. Praha: Portál, 2006. ISBN 80- 7367-115-8
- KOUBEKOVÁ, E.: *Sociálna akceptácia a sociálna opora v kontexte kvality života adolescentov s telesným postihnutím*. In Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychologie a patopsychologie, roč. 41, č. 2, s.161-173, 2006. ISSN 0555-5574
- HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak zvládat stres. Praha: Grada Avicenum, 1994.
- MIKOVÁ, Š., STANG, J.: Typologie osobnosti u dětí. Využití ve výchově a vzdělávání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-587-5
- ORAVCOVÁ, J.: Sociálna psychológia. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2004. ISBN 80-8055-980-5
- PSYCHODIAGNOSTIKA, s.r.o., Katalog, Brno: 2007 – 2008.
- PSYCHODIAGNOSTICKÉ TESTY, vydavatelství Bratislava, 1990.
- STERNBERG, R. J.: Úspěšná inteligence. Praha: Grada Publishing, 2001.
- STUHLÍKOVÁ, I.: Základy psychologie emocí. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-282-9
- SVOBODA, M.: Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-327-7
- VÁGNEROVÁ, M.: Úvod do vývojové psychopatologie IV. Poruchy adaptace. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-766-7
- VÁGNEROVÁ, M.: Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4
- ZIMBARDO, P. G., GERRIG, R. J.: Psychologie. München: Pearson Education, 2004. ISBN 3-8273-7056-6

KAPITOLA 13

13 Konace a aspirace

Lečbych M.

13.1 Charakteristika domény

Výkladové slovníky obvykle chápou pojem „konace“ i „aspirace“ jako synonymum k pojmům jednání, uplatnění vůle, usilování, snaha, touha. Z hlediska obecné psychopatologie jsou poruchy konace chápány jako poruchy **volního jednání**. Volní jednání chápeme jako vědomou a záměrnou činnost člověka, která se zaměřuje na dosažení stanoveného cíle. Je v těsném vztahu k vnitřní a vnější motivaci člověka a výslednicí mnoha vnitřních i vnějších působících sil. Volní jednání je komplexní psychická funkce, jejíž předpokladem je správné fungování dalších mnoha psychických funkcí (zejména uvedme vědomí, vnímání, myšlení, paměti, pudové regulace, intelektové a další kognitivní funkce...). Oslabení nebo přímá patologie jiných psychických složek může s velkou pravděpodobností narušit i funkce volního jednání.

Obecná psychopatologie **rozděluje tři typy poruch volního jednání** (např. Höschl, Libiger, Švestka, 2002):

1. Poruchy vůle
2. Poruchy cíleného jednání
3. Poruchy psychomotoriky (poruchy psychomotoriky jsou zmíněny na jiném místě katalogu)

13.2 Specifika poruch u osob s mentální retardací

Vůlí rozumíme schopnost člověka uvědomit si vlastní potřeby a pohnutky, rozhodnout se pro určitý cíl a vybrat prostředky k jeho dosažení. K poruchám volního jednání řadíme:

- **Abulii**
Abulie je chápána jako difúzní oslabení schopnosti usilovat o nějaký cíl, projevuje se nedostatkem iniciativy, spontaneity, ochuzením zájmů. Abulie se může u osob s mentální retardací vyskytovat vzhledem k primárnímu deficitu kognitivních schopností (uvědomění složitějších, komplexních potřeb, volba vhodných prostředků k realizaci), může být přítomná u afektivních poruch (deprese), psychotických poruch, organických poruch.
- **Hyperbulie**
Hyperbulie je patologicky vystupňovaná volní aktivita, při které je zvýšená iniciativa a aktivita způsobem, který narušuje sociální přizpůsobení. Nápadné jsou stavy rychlé rozhodnosti, ale nízká vytrvalost a změny rozhodnutí (manické stavy), jindy extrémní tlak na vyhovění (kverulační blud). Poruchy se mohou vyskytovat u psychotických poruch, poruch nálady. U osob s mentální retardací signalizují spíše komorbiditu s jinými duševními poruchami.

Pro posuzování osob s mentální retardací má význam analýza struktury volního aktu, tento význam je zejména ve forenzní oblasti (otázky omezení právní způsobilosti...). V analýze struktury volního aktu se zaměřujeme na:

- **Uvědomění a symbolizace impulzů**
Osoby s mentální retardací mohou mít problémy se symbolizací svých potřeb – časté jsou jazykové obtíže, hledání přesného pojmu pro popis vnitřního stavu, introspekce zaměřená na základní fyziologické potřeby.
- **Výběr z alternativ v dosahování cílů**
Osoby s mentální retardací mohou mít dle závažnosti deficitu potíže s logickým posouzením a výběrem alternativ.
- **Akce a realizace vůle**
Odkázanost na péči druhé osoby je u osob s těžšími formami mentální retardace a případným přidružením poruch motoriky omezením vlastní realizační schopnosti.

13.3 Poruchy cíleného jednání

Jsou poruchy, které zasahují určitou fázi struktury volního aktu. Jsou obvykle spojeny s přímým vybitím pudového impulzu (agováním), impulzivitou, nebržděným chováním. Příznačný může být náhlý vznik, krátké

trvání, mohou být provázeny silným neklidem. Predispozicí je obvykle únava, trauma, stresová situace, tělesné vyčerpání, rozmanité psychické poruchy. Do této široké skupiny poruchy řadíme:

- **Zkratkovité jednání**
Představuje poruchu ve fázi rozhodování a zvažování alternativ, je přítomna představa cíle, ale chybí kritické zhodnocení prostředků k jeho dosahování. Osoby s mentální retardací patří mezi predisponované osoby, zejména vzhledem ke snížené schopnosti logicky a rozumově posoudit danou situaci. Pro zkratkovité jednání je příznačná impulzivita, úzkost, pocit strachu a ohrožení.
- **Účelové jednání**
Vyznačuje se tlakem na naplnění určitého cíle (účelu), ale motivy, které k němu vedou, jsou často neuvědomovány. Nejsou předmětem vědomé sebereflexe (tímto se odlišuje toto chování od vědomé simulace). Chování budí dojem naschválnosti, je nepřiměřené, neodpovídá očekávání. Typickou jsou disociativní stavy (např. útlum až ztráta paměti). Můžeme sem řadit jevy jako Ganserův syndrom (psychogenně podmíněný mráкотný stav), pseudodemenci (účelové napodobení demence), tzv. vazbovou psychózu (psychogenní produkce psychotických příznaků ve vyšetřovací vazbě u disponovaných jedinců). U osob s mentální retardací mohou být přítomné známky účelového jednání (např. některé formy manipulační enkoprézy) v případech, kdy jsou spojeny se sekundárním ziskem (odměnou – např. vyhnutí se určité činnosti apod.).
- **Demonstrativní jednání**
Představuje nepřiměřenou volbu prostředků k vyjádření svých potřeb a přání, má manipulativní charakter směrem k okolí. Typickým příkladem je demonstrativní suicidální jednání. U osob s mentální retardací se může objevovat pod tlakem nespokojenosti s okolím, být výrazem zoufalého protestu, má silný interakční charakter.
- **Kompulze**
Jsou to nutkavé akty chování, které nelze vůli potlačit. Bývají úzce spojeny s obsedantními myšlenkami, součástí obsedantně kompulzivních poruch a anankastických osobností. U osob s mentální retardací se mohou vyskytovat komorbidně i v této formě, nicméně vzrůstá riziko behaviorálních nápadností rozvoje psychotického procesu, který by měl být při jejich výskytu vyloučen.
 - **Tiky**
Jsou mimovolní opakující se nerytmické pohyby, které jsou ovlivnitelné volným potlačením a mizí po odvedení pozornosti a ve spánku. Jedná se o neúčelné pohyby úzce spojené s dopadem stresového přetížení, úzkosti, případně zafixování jako jejich stereotypu. Mohou mít i vokální a komplexní formy opakování obscénních slov (koprolálie), opakování vlastních slov (palilálie), opakování slov druhých nebo posledních slabik (echolálie). Mezi komplexní tikové poruchy patří syndrom Gilles de la Tourette.

13.4 Aspirace

Pojmem aspirace pro potřeby tohoto textu rozumíme vědomé stanovování vlastních životních cílů, tvorbu životního plánu a usilování o jeho naplňování. Vymezujeme ji jako subkomponentu volního chování, která se projevuje jako schopnost vypovídat o svých představách a přání ve vztahu k životnímu cíli.

U osob s mentální retardací se můžeme setkat se širokým spektrem projevů jejich vůle a aspirací, které můžeme pro potřeby praxe popsat ve dvou základních dimenzích. První dimenzí je **míra stability aspirací**, tedy míra přetrvávání vytýčeného cíle, kolísání aspirace pod vlivem okamžitého nápadu nebo bezprostřední pohnutky. Druhou dimenzí je možnost praktického naplnění stanoveného cíle, tedy **realističnost aspirace**.

Rozdíly mezi osobami s mentální retardací v těchto dimenzích odráží nejen míra závažnosti postižení kognitivních funkcí, ale také množství sociálních zkušeností z různých životních rolí, vliv výchovy a pedagogické vedení. Zkušenosti z praxe a výzkumy aspirací osob s mentální retardací v programu podporovaného zaměstnávání (Lečbých, 2006) ukazují, že osoby s lehkou mentální retardací mají proti osobám se závažnějším typem postižení spíše realistické představy o svém budoucím uplatnění. Jako faktor, který významně pomáhá k vyostření představy o uplatnění je možnost praktikování na různých běžných pracovištích v posledních ročnících speciální školy (tzv. program Tranzit). Ukazuje se však, že hodnocení realističnosti aspirací se nevztahuje pouze k představám samotných osob s mentální retardací, ale také k představě okolí o jejich možném uplatnění. Jako problematyczny faktor se například ukazuje **nevhodně zvolený učební obor**. I když se mladý člověk s mentální retardací vyučí v určitém oboru, nemusí být reálné, že v tomto oboru získá pracovní uplatnění na otevřeném trhu práce.

Osoby se závažnějším typem postižení bývají z hlediska realističnosti aspirací více **závislý na vlivu okolí** a snadněji podléhají sugescím. Pokud prochází chráněným prostředím či se setkávají s hyperprotektivní výchovou, nebývají tolik konfrontováni s kritikou, jejich hodnocení bývá druhými vlídné, často jsou pod vlivem lítostnosti okolí utvrzováni v nerealistických kompetencích (malování, zpěv...). Odklon od plnění běžných domácích povinností v hyperprotektivní výchově také vede k nízkému povědomí o náročnosti zaměstnání a práce.

Pro stabilitu aspirací se podle zkušeností z praxe ukazuje jako klíčová temperamentová dimenze. Zejména pak potřeba vyhledávání nového v situacích osob nutkavě vyhledávajících nové činnosti. Dalším významným faktorem, který ovlivňuje stabilitu aspirací je frustrace při konfrontaci s reálnými problémy, které naplňování životního cíle provázejí. Pro osoby s mentální retardací, které vyrůstaly v chráněném prostředí, je při pracovním uplatnění charakteristickým problémem střet s realitou a jejími nároky, které vedou k opuštění představy o pracovním uplatnění a touze vrátit se zpět do klidných podmínek bez dalších nároků. Ukazuje se však, že při vhodné podpoře lze tuto aspiraci udržet a frustrace odezní (Lečbych, 2006).

13.5 Diagnostika poruch volního jednání

Diagnostika poruch volního jednání je klinická s oporou v podrobném a pečlivém pozorování, rozhovoru, posouzení anamnézy a informací od blízkých osob. Pro diagnostiku struktury volního aktu mají význam otázky na vyjádření vlastních potřeb, rozhovor o představě jejich naplnění, plánování, plánů do budoucna. V případě pochybností lze využít test kognitivního odhadu k ověření schopnosti vyvozovat vztahy ze zkušenosti a částečných informací. Pro analýzu logického úsudku a schopnosti vybrat z alternativ mají význam testy intelektových schopností. Poruchy cíleného jednání se obvykle vztahují ke specifickým životním situacím, potřeba je posoudit charakter této situace, zajímat se o drobné detaily, které mohou být provokujícími činiteli např. zkratkovitěho jednání.

13.5.1 Stanovení míry podpůrných opatření – aspirace

0. stabilní a reálná aspirace
1. nestabilní aspirace, většinově reálná
2. nestabilní aspirace polaritě vyvážená nereálná-reálná
3. nestabilní aspirace, většinově nereálná
4. trvale nereálná aspirace

13.5.2 Stanovení míry podpůrných opatření – konace

0. klient běžně dosahuje vytčených cílů
1. klient většinově dosahuje vytčených cílů (vč. facilitace menší mírou vnější motivace)
2. klient dosahuje některých cílů (vč. opakované facilitace vnější motivace)
3. klient zřídka dosahuje vytčených cílů (vč. maximální facilitace vnější motivací)
4. trvalá abulie

Literatura:

- HÖSCHL C., LIBIGER J., ŠVESTKA J. (EDS.). (2004). *Psychiatrie* (II. doplněné a opravené vydání). Praha: Tigis, s.r.o.
- LEČBYCH, M. (2006). *Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání*. Olomouc: Rigorózní práce, obhájena na FF UP Olomouc.
- LEČBYCH, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Vydavatelství UP.
- RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. A KOL. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.

KAPITOLA 14

14 Sebeobsluha

Petráš P.

14.1 Deskripce domény

Dovednosti z oblasti sebeobsluhy (MKF *d510-599,d610-699*) jsou důležité pro samostatnost a nezávislost každého jedince. Údaje z oblasti sebeobsluhy jsou u dětí indikátorem jejich soběstačnosti a hodně tak napovídají o možnostech jejich dalšího života, jeho kvalitě a možnosti (stupně) socializace. Sebeobslužné úkony úzce souvisí s motorickými dovednostmi (jak hrubé, tak i jemné motoriky). Proto i při vlastní diagnostice vycházíme ze zjištění dosažené úrovně těchto schopností. Tyto dovednosti jsou také úzce spjaté s úrovní mentálních schopností dítěte.

Mezi nejčastěji uváděné oblasti sebeobsluhy patří **hygiena** (udržování čistoty, umývání, samostatné používání toalety), **oblékání a obouvání, stravování** (stravovací sebeobslužné úkony, stolování – jzení, pití) . V našem textu se zaměřujeme i na oblast: **péče o své zdraví**. Stejně tak jako u motorických dovedností dochází většinou s prohlubující se mentální retardací k poklesu jejich úrovně, obdobně i u sebeobsluhy se míra soběstačnosti odvíjí od stupně a charakteru postižení.

14.2 Specifika u osob s mentálním postižením.

U **lehké mentální retardace** nebývá oblast sebeobsluhy výrazněji narušena. Jedinci takto postižení, se vzdělávají v základní škole praktické a jsou většinou schopni bez výraznějších potíží všech sebeobslužných úkonů. **Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.** U osob s lehkou mentální retardací se mohou v různé míře vyskytovat souběžná zdravotní postižení na bázi organicity. Děti se **středně těžkou mentální retardací** jsou schopné zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti. Některé složitější činnosti jim však mohou působit závažnější potíže. **Zejména v oblasti sebeobsluhy tak dochází k výraznějšímu opožďování. Z hlediska soběstačnosti se u mnohých jedinců jedná o dohled a dopomoc po celý život.**

Děti se vzdělávají v základní škole speciální a kromě možnosti působení asistentů pedagoga, bývají právě z důvodu potíží při sebeobsluze (hygiena, oblékání, obouvání, stravování) účastni i osobní asistenti. V této skupině jsou obvykle podstatně rozdíly ve schopnostech. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U podstatné části takto postižených jedinců bývají přítomny neurovývojové poruchy a poruchy autistického spektra, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Často se vyskytuje epilepsie, neurologické a tělesné hendikepy (i když většina z postižených může chodit bez pomoci), přidružují se různé psychiatrické diagnózy. Vzhledem k omezené verbální schopnosti těchto jedinců je diagnostika mnohdy značně obtížná a v nemalé míře závisí na informacích od těch, kteří je dobře znají.

Jedinci s **těžkou mentální retardací jsou již z velké části odkázáni na dopomoc jiné osoby** (osobní asistent, vychovatel). Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností je však v této skupině běžně mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými defekty, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či chybného vývoje ústředního nervového systému. Vzdělávají se v rehabilitačním vzdělávacím programu a cíleně se rozvíjejí **jejich schopnosti v oblasti sebeobsluhy, které vykazují značné opožďování, přičemž některých úkonů nejsou schopni vůbec.**

Jedinci s **hlubokou mentální retardací** jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím, míra jejich vnímání a vyhodnocování okolních podnětů je silně limitovaná. Jedná se o jedince s významně dezintegrujícím kombinovaným postižením tělesným, mentálním, smyslovým, v plném rozsahu odkázané na celoživotní péči, pomoc a dohled druhé osoby, neschopné zajistit si základní životní potřeby, a to ani v minimálním rozsahu. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu, mnohdy mají problémy s příjmem jídla (u některých dětí nejsou utvořeny sací a polykač reflexy) a jsou odkázané na

krmení sondou. Bývají inkontinentní a při nejlepším jsou schopny pouze velmi rudimentární neverbální komunikace, ve větší míře představující projevy libosti či nelibosti, vyjádření bolesti a nepohody. Lze u nich dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově či sluchově orientačních (pokud tyto smysly nejsou postiženy) prostorových dovedností (určitých reakcí na zrakové, sluchové, taktilní, kinestetické podněty, tendenci k jejich lokalizaci). Takto postižení jedinci v důsledku kombinovaných velmi závažných postižení s přidruženou zvýšenou nemocností a častou imunodeficiencí nejsou schopni podílet se na hygienických, sebeobslužných praktických úkonech. Ve většině případů lze určit organickou etiologii, spadají sem závažné metabolické poruchy. Mnohdy u těchto dětí již prostá manipulace související s ošetrovatelskými činnostmi vyvolává nelibé, případně bolestné reakce (koupání, přebalování, krmení) . **Vzhledem k hloubce postižení se u nich jedná o absenci sebeobslužných činností a jsou trvale odkázáni na pomoc jiné osoby.**

Z uvedeného přehledu je patrné, že s prohlubujícím se mentálním postižením se pojí závažné poruchy motoriky v kombinaci s dalšími postiženími v souběhu se zvýšenou nemocností. Častá bývá diagnóza DMO. Takto postižené děti jsou omezené v závislosti na formě DMO v hybnosti, mají problémy s koordinací, vizuomotorikou, prostorovou představivostí, potíže činí orientace ve vlastním tělesném schématu. Velké problémy mají s oblékáním, se šněrováním bot, zavazováním tkaniček, zapínáním knoflíků apod. Ztížené je zacházení se lžící, případně s příborem, značný problém může představovat příjem tekutin. Z dalších činností, které mohou přinášet značné obtíže, jsou úkony spojené s pobytem v místnosti – např. otevírání oken, dveří, manipulace s klíčem, obsluha elektropřístrojů (zapojení, připojení, ovládání), používání telefonního přístroje, otočení vodovodním kohoutkem apod.

