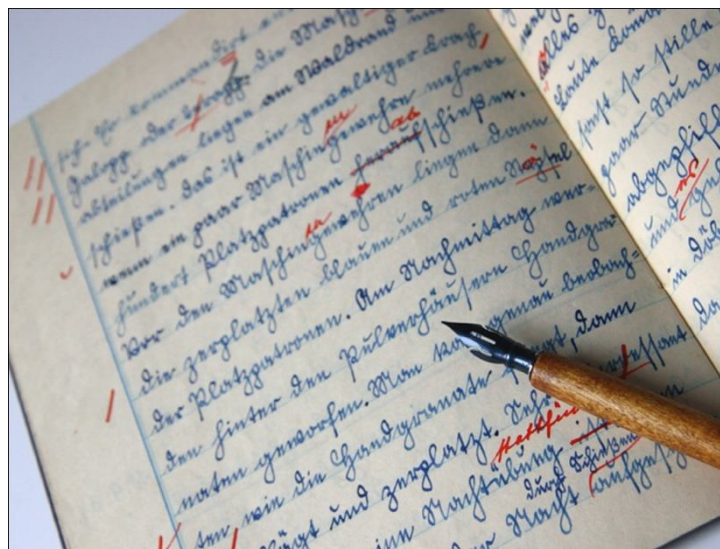


Analýza diagnostických nástrojů

užívaných vůči žákům ze sociokulturně znevýhodněného prostředí s přihlédnutím k romským dětem, žákyním a žákům



Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, Olomouc, 2009

© Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených

Tř. 17. listopadu 43

772 00 Olomouc

IČ: 26599597

www.vcizp.cz

Autorský tým

prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií, PdF Univerzity Palackého, Olomouc, email: valenta22@tiscali.cz

doc. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, Olomouc, email: office@vcizp.cz

PhDr. Jana Petrášová

Speciálně pedagogické centrum, Kyjov, email: petras.sokol@seznam.cz

Mgr. Helena Balabánová

SPOLEČNĚ-JEKHETANE, o. s., Ostrava, email: h.balabanova@tiscali.cz

PhDr. Vladimír Hloušek,

Pedagogicko psychologická poradna, Svitavy, email: vl.hlousek@seznam.cz

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Klinický psycholog, FF Univerzity Palackého, Olomouc, email: martin@lecbych.cz

Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Speciálně pedagogické centrum, Brno, email: mprochazka@karneval.cz

Obsah

A. Rámec a cíle předkládané analýzy	4
1 Východiska tvorby analýzy	4
1.1 Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva.....	4
1.2 Zpráva vlády ČR	6
2 Zadání Analýzy a metodologie tvorby	7
2.1 Zadání Analýzy.....	7
2.2 Metodologie tvorby Analýzy.....	7
B. Hodnocení diagnostických nástrojů (a jejich užívání) v praxi ŠPZ	9
3 Exkurz k právním aspektům diagnostiky SVP dětí, žáků a studentů se sociokulturním znevýhodněním.....	9
4 K pojmu mentální retardace	16
5 Komparativně kompilační abstrakt prací expertů.....	24
5.1 Odborník z prostředí PPP (Vladimír Hloušek)	24
5.2 Odborník z prostředí SPC (Miroslav Procházka, Jana Petrášová).....	27
5.3 Nezávislý odborník a klinický psycholog (Martin Lečbych)	60
6 Reflexe stanovisek pohledem pracovníků neziskových organizací hájících práva Romů	64
7 Závěr z expertních analýz odborníků.....	66
8 Diskuse a doporučení.....	70
8.1 Diskuse – otázky	70
8.2 Doporučení	70
9 Závěr	72

A. Rámec a cíle předkládané analýzy

Předkládaná „Analýza diagnostických nástrojů užívaných vůči žákům ze sociokulturně znevýhodněného prostředí s přihlédnutím k romským dětem, žákyním a žákům“ je zpracována na základě objednávky Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Zpracovatelem je Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, které od roku 2003 sdružuje odborníky z vysokých škol a dalších odborných pracovišť soustředěných na problematiku společenské inkluze osob se specifickými potřebami (primárně zdravotním postižením).

1 Východiska tvorby analýzy

Uvedená zakázka, je – v obecném pojetí – výsledkem situace, která v minulosti provázela vzdělávání dětí, žáků a studentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí (potažmo žáků romských) a v rámci tohoto vzdělávání pak situace v oblasti poradenské a diagnostické činnosti školských poradenských zařízení.