Při souběhu mentálního postižení s dalšími závažnými zdravotními handicapami a komplikacemi (např. DMO, pervazivní vývojové poruchy) nemusí být v oblasti hygieny a sebeobsluhy dosahováno ani těch nejzákladnějších úkonů a tyto děti nejrůzněji zůstanou v plném rozsahu odkázány na pomoc dospělé osoby.

Pro další život mentálně postižených a jejich začlenění do společnosti je důležité, aby dle svých možností dosáhli buď plně (v případě lehčího mentálního postižení) nebo alespoň (v těžších případech) částečné samostatnosti v sebeobsluze. To má vliv nejen na jejich sebevědomí, ale také na zkvalitnění jejich života i v jiných oblastech. Navíc tato skutečnost hraje velkou roli v životě a sociálním statusu nejbližších rodinných příslušníků.

Orientační tabulka možností dosažení dovedností v sebeobsluze vzhledem k stupni mentálního postižení

	LMP	STMP	TMP	HMP
	Plní většinou samostatně	Některé činnosti zvládne samo, u některých potřebuje pomoc	Plní převážně s dopomocí	Nesamostatnost, odkázáno na pomoc jiných
Hygiena	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám)	- někdy až samostatné mytí rukou (před jídlem, použití WC) a obličej, - používání ručníku, mýdla, hřebínku - pouští vodu - uklid pracovního místa a pomůcek - čištění zubů s pomocí - upozorní na nutnost vykonání potřeby - na upozornění používají kapesník, ale nesmrkají	- přivykání na vodu, omývání rukou a obličej vlhkou žínkou, - nejsou schopni upozornit na vykonanou potřebu a nutnost přebalení	Nesamostatnost
Oblékání, obouvání	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám)	Převážně s dopomocí - oblékání, svlékání - zapínání (knoflíky, zipy) - ukládání oblečení a bot na určené místo v šatně - zavazování bot - rozpoznání částí oblečení (svého oblečení) - složení a uložení oblečení	- zraková pozornost při oblékání - nastavování končetin	Nesamostatnost
Stravování	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám)	Převážně s dopomocí: - prostírání stolu, chystání talířků a příboru, úklid, mytí nádobí - pití z hrnečku, jezení příborem, popř. vidličkou - správné sezení u stolu - zásady slušného chování (poprosit, poděkovat)	- krmení ve vhodné poloze, - individuální příjem polotuhé potravy lžičkou - kladení soust na různá místa v ústech - napomáhání polykání masáží pod bradou - pití z láhve, hrnečku, popř. lžičky	Zasondování, odkázání na pomoc druhých
Péče o zdraví	Většinou jsou schopni v rámci svých možností dodržovat zásady péče o své zdraví	- reagují na zákazy - částečně mohou rozpoznat nebezpečnou situaci, upozornit blízkou osobu, nejsou však schopni poskytnout první pomoc - dle svých možností a na základě instrukce jsou schopni dodržovat zásady správné výživy - řídit se pokyny odpovědných osob, většinou však nejsou schopni hlásit jim ohrožení sociálně patologickými jevy, - při správném vedení jsou schopni překonávat strach a cítit se jistěji	- ne vždy reagují na zákazy - většinou nerozpoznají nebezpečnou situaci, - nejsou schopni dodržovat zásady správné výživy, - odkázání na pomoc druhých, - snadno manipulovatelní, - ohrožení sociálně patologickými jevy.	Odkázání na pomoc druhých

14.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika (silné a slabé stránky)

14.3.1 Vývojové škály

Pro hodnocení dosažené úrovně sebeobsluhy se používají **vývojové škály**.

Nejrozšířenější škálou je Vinelandská škála, která je však v dnešních podmínkách již zastaralá. Protože však není běžně dostupná její modernější verze, přetrvává využívání této škály i v současné poradenské praxi.

- **Vinelandská škála sociální zralosti** (Doll, česká úprava Kožený, 1965)

Tato škála je určena pro diagnostiku dětí s mentálním postižením, s cílem posoudit jejich samostatnost a soběstačnost. Sleduje osm oblastí : obecná soběstačnost, soběstačnost v jídle, při oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikaci, motoriku a sociální začlenění (př. zapíná si oděv; obsluhuje se sám na toaletě; dovede se obsloužit u stolu; umí samostatně telefonovat). Při hodnocení můžeme vycházet z vlastního pozorování (vhodné je, když mentální úroveň dítěte odpovídá předškolnímu věku), ale také z informací od osob dítěti blízkých, zejména rodičů. Je žádoucí získat co nejvíce informací, aby celkové posouzení, které závisí na odborném pracovníkovi, bylo co nejobjektivnější. Test není časově limitován a je určen k individuálnímu použití pro děti od 3 do 9 let, případně pro jedince, jejichž mentální úroveň odpovídá danému věkovému rozpětí. Při vlastním hodnocení se vychází z posouzení míry úspěšnosti v každé položce. Kladné hodnocení skórem +D je možné i v případech, kdy dítě danou dovednost sice aktuálně neprokazuje, ale víme, že ji v dřívější době umělo, stejně tak, když je původní výkon z nějakého důvodu (např. zdravotního) dočasně narušen.

Jestliže dítě určité položky neplní proto, že nemá k podobné aktivitě příležitost, ale je možné předpokládat, že by je za jiných podmínek zvládlo, hodnotíme symbolem +NP (např. děti umístěné v nějakém institucionálním zařízení). Za každou jednoznačně splněnou položku získává proband 1 bod, skórování +- znamená 0,5 bodů (používá se, když dítě nesplňuje jednoznačně požadavky určité položky). Položky, které jsou hodnoceny +NP se do kvantitativního hodnocení nezapočítávají. Součtem bodů dostaneme hrubý skór, který se potom převede pomocí grafu do určitého pásma normy. Při kvalitativním hodnocení se zamýšlíme u nesplněných položek zda-li a za jakých podmínek by dítě bylo schopné úkol zvládnout. Přihlížíme i k tomu o jaké dítě jde a v jakém prostředí vyrůstá. Metoda je standardizována, ale vzhledem k zastaralosti, by byla v současnosti potřebná její restandardizace. Metodu lze využít jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi, je vhodná pro diagnostiku dětí s postižením (např. mentálně, smyslově, pohybově).

U mentálně postižených dětí lze její pomocí posoudit stupeň jejich sociální zralosti vzhledem k celkové úrovni inteligence (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

- **Vineland Adaptive Behavior Scales** (VABS, Harrison, 1985)

Tato metoda představuje poslední verzi Vinelandské škály z roku 1985. Standardizována byla na americké populaci. Je členěna na 6 subškál: komunikace, běžné dovednosti, socializace, motorické schopnosti, adaptivní chování, maladaptivní chování. VABS je rozdělena na tři dílčí části (první obsahuje 297, druhá 577, třetí 244 položek). První dvě jsou určeny pro rodiče a vychovatele, třetí pro učitele. Mohou být administrovány v rozhovoru, ale mohou být zadávány v písemné formě. První dvě škály jsou určeny pro děti od 18 měsíců do dospělosti, třetí pro děti od 3 do 12 let. U prvních pěti subškál je možné kvantitativní hodnocení, poslední lze hodnotit jen kvalitativně. Na základě vyhodnocení lze vytvořit individuálně specifický profil dítěte (vyplynou z něj jeho přednosti i nedostatky) (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

- **Günsburgova škála** (PAC, 1969)

Tato škála je zaměřena na 4 oblasti: samostatnost (autonomie), komunikace, sociální přizpůsobení (socializace), zaměstnání. Používá se k posouzení celkového adaptivního fungování dítěte a jeho sociální kompetence, a také k stanovení tzv. psychoedukačního profilu. Výsledky jsou zpracovány formou kruhového diagramu (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

▪ **Škály funkční nezávislosti**

Tyto škály se používají při diagnostice jedinců s více vadami nebo s těžší formou mentální retardace. Mezi sledované oblasti patří: **sebeobsluha** (jídlo, oblékání, holení apod.), **tělesná čistota** (mytí, koupání, používání toalety, pohyb), **přesuny** (vozík, přesun do sprchy, vany), **lokomoce/chůze** (lezení, schody), **komunikace** (porozumění, aktivní řeč), **sociální porozumění** (sociální interakce, schopnost řešit běžné problémy, každodenní paměť).

V každodenní praxi speciálně pedagogických center se setkáváme s různými přístupy při diagnostikování úrovně sebeobsluhy. Ne vždy se však postupuje podle vývojových škál. Výstupem pak není objektivní diagnóza, ale subjektivní popis dosažené úrovně (chybí hodnotící kritéria).

Přesnější je, když se pro určení úrovně dosažené sebeobsluhy vychází z vývojových norem, které se porovnávají s aktuálním výkonem jedince a zjišťujeme tak, jestli vývoj probíhá normálním způsobem, či se opoždí. V rámci diagnostiky zjišťujeme samostatnost, případně potřebnou míru pomoci ze strany dospělého. Speciální pedagogové mívají zpracovány vlastní tabulky k hodnocení. Hodnotí se pozorováním, z výpovědi rodičů a z plnění každodenních činností. Svě místo tu má podrobná anamnéza. Upřesnění, doplnění je možné ze strany pedagogických pracovníků (učitelé, asistenti pedagoga, vychovatelé), z jejich výpovědi ohledně sebeobslužných schopností dítěte ve škole, na škole v přírodě apod.

Hanák (2005), se zaměřuje na děti a žáky s těžkým zdravotním postižením a uvádí ve své publikaci příklady záznamových archů, které se využívají v praxi Speciálně pedagogického centra v Blansku. Jsou zaměřeny na oblast **stravování** (35 položek), **hygieny** (23 položek), **oblékání** (25 položek) a **udržení osobní čistoty** (19 položek). Záznamový arch je rozdělen do sloupců: **roky** (zde se uvádí věk, ve kterém má být dosaženo z hlediska vývojového určité schopnosti, **vývoj** (zde se popisuje dosažená schopnost), **umí** (hodnotí se ano, ne), **poznámka** a **osvojení** (při osvojení schopnosti se zaznamenává (měsíc, rok).

Čadilová a Žampachová,(2004), se specializují na děti s poruchou autistického spektra (do 7 let) a uvádějí ve svých tabulkách k hodnocení oblasti: **stravování a stolování** (36 položek), **oblékání** (31 položek), **umývání** (20 položek), **používání WC** (20 položek). Záznamový arch je členěn na sloupce: **věk, dovednost a hodnocení**. Hodnotící škála je rozdělena do tří úrovní: **splnil/a (S), naznačil/a,(Na) nesplnil/a(Ne)**. **Jako splněnou** hodnotí položku tehdy, když dítě splní, aniž by mu kdokoliv pomáhal, nebo jakkoliv do výkonu zasahoval (v případě, že se jedná o úkoly hodnocené pozorováním, je nutno vždy několikrát ověřit, zda úkol nebyl splněn jen náhodně). **Jako naznačenou** hodnotíme tehdy, jestliže v průběhu úkolu, který dítě plní, bylo nutno zasáhnout. Jestliže demonstrace není součástí úkolu, považuje se za zásah. Stejně tak použití gest, verbální pokyny. Patří sem i stav, kdy dítě se o splnění úkolu snaží, ale úkol je nad jeho současné schopnosti. I v tomto případě je nutno několikrát ověřit, zda úkol nebyl splněn jen náhodně. **Za nesplněnou** položku pokládáme, jestliže dítě vůbec nerozumí zadání, nemá žádnou snahu úkol plnit nebo je při plnění potřeba úplné fyzické vedení pedagogem. Dopřesnění vybraných položek je uvedeno v manuálu.

14.3.2 Charakteristika sledovaných oblastí sebeobsluhy

▪ **Hygiena**

Do této oblasti patří řada činností spojených s osobní hygienou (mytí všech částí těla), s úpravou zevnějšku (péče o vlasy, ústní hygiena, péče o nehty a pleť...), ale také schopnost používat toaletu.

- **Sledujeme zejména jaká je úroveň:** schopností při koupání a umývání; samostatnost při mytí rukou a obličej; schopnost samostatně si vyčistit zuby; schopnost česat a mýt si vlasy; úroveň péče o nehty a celkový vzhled; úroveň potřeby a realizace intimní péče; schopnost rozpoznat a realizovat potřebu toalety.

▪ **Oblékání a obouvání:**

Z hlediska posloupnosti jednotlivých úkonů spojených s oblékáním a obouváním všeobecně platí, že svlékání je snazší než oblékání. Také je mnohem lehčí zatáhnout za tkaničku a rozvázat si boty, než naopak tkaničky zavázat. Tato činnost vyžaduje již větší nároky na jemnou motoriku a koordinaci pohybů. Analogicky, je mnohem jednodušší svlékání kabátu či kalhot než jejich oblečení.

- **Sledujeme zda se dítě:** nechá obléci a svléci; pomáhá při svlékání a oblékání; **je-li schopno:** samostatně se oblékat a svlékat; rozpoznávat druh oblečení; rozpoznávat části oblečení; rozepínat a

zavírat uzávěry na oblečení; oblékat součásti oděvu ve správném sledu; rozpoznat své oblečení; diferencovat druh oblečení, vhodného k určité příležitosti; pečovat o vlastní oblečení.

- **Stravování** (stravovací sebeobslužné úkony, stolování – jzení, pití) :
Mezi základní lidské potřeby patří příjem jídla a tekutin. Do této oblasti však patří i příprava jídla a stolování. Problémy tak mohou nastat s jídlem, pitím, přípravou pokrmů, při úpravě prostředí, se žvýkáním a polykáním.
 - **Sledujeme, zda se dítě:** nechá krmit; **je schopno:** jíst samostatně; samostatně pít z hrnečku; obsloužit se samostatně jídlem v době, kdy se podává; připravit hotové jídlo ke konzumaci; samostatně připravit jednoduchý nápoj; prostřít stůl a připravit se k jídlu; osvojit si ustálené jídelní zvyklosti; jíst kultivovaně i za změněných okolností; zvládnout situaci při příchodu do restaurace

- **Péče o své zdraví**
Do oblasti péče o své zdraví patří vedení ke správnému způsobu života, péče o své zdraví, zvládnutí hygienických, stravovacích a pracovních návyků, rozvoj sociálních a komunikačních dovedností, schopnost odmítnutí a prevence škodlivých látek a chování při ohrožení vlastní osoby při mimořádných událostech.
 - **Sledujeme, zda je dítě schopno:** chápat základní životní potřeby a jejich naplňování ve shodě se zdravím; přiměřeně reagovat na zákazy; rozpoznat jednání, které může vést k nebezpečné situaci; respektovat zdravotní stav svůj i svých vrstevníků, umět upozornit na své potřeby a stavy nouze-; znát správné stravovací návyky a dle svých možností dodržovat zásady správné výživy; rozpoznat situace, které je nezbytné snést od situací, ve kterých je možné postavit se na odpor; uplatňovat způsoby bezpečného chování (v sociálním kontaktu s vrstevníky, při komunikaci s neznámými lidmi); vědět kde v případě pomoci vyhledat pomoc; umět poskytnout základní první pomoc; umět překonávat strach a cítit se jistěji; uplatňovat osvojené sociální dovednosti při kontaktu se sociálně patologickými jevy (např. umět odmítnout konzumaci návykových psychoaktivních látek), oznámit odpovědné osobě a řídit se pokyny odpovědných osob; poznat sám potřebnost určitého předmětu v dané situaci

Dle míry samostatnosti při plnění jednotlivých úkonů můžeme rozlišit několik stupňů soběstačnosti, např.:

1. Stupeň	Plní samostatně
2. Stupeň	Plní převážně samostatně, občas potřebuje pomoc
3. Stupeň	Plní převážně s dopomocí
4. Stupeň	Plní jen s dopomocí

Klinické metody

Shromažďování **anamnestických** dat vážících se k sebeobsluze provádíme úvodem diagnostického procesu, přičemž vycházíme z toho, že oblast sebeobsluhy bývá součástí celkového vyšetření dítěte s mentální retardací, takže vycházíme z celkové anamnézy (RA a OA, SA). Z anamnézy nás kromě standardních zjištění zajímá hlavně to, zda opožďování dítěte v oblasti sebeobsluhy je způsobeno postižením, nebo nesprávnou výchovou v rodině. Tato situace může nastat v důsledku hyperprotektivní výchovy, kdy rodiče věnují postiženému dítěti přehnanou péči a činnosti, které by zvládlo samo, dělají za něho. Tento styl výchovy omezuje a oklešťuje rozvoj samostatnosti postiženého dítěte. Ovšem stejně kontraproduktivní a těžce postihující může být styl naprosto opačný, čili styl málo podnětné, případně zanedbávající výchovy. Zaměřujeme se tedy na vyšetření prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, sledujeme výchovné vlivy uplatňované v rodině, fungování rodiny, vliv rodičů a sourozenců apod. Totéž se týká vyšetření školního (u dospělých pracovního) prostředí.

Analýzou dostupné dokumentace o dítěti se snažíme odhalit informace, které by nám napověděly něco o úrovni, či vývoji dítěte v sebeobslužných činnostech. Většinou se jedná o kusé údaje, které jsou záznamem aktuálního zjištění při jiném odborném vyšetření (př. lékařské záznamy).

Vlastní pozorování nám dává asi nejvíce informací o úrovni sebeobslužných činností postiženého jedince. Může být nezáměrné, zachycujeme jen určité symptomy, které se objevují při vyšetřování jiných oblastí (např. mentálních schopností, hrubé, ale i jemné motoriky). Na jejich základě pak provedeme pozorování cílené, které je již plánovité, systematické, nejlépe dlouhodobé nebo opakované, soustředěné (zaměřené na podstatné jevy),

přesné (se záznamem) a diskrétní. Na základě pozorování zaznamenáváme aktuální dosaženou úroveň sebeobslužných činností.

Takto získané údaje doplňujeme **rozhovorem, informacemi učitelů, informacemi rodinných příslušníků**. Zajímá nás zejména podnětnost prostředí a to jak rodinného, tak i školního, v případě jiných etnických minorit musíme vycházet ze sociokulturních tradic té které etnické skupiny. Sledujeme, zda byly cíleně rozvíjeny sebeobslužné činnosti u dítěte (je také rozdíl jestli dítě vyrůstá v biologické rodině nebo je v ústavní péči). Tyto informace mohou být doplňovány relevantními informacemi z dalších pracovišť, ve kterých bylo dítě v péči (PPP, oddělení sociálně právní ochrany dětí, PLDD)

14.3.3 Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnostiky rozlišujeme, jestli k narušení v oblasti sebeobslužných činností dochází jen z důvodů mentálního, tělesného postižení nebo také vlivem nevhodných výchovných stylů v rodině. Při patologickém, nepodnětném (ale i extrémně ochranném) prostředí, bývá i úroveň sebeobsluhy horší.

Diagnosticky významné je také zjištění, zda došlo primárně k narušení motorických schopností např. z důvodů DMO. Následné potíže při osvojování si sebeobslužných úkonů jsou pak většinou komplikovanější a nekorespondují s očekávaným vývojem dle stupňů mentálního postižení (při těžších formách DMO, mají velké problémy se soběstačností i děti s lehčí MR).

Obdobná situace je i u dětí s pervazivními vývojovými poruchami, metabolickými poruchami, některými psychiatrickými diagnózami.

Oblast sebeobsluhy je v naší literatuře poměrně málo zpracována. Jak již vyplynulo z předcházejícího textu, je i z hlediska diagnostického patrná absence testových souborů, diagnostika se většinou opírá o vývojové škály, a provádí se srovnáním aktuálního stavu, který se mapuje na základě informací od rodičů, učitelů a vlastním pozorováním, s předpokládanou normou. Zde navíc chybí přesnější kvantifikace.

14.4 Stanovení míry podpůrných opatření

Stupeň m.p.o	
Bez p.o.	Plní samostatně
I.	Plní převážně samostatně, občas potřebuje pomoc
II.	Plní převážně s dopomocí
III.	Plní jen s dopomocí
IV.	Odkázán na pomoc druhé osoby

Dodatek k diagnostice - orientační vývojové tabulky v oblasti sebeobsluhy (Zpracováno s využitím materiálů Čadilová, Žampachová, 2004, Hanák, 2005)

Věk (měsíce)	Hygiena	Oblékání a obouvání	Stravování
Do 6	- Neprojevuje odpor k umývání	-Nemá výraznou nechuť k převlékání, pasivně spolupracuje	- dokáže sát a polykat tekutinu - spolupracuje při krmení - natahuje se po kojenecké lžvi - když vidí jídlo, špulí na ně ústa
Od 6-12	-Spolupracuje při mytí - naznačuje, že vykonalo potřebu do plen - nevzpírá se při posazení na nočník	-Při převlékání nastavuje ruce a nohy -Sundá si ponožku	- drží si kojeneckou láhev při pití - dává lžici do úst, olizuje ji, hraje si s ní - přijme jídlo ze lžice - žvýká potravu
Od 12-18	-Dá ruce pod vodu a napodobuje mytí -Nebrání se zubnímu kartáčku, nechá si	-Umí si sundat čepici a svléknout ponožky -Stáhne si svetr, má-li jej z poloviny na hlavě	- samo užívá lžici k jídlu (může bryndat či drobit) - pije z hrníčku - posedí při jídle u stolu

	<p>vyčistit zoubky ----- dokáže sedět krátkodobě na nočníku</p>	<p>-Umí protáhnout paže rukávem a nohy nohavicemi ----- - nohou si vyzuje botu</p>	<p>- kouše jídlo</p>
Od 18-24	<p>-Vezme si od dospělého ručník -Napodobuje pohyby při utírání rukou -Ví kam jít, když se chce mýt -Když je puštěná voda, umyje si ruce ----- - když je posazováno pravidelně na nočník, používá ho - umí dát najevo potřebu jít na záchod (i když někdy pozdě) - začíná používat WC s dětským sedátkem (je-li na něj pravidelně vysazováno)</p>	<p>- nasadí si čepici -Umí si svléknout rozepnutý kabát,či bundu - svlékne si kalhoty v pase na gumu nebo rozepnuté ----- - zuje si boty, pokud jsou rozvázané a povolené tkaničky</p>	<p>- bez pomoci pije z hrníčku - jí z vlastního talíře - u stolu sedí jen během vlastního jídla - učí se používat vidličku</p>
Od 24-36 (3.rok)	<p>-Umí pustit vodu (páková baterie) -Za dohledu dospělého se namydlí a snaží se samo mýt -Vezme si podaný ručník a utře si ruce i tvář, po koupeli se snaží samo utřít (za asistence dospělého) -Pozná vlastní kartáček a je-li mu vložen s pastou do úst , pokusí vyčistit si zuby -Spolupracuje při mytí vlasů -Když je mu dán na hlavu šampon, snaží se třít si vlasy ----- -většinou se přes den nepomočí - někdy aktivně řekne, že se mu chce čurat - záměrně hlásí potřebu dospělému -má jen občasnou nehodu během dne - v noci zůstane suché</p>	<p>- rozezne zip - stáhne si kalhoty, když jde na toaletu - stáhne i natáhne si svetr - najde rukávový otvor na košili - obleče si jednoduché oblečení - oblékne si ponožky ----- - rukama si zuje boty - zapne boty na suchý zip</p>	<p>- Jí vidličkou (ale ještě ne čistě) - Dává do úst pouze věci určené k jídlu - Umí se přisunout a odsunout na židličce - Na vyzvání nachystá předměty ke stolování - Dokáže prostřít s pomocí dospělého</p>
Od 36-48 měsíců (4.rok)	<p>-Umí si čistit zuby -Umyje si pusu -Vysmrká se (je-li upozorněn) ----- - udržuje čistotu - jde samo na WC, vysvleče se i obleče</p>	<p>-Zapne a rozezne knoflíky na modelu - rozezne lehce chodící knoflíky ----- - bez pomoci se svlékne - rozváže mašličku na botách - obuje se (většinou na správnou nohu)</p>	<p>-jí samostatně vidličkou a lžící(téměř čistě) -začíná používat příborový nůž -saje z plastické slámky -u stolu sedí během celého jídla -nalije si z konvice do hrníčku(někdy přelije) -bez pomoci si pro sebe prostře</p>
Od 48-60 (5.rok)	<p>-Bez vyzvání si umyje a utře ruce -Umyje si obličej -Po sprchování si umí utřít tělo -Čistí si zuby ----- - je schopný používat pisoár</p>	<p>- Samostatně se obléká bez zavazování bot - pozná své oblečení - zapíná a rozepíná knoflíky</p>	<p>- Krájí jídlo příborovým nožem - Namaže si s dopomocí chleba - Jí samostatně - Samo si nalije svůj nápoj</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - po použití WC se umyje a utře, potřebuje mírný dohled - probudí se, aby šlo na WC, když je třeba 		
Od 60-72 (6.rok)	<ul style="list-style-type: none"> -Snaží se umýt si vlasy - Ví, že po zašpinění (ruce,pusa), se má umýt) - na WC je úplně samostatné (obleče se, umyje a utře si automaticky ruce) - po velké straně se utře (mírný dohled) 	<ul style="list-style-type: none"> - začíná si zapínat zip - samostatně se obleče - obrací si oděv, když je naruby 	<ul style="list-style-type: none"> - Umí si nabrat přiměřenou dávku jídla - Používá nůž a vidličku - Samostatně si namaže chleba - Nalije si polívku
Od 72-48 (7.rok)	<ul style="list-style-type: none"> -Při umývání je téměř samostatný -Umí si utřít i záda - pozná rozdíl mezi chlapeckým a dívčím - na WC je úplně samostatné včetně utírání po velké straně - WC používá samostatně i na veřejném místě 	<ul style="list-style-type: none"> -učí se skládat oblečení - uklízí oblečení - oblékne se přiměřeně počasí (s občasným dohledem) Akceptuje změny počasí, střídá šaty i doplňky 	<ul style="list-style-type: none"> - Krájí ostrým nožem potraviny - Ví jak si uvařit čaj, udělat šťávu - Je schopen ostatní obsloužit

Literatura:

- ČADILOVÁ,V.,ŽAMPACHOVÁ,Z. *Edukačně – hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)*. Praha: IPPP ČR, 2004. ISBN 80-86856-02-X
- HANÁK,P.a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.
- KOŽENÝ,J. *Vinlandská škála sociální zralosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1974.
- OPATŘILOVÁ,D.,ZÁMEČNÍKOVÁ,D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. Brno:Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3354-1
- SVOBODA,M.,KREJČÍŘOVÁ,D.,VÁGNEROVÁ,M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, ISBN 80-7178-545-8

KAPITOLA 15

15 Rodinné prostředí

Doleželová B.

15.1 Charakteristika domény

Rodina je zpravidla charakterizována jako základní článek ve struktuře lidského společenství. Specifickým znakem, který ji odlišuje od jiných sociálních skupin, je její polyfunkčnost. Za hlavní jsou považovány ekonomicko - zabezpečovací, biologicko- reprodukční, emocionálně-ochranná a výchovně-socializační funkce. Jsou chápány jako úkoly, které plní rodina jednak vůči svým členům, ale i ve vztahu ke společnosti. Podle životních fází člověka rozlišujeme:

- rodinu orientační, ve které se jedinec narodí a jež má od počátku stěžejní vliv na jeho výchovu
- rodinu reprodukční (prokreační), kterou člověk sám zakládá a v níž přebírá rodičovské role (Buzan, 2003)

Zřetel generičního soužití jsou výrazněji vyjádřeny pojmy rodina nukleární, tedy rodiny s dvougeneračním jádrem (představovaným rodiči a dětmi), a rodina širší (rodina rozšířená), zahrnující také prarodiče, strýce, tety a ostatní příbuzné. Pojem nukleární rodina zavedl T. Parsons, který určil za jednu z výrazných změn provázející život moderních společností právě trend proměny rodiny s tradičním soužitím více generací v dvougenerační, což má důsledek na všechny funkce rodiny.

Vzájemné propojení existenčních vazeb mezi rodinou a společností vede každou společnost ke snahám o dosažení určité úrovně soudržnosti (koheze) mezi rodinnými a společenskými zájmy. Mnozí badatelé se domnívají, že evropská společnost a s ní i rodina přechází z období industriálního do období postindustriálního, ve kterém již její tradiční pojítka ztrácí svůj původní význam. Pro souhrnné označení těchto změn bývá také užíván pojem neoliberalní (Možný, 1999, 2004, Matoušek, Kroftová, 1993, Havlík Kořa, 2002).

15.1.1 Výchovně-socializační funkce rodiny

Výchovně socializační vlivy rodiny jsou spolu s jejími emocionálně ochrannými úkoly považovány za nejdůležitější součásti působnosti rodiny na dítě zejména v období ranného dětství, předškolního a mladšího školního věku. Výchova je nejčastěji charakterizována jako proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji. Socializaci chápeme především jako proces, v němž jedinec objevuje lidskou společnost a zaujímá adekvátní pozice ve společenské dělbě úloh a činností. Proces socializace, označovaný nejčastěji jako „zařazování se“, „včleňování“ nebo „vrůstání“ do společnosti, tedy vyžaduje neustálé navazování, prohlubování a rozšiřování sociálních kontaktů jedince v rámci sociokulturního systému jako předpoklad permanentních změn osobnosti a jejich vztahů k okolí (Řezáč, 1998).

Rodina má zpravidla podstatný podíl na obou prolínajících se procesech (výchově i socializaci), jimiž každý jedinec v průběhu svého života prochází. Výchova i socializace v sobě zahrnují jako svůj podstatný prvek personalizaci (osobnostní rozvoj). V procesu socializace dítěte je rozlišována etapa primární a sekundární socializace. Primární socializace dítěte probíhá v rodině. V rámci rodinných interakcí, zvláště interakcí dítěte s rodiči, se utváří jeho první sociální zkušenosti, první návyky sociálního chování, a to už v nejranějších vývojových fázích. S vývojem dítěte se však vliv rodiny postupně mění. Dítě se osamostatňuje a jeho postoje ke skutečnosti začínají ovlivňovat další činitelé, mezi kterými zaujímá významné postavení škola a další instituce. Proto je období sekundární socializace dítěte spojováno zpravidla více se školou než s rodinou. I v této fázi však mají přímé i nepřímé edukační vlivy rodinného prostředí významné zastoupení, a to zejména při motivaci dítěte k učení a při vytváření podmínek ke školnímu vzdělávání. Otázkami angažovanosti rodičů při školní edukaci a socializace dítěte se zabývá spolu s jinými autory také S. Štech (2004).

15.1.2 Styly výchovných interakcí

Techniky rodinné výchovy či rodinné interakce bývají vymezovány různě. Tyto typy výchovy byly identifikovány učiteli, kteří se pokoušeli nalézat vztahy mezi určitým typem rodinné výchovy a problémy dětí ve škole. Vydělíme tedy následující styly nevhodného přístupu k dítěti jako příklady interakcí:

- Nejednotný přístup
- Proklamativní přístup
- Povolný přístup
- Nedůsledný přístup
- Potlačující přístup
- Podplácející přístup
- Přístup rozmazlující
- Protekční přístup
- Skleníkový přístup
- Moralizující přístup
- Puntičkářský přístup
- Přístup zanedbávající (nedostatečný)
- Přístup úzkostný
- Přístup autoritářský
- Přístup perfekcionista
- Naplňování řádu, pravidel.

Jednou z možností, která se stala součástí standardního sociálně-pediatrického diagnostikování rodiny ČR, je stanovení čtyř pásem její funkčnosti. J. Dunovský rozlišuje:

- **Funkční rodinu:** nenarušenou, schopnou zabezpečit dítěti dobrý vývoj a prosperitu.
- **Problémovou rodinu:** s výskytem poruch některých funkcí, které však vážně neohrožují rodinný systém a vývoj dítěte v něm, rodina je schopna řešit tyto problémy sama nebo s pomocí jiných.
- **Dysfunkční rodinu:** s výskytem vážnějších poruch některých nebo všech rodinných funkcí, které bezprostředně ohrožují rodinu jako celek a především vývoj dítěte, tato rodina potřebuje soustavnou pomoc ze strany odborníků.
- **Afunkční rodinu:** s poruchami takového rozsahu a kvality, že rodina přestává plnit svůj základní účel, dítěti závažným způsobem škodí nebo dokonce ohrožuje jeho existenci, řešením je umístění dítěte v náhradní rodinné výchově (Dunovský, 1986).

Rodina má ve vyspělých společnostech hlavní odpovědnost za výchovu svých dětí. Tato odpovědnost vychází z historických a kulturních tradic života společnosti a je zakotvena v jejích právních normách. Na rodinu dopadají celkové a dlouhodobé důsledky těchto procesů. Škola a ostatní výchovné a vzdělávací instituce odpovídají vždy jen za některou dílčí oblast edukace a ani v těchto případech není jejich parciální odpovědnost zcela autonomní. Ukazuje se, že pro rodinu není (a v budoucnu zřejmě nebude) rozhodující, do jakých dílčích podob se transformuje. K hlavním funkcím systému (a mimorodinnými institucemi nenahraditelným) patří funkce emocionálně-ochranná a výchovně-socializační.

15.2 Dítě s mentálním postižením v rodině

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentálním postižením je jeho rodina. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Optimistický přístup k možnostem rozvoje dítěte s mentálním postižením vede ke stále důraznějšímu akcentování funkce rodiny pro život a vývoj dítěte.

Pro vývoj dítěte je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změnami okolností a zaujali k němu pozitivní postoj. Jaký postoj k mentálně postiženému dítěti je nevhodnější nelze asi v obecné rovině vyjádřit, každé dítě je jiné a různí jsou i rodiče. Nejvhodnější přístup spočívá v umění brát a mít rád dítě jaké je. (Švarcová, 2000). Rodina s dítětem s postižením má jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Tato, spíše negativně hodnocená, odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů: rodičů i zdravých sourozenců. Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem změní životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. V důsledku toho se změní i chování členů rodiny, nejen v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti.

Reakce rodičů na postižení jejich dítěte, způsob zvládnutí této situace a přijetí určitého způsobu řešení závisí na mnoha okolnostech, i na předpokládané příčině vzniku postižení. Z tohoto hlediska je důležité, jaké bylo jejich

očekávání ve vztahu k rodičovské roli. Narození postiženého dítěte představuje zátěž, obvykle neočekávanou. Je traumatem vyplývajícím z pocitů selhání v rodičovské roli a viny, které se vztahují k postiženému dítěti. Vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti. Reakce rodičů na takové trauma je ovlivněna i převažujícími postoji společnosti, v níž žijí. Důležité je, jak hodnotí své současné postavení a jaké reakce očekávají, resp. jak se s nimi dovedou vyrovnat. S negativními projevy svého okolí se mohou rodiče setkat zejména tehdy, jestliže jde o vrozené a nápadné postižení, jehož původ nelze jednoduše vysvětlit (např. infekcí či úrazem).

Psychoanalyticky lze interpretovat narození postiženého dítěte jako narcistické trauma matky, které je, jak uvádí Matoušek (1993), srovnatelné s traumatem po zohyžďujícím úrazu. Matka se s dítětem identifikuje, a jestliže je její potomek postižený, cítí se méněcenná. Otcové prožívají podobné pocity, které se více vztahují k jejich mužské, ploditelské roli. Rodiče různého pohlaví zpravidla reagují odlišně, nejen vzhledem k biologické a sociální specifičnosti jejich role, ale i s ohledem na důsledky této situace pro jejich další život. Není pochyb o tom, že jakékoli závažnější postižení dítěte ovlivní i jejich manželský vztah a změnu celkové klíma v rodině. Může vést k posílení vzájemných vazeb a poskytované opory, nebo naopak k jeho rozpadu. Podstatné je, že za těchto okolností budou rodičovské postoje a chování k dítěti jiné, než kdyby bylo zdravé. Je zde větší riziko, že budou v určitém směru extrémní. Na jedné straně se zvyšuje pravděpodobnost hyperprotektivního přístupu, na druhé straně se lze častěji setkat i s odmítáním postiženého potomka. Změna požadavků a očekávání sama o sobě, bez ohledu na další odlišnosti, mohou ovlivnit psychický vývoj dítěte. Za nepříznivých okolností se tyto postoje mohou stát zbytečnou brzdou jeho rozvoje. Obtíže a zvláštnosti vývoje osobnosti postiženého dítěte, které se projevují i problémy sociální adaptace, bývají ve větší míře ovlivněny nepřiměřenými postoji rodičů, tj. sociálními faktory, než samotnou vadou. V nich se projevují i míra subjektivního zvládnutí této situace, z níž vyplývá riziko vzniku nestandardního výchovného přístupu.

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že je jejich dítě postižené, lze označit jako fázi krize rodičovské identity. Lze ji chápat jako reakci na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv, částečně nejasných a částečně negativních, to znamená hůře akceptovatelných. Může ji předcházet fáze nejistoty, kdy si rodiče uvědomují, že jejich dítě je v něčem odlišné, jinak vypadá nebo se jinak projevuje, ale ještě není jeho postižení jednoznačně potvrzeno. Toto období může být velmi krátké, např. matka si již v porodnici všimne, že dítě nereaguje obvyklým způsobem, a vzápětí se dozví proč. Obecně platí, že čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se změny jejich postojů. Prožívání i chování rodičů postiženého dítěte se v průběhu času mění, prochází pěti více-méně typickými fázemi:

15.2.1 Fáze šoku a popření

Představuje první reakci na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé. Lze ji charakterizovat výrokem: „To není možné, to nemůže být pravda.“ Šok se projevuje strnutím, neschopností jakékoli reakce, jak jej charakterizuje jedna z matek: „Byla jsem jak ve snu, nemohla jsem ani brečet.“ V tuto chvíli je popření nepřijatelné informace projevem obrany vlastní psychické rovnováhy. Matka tělesně postižené dcery shrnuje své prožitky zcela jednoznačně: „Je to strašná rána, když vám řeknou, že máte dítě, které jste si tolik přála, ale že je těžce nemocné a nikdy v životě nebude zdravé.“ (Chvátalová, 2001, s. 124) V této době nechtějí rodiče slyšet nic o možnostech péče a výchovného vedení svého dítěte, protože se dosud nesmířili ani s existencí jeho postižení.

V průběhu času dochází k postupnému přijetí této informace. Reakce rodičů ovlivňuje i skutečnost, kdy a jak se o postižení svého dítěte dozvěděli. Mnoha rodičům chybí sympatizující přístup zdravotnického personálu v neštěstí, které je potkalo. Námitky proti způsobu, jakým jim lékař informaci podal, mohou být projevem obranné reakce traumatizovaných lidí, kteří rozumově vědí, že jim lékař říká pravdu, ale nedovedou ji emočně přijmout. Proto je lékař jako posel špatné zprávy trestán kritikou, stává se pro tuto chvíli náhradním viníkem.

15.2.2 Fáze bezmocnosti

Rodiče nevědí, co by měli dělat, nikdy se s podobným problémem nesetkali a nedovedou jej řešit. Matka postiženého dítěte si vzpomíná, jak tuto situaci prožívala: „Cítila jsem v sobě bolest, jakou jsem ještě nikdy nezažila. Pocit zklamání střídal pocit bezmocnosti. Vybavila se mi všechna těhotenská vyšetření, odběry krve, a stále jsem nemohla přijít na to, kde se stala ta osudová chyba.“ (Strusková, 2000, s. 14) Rodiče prožívají v tomto období pocity viny, které se vztahují k dítěti, a pocity hanby, které se vztahují k očekávaným reakcím jiných lidí. Jejich prožitky bývají ambivalentní, bojí se zavržení a

odmítnutí a zároveň očekávají pomoc, ale nemají přesnou představu, jaká by měla být a v čem by měla spočívat. Proto mohou být zvýšeně citliví k chování ostatních lidí, jak je zřejmé z vyjádření jedné matky: „Za celou dobu jsme od lékařů neslyšeli nic pozitivního ... čekali jsme nějakou pomoc, ale ona nepřicházela ... člověk si v té situaci, zahlcen katastrofickými prognózami, vůbec nepředstaví, že jsou někde lidé, kteří by mu mohli pomoc“ (Chvátalová, 2001, s.125).

15.2.3 Fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem

Pro toto období je typické zvýšení zájmu o další informace. Rodiče chtějí vědět, proč postižení vzniklo, jaká je jeho podstata a jak by měli o své dítě pečovat, zajímá je i jeho budoucnost. Racionálnímu zpracování informací často brání emoční vyladění rodičů, které může vést k jejich zkreslení.

Negativní emoční reakce přetrvávají ještě v tomto období, může jít o:

- prožitky smutku, deprese zahrnující truchlení nad ztrátou očekávaného narození zdravého dítěte
- prožitky úzkosti a strachu, které se vztahují k budoucnosti
- pocity hněvu na osud, resp. předpokládaného viníka

V této fázi, kdy jde o zpracování a zvládnání základního problému, lidé používají různé copingové strategie. Objevují se obranné reakce, které mohou být z racionálního hlediska nepochopitelné, ale i ony mají svůj význam: pomáhají jim udržet psychickou rovnováhu a zachovat přijatelné sebehodnocení v oblasti vlastní rodičovské role. Obrany se vztahují především k předpokládané příčině postižení. Rodiče se mnohdy považují za viníky a z toho vyplývají některé jejich, zdánlivě nesmyslné reakce. Ze subjektivního hlediska ovšem pochopitelné jsou: rodič se dítěti obětuje, aby odčinil svou předpokládanou vinu, nebo popírá závažnost postižení, aby se jeho zavinění zdálo menší. Vina může být přisouzena jen jednomu z rodičů, nejčastěji matce, např. ve smyslu: „U nás to nikdy nebylo, ona je cizí, ona za to může.“ Za viníka bývá považován i někdo mimo rodinu, např. profesionál, označovaný neadresně „oni“. Někdo, nějaká síla selhala, avšak zcela mimo dosah možnosti vlivu rodičů. Oni jsou oběti, a tudíž jsou neviní.

Volba určitého způsobu zvládnání nebývá náhodná. Alternativy, které se v životě osvědčily, mají tendenci se fixovat a člověk je v kritických situacích opakuje. Způsob a adekvátnost vyrovnávání se zátěží závisí na mnoha faktorech: na zkušenostech rodičů, jejich osobnostních vlastnostech, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí, které spolu mají, na druhu a příčině postižení atd. Strategie zvládnání mohou mít dvojí charakter – aktivní a pasivní:

- aktivní způsob zvládnání se projevuje tendencí bojovat s nepřijatelnou situací. Může jít o hledání pomoci, např. lékaře či léčitele, zvýšená aktivita může být prostředkem ke snížení psychického napětí, např. odreagováním při rehabilitačním cvičení, jež je předpokládanou cestou k nápravě. Může jít i o neuvědomované obranné reakce, např. agresivitu vůči předpokládanému, resp. náhradnímu viníkovi.
- únikové varianty zvládnání zátěžové situace jsou charakteristické nějakou formou útěku ze situace, kterou nelze uspokojivě zvládnout nebo se s ní rodiče ještě nedokážou vyrovnat. Krajním řešením je umístění dítěte do péče instituce nebo odchod z rodiny. Jinou únikovou variantou je přetrvávající popírání situace, eventuálně její bagatelizace. Rodiče se chovají tak, jako by dítě bylo zdravé, resp. jeho potíže byly nevýznamné, dočasné apod. Mohou jej takto prezentovat pouze za určitých okolností, např. před ostatními lidmi.

Této obrany používala i matka dítěte s Downovým syndromem: „Já jsem Nanynčino postižení brala jako danou věc, ale ze začátku jsem nebyla schopná říct to lidem. Když se někdo pozastavoval nad tím, že je nějaká malá a divná, říkala jsem, že má srdeční vadu, a proto neprospívá jako zdravé děti, byla to vlastně pravda, ale ne celá.“ (Chvátalová, 2001)

Rodiče mohou kompenzovat své neuspokojení v rodičovské roli přijetím náhradního řešení, tj. substitucí: začnou se věnovat něčemu jinému, např. profesi. Mohou na možnost zlepšit stav svého dítěte rezignovat a akceptovat, že se nedá nic dělat. Důsledkem tohoto řešení je zbytečná stagnace dítěte i v těch oblastech, kde by k ní nemuselo dojít.

V této fázi nejde jen o zpracování problému, o postupné vyrovnávání s jeho existencí, ale i o hledání jeho řešení. Budoucnost dítěte, a tím i celé rodiny se zdá být postižením znehodnocena. Rodiče sice

vědí, že dítě nebude nikdy zdravé, ale často si vůbec nedovedou představit, jak se vlastně jejich dítě může vyvíjet. Potřebují informace o možnostech péče o postižené dítě, další léčbě, speciálně pedagogických postupech apod.

15.2.4 Fáze smlouvání

Je přechodným obdobím, kdy rodiče již akceptují skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale mají tendenci získat alespoň něco, malé zlepšení, když už není možné, aby se zcela uzdravilo. Například dítě bude chodit alespoň s berlemi, bude alespoň částečně vidět. Smyslem je vyjádření určité naděje, jež není zcela nerealistická. Je znakem kompromisu, který lze chápat jako signál přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti. Mění se charakter zátěže, v této době už nejde o trauma, spíš o dlouhodobý stres spojený s únavou a vyčerpáním náročnou péčí o takové dítě. To může posilovat i pocity bezvýchodnosti a minimální efektivity jejich úsilí, od něhož očekávali mnohem víc.

15.2.5 Fáze smíření

Rodiče postupně akceptují skutečnost, že je jejich dítě postižené a přijímají je takové, jaké je. Začnou se chovat přiměřenějším způsobem, jejich plány jsou reálnější a splnitelnější. Ke smíření s postižením dítěte nedochází ve všech případech, postoj rodičů může kolísat v závislosti na jeho vývoji a s ním spojených nově vzniklých zátěžích (problémy se školním zařazením, volbou povolání atd.). V případech pozdějšího demonstrování vady či poruchy bývá delší latence mezi prvními projevy, které mohou rodičům signalizovat, že dítě není zcela v pořádku, a definitivním potvrzením určité diagnózy. Nejistota tohoto období představuje pro rodinu specifickou stresovou situaci. Stimuluje tendenci hledat pravdu, ale někdy podporuje i obranné reakce, které se jí zároveň snaží zkeslit, aby byla přijatelná, nebo ji dokonce popřít. V tomto období se vytváří konflikt mezi dvěma potřebami: potřebou získat jistotu, jaký je skutečný stav dítěte, a potřebou zachovat si iluzi pozitivní naděje. Příkladem může být situace rodičů dítěte postiženého DMO, kteří si na tuto dobu dobře pamatují: „Už během prvních šesti měsíců jsme tušili, že není v pořádku... Podvědomě jsme cítili, že s jeho zdravotním stavem je to nějak jinak, než by mělo být... Byla to vlastně úleva dozvědět se pravdu.“ (Pavlátová, 1996, s. 63–64) Jestliže postižení vznikne později a dítě bylo po celou dobu akceptováno jako normální, bývají reakce rodičů i laické veřejnosti trochu jiné. Později vzniklá porucha nepůsobí jako znehodnocení rodičovské prestiže. Dítě se narodilo zdravé, a nedochází tedy k narušení rodičovské identity. Rodičovské obrany jsou více zaměřeny na nemocné dítě než na udržení vlastní sebeúcty. Později vzniklý defekt je akceptován primárně jako neštěstí, které postihlo normálního, zdravého člověka. I z hlediska postojů široké veřejnosti je získané postižení akceptovatelnější než vrozená vada, protože je z hlediska své etiologie srozumitelnější. Skutečnost, že lidé mohou v průběhu života onemocnět nebo utrpět úraz, je obecně známá a akceptovaná. Chování rodičů, kteří mají postižené dítě může být odlišné od normy, může být méně přiměřené či akcentované, někdy se tyto reakce objevují pouze v určitých obdobích nebo náročnějších situacích. Je třeba chápat je jako reakci na komplexní a dlouhodobou zátěž, s níž se musí vyrovnávat a ne vždy ji zvládnou tak, jak by bylo žádoucí. Pěkně je charakterizuje matka kombinovaně postiženého syna: „Jde o normální reakce na nenormální situaci.“ (Chválová, 2001)

15.3 Hlavní zásady při sdělování nepříznivých informací rodičům postižených dětí:

- Nepříznivou informaci sdělíme rodičům co nejdříve, a to oběma současně.
- Je vhodné podávat-li se nepříznivá zpráva v týmu, neboť pediatr, psycholog nebo sociální pracovníci mohou lépe poradit a zodpovědět rodičovské otázky.
- Při prvním rozhovoru informujeme o podstatě problému a další perspektivě a sdělujeme jen to, co opravdu víme. Detailnější informace dodáváme při dalších setkáních.
- Rozhovor musí obsahovat část, v níž rodičům rámcově sdělíme, co mohou pro své dítě dále dělat, nejhorší je pro ně pocít bezmoci.
- Je třeba si rezervovat dostatek času k tomu, aby se rodiče mohli vyptávat
- Závěrem neopomeneme zdůraznit, že je i nadále povedeme a že se na nás mohou spolehnout a kdykoliv obrátit (Vymětal 2003).

15.4 Rodinná diagnostika

Posouzení rodinného zázemí a kvality rodinných vztahů dítěte je povinnou součástí psychologického vyšetření vždy (pokud dítě žije v rodině), ať již přichází s jakýmkoli problémem. Čím je dítě mladší, a tedy na vlastní rodině závislejší, tím je důležitější i přímý kontakt s jeho rodiči. Pouze v případě adolescentů, kteří přicházejí k vyšetření bez doprovodu rodičů, může být někdy (např. je-li důvodem vyšetření otázka volby povolání apod.) oprávněné pracovat pouze s dospívajícím samým a rodinné explorovat jen orientačně na základě údajů od klienta samého. Kvalita rodinného prostředí, zejména míra pozitivního zájmu rodičů o dítě úzce souvisí s kvalitou emočního prožívání dítěte a s jeho vlastním sebehodnocením. Funkční rodina je také bezesporu nejvýznamnějším zdrojem opory pro dítě v případě krizí či traumat, na druhou stranu narušené rodinné vztahy a nedostatečná péče o dítě představují závažné patogenní či neurotizující činitele.

Údaje o povaze rodinných vztahů a o dalších charakteristikách rodinného systému mohou být získávány jak od jednotlivých členů rodiny zvlášť, tak i od celé rodiny současně. V běžné dětské psychologické praxi je většinou užíván první přístup: informace o rodině poskytují jen ti členové rodiny, kteří s dítětem k vyšetření přicházejí, ale často i jeden z rodičů. Tam, kde předpokládáme, že rodinné faktory hrají v problému dítěte významnou roli, nebo tam, kde problém dítěte vážným způsobem ovlivňuje rodinný systém (např. v případě dětí těžce nemocných nebo postižených) je ovšem vždy žádoucí doplnit vyšetření i o přístup druhý, tedy o diagnostickou práci s celým rodinným systémem.

Podobně jako v individuální diagnostice, lze i v rodinné diagnostice používané metody dělit na „klinické“ (pozorování, rozhovor) a testové (dotazníky, projektivní metody). V komparaci s individuální diagnostikou je odlišná především povaha získaných dat. Způsob popisu rodin obecně do značné míry závisí na teoretickém modelu psychologa. S rozvojem oboru rodinné terapie došlo k vybudování celé řady teoretických koncepcí s vlastní, mnohdy pro ostatní odborníky obtížně srozumitelnou terminologií. Odhlédneme-li však o těchto teoretických a terminologických nejednotnostech, lze získaná data zhruba rozdělit na:

- **Údaje o rodinné struktuře a organizaci rodiny:** Složení rodiny, dílčí subsystémy rodiny a jejich hranice, např. subsystém rodičovský, manželský, sourozenecký, koalice, např. matka s dítětem v koalici proti otci aj., role, pevnost a propustnost hranic subsystému i celého rodinného systému vůči okolí apod.
- **Údaje o kvalitě rodinné komunikace či interakce:** Jasnost a zřetelnost komunikace, otevřenost, rodinná tabu, způsoby vyjadřování emocí, vyváženost komunikace aj.
- **Hodnocení rodinného klimatu:** Rodinná koheze, emoční opora, konfliktnost, emoční vřelost.
- **Údaje o kvalitě a intenzitě jednotlivých dyadických vztahů**
- **Vývojové aspekty:** Stádium vývoje rodiny, např. stádium expanze, rozrůstání rodiny, nebo naopak disperze v době postupného odchodu dětí z rodiny, schopnost změny při přechodu do dalších vývojových etap, např. přiměřenost míry autonomie dětí dané vývojové fází nebo naopak nadměrná závislost či předčasná samostatnost a údaje o flexibilitě rodinného systému (v reakci na zátěže a životní události, pružnost rodiny při řešení problémů apod.
- **Orientace rodiny, rodinné hodnoty a cíle, rodinné tradice, mýty.**
- **Funkčnost rodiny - kvalita plnění základních rodinných funkcí:** Zejména funkce reprodukční, socializační, seberealizační, emočně stabilizační.

Klinické metody (pozorování rodiny a rodinný rozhovor) nabízejí možnost získání základní orientace ve všech uvedených oblastech, další speciální metody jsou obvykle zaměřeny na některý (jeden nebo více) z uvedených aspektů (např. metoda VTI). Tyto metody lze ještě rozdělit na techniky individuálně administrované (především rodině zaměřené dotazníky a projektivní metody) a na metody administrované celé rodině k společnému provedení. První dva přístupy (klinické metody a metody individuálně administrované) jsou v podstatě součástí každého vyšetření dítěte, speciální diagnostické techniky práce s celou rodinou jsou častěji aplikovány hlavně na pracovištích orientovaných na rodinnou terapii.

15.4.1 Obecné principy rodinné diagnostiky a výběr diagnostických metod

Proces hodnocení či diagnostiky rodiny je poměrně náročný a složitý, narážíme na spoustu otázek, které je třeba zodpovědět: které aspekty rodinného fungování máme hodnotit, na jakou úroveň rodinného systému se máme nejdříve zaměřit (jedinec, dyáda, celek rodiny), jako postupy nám ulehčí sběr nezbytných informací, jaké metody máme použít k utřídění získaných údajů.

Užitečný a inspirativní v tomto směru je článek D. K. Snydera a kol. (1995), podle něhož můžeme obecné principy rodinné diagnostiky formulovat takto:

- Proces hodnocení rodiny (diagnostika) je jiný, kvalitativně i kvantitativně odlišný a daleko složitější oproti individuálním diagnostickým strategiím. Metody určené k diagnostice osobnosti či interpersonálních vztahů nemůžeme mechanicky přenášet do diagnostiky rodiny.
- Diagnostické metody by měly být podloženy jednotnou teorií, která poskytuje pojmový rámec k uspokojivému vysvětlení procesů probíhajících v rodině, k přesnému zachycení výsledků diagnostického procesu, jakož i plánování vhodných intervencí. Užijeme-li metody s odlišným teoretickým zázemím, hodnocení rodiny a interpretace nálezů mohou být zavádějící kvůli nestejným důrazům a nejednotné terminologii.
- Diagnostika rodiny je nezbytným předpokladem pro efektivní intervenci (poradenskou, terapeutickou), proto ji nelze podceňovat. Přesně vedená diagnostika usnadní vymezení cílů intervence, tj. identifikuje slabá místa fungování rodiny, a naopak, umožní i zjištění silných stránek rodiny, jejich pozitiv a možností, které se dají dále rozvíjet.
- Diagnostika rodiny má být víceúrovňová: má se týkat různých subsystémů i celku nukleární rodiny, širšího rodinného a sociálního systému, společensko-kulturních souvislostí. Řada autorů se shoduje na tom, že nejvýhodnější je začít na úrovni páru či rodiny a potom se pohybovat oběma směry – k individuální úrovni i k širším systémovým úrovním.
- Výsledky diagnostického procesu by měly vzejít z rozdílných perspektiv: obvykle se zmiňuje vnitřní a vnější perspektiva, tedy subjektivní hodnocení rodiny samé a objektivní pozorování a klinické hodnocení rodiny profesionálem. Oba přístupy je vhodné kombinovat, aby se vyvážily jejich výhody a nevýhody. Dobře se doplňují pokud jsou použity v rámci promyšlené diagnostické strategie.
- Diagnostika rodiny není jednosměrný proces, který by měl svůj jasný začátek a konec. Naopak – je to průběžně probíhající proces, nikoliv přímý, ale se zákrutami, odbočkami a spletitými cestami, po nichž se můžeme i několikrát vracet. Názory vlivných psychologů rodiny se blíží tomu, že práce s rodinou i rodinná terapie spočívá v kontinuálním, střídavém proplétání diagnostiky, formulace hypotéz, intervencí a pozorování efektů – to vše vedeno napříč různými oblastmi života rodiny a systémovými úrovněmi. Diagnóza rodiny je pak chápána nikoli jako výsledek práce profesionála, ale jako výsledek spolupráce profesionála s motivovanou rodinou. Diagnostický proces už obsahuje interpretace a korektivní zpětné vazby od profesionála i rodiny.
- Diagnostika rodiny by měla být nejen adekvátně podložena teoreticky, ale měla by také mít empirický základ. Jak teoretické názory, které preferujeme, tak naše klinické zkušenosti ovlivňují náš přístup k diagnostice rodiny Snyder in Sobotková (2000)

15.4.2 Diagnostické metody

- **Škála HOME (Caldwell, Bradley, 1979, Bradley et al., 1979** – hodnocení rodinného prostředí je prováděno přímo v rodině dítěte, sledovány jsou následující dimenze:
Citová a verbální reaktivita matky (matka na dítě spontánně mluví, reaguje na vokalizaci dítěte, chváli je, mazlí se s ním apod.).
Přijetí chování dítěte (matka na dítě nekřičí, nekritizuje, nadměrně je neomezuje aj.).
Organizace fyzického prostředí a času (matka bere dítě ven, dítě má doma své místo pro hračky a bezpečné místo pro hru apod.).
Poskytování vhodných materiálů ke hře.
Jak si matka při práci s dítětem povídá, podporuje jeho vývojové pokroky, strukturuje jeho hru apod.
Příležitosti ke změně stimulace během dne (část dne pečuje o dítě otec, rodina navštěvuje příbuzné, přijímá návštěvy apod.).
Škála je poměrně dobrým ukazatelem kvality péče o malé dítě. V případě terapeutických programů ji lze dobře využít k hodnocení efektu terapie (či časné intervence).
- **Strukturovaný rodinný rozhovor - Structured Family Interview** (u nás Lamgmeier a kol., 1975) který se skládá z pěti úkolů, jež cíleně stimulují přirozenou interakci a pomáhají rozumět způsobům

zvládnání zátěží v rodině. V rámci rodinného rozhovoru bývá někdy využíván i sociometrický přístup, kdy členové rodiny vyjadřují své preference ve vztahu k různým společným činnostem (např. otázka na dítě: “S kým děláš nejradyji domácí úkoly?”), hodnocen je pak výsledný sociogram. Svůj vztah k rodičům může přitom i mladší dítě někdy vyjádřit otevřeně slovy, ale jindy jej vyjádří lépe pohybem.

- **FACES – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales** - vychází z „cirkumplexního“ pojetí Olsonova. Tato koncepce předpokládá dvě základní dimenze (vlastnosti rodin): adaptivita (měnlivost – od extrémní rigidity po chaotičnost) a koheze (od rozpojenosti po propletenost). Jednotlivé rodiny je možné na základě těchto dimenzí hodnotit klinicky (z rodinného rozhovoru i pozorování), ale i na základě odpovědí v Olsonových dotaznících (**FACES I – III; český převod FACES III, Říčan, 1990**).
- **ADOR** – odvozen od Schaeferova dotazníku Childrens Report of Parental Behavior Inventory z roku 1965. Byl upraven, zkrácen a přizpůsoben k transkulturnímu použití manželi Schludermannovými (Matějček, Říčan 1983). Dotazník je určen pro mladistvé ve věku 13-18 let.
- **PARQ (E.C.Rohner, 1975, česká úprava Z.Matějček, 1992)**- obsahuje 60 položek. Škálu lze použít jako doplňující metodu při vyšetření dítěte eventuálně při vyšetření rodinných vztahů. Je možno škálu zařadit jako součást baterie při vyšetření příčiny školských problémů. Využití těchto metod u osob s mentálním postižením je limitováno schopností číst a schopností přečtenému rozumět.
- **Test rodinného systému – FAST - Family System Test Gehring, 1998** vyšel v české verzi ve vydavatelství Tescentrum Praha v roce 2005. Je to testová metoda vycházející ze systémového přístupu k rodině, odpovídající současným vědeckým poznatkům i potřebám odborné praxe. Do české verze testu se podařilo začlenit instrukci pro děti, která v originálu není a rovněž postřehy a zkušenosti s administrací určené zejména pro začínající uživatele testu. Hlavním cílem aplikace testu je analýza rodinných procesů a vztahů; získání představy o tom, jak členové rodiny svou rodinu vnímají a jaká je jejich vzájemná interakce.
Test rodinného systému je nejen diagnostický nástroj, ale i terapeutický prostředek. Rodina během testování plní určitý úkol – rozmisťuje figurky. To je situace, na kterou lze vhodně navázat diskuzi o terapeutických cílech práce s rodinou. Rodinu tak můžeme snadno zaangažovat do plánování, realizace a hodnocení výsledků terapie s pomocí jednoduchého názorného materiálu.
- **CATO (Boš a Strnadová, 1975)- česká verze CAT (L.Bellak a S.S.Bellak, 1949)**. Cílem je získat co nejvíce informací o mezilidských vztazích v rodině dítěte. Test je určen pro děti od 6 do 12 let. Tyto techniky umožňují usuzovat nejen na kvalitu a intenzitu dyadických vztahů v rodině z pohledu dítěte, ale často i na další aspekty rodinného fungování (klíma rodiny, rodinná orientace aj.).
- **Škála rodinného prostředí (Hargašová, Kollárik, 1980)**, která vychází z Moosovy koncepce rodinného systému. Metoda je zaměřena na hodnocení rodinného systému jako celku (nikoliv tedy na kvalitu dyadických vztahů).
- **Rodinný scénotest** nabízí bohaté interpretační možnosti a rodinami je velmi dobře přijímán. Rodina je požádána, aby se předloženého materiálu (**standardní soubor von Staabové, ev. jeho varianty, např. Borecký 1977**) sestavila libovolnou scénku ze života jejich rodiny. Hodnocen je průběh konstrukce a komunikace mezi členy rodiny v době stavby i výsledná sestava. Ta je interpretována jak po stránce formální, tak i po stránce obsahové. Významná je především volba figur pro jednotlivé členy rodiny: zajímá nás, jaké figury jsou voleny (odpovídá jejich věk skutečnému věku dětí i dospělých, jsou oblečeny v pracovních nebo naopak svátečních oděvech), kdo o volbě figur rozhoduje (např. rodiče společně vyberou dětskou figurku pro jedno z přítomných dětí, ono samo pro sebe však volí a do sestavy přidává figuru dítěte mladšího nebo naopak staršího, či dokonce figurku symbolickou – šaška, anděla apod.). Dále je možné posuzovat prostorovou vzdálenost mezi jednotlivými figurkami, to, zda jsou od sebe odděleny překážkami, nebo zda jsou v přímé interakci a jakou má znázorněná interakce povahu (kooperace, soutěžení, agrese – pro ně mohou ovšem svědčit různé symbolické figury nebo zvířata). Neméně významné jsou však i další použité prvky – ať již další lidé mimo okruh nukleární

rodiny (babičky a dědečkové, další příbuzní), domácí i divoká zvířata, předměty (někdy i předměty, které nejsou součástí testového materiálu, ale rodina je jako významné přidá) či symbolické figury. Interpretace obsahu tak může být zdrojem nových hypotéz o povaze rodinného fungování a o aktuálních problémech rodiny, které pak mohou být spolu s rodinou zpracovávány. Po stránce formální lze výslednou sestavu hodnotit obdobně jako konstrukce individuálně zadávaného testu světa: posuzována je bohatost scény (od sestav „prázdných“ s minimálním množstvím použitých prvků po sestavy přetížené), uspořádanost (od sestav rigidních s prvky uspořádaných v řadách či kruzích po sestavy chaotické s nedostatečnou souvislostí dílčích prvků, význam ovšem hraje i ojedinělý inkongruentní prvek v jinak dobře uspořádané sestavě, využití plochy (s analogickými interpretačními principy, jaké má umístění projektivní kresby na ploše papíru), ohrazování (např. více či méně nepropustné oddělení rodiny od okolního světa nebo oddělení jednotlivých členů rodiny od sebe navzájem, disociace v okolním světě – se specifickými obsahy), ale na rozdíl od testu světa i trojdimenzionální charakteristiky (rozměr do výšky, jeho stabilita, vratkost).

- **Ostrov rodiny (Or, Rieger, 1991)** je jako celek primárně technikou rodinněterapeutickou, lze ji však v zjednodušené podobě využít i k diagnostice rodinného fungování. Ostrov rodiny je metaforou pro vyjádření rodinného systému s jeho hranicemi i vztahy k okolí. Lze pracovat s celou rodinou, ale technika je možné použít i v nepřítomnosti některých členů (symbolicky jsou znázorněni vhodnými předměty). Technika je hravá, odbourává konvence, které jinak často blokují otevřené vyjádření vztahů a prožitků při verbálních metodách.
- **Mapa rodiny (Vyhnálek, Vyhnálková, 1991)** je kresebnou projektivní technikou, při níž členové rodiny schématicky znázorňují své pojetí vlastní rodiny a své kresby pak mohou porovnávat. Na podobném principu je založen i Model rodiny stejných autorů. Místo schématické kresby je však použito znázornění rodiny z modelíny. Oproti kresbě, kde jsou hodnoceny především prostorové aspekty dvojdimenzionální (vzdálenost jednotlivých členů rodiny, jejich velikost), lze v modelu rodiny využít i interpretaci použitých barev, tvarů (jejich oblast, hranatost, eventuálně symbolický význam) a hodnocení prostorové (trojdimenzionální). Ve fázi zpracování výsledného modelu pak lze – podobně jako při použití scénotestu – s prvky modelu různým způsobem manipulovat a nabízet rodině i různé možnosti nových pohledů a změn.

Kromě těchto topografických metod, kdy je symbolicky – vzdáleností v prostoru – vyjádřena především emoční blízkost jednotlivých členů rodiny a kvalita a intenzita jejich vztahů, je ovšem vždy užitečná **i informace o reálném životním prostoru rodiny** – reálné uspořádání bytu či rodinného domu, znalost míst, kde jednotliví členové spí, pracují nebo si hrají, mají příležitost k soukromí apod. Toto prostorové uspořádání mnoho vypovídá o skutečném běžném životě rodiny, ustálených rituálech apod., rodina je může popsat slovy nebo načrtnout na papír (eventuálně sestavit z různých konstrukčních materiálů)

Z projektivních technik je třeba zmínit především využití kresby - zejména kresbu rodiny, začarované rodiny, ale i volnou kresbu i další typy kreseb tematických – např. nejhezčí zážitek, veselý a smutný obrázek...

15.5 Kvantifikace domény

Hlavní výroky k dané doméně a jejich kvantifikátory					
Rodina vykazuje efektivní edukativně-výchovný styl	4 – nikdy	3 – méně často	2 – občas	1 – poměrně často	0 – trvale
Kulturně-sociální úroveň rodiny je	4 – deficitní	3 – vysoce podprůměrná	2 – podprůměrná	1 – méně uspokojivá	0 – uspokojivá
Hodnotová orientace a hodnotový systém rodiny je	4 – antisociální	3 – asociální	2 – nedefinovatelný	1 – nevyhraněný	0 – normální/běžný
Rodina motivuje dítě ke konstruktivním aktivitám	4 – nikdy	3 – méně často	2 – občas	1 – poměrně často	0 – trvale
Rodina organizuje volný čas dítěte	4 – nikdy	3 – méně často	2 – občas	1 – poměrně často	0 – trvale
Členové rodiny se věnují domácí přípravě dítěte do školy	4 – nikdy	3 – méně často	2 – občas	1 – poměrně často	0 – trvale
Ekonomicko-materiální úroveň rodiny	4 – deficitní	3 – vysoce podprůměrná	2 – podprůměrná	1 – méně uspokojivá	0 – uspokojivá
Rodina tráví společně víkendy a volný čas	4 – nikdy	3 – méně často	2 – občas	1 – poměrně často	0 – trvale

Literatura:

- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, Praha: Grada, 2001, ISBN 978-80-247-1587-2
 ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, Portál, s.r.o., Praha 2000, ISBN 80-7178-506-7
 PRUCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-546-2
 VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004, ISBN 80-7184-929-4
 VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství*. Praha: Karolinum, 2009, ISBN 978-80-246-1616-2
 SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D. VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-545-8
 LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1
 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-678-0
 SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-250-8
 ZAPLETALOVÁ, J. a kol. *Obligatoční diagnózy a obligatoční diagnostika v pedagogicko-psychologických poradnách*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006, ISBN 80-86856-29-1
 VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-740-X
 CHVÁTALOVÁ, H., *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-588-1
 HELUS, Z., *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada 2007, ISBN 80-247-1168-0
 ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. Brno: Paido 1998, ISBN 80-85931-48-6
 BUZAN, T. *Jděte na to chytře*. Praha: Columbus, 2003, ISBN 80-7249-146-6
 MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny: její vývoj, teorie a základní problémy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, ISBN 80-8585-75-3
 MOŽNÝ, I. *Pedagogika*, 2004, 54.
 MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství 1993, ISBN 80-901424-7-8
 HAVLÍK, R., KOŤA, J. *Sociologie výchovy*, Portál 2002, Praha, ISBN 80-7178-635-7
 ŠTECH, S., *Angažovanost rodičů ve školní socializaci dětí*. *Pedagogika*, 2004, 54.
 DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum 1986,

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN 1992
STŘELEČ, S. *Kapitoly z teorie a metodiky výchovy I*. Brno: Paido, 1998, ISBN 80-85931-61-3
KOHOUTEK, R. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM 1998, ISBN 80-7204-06064-2
PAVLÁTOVÁ, E. *Život na podruhé*. Havlíčkův Brod: Fragment 1996,

KAPITOLA 16

16 Edukační schéma - dovednosti, vědomosti, návyky, zájmy

Jarmarová J.

16.1 Charakteristika domény

Pojem učení označuje získávání zkušeností a utváření jedince v průběhu jeho života. Naučené je opakem vrozeného. Učení přizpůsobuje jedince k společenským podmínkám a požadavkům, připravuje jedince na život ve společnosti. Úloha lidského učení je v aktivním vyrovnávání se s životním prostředím, přírodním a společenským, v získávání předpokladů pro naplněný, aktivní a tvořivý život. Výsledkem lidského učení může být osvojení vědomostí, dovedností, návyků a postojů s využitím vlastních zájmů, ale také změna psychických procesů, stavů a vlastností. Vědomosti jsou soustavy pojmů a představ, které si člověk osvojil. Dovednosti jsou získané dispozice pro řešení problémů, užití vědomostí pro vykonávání určité činnosti.

Návyky jako získané dispozice podněcují k vybavení určitých pohybů nebo úkonů v určité situaci. V pracovních činnostech je velmi podstatné osvojení pohybových dovedností, zároveň se ale osvojují i vědomosti, návyky, rozvíjí se myšlenkové procesy a intelektové dovednosti a schopnosti potřebné k řešení technických problémů, zdokonaluje se vytrvalost, vztahy, spolupráce a soustředěná pozornost. Zájmy jsou získané motivy, v kterých je zdůrazněn vztah jedince k určitému úseku skutečnosti nebo druhu činnosti, projevují se soustředěním pozornosti v tom směru, poznáváním té skutečnosti, realizací činnosti, uspokojením z ní a nelibostí při jejím omezování (Čáp, 1980).

16.2 Specifika domény u klientů s mentálním postižením

O úspěšnosti zapojení dětí a žáků s mentálním postižením do společnosti nerozhoduje pouze úroveň jejich rozumových schopností a kvalita jejich vědomostí a dovedností, ale také vztah k ostatním lidem, schopnost komunikace a navazování osobních vztahů, kde uplatňují své osobnostní vlastnosti, povahové rysy a vzorce chování.

Žáci s mentálním postižením většinou nejsou schopni soustředěně sledovat průběh vyučování. Mnozí z nich jsou velmi emočně vnímaví a citlivě reagují na chování svého okolí vůči své osobě. Náležitě citové vztahy mezi učitelem a žákem jsou jedním z nejdůležitějších kroků k úspěšné školní práci.

16.3 Trivium

16.3.1 Charakteristika subdomény

Na prvním stupni základní školy je kladen důraz na klasické trivium – čtení, psaní a počítání. Děti získávají základní vědomosti, dovednosti a pracovní návyky jako prostředek dalšího vzdělávání. Budují se a rozvíjí prakticky využitelné dovednosti v návaznosti na mateřskou školu. Spolu s triviem se první stupeň zaměřuje i na vstup do světa vědy zejména

v předmětech přírodověda (ve vyšších ročnících přírodopis, fyzika, chemie) a vlastivěda (následně v zeměpise, dějepise) a věnuje se také estetické výchově a pracovním činnostem.

16.3.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

Hlavním úkolem u žáků s mentálním postižením je vybavit je **triviem**, základních vědomostí a dovedností, což znamená naučit je základům čtení, psaní a počítání. Zvládnutí těchto požadavků má mimořádný význam v jejich orientaci, praktickém životě a okolním prostředí.

Čtení je postupné osvojování písmen, slabik, slov a vět, které vede k rozvíjení čtecích dovedností, vnímání obsahu čteného textu, jeho reprodukci a čtení s porozuměním.

I žáci, kteří nikdy nebudou souvisle číst text s plným porozuměním si potřebují v životě přečíst různé nápisy, nápisy, návody, názvy, jména.

Psaní rozvíjí grafické dovednosti žáků, jejich jemnou motoriku a grafomotoriku, a zároveň tím stimuluje jejich

myšlení. Získávání těchto dovedností, postupné zvyšování kvality a rychlosti písma, vyúsťuje v praktické využívání získaných dovedností a dává tak žákům možnost písemného vyjádření.

Cílem je naučit žáky srozumitelně se vyjadřovat ústní i písemnou formou spisovného jazyka, vytvořit u nich dovednost správného hlasitého a tichého čtení, a pomocí vhodných literárních ukázek probouzet v žácích úctu a lásku k rodnému jazyku a zájem o literaturu (Vzdělávací program zvláštní školy, 1997, s. 10)

Počítání (počtům) je věnován značný prostor, jelikož početní dovednosti jsou pro každodenní život nepostradatelné. Žákům s mentálním postižením je třeba poskytovat takové matematické vědomosti a dovednosti, které budou moci využívat při řešení problémů a úkolů, se kterými se budou setkávat v praktickém životě a pracovním procesu

16.3.3 Rámcové vzdělávací programy

Ve vzdělávacím obsahu RVP ZV (tj. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání jakožto kurikulární dokument vypracovaný a garantovaný státními orgány) je učivo chápáno jako prostředek k osvojení činnostně zaměřených očekávaných výstupů, které se postupně propojují a vytvářejí předpoklady k účinnému a komplexnímu využívání získaných schopností a dovedností na úrovni **klíčových kompetencí**.

V etapě základního vzdělávání jsou za klíčové považovány:

- kompetence k učení
- kompetence k řešení problémů
- kompetence komunikativní
- kompetence sociální a personální
- kompetence občanské
- kompetence pracovní.

Klíčové kompetence nestojí vedle sebe izolovaně, různými způsoby se prolínají, jsou multifunkční, mají nad předmětovou podobu a lze je získat vždy jen jako výsledek celkového procesu vzdělávání. Proto k jejich utváření a rozvíjení musí směřovat a přispívat veškerý vzdělávací obsah i aktivity a činnosti, které ve škole probíhají.

ŠVP (školní vzdělávací programy) si vytváří každá škola podle zásad stanovených v příslušném RVP, pro „své“ žáky v důvěrně známých podmínkách, „šitý na míru“ tomu, co dobře zvládá a způsobem, který si sama stanoví a dál bude rozvíjet. Učitelé se mohou společně radit, pomáhat si, hledat nové možnosti efektivního vzdělávání i nejvhodnější způsoby jeho vymezení v dokumentu. Nabízí se propojit to, co možná dosud dělali každý zvlášť, s různými záměry a vytváří tak dokument, který budou společně obhajovat i realizovat, což je vždy lepší u materiálů vlastních než u „nadiktovaných“.

Pro tvorbu ŠVP mohou školy využít tzv. Manuál pro tvorbu školních vzdělávacích programů (dále jen Manuál), který je vytvářen ke každému RVP. Manuál seznamuje s postupem tvorby ŠVP a uvádí způsoby zpracování jednotlivých částí ŠVP s konkrétními příklady.

Žáci s mentálním postižením jsou vzdělávání dle:

- RVP pro ZV s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením RVP ZV-LMP (VÚP 2005)
- RVP pro obor vzdělání základní škola speciální – RVP ŽŠS (VÚP 2008) - obsahující dva díly, které jsou zpracovány podle stupně mentálního postižení žáků a jsou navzájem plně dostupné:
- Díl I: Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením
- Díl II: Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením s více vadami

16.3.4 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

V diagnostice mentálního postižení nelze vždy používat diagnostické nástroje v plném rozsahu, dodržovat časové limity u testů apod. Je třeba využít všech možností a takového potenciálu jedince, které má k dispozici. U odborníků, zabývajících se diagnostikou záleží na vzdělání, zkušenostech, intuici, kreativité a trpělivosti. Zkušenosti z praxe se přímo odráží při využívání jednotlivých testů, ale také ve schopnosti kombinovat je a pak zpracovávat v ucelený komplexní obraz závěru vyšetření.

Psycholog by měl určit dosaženou vývojovou úroveň klienta, strukturu jeho schopností s přihlédnutím k nejzávažnějším deficitům i zachovaným kompetencím, jejich vztahu ke vzdělávání a na jejich základě navrhnout nejvhodnější způsob práce s daným jedincem, určit individuální zvláštnosti osobnosti a osobnostní vlastnosti, které mohou ovlivnit vzdělávací proces.

Speciální pedagog se zaměřuje podrobněji na diagnostiku dílčích funkcí (jemná a hrubá motorika, grafomotorika, laterálnost, zrakové vnímání, řeč a komunikace, sluchové vnímání aj), na diagnostiku školního výkonu (kompetence, vědomosti, dovednosti, návyky) a více zvažuje školní podtext sledovaného jevu. Mnohdy spec.pedagogové používají nestandardní pomůcky, které si sami vyrábí, např. pracovní listy, doplňující cvičení, běžné a upravené hračky, stavebnice atd. Je třeba vždy přizpůsobit výběr diagnostických nástrojů specifickým zvláštnostem klienta. Je běžnou praxí, že z jednotlivých testových baterií pro psychology si sp.pedagogové vybírají jen dílčí subtesty, které jim alespoň částečně pomohou v naplnění dílů speciálně pedagogické diagnostiky.

Speciální pedagog by měl znát celou řadu diagnostických metod, které je schopen uplatnit pro konkrétní jedince s mentálním postižením. Na základě d výsledků vyšetření je pak schopen sestavit návrhy podpůrných opatření, individuální vzdělávací plány, metodicky vést učitele, doporučit pomůcky atd.

Při zjišťování vědomostí a dovedností u dětí v podmínkách SPC využíváme níže uvedené nástroje:

Zkoušky školních dovedností:

- **Zkouška čtení** (Matějček a kol., Psychodiagnostika, 1987)
- **Diagnostika vývojových poruch učení I.** vydání (Novák, Psychodiagnostika, 1994)
- **Diagnostika vývojových poruch učení II.** vydání (Novák, Psychodiagnostika, 1997)
- **Baterie diagnostických testů gramotnostních dovedností pro žáky 2. a 5. ročníků ZŠ** (Caravolas, Voltín, IPPP ČR, 2005)
- **Vyšetření matematických schopností u dětí** (Novák, Psychodiagnostika, 1997)
- **Kalkule III** – zkouška matematických schopností u dětí (Košč, Novák, in Novák, Psychodiagnostika, 1998)
- **Barevná kalkule** (Novák, Psychodiagnostika, 2001)
- **Kalkule IV.** (Novák, psychodiagnostika 2003)
- **Kvalitativní rozbor** – klíčové dovednosti – Didaktické testy z českého jazyka a z matematiky pro jednotlivé ročníky (Zapletalová a kol., 2006)

260 cvičení pro děti raného věku (Strassmeier, 1996)

V praxi se velmi často setkáváme i s touto nestandardizovanou technikou. Obsahuje vývojové škály v oblasti jemné motoriky, řeči, myšlení, sebeobsluhy a zároveň metodické postupy edukace. Speciální pedagog by měl znát jednotlivé vývojové škály a po dohodě s psychologem využít některé jejich části pro svou diagnostiku.

16.4 Společenskovední a přírodovědní oblast, oblast zdraví, práce a kultury

16.4.1 Charakteristika subdomény

Vzdělávání na základních školách vybavuje žáky běžné populace znalostmi a dovednostmi potřebnými pro jejich aktivní zapojení do života ve společnosti. Vzdělávání směřuje k tomu, aby žáci poznali dějinné, sociální a kulturně historické aspekty života lidí v jejich rozmanitosti, proměnlivosti a ve vzájemných souvislostech. Seznamuje žáky s vývojem společnosti a s důležitými společenskými jevy a procesy, které se promítají do každodenního života. Vzdělávání se opírá o vlastní prožitek žáků vycházející z konkrétních nebo modelových situací při osvojování potřebných dovedností, způsobů jednání a rozhodování. Nedílnou součástí vzdělávacího okruhu je prevence rasistických, xenofobních a extrémistických postojů, výchova k toleranci a respektování lidských práv, k rovnosti mužů a žen.

Žáci se seznamují prostřednictvím činností s výrazovými prostředky, s hudebním a výtvarným uměním. Inspirací k činnosti se stávají také díla literární a dramatická (divadlo, film), multimediální tvorba i různorodé hudební směry. Vzdělávací obsah této oblasti umožňuje rozvíjet estetické citění, podporuje vztah k tradicím a přispívá k rozvoji tvořivosti, vnímavosti k umění a kultuře i k sobě samému i k okolnímu světu. Přírodu poznávají jako celek, podporováno je kritické myšlení, vztah k ekologii a propojování poznatků v jednotlivých předmětech praktickými ukázkami a dovednostmi. Žáci poznávají hodnotu zdraví a profesně se orientují.

16.4.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

Tato komplexní oblast vymezuje základní, obecný, ale ucelený vzdělávací obsah týkající se člověka, rodiny, společnosti, vlasti, živé a neživé přírody, kultury, zdraví a dalších témat. Nahlíží tak jak do historie, tak do současnosti a směřuje k dovednostem pro praktický život. Formuje postoje důležité pro využívání poznatků o společnosti a mezilidských vztazích v občanském životě. Poskytuje žákům prostředky a metody pro hlubší porozumění přírodním faktům a jejich zákonitostem. Dává jim potřebný základ pro lepší pochopení a využívání současných technologií, napomáhá jim lépe se zorientovat v běžném životě. Vzdělávací obsah přírodovědního a společenskovedního charakteru je rozložen do následujících oblastí:

- **Člověk a jeho svět** - rozvíjí poznatky, dovednosti a prvotní zkušenosti žáků, které získali ve výchově v rodině a předškolním vzdělávání. Učí se vnímat lidi a vztahy, pozorovat a pojmenovávat věci a jevy, poznávat sebe a své okolí, vyjadřovat své myšlenky, všimnout si krás kolem sebe, přírodních jevů a lidských výtvarů, upevňovat zásady zdravého životního stylu.
- **Člověk a společnost** - seznamuje žáky s vývojem společnosti a důležitými společenskými jevy, které se promítají do každodenního života. Přináší základní poznatky o konání člověka v minulosti, poznání dějů, které zásadním způsobem ovlivnily vývoj společnosti a promítly se až do současnosti. Učí žáky respektovat a uplatňovat pravidla společenského soužití, brát odpovědnost za své názory, chování a jednání i jejich důsledky.
- **Člověk a příroda** - zahrnuje základní fyzikální, chemické, přírodovědné a zeměpisné poznatky a dovednosti. Umožňuje tak žákům hlouběji porozumět procesům probíhajícím v přírodě, vzájemným souvislostem a vztahům mezi nimi, poznávat přírodní podmínky nejen ve svém nejbližším okolí a na území České republiky, ale i v Evropě. Vychází z osobních poznání žáků a jejich zkušeností.
- **Člověk a zdraví** – učí žáky základním poznatkům a dovednostem souvisejícím se zdravím, které by měli využívat v každodenním životě. Žáci jsou vedeni k pochopení hodnoty zdraví, smyslu zdravotní prevence i problémů spojených s poškozováním zdraví, v přiměřené míře k věku a rozumovým schopnostem.
- **Člověk a svět práce** - zaměřuje se na praktické pracovní dovednosti, návyky a zájmy, doplňuje vzdělání o důležitou složku nezbytnou pro uplatnění člověka v dalším životě a ve společnosti. Je založena na tvůrčí myšlenkové spoluúčasti žáků. Vede k orientaci pro volbu vlastního profesního zaměření, k pozitivnímu vztahu k práci, k uplatňování tvořivosti a vlastních nápadů při pracovní činnosti a k vynakládání úsilí na dosažení kvalitního výsledku.
- **Umění a kultura** - přispívá ke kultivaci osobnosti žáka tím, že dává prostor pro uplatnění jeho tvořivých schopností a zprostředkovává mu umělecké zážitky prostřednictvím vlastní tvorby. Naplňuje přirozenou potřebu projevit se. Ve výuce je možné přiblížit žákům hudební i výtvarné umění a působit tak na jejich estetické vnímání. Získané dovednosti mohou obohatit život v podobě náplně zájmových činností. Vzdělávací oblast má významný rehabilitační a relaxační charakter. Na žáky působí harmonizující prostředí, ve kterém se snižuje jejich vnitřní napětí, psychická nevyváženost, nesoustředěnost a v mnohých případech i agresivita. Žáci s mentálním postižením mají předpoklady k osvojení hudebních a výtvarných dovedností a mohou v této oblasti dosahovat vynikajících výsledků. Veřejná vystoupení podporují růst jejich sebevědomí a přispívají k odolnosti vůči stresu. Je známo, že mnozí žáci s mentálním postižením mají značné tvořivé schopnosti a neobvykle výtvarné citění. Tyto schopnosti je zapotřebí u žáků objevovat, rozvíjet a podporovat.

16.4.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

V diagnostice subdomény se užívají běžné didaktické prostředky zaměřené na evaluaci vědomostí, a dovedností a hodnocení školního výkonu (ústní zkoušení, hodnocení produktů, didaktické testy...).

16.5 Stanovení míry podpůrných opatření

0. stupeň – bez podpůrných opatření

Žák čte samostatně, plynule a s porozuměním i složitější text, je schopen reprodukce přečteného s následným výkladem.

Píše čitelně, úhledně a samostatně, zvládá diktovaný text, orientuje se v pravopise a mluvnických kategoriích, písemnou formou se dokáže vyjádřit k jednotlivým tématům.

Počítá samostatně, přesně a pohotově, bez obtíží zvládá všechny matematické operace, a učivo geometrie, řeší slovní úlohy s logickým úsudkem.

Ve společensko a přírodovědní oblasti učivo rozumí, správně jej chápe a samostatně reprodukuje.

	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň
Čtení	čte samostatně menší celky jednoduchého textu plynule s porozuměním, samostatně reprodukce textu je schopen s drobnými obtížemi	čte s pomocí, částečným porozuměním, reprodukce textu je schopen jednoduchými odpověďmi na návodné otázky	čte jen s trvalou pomocí, samostatného čtení není schopen, čtenému nerozumí	čte s trvalou pomocí jen jednoduchá slova bez porozumění, slabiky a písmena, využívána je i Alternativní výuka čtení s využitím globální metody První čtení
psaní	píše samostatně, čitelně a úhledně, zvládá opis a přepis, menší obtíže jsou patrné v diktovaném textu, ojediněle chybí v pravopise a mluvnických kategoriích. Je schopen se jednoduchou písemnou formou vyjádřit k daným tématům.	píše čitelně, zvládá opis, v přepise i diktovaném textu jednoduchých vět a slov jsou patrné větší nedostatky, jakož i v pravopise. Písemnou formou je schopen vyjádřit se alespoň jednoslovně na otázky k danému tématu.	píše neúhledně málo čitelně, zvládá opis, s pomocí přepis a diktování pouze slabiky a písmena, samostatně je schopen podpisu	s trvalou pomocí zvládá psaní písmen, obtíže činí napojování ve slabiky, psaní slov není schopen, využíváno je psaní i hůlkového písma
Počty	počítá samostatně, vcelku pohotově, jen s menšími nedostatky zvládá matematické operace a učivo geometrie	počítá samostatně, pomalejším tempem, s drobnými chybami, větší nedostatky jsou patrné v matematických operacích, jakož i v řešení slovních úloh, vážně i učivo geometrie.	počítá velmi pomalým tempem, vyžaduje pomoc při všech činnostech a řešení matematických operací, samostatné práce není schopen	s obtížemi zvládá psaní a čtení číslic v daném číselném oboru, nedostatky jsou v porovnávání, přiřazování, zcela chybí matematická představivost, při všech činnostech vyžaduje trvalou pomoc
společensko a přírodovědní oblast	učivo rozumí, u náročnějších témat při ověřování učiva vážně souvislý projev.	učivo s mírnou pomocí rozumí, odpovídá pouze na otázky	učivo zvládá částečně a to jen s pomocí	učivo i s trvalou pomocí téměř nezvládá, neorientuje se v něm

16.6 Zájmy

16.6.1 Charakteristika subdomény

Zájmy a záliby (např. technické, sportovní, hudební, čtenářské), jsou získané motivy, ve kterých je zdůrazněn vztah jedince k určitému druhu činnosti nebo skutečnosti: projevují se soustředěním pozornosti v tom směru, poznáváním té skutečnosti, realizací příslušné činnosti, uspokojením z ní a nelibostí při jejím omezování. (Čáp, 1979). Žáci se liší tím, o co se zajímají, tedy obsahem zájmu, ale také hloubkou, do jaké se o obor zajímají a zda jejich zájem je trvalý, nebo jen přechodný. Někteří mají zájmy úzké, jednostranné, kdežto jiní široké, mnohostranné.

Zájmová oblast je jednou z významných inkluzivních platform – viz integrované příprava na ZUŠ, svěbytný umělecký směr art brut, teatroterapeutické aktivity a festivaly „very special art“, etc.

16.6.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

U žáků s mentálním postižením se klade velký důraz na rozvoj estetického citění, vyhledávání a rozvíjení jejich zájmů. Jedná se zejména o oblast hudby, výtvarných schopností, sportovních a pracovních dovedností, které v nemalé míře ovlivňují jejich chování. Kromě vyučovacích předmětů se využívá i nejrůznějších expresivně orientovaných metod – muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, canisterapie, hipoterapie atd. Zanedbatelný význam nemají v tomto směru ani aktivity mimo vyučování. zájmové kroužky i mimoškolní aktivity.

16.6.3 Diagnostické nástroje a diferenciální diagnostika

- **Katalogový test (Bücherkatalogtest B-K-T)** M. Tramera z roku 1953 patří k nejznámějším dotazníkům měřícím zájem. Proband vybírá ze seznamu 430 fingovaných knižních titulů ty, které by chtěl číst. Po určité době (nejčastěji druhý den) má názvy vybraných knih reprodukovat. Výsledky jsou hodnoceny na základě srovnání s 24 zájmovými oblastmi. Test má řadu variant, např. o rok dříve byl publikován F. Baumgartenovou podobný test obsahující 310 knižních titulů, vztahující se ke stu různých profesí. Test nemá normy, je však doporučován pro mladistvé klienty.
- **Brněnský katalog zájmů** (J. Ch. Raiskup) obsahuje seznam 120 knižních titulů z nejrůznějších oblastí a proband má u každé knihy označit na čtyřstupňové škále intenzitu svého zájmu. Test zjišťuje 14 zájmových oblastí, jako např. praktické, intelektuální, sportovní, kulturní apod.
- **Katalogový zájmový test** je konstruován na principu seznamu knih.
- **Zájmový dotazník Choynowského** obsahuje 54 bipolárních charakteristik různých činností a vyšetřovaná osoba vyjadřuje stupeň souhlasu s jedním nebo druhým pólem pomocí pětibodové škály. Dotazník zjišťuje 12 faktorů týkajících se různých rysů osobnosti, jako je odpovědnost, tvořivá iniciativa, zájem o druhé apod.
- **Kuder Preference Rekord Vocational (KPR-V)**, 1934 a **Kuder Preference Rekord Occupational (KPR-O)**, 1956. Test KPR-O je složen ze 100 položek (každou třetí tvoří triáda) a subjekt označí, které z možností dává přednost a kterou by dal na poslední místo. Autor G.F.Kuder používal deseti škál týkajících se obecných oblastí zájmů, jako např. práce venku, zájmy početní, vědecké, literární, zájem o sociální služby aj. Na rozdíl od SVIB (viz dále) neústí výsledky Kučerova testu v poradenský závěr ve smyslu doporučení konkrétní profese. Kuderovy testy existující v pěti modifikacích (A-E), nejsou u nás nikterak zaužívané. Stejně tak nejnovější Kuderův test (byl publikován v r. 1966 pod názvem **Kuder Occupational Interest Survey, KOIS-DD**) Test obsahuje 126 škál vztahujících se k jednotlivým profesím vhodným pro obě pohlaví. Test má počítačovou úpravu.

- Jedním z nejstarších a nejrozšířenějších zájmových testů je **Strongův zájmový inventář (Strong Vocational Interest Blank SVIB)** z roku 1927. Má formy pro obě pohlaví, každá se skládá ze 400 položek popisujících relativní specifické aktivity. K většině položek se subjekt vyjadřuje ve smyslu „mám rád“, „nemám rád“, „nevím“, resp. „je to pro mě indiferentní“. (příklady položek: hrát na klavír, seřizovat karburátor, pronášet řeč.) U jiné skupiny položek volí proband jednu ze dvou alternativ (raději pracuji s věcmi-raději pracuji s lidmi) nebo se vyjadřuje k položkám inventáře (plánuji si svou práci do nejmenších podrobností: „ano“, „ne“, „nevím“). Odpovědi ve Strongově dotazníku (verze r. 1971) mohou být skórovány v 84 škálách, z nichž 22 měří základní zájmy, 54 je orientováno na profesionální oblasti a 8 na neprofesionální oblasti. Ženská verze má 81 škál. Základní zájmy jsou např. umění, matematika, sociální služba, prodej, vyučování apod. V profesní oblasti jsou to konkrétní povolání, jako např. dentista, policista, knihovník, zemědělec, novinář atd. Stupnice, které nejsou zaměřeny na konkrétní profesi, zjišťují např. charakter zájmů v dimenzích maskulinita-feminita, různost zájmů, úroveň specializace apod.

Pozn: Výše uvedené nástroje jsou určeny pro intaktní populaci a proto je nutné značné zohlednění specifika osob s mentálním postižením pokud je diagnostik bude chtít využít pro tuto populaci. .

16.6.4 Stanovení míry podpůrných opatření

0.stupeň – bez podpůrných opatření

Klient disponuje pozitivními a věku přiměřenými zájmy, přičemž tyto mají ukotvenou a poměrně stabilní úroveň

I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň
Klient často vykazuje pozitivní a věku přiměřené zájmy	Klient občas vykazuje pozitivní a věku přiměřené zájmy	Klient jen sporadicky vykazuje pozitivní a věku přiměřené zájmy	Klient nedisponuje pozitivními a věku přiměřenými zájmy

16.7 Návyky

16.7.1 Charakteristika subdomény

Návyky vznikají tehdy, když se činnosti (nebo jejich části či soustavy) opakují stejným způsobem. Návyky pak ovlivňují další průběh činností a jedincova života: usnadňují vznik a průběh navykklé činnosti. Návyky získané dispozice podněcující k vybavení určitých pohybů nebo úkonů v určité situaci. Užitečné návyky – zejména návyky zformované denním režimem – značně usnadňují jedinci i skupině každodenní život, ušetří zbytečné váhání a rozhodování.

Na první pohled se může zdát, že denní režim a návyky jsou záležitostí úzce fyziologická nebo organizačně vzdálená výchově a formování osobnosti (Čáp, 1980).

16.7.2 Specifika subdomény u klientů s mentálním postižením

Je účelné odlišit návyky vyšší, intelektové (na tvůrčí práci, na sebevzdělání...) od elementárních návyků, do nichž patří úkony hygienické, sebeobslužné, společenské, základní etické a estetické apod. Při výchově a vzdělávání osob s mentálním postižením je nutné budovat nejdříve pocit potřeby elementárních návyků (umyté ruce před svačinou, čisté oblečení, včasný příchod do školy, pozdrav, poděkování....) a teprve, když jsou zautomatizovány, zaměřit se na návyky složitější.

Některé návyky lze zvládnout drilem, neustálým opakováním, jejich formy jsou pak hlavním obsahem výchovně-vzdělávacího procesu žáků s těžkým a hlubokým mentálním postižením (Valenta, Muller, 2007).

Návyky a jejich úroveň lze dále charakterizovat i na žádoucí (v péči o vlastní osobu a své osobní prádlo, v péči o své okolí, kvalitní úklid, ve vaření dle zásad správné výživy, v údržbě společných prostor v okolí bytu apod...) a na nežádoucí (např. autostimulace, nevhodné sexuální nebo společenské chování a jiné neobvyklé návyky).

Takové chování nepříznivě ovlivňuje zdraví a bezpečnost jak člověka tak okolí. Tyto návyky je třeba vhodnou psychoterapeutickou formou odbourávat.

16.7.3 Stanovení míry podpůrných opatření

0.stupeň – bez podpůrných opatření

Klient trvale a automaticky využívá žádoucích návyků v denní praxi.

I. skupina	II. skupina	III. skupina	IV. skupina
Klient občasně využívá návyků v denní praxi	Klient méně často využívá žádoucích návyků v denní praxi.	Klient jen sporadicky využívá žádoucích návyků v denní praxi	Klient nevyužívá žádoucích návyků v denní praxi

Literatura:

RVP pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Praha: VÚP 2005,

ISBN 80-87000-03-X

RVP pro obor vzdělání základní školy speciální. Praha: VÚP 2008,

SVOBODA M., KREJČÍŘOVÁ D., VÁGNEROVÁ M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha: Portál s.r.o., 2001, ISBN 80-7178-545-8

SVOBODOVÁ J., *Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní.* Praha, IPPP ČR.

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Praha : Grada Publishing, a.s. 2001, ISBN 978-80-247-1587-2

Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy. Praha :Septima, 1997, ISBN 80-7216-030-3

Vzdělávací program zvláštní školy. Praha:Septima, 1997, ISBN 80-7216-025-7

KUCHARSKÁ, A. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech,* Praha: IPPP ČR, 2007, ISBN 978 - 80 - 86856 - 42 - 1

MONATOVÁ L., *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí.* Brno, Paido, 2000

VALENTA M., MÜLLER O. *Psychopedie.* Praha: Parta, 2007, ISBN 978-80-7320-099-2

ČÁP J., ČECHOVÁ V., ROZSYPALOVÁ M. *Psychologie.* Praha:Nakladatelství H &H, 1998, ISBN 80-86022-36-6

ČÁP J. *Psychologie pro učitele.* Praha: SPN, 1987

ZAPLETALOVÁ J. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v pedagogicko-psychologických poradnách.* Praha, IPPP ČR , 2006, ISBN 80-86856-29-1

Výhláška č. 73/2005 Sb.,o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním , vyšším odborném a jiném vdělávání (školský zákon), jak vyplývá z pozdějších změn

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

KAPITOLA 17

17 Metodika práce s Katalogem míry posuzování SVP

Valenta M., Baslerová P., Michalík J., Procházka M.

Jak bylo již v úvodu konstatováno, předložený Katalog II se zaměřením na děti a žáky s mentálním postižením (s využitím Katalogu I věnovaného procedurálním otázkám činnosti SPC) má za úkol ulehčit, zpřesnit a pokud možno i standardizovat dosud roztržštěnou praxi v oblasti posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb u žáků se zdravotním postižením². Proto byly, v souladu s nejnovějšími přístupy k posuzování potřeb a schopností osob se zdravotním postižením², popsány jednotlivé oblasti (domény), které se váží na dané zdravotní postižení a jsou významné pro stanovení míry speciálních vzdělávacích potřeb. Tento přístup je i v souladu s požadavkem standardizace a zvýšení přesnosti závěrů speciálně pedagogické (a psychologické) diagnostiky. V publikaci se nachází soubor doporučených a možných postupů využitelných v praxi speciálně pedagogických center.

V následující části je podán komentář k možným způsobem jeho využití a metodická doporučení pro zachycení a vyhodnocení výsledků diagnostické činnosti.

17.1 Pojetí katalogu a možnosti jeho využití

Základní otázkou, kterou vytvořený manuál řeší, je vytvoření prostoru pro posuzování míry (hloubky) speciálních vzdělávacích potřeb. Až dosud, v souladu s platnou legislativou, byl pojem speciálních vzdělávacích potřeb vnímán horizontálně - tj. jako soubor dětí, žáků a studentů buď se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním či sociokulturním znevýhodněním (viz § 16 školského zákona). Toto pojetí přinášelo nejen legislativní, ale i praktické problémy. Jen obtížně bylo možno určit tzv. "těžké zdravotní postižení", o němž se sice de iure hovoří, není však naplněno obsahově. Takřka vůbec nebyl definován pojem zdravotního znevýhodnění a značné legislativní i praktické obtíže provázely pokusy o definici postižení kombinovaného.

Podstatou manuálu - jímž je katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb pro děti a žáky s mentálním postižením - je vytvoření modelu, který kvantifikuje diagnostické výstupy speciálně pedagogického centra ve vztahu ke stanovení míry speciálně pedagogické podpory. Tyto výstupy jsou zpracovány ve stratifikačních pásmech 0-4 dle míry deficitu (především funkční ztráty) v jednotlivých doménách. Jedná se tedy o první ucelený pokus vyjádření míry (hloubky) jednotlivých zdravotních postižení pro účely vzdělávání u nás. Důležité je, že zvolený způsob i jemu odpovídající metodika postupu poradenských pracovišť nesměruje ke stanovení hloubky SVP samoúčelně, např. pro potřeby statistiky či ekonomických normativů, ale popisuje a vyjadřuje dopady dané míry (hloubky) zdravotního postižení na individuální speciální vzdělávací potřeby každého žáka.

Stanovení míry potřeby speciálněpedagogické podpory s ohledem na jednotlivé domény (hodnocené oblasti), je souhrnným vyjádřením výsledku speciálněpedagogické a psychologické diagnostiky. Obsahuje shrnující a sumační výrok poradenského pracovníka. Přitom **použitá metodika nadále počítá s empirií a profesní dovedností každého poradenského pracovníka! V žádném případě nemůže být závěr vyšetření výsledkem zprůměrování (či stanovení jiné středové hodnoty) jednotlivých kvantifikátorů!**

Je na každém poradenském pracovníkovi, zda navrženou metodiku a kvantifikaci využije ve své diagnostické práci jako tabulační a simplifikující pomůcku a komplementární nástroj, jenž především:

- zpřehledňuje výsledky diagnostického procesu
- zpřehledňuje (převedením výsledků do sumační tabulky a grafů) ontogenezi a vývojový trend konkrétního klienta v čase
- upozorňuje na kauzalitu, vztahy, souvislosti a změny mezi doménami-funkcemi (výsledky diagnostického procesu) v čase.

Navržený diagnostický materiál vychází ze zkušenosti speciálních pedagogů a psychologů – dlouholetých praktiků ze SPC pro žáky s mentálním postižením i akademických pracovníků a dalších odborníků poradenské oblasti.

² např. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví, Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a rámec Národního akčního plánu inkluzivního vzdělávání.

Navržený způsob posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb v žádném případě nevylučuje využití výsledků diagnostiky odborníků dalších pomáhajících profesí, s ohledem na individualitu dítěte nebo žáka se SVP. Je také evidentní, že navržená stratifikace nemůže mít v současnosti normativní charakter³. Nicméně standardizace stanovení míry speciálních vzdělávacích potřeb na základě tohoto manuálu je v zájmu klientů i samotných poradenských pracovišť. **Navržená kvantifikace nenahrazuje zprávu z vyšetření!**

Posouzení míry (hloubky) SVP vyvolává potřebu nabídky adekvátních prostředků speciálně pedagogické podpory (např. podpůrných opatření) v závislosti na výsledcích provedené diagnostiky. Lze uvažovat o samostatném „katalogu prostředků speciálně pedagogické podpory“, jehož tvorba však není předmětem ani výstupem předloženého katalogu míry posuzování SVP. Tvůrci katalogu předpokládají, že vytvoření samostatného přehledu dostupných a potřebných prostředků speciálně pedagogické podpory je navazujícím úkolem. Bez stanovení míry (hloubky) speciálních vzdělávacích potřeb však nelze validně stanovit odpovídající instrumentář prostředků speciálně pedagogické podpory!⁴ V katalogu není podán jejich výčet, i když z popisu jednotlivých domén lze částečně některé podpůrné prostředky odvodit.

Při odpovídajícím způsobu práce s katalogem, za dodržení principu plné individualizace a komplexnosti posuzování toho kterého dítěte, žáka, nebo studenta, by však ani v této fázi nemělo být obtížné stanovit potřebnou úroveň (stupeň) podpory v oblasti obsahu, forem a metod vzdělávání při současném zahrnutí možností klienta.

Tato **podpůrná opatření nemusí vždycky korespondovat s hloubkou postižení** jako takového, ale měla by odrážet skutečnou potřebu podpory při vzdělávání. Například žák se lehkou mentální retardací ale kvalitním rodinným prostředím spolupracujícím se školou může mít ve výuce nižší potřebu podpory, než žák v hraničním pásmu intelektu, který pochází z nepodnětného a nespolečného rodinného prostředí.

Vzhledem k tomu, že katalog umožňuje plný individuální přístup, zvolená podpůrná opatření nekopírují hloubku postižení, ale dávají prostor vystihnout skutečnou specifickou potřebu konkrétní podpory v rámci vzdělávání. Jinými slovy řečeno, určující se stává individualita klienta a nikoliv jeho diagnóza. Dostáváme se tedy konečně do bodu, kdy bude možno odpovídající podporou „vybavit“ děti, žáky a studenty tzv. hraničního pásma.

Pro ilustraci uvádíme **orientační příklad rozvrstvení podpůrných opatření** do 4 úrovní u dětí, žáků a studentů, kteří jsou v péči SPC s mentálním postižením:

1. Úroveň podpůrných opatření

Uvedená podpůrná opatření je škola schopna realizovat sama po konzultaci se SPC:

- výrazné zvýšení individuálního přístupu k žákovi
- modifikace školního vzdělávacího programu v závislosti na možnostech dítěte, žáka nebo studenta
- vhodný výběr a přizpůsobení metod, forem a prostředků zdělávání
- přijetí odpovídajícího způsobu plánování vzdělávacího procesu v závislosti na specifických vzdělávacích potřebách a možnostech vzdělávaného.

Velmi důležitým bodem je respektování možností vzdělávaného při jeho hodnocení na podkladě vytýčeného plánu vzdělávání vycházejícího z modifikovaného ŠVP ZV

2. Úroveň podpůrných opatření

Uvedená podpůrná opatření poskytuje škola ve spolupráci s SPC. V souladu s aktuálně platnou legislativou je nezbytné navržená opatření alespoň 2x ročně pracovníky SPC vyhodnocovat a o případných nedostatcích informovat ředitele školy. Takovéto formy podpůrných opatření bude využíváno zejména v případech individuálních integrací žáků s LMP v MŠ a ZŠ.

³ Lze očekávat, že v souvislosti s uvažovaným zpřesněním definice speciálních vzdělávacích potřeb ve školském zákonu dojde k normativnímu vyjádření jejich hloubky.

⁴ Opačný postup, tj. vytvoření jakéhosi přehledu podpůrných prostředků bez toho komu a kdy jsou určeny by znamenalo pouze mechanické převzetí "z katalogu výrobců pomůcek"

Mezi podpůrná opatření dále patří:

- úprava učiva ve formě ŠVP pro děti s LMP v případě, že modifikace ŠVP ZV nedostačuje
- vzdělávání na podkladě IVP
- hodnocení výsledků vzdělávání, které vychází z IVP
- možnost využití speciálních forem, metod, prostředků a postupů
- alternativně možnost zařazení předmětů speciálně pedagogické péče realizované zaškoleným kmenovým učitelem (např. rozvoj grafomotoriky) a podle potřeby i dle upravených učebnic, textů a sešitů

3. Úroveň podpůrných opatření

Podpora je poskytována školou v užší spolupráci s poradenským zařízením. Doporučená opatření jsou pravidelně vyhodnocována a součástí vzdělávání se stávají edukační, reedukační a terapeutické činnosti zabezpečované buď pracovníky školy či SPC.

Tuto podporu budou využívat především ti integrování žáci, jejichž postižení je násobeno např. dalším znevýhodněním, nepodnětným rodinným zázemím, jiným zdravotním postižením a aspekty, které mají vliv na snížení školní úspěšnosti žáka a vyžadují především pravidelnou péči školy i poradenského pracovníka.

Mezi podpůrná opatření dále patří:

- vzdělávání na podkladě IVP, nezbytnost změny obsahu i rozsahu učiva ve formě upraveného ŠVP pro děti s LMP
- hodnocení výsledků vzdělávání, které vždy vychází z IVP
- nezbytnost využití speciálních forem, metod, prostředků a postupů
- nutnost využívání speciálních učebnic a didaktických pomůcek
- potřeba zařazení předmětů speciálně pedagogické péče realizované zaškoleným kmenovým učitelem (např. rozvoj grafomotoriky, individuální logopedická péče....) a podle potřeby i dle upravených učebnic, textů a sešitů
- Potřeba úpravy vzdělávacího prostředí i časového rozvržení procesu vzdělávání
- doporučen nižší počet žáků ve třídě (v kompetenci ředitele dle možností a podmínek školy)
- zařazení asistenta pedagoga alespoň na vybrané předměty

4. Úroveň podpůrných opatření

Žák není schopen edukace bez trvalé účasti asistenta pedagoga

Podpora je poskytována školou za velmi úzké spolupráce s poradenským zařízením. Doporučená opatření jsou pravidelně vyhodnocována, přičemž edukační, reedukační a terapeutické činnosti zabezpečované buď pracovníky školy či SPC jsou nedílnou součástí vzdělávacího procesu.

Takováto míra podpory bude věnována žákům, u nichž narůstá míra postižení a současně dochází k násobení problémů např. dalším znevýhodněním, nepodnětným rodinným zázemím, ale i dalšími aspekty, které mají vliv na snížení školní úspěšnosti žáka. Mnohdy se jedná o žáky se souběžným postižením více vadami.

Mezi podpůrná opatření dále patří:

- nezbytnost změny obsahu i rozsahu učiva ve formě upraveného ŠVP pro děti s LMP
- vzdělávání na podkladě IVP
- hodnocení výsledků vzdělávání, které vždy vychází z IVP
- nezbytnost využití speciálních forem, metod, prostředků a postupů
- nutnost využívání speciálních učebnic a didaktických pomůcek
- Nutná potřeba zařazení předmětů speciálně pedagogické péče realizované zaškoleným kmenovým učitelem (např. rozvoj grafomotoriky, individuální logopedická péče, komunikační dovednosti pro žáky s PAS, individuální somatopedická péče, zdravotní tělesná výchova....) a podle potřeby i dle upravených učebnic, textů a sešitů
- nutná potřeba úpravy vzdělávacího prostředí i časového rozvržení procesu vzdělávání
- nezbytný nízký počet žáků ve třídě (v kompetenci ředitele dle možností a podmínek školy)
- nutnost trvalého zařazení asistenta pedagoga

Generalizovaně lze stanovit, že daná 4 pásma mohou být charakterizována schématem:

- 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 PPP).
- 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

17.2 Metodika práce a využití hodnotících kritérií Katalogu

Základem diagnostiky žáka s mentálním postižením je lékařské vyšetření. Z praxe však víme, že zdravotní nález nám neurčí vzdělávací potřeby žáky. Jejich vymezení je úkolem speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky. V předložené metodice – katalogu je uvedeno 14 domén, tedy oblastí, které podle převažujícího mínění odborníků zásadně ovlivňují rozvoj osobnosti žáka s mentálním postižením ve vztahu k jeho edukaci. Protože jde o soubor poměrně rozsáhlý, je zřejmé, že nebude možno (a není to ani účelné) vždy a za každých okolností diagnostikova žáka komplexně (tj. otvírat všechny domény).

Příklad: Není třeba se zabývat aspirací a konací dítěte předškolního věku při zvažování přijetí dítěte se zdravotním postižením ke vzdělávání v mateřské škole.

V následující části podáváme modelový způsob práce s katalogem, přičemž je třeba upozornit na to, že výsledný produkt, tj. stanovení stupně deficitu v diagnostikované doméně (jakožto východiska pro určení míry speciálně pedagogické podpory – podpůrných opatření) je výsledkem diagnostického procesu využívajícího jak běžný standardizovaný instrumentář, tak i zaužívané klinické prostředky poradenské praxe. V těch doménách (funkčních oblastech), kde se běžně využívají standardizované nástroje (disponující objektivnějšími a validnějšími parametry), využívá poradenský pracovník těchto nástrojů pro určení kvantifikátoru - tj. konkrétního stupně 0 až 4, samozřejmě v kombinaci s klinickými metodami (viz následující subkapitola 18.2.1). V případě diagnostikování domén, u nichž nemáme k dispozici standardy, snažili se tvůrci katalogu usnadnit kvantifikaci s pomocí výroků (viz následující subkapitola 18.2.2). Nicméně některé domény disponující standardizovanými diagnostickými nástroji vybavili autoři katalogu pro větší objektivitu a přehlednost také těmito výrokovými kvantifikátory.

17.2.1 Standardizované (testové) diagnostické nástroje

U testových nástrojů navržena čtyřstupňová kvantifikace aplikuje tzv. *normální rozložení četností* vycházející z frekvenčního rozložení (frekvenční distribuce) daných funkčních schopností v populaci a standardních odchylek (sigma) od příslušného populačního průměru. Tímto postupem se otvírá možnost pro transformaci jednotlivých skóre. Týká se to samozřejmě nejen inteligenčních testů a jednoho z neznámějších standardních skóre, jakým je IQ, ale i většiny dalších standardizovaných testů, jejichž hrubý skór je převáděn na standardní – např. na steny, percentily, T-skóre, z-skóre, staniny...

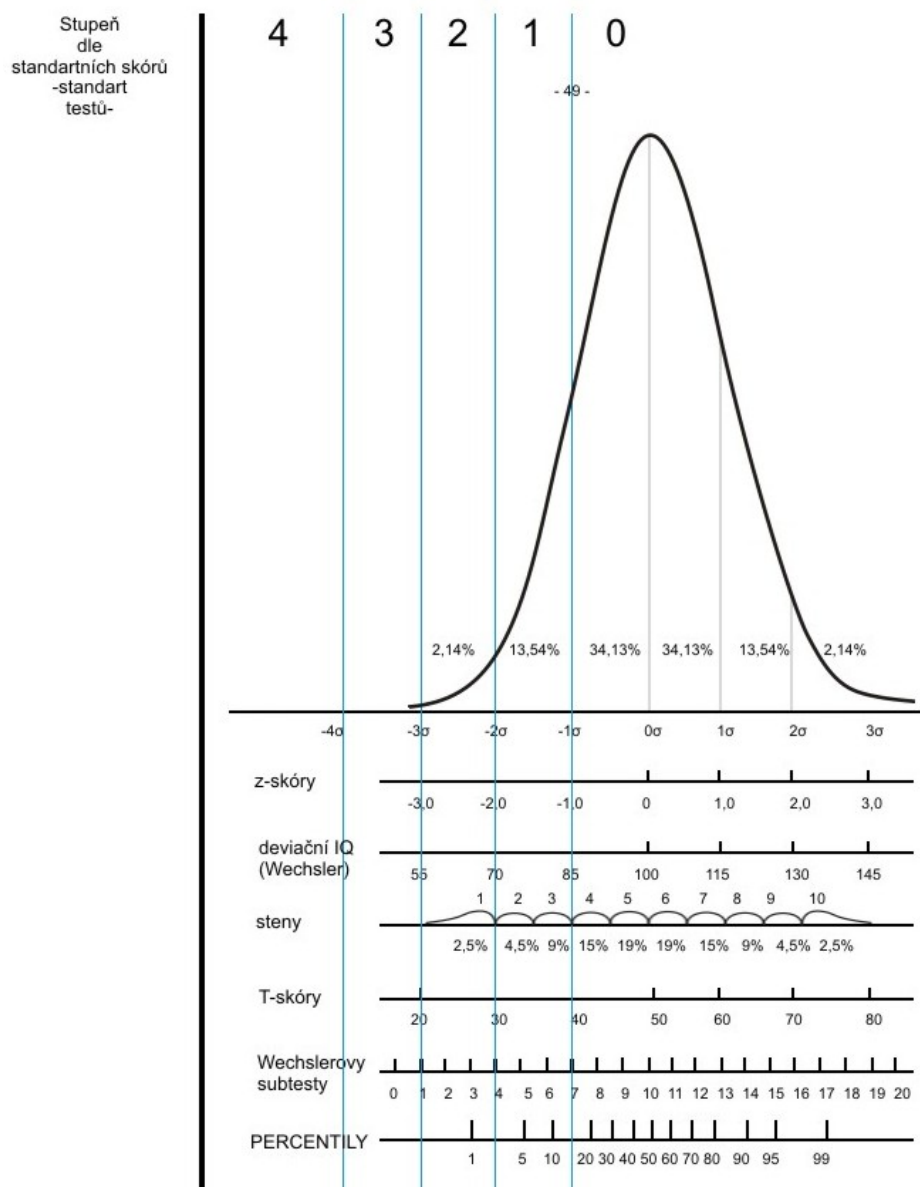
S naprostou většinou těchto testů pracuje poučený poradenský psycholog (klinický psycholog, psychiatr) a speciální pedagog je seznámen s výsledky zkoušek. Znamená to, že kvantifikace vytěžující standardizované testové metody je v praxi SPC záležitostí především poradenských psychologů. **Opět je nutno zdůraznit, že**

kvantifikace míry podpůrných opatření vycházející ze standardizovaných nástrojů má pouze orientační hodnotu a slouží jako screeningový nástroj. Pro stanovení finální kvantifikace je třeba komplexního zhodnocení stavu klienta!

Stupeň ztráty	Standardní odchylka	Příklady standardních skóreů
I.STUPEŇ	$-2 < \sigma \leq -1$	deviační IQ 85-71 (u subtestů IQ vážený skóre >4 a současně ≤ 7), 3-2 steny, 15-3 percentil, 40-30 T skóre...
II.STUPEŇ	$-3 < \sigma \leq -2$	IQ 70-56 (vážený skóre >1 ^ ≤ 4) sten 1, percentil 2-1, 30-20 T skóre...
III.STUPEŇ	$-4 < \sigma \leq -3$	IQ 55-41 (vážený skóre ≤ 1), 20-10 T skóre...
IV.STUPEŇ	$\sigma \leq -4$ <i>Pozn: jde o absenci funkce, kterou již nelze měřit standardizovanými testy. V poradensko-diagnostické praxi SPC se jedná o marginálii</i>	IQ 40 a méně, pod 10 T skóre...

Následující graf názorně ukazuje rozložení jednotlivých stupňů uvedených v tabulce.

Graf. č. 1 Normální rozložení četností - Gaussova křivka (Říčan, 1980).



Příklad transformace skóre standardizovaných testů na stupeň podpůrných opatření:

VI. doména POZORNOST se skládá z následujících subdomén

- 1. udržení záměrné pozornosti
- 2. přesouvání pozornosti
- 3. rozdělení pozornosti

Pro stanovení míry podpůrných opatření u 1. subdomény (udržení záměrné pozornosti) byly využity následující testy, jejichž vážené skóre jsme transformovali podle následujících tabulek (Procházka, M.):

ČÍSELNÝ ČTVEREC	
STUPEŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

ČÍSELNÝ OBDÉLNÍK	
STUPEŇ m. p. o.	PERCENTILY
bez p. o.	16. a výše
I.	3. - 15.
II.	1. - 2.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

TEST KONCENTRACE POZORNOSTI	
STUPEŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

TEST CESTY	
STUPEŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

OPAKOVÁNÍ ČÍSEL - SUBTEST WISC III	
STUPEŇ m. p. o.	VÁŽENÝ SKÓR
bez p. o.	> 7
I.	>4 ^ ≤7
II.	>1 ^ ≤4
III.	≤1
IV.	nezvládne

OPAKOVÁNÍ ČÍSEL ÚKOL T - M TESTU	
STUPEŇ m. p. o.	ROZDÍL MENTÁLNÍHO A FYZICKÉHO VĚKU U ÚKOLU
bez p. o.	1 rok a méně
I.	2 roky
II.	3 roky
III.	více než 3 roky
IV.	nechápe podstatu úkolu

Pro stanovení míry podpůrných opatření u 2. subdomény (přesouvání pozornosti) byly využity následující testy, jejichž vážené skóry jsme transformovali podle následující tabulky (detto):

TEST CESTY	
STUPEŇ m. p. o.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

Pro stanovení míry podpůrných opatření u 3. subdomény (rozdělení pozornosti) byly využity následující testy, jejichž vážené skóry jsme transformovali podle následujících tabulek (detto):

ČÍSELNÝ ČTVEREC	
STUPEŇ M. P. O.	STEN
bez p. o.	4. a výše
I.	2. a 3.
II.	1.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

ČÍSELNÝ OBDÉLNÍK	
STUPEŇ M. P. O.	PERCENTILY
bez p. o.	16. a výše
I.	3. - 15.
II.	1. - 2.
III.	nedosahuje 1.
IV.	nezvládne

Stanovení míry podpůrných opatření (tj. kvantifikátor 0-4, jenž se dosazuje do výsledné kumulační tabulky a překlápí do celkového grafu) v domně pozornost je pak produktem komparace a analýzy výsledků použitých standardizovaných (i klinických) zkoušek, přičemž v případě testů se nejedná o průměr či jinou středovou hodnotu. Poradenský pracovník zde zhodnocuje svoji zkušenost a uváží, které zkoušky (a jejich výsledky) jsou - vzhledem k zakázce - klíčové a které komplementární.

17.2.2 Klinické diagnostické nástroje

Při využití klinického instrumentáře vytěžuje poradenský pracovník pro kvantifikaci kvalifikovaný odhad. Ten je sycen ze všech možných informačních zdrojů, jež jsou v daném diagnosticko-poradenském případě k dispozici. Půjde zejména o nástroje jako je anamnéza, analýza dokumentace, pozorování, rozhovor, informace učitelů, informace rodinných příslušníků, informace orgánu péče o dítě, sociálního pracovníka, analýza produktů - deníky, kresby, reflektivní materiál, portfolia...

(Kvantifikovaný odhad – rozumíme jím vytěžení diagnostických, poradenských ale i životních a profesních zkušeností poradenského pracovníka pro potřeby diagnostického procesu a stanovení speciálně pedagogické a psychologické diagnózy).

V případě domény s **dostatečným sycením standardizovanými nástroji** (u kterých je stanovení stupně - míry podpůrných opatření záležitostí standardních skóru, viz předchozí subkapitola 18.2.1) je možno vycházet při kvantifikaci míry podpůrných opatření obecně ze škálování (např. Likertovy škály), viz následující příklad kvantifikace výsledků klinických zkoušek u domény pozornost (Procházka, M.):

KLINICKÁ METODA		
STUPEŇ m. p. o.	body posuzovací škály	ÚROVEŇ FUNKCE
<i>bez p. o.</i>	0	<i>širší norma</i>
I.	1	<i>podprůměr</i>
II.	2	<i>hluboký podprůměr</i>
III.	3	<i>praktická absence funkce či masivní deficit</i>
IV.	4	<i>plná absence funkce</i>

V případě domén, které jsou **synceny převážně s využitím klinického instrumentáře** (standardizovaný instrumentář není k dispozici), navrhuje katalog u těchto konkrétních domén opět využití posuzovací škály s výroky.

Metodický postup:

- definování výroků relevantních konkrétní doméně
- kvantifikace výroků na 5 stupňové škále nebo vyjádření pomocí deficitních procent (viz MKF): 0- norma, 1- lehký problém (do 24% deficitu), 2- středně těžký problém (25-49% deficitu), 3- těžký problém (50-74% deficitu), 4- komplexní problém (75-100%)
- v případě více výroků v doméně je vyjádření výsledné kvantifikace středovou hodnotou (průměr, medián, modus) nebo jiným globálním vyjádřením (např. verbálním s tím, že dojde k preferenci určitého/určitých výroků před ostatními)

Příklad domény s kvantifikací jediného výroku:

Doména - aspirace:

Výrok: „Klient vykazuje stabilní a reálné aspirace“

0 – trvale

1 – většinou

2 – často

3 – zřídka

4 – nikdy

popř. varianta

- 0- Klient vykazuje stabilní a reálné aspirace
- 1- Klient vykazuje nestabilní aspirace, většinou však reálné
- 2- Klient vykazuje nestabilní aspirace polaritně vyvážené (tj. nereálná-reálná aspirace)
- 3- Klient vykazuje nestabilní aspirace, většinou nereálné
- 4- Klient vykazuje trvale nereálné aspirace

Příklad domény s kvantifikací více výroků:

Doména - rodinné prostředí :

Výroky:

- rodina vykazuje efektivní edukativně-výchovný styl
4- nikdy, 3- méně často, 2- občas, 1- poměrně často, 0-trvale
- kulturně-sociální úroveň rodiny je
4- deficitní, 3-vysoce podprůměrná, 2-podprůměrná, 1-méně uspokojivá, 0-uspokojivá
- hodnotová orientace a hodnotový systém rodiny je
4- antisociální 3- asociální 2- primitivní, 1- nevyhraněný, 0- „normální“
- rodina motivuje dítě ke konstruktivním aktivitám
4- nikdy, 3- méně často, 2- občas, 1- poměrně často, 0-trvale

rodina organizuje volný čas dítěte

- nikdy, 3- méně často, 2- občas, 1- poměrně často, 0-trvale
- členové rodiny se věnují domácí přípravě dítěte do školy
4- nikdy, 3- méně často, 2- občas, 1- poměrně často, 0-trvale
- ekonomicko materiální úroveň je
4- deficitní, 3-vysoce podprůměrná, 2-podprůměrná, 1-méně uspokojivá, 0-uspokojivá
- rodina tráví společně víkendy a volný čas
4- nikdy, 3- méně často, 2- občas, 1- poměrně často, 0-trvale
- členové rodiny čtou dítěti na dobrou noc (u předškoláka a mladšího školáka)
4- nikdy, 3- méně často, 2- občas, 1- poměrně často, 0-trvale

Výsledný stupeň:

- průměr (zaokrouhleno) 3
- medián 3
- modus 3

17.2.3 Postup pro vyplnění kvantifikátorů domén do sumační tabulky (a následné překlopení do grafů)

U každé konkrétní domény (v tabulce levá část řádku) je prostor pro vyplnění stratifikačního stupně 0-4 (pravá část řádku tabulky). Uvedený prostor lze navýšit o další okénka (v řadě všech domén takto sloupec), do kterých je možno zaznamenávat výsledky dalšího (dalších) vyšetření, což umožňuje komparaci – sledování změn u jednotlivých vyšetření a domén v čase. Přehlednější pro sledování těchto změn je pak sloupcový a kruhový graf, do kterých se automaticky překlápí hodnoty dosazené do tabulky.

Z grafů lze také vyčíst zprůměrovanou sumační hodnotu kvantifikátoru, která má orientační (i „archivační“) hodnotu. Výsledky každého vyšetření jsou v kruhovém grafu vytaženy jinou barvou, což umožňuje sledovat chronologickou interakci jednotlivých domén (např. došlo-li ke zlepšení rodinného prostředí, zlepšily se parametry – kvantifikátory dalších domén – edukace, kognitivní fce...).

Číslo domény	Název domény
1.	SMYSLOVÁ PERCEPCE
1.1	Vizuální percepcce
1.2	Sluchová percepcce
2.	MOTORIKA
2.1	Hrubá motorika
2.2	Jemná motorika
2.3	Grafomotorika
2.5	Psychomotorika
3.	LATERALITA (bez kvantifikace)
4.	ORIENTAČNÍ FUNKCE
5.	INTELEKTUÁLNÍ FUNKCE
5.1	Struktura inteligence
5.2	Myšlenkové operace
5.3	Organizace a plánování
5.4	Úsudek
5.5	Řešení problémů
5.6	Kognitivní styl
6	POZORNOST
6.1	Udržení záměrné pozornosti
6.2	Přesouvání pozornosti
6.3.	Rozdělení pozornosti
7.	PAMĚŤ
7.1	Krátkodobá paměť
7.2	Střednědobá paměť
7.3	Dlouhodobá paměť
8	FATICKÉ FUNKCE
9	EMOCE
10	ADAPTIBILITA A SOCIABILITA
11	KONACE A ASPIRACE
12	SEBEOBSLUHA
13	RODINNÉ PROSTŘEDÍ
14	EDUKAČNÍ SCHÉMA
14.1	Trivium - čtení
14.2	Trivium – psaní
14.3	Trivium – počty
14.4	Vědomosti – společnost, příroda
14.5	Zájmy
14.6	Návyky

17.3 Přehled nosných domén doporučených k otevření pro konkrétní poradenské situace SPC pro MP

Po seznámení se způsoby kvantifikace kvalitativního posouzení míry (hloubky) speciálně pedagogické podpory uvádíme i doporučený postup pro využití konkrétních domén, a to ve vazbě na jednotlivé pedagogické situace, k nimž je vyžadováno vyjádření SPC.⁵

Výčet není úplný, neobsahuje všechny pedagogické situace, ale jen ty, které jsou v činnosti SPC pro žáky s mentálním postižením nejčastější či nejběžnější. Stejně tak navržený okruh domén, které by měly být v

⁵ Úplný přehled těchto situací je uveden v Katalogu I - procedurální aspekty činnosti SPC MP.

diagnostice u konkrétního žáka vždy výtěženy, lze rovněž - v závislosti na zkušenosti poradenského pracovníka a potřebách klienta- doplnit či modifikovat.

SPC pro žáky s mentálním postižením	
Poradenská/vzdělávací situace	Domény (posuzovaná oblast)
Poskytnutí informace a poradenské pomoci	dle konkrétní zakázky
Zjištění (definice) speciálních vzdělávacích potřeb	<ul style="list-style-type: none"> - smyslová percepce - motorika - orientační funkce - inteligenci (kognitivní fce) - komunikaci - sebeobsluha (jen v případě st., t. a hlubších MP) - edukace - školní výkon
Zásady a cíle speciálního vzdělávání – stanovení speciálních vzdělávacích potřeb	<ul style="list-style-type: none"> - smyslová percepce Z - motorika Z - orientační funkce - inteligence (kognitivní fce) - komunikace - sebeobsluha (jen v případě těžšího MP) - edukace - školní výkon
Asistent pedagoga	<ul style="list-style-type: none"> - motorika - komunikace - edukace - školní výkon
Přeřazení žáka do vyššího ročníku	<ul style="list-style-type: none"> - smyslová percepce - orientační funkce - inteligence(kognitivní fce) - komunikace - konace a aspirace - edukace - školní výkon
Individuální vzdělávací plán	<ul style="list-style-type: none"> - smyslová percepce - motorika - inteligence (kognitivní fce) - komunikace - sebeobsluha (jen v případě stf. těžkých a hlubších MP a MŠ) - rodina a prostředí - edukace - školní výkon
Individuální vzdělávací plán – pro žáky se zdravotním postižením - přijetí	<ul style="list-style-type: none"> všechny domény katalogu - motorika (jen u předškoláka a těžších MP) - sebeobsluha (jen v případě těžšího MP)
IVP – pro žáky se zdravotním postižením – ustanovení pracovníka ŠPZ	<ul style="list-style-type: none"> - všechny domény katalogu - motorika (jen u předškoláka a těžších MP) - sebeobsluha (jen v případě těžšího MP)
Individuální vzdělávací plán – pro žáky se zdravotním postižením - kontrola	<ul style="list-style-type: none"> smyslová percepce - motorika (jen u předškoláka) - inteligence (možno jen verbál.složka) (kognitivní fce) -komunikace - sebeobsluha (jen v případě těžšího MP) - edukace - školní výkon
Přijetí dítěte se zdravotním postižením ke vzdělávání v mateřské škole	<ul style="list-style-type: none"> smyslová percepce - motorika - orientační funkce - inteligence (kognitivní fce) -komunikace -sebeobsluha - rodina a prostředí

Literatura:

ŘÍČAN,P. *Úvod do psychometrie*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1980.