1.1 Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva

Otázky diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb se staly součástí komplexu problémů, které posuzoval Evropský soud pro lidská práva (ESLP) ve známém procesu uváděném jako „případ D. H. a ostatní proti České republice“¹, v němž ESPL konstatoval, mj.:

V posuzovaném případě byly statistické údaje předložené stěžovateli získány z dotazníků rozeslaných ředitelům zvláštních a základních škol v Ostravě v roce 1999. Z údajů vyplývá, že tou dobou tvořili Romové 56 % všech žáků zvláštních škol, zatímco z celkového počtu žáků základních škol v Ostravě tvořili pouze 2,26 %. Navíc, zatímco z žáků neromského původu jich bylo do zvláštních škol zařazeno jen 1,8 %, podíl ostravských Romů zařazených do zvláštních škol činil 50,3 %. Podle vlády nejsou tyto údaje dostatečně přesvědčivé, neboť vyjadřují pouze subjektivní názor ředitelů škol. Vláda také podotýká, že neexistují žádné oficiální informace o etnickém původu žáků a že v ostravském regionu žije jedna z největších romských populací.²

Uvedené tvrzení o počtu romských žáků ve školách tzv. hlavního vzdělávacího proudu a tzv. školách speciálních (zde nejspíše bývalých škol zvláštních – nyní základních škol praktických) je zmíněno i v dalších souvislostech. Tak např. další údaj o odhadovaném počtu Romů v tzv. speciálních školách je obsažen v další části cit. Rozsudku³:

Poradní výbor (Rámcové úmluvy o ochranně národnostních menšin – pozn. autorů) je znepokojen tím, že podle nevládních zdrojů je nadále značný počet romských dětí ve velmi nízkém věku umísťován do zvláštních škol a že změna psychologických testů používaných k tomuto účelu nemá větší vliv. Podle nevládních odhadů tvoří Romové kolem 70 % žáků těchto škol, což s ohledem na podíl Romů mezi obyvatelstvem vzbuzuje pochybnosti o vypovídací hodnotě testů a o používané metodice.

Na jiných místech se ESLP vyjadřuje přímo k užívaným diagnostickým nástrojům, které jsou jedním z podkladů pro zařazování žáků do tzv. speciálních škol (viz čl. 40 Rozsudku):

¹ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, věc „D. H. a ostatní proti České republice“ (stížnost č. 57325/00) ze dne 13. listopadu 2007.

² Čl. 190 rozsudku ESLP

³ Čl. 74 rozsudku ESLP

Podle stěžovatelů, kteří citují odborníky v tomto oboru, byly nejčastěji používanými testy varianty „Wechslerovy intelligenční škály pro děti – třetí vydání“ (Wechsler Intelligence Scale for Children (PDW a WISC III) a „Stanford-Binetův test inteligence“ (Stanford-Binet Intelligence test). S odvoláním na různé názory, například na stanoviska některých učitelů a psychologů a na názor ředitele odboru zvláštních škol ministerstva školství (který zastával úřad v únoru 1999), stěžovatelé tvrdí, že používané testy nebyly objektivní ani spolehlivé, neboť byly vyvinuty výhradně pro české děti, aniž by byly v současné době upraveny nebo schváleny pro vyšetřování dětí romských. Navíc nebylo přijato žádné opatření, které by romským dětem umožnilo při vyšetření překonat kulturní a jazykové bariéry, a neexistují ani směrnice, které by omezovaly prvky volného uvážení ve způsobu provádění a vyhodnocování těchto testů. Stěžovatelé rovněž poukazují na zprávu České školní inspekce z roku 2002, ve které se uvádí, že do zvláštních škol jsou nadále zařazovány děti bez výrazných rozumových nedostatků.

Pro současnou situaci je nutno zdůraznit, že již ESPL v čl. 41 rozsudku uvedl odlišné stanovisko Poradního výboru, podle nějž:

„Úřady již přistoupily k přepracování testů a metod používaných ke zjišťování rozumových schopností dětí při vstupu do škol tak, aby nebyly zneužívány na úkor romských dětí“. Zároveň však se znepokojením uvedl, že „změna psychologických testů používaných k tomuto účelu nemá větší vliv. Podle nevládních odhadů tvoří Romové až 70 % žáků zvláštních škol, což s ohledem na podíl Romů mezi obyvatelstvem vzbuzuje pochybnosti o vypovídací hodnotě testů a o používané metodice.“

Přímo v odůvodnění Rozsudku jsou tak znovu zmíněny obavy o „objektivitu“ a „vypovídací hodnotu testu“, stejně jako „používané metodiky...“ A znovu je možno uvést „číslo 70% Romů“ - což je ovšem názor deklarovaný jako „odhad nevládních“ subjektů.⁴ Odlišný přístup než Velký senát ESPL si vymínili čtyři soudci ESPL. Z nich lze uvést část z nesouhlasného stanoviska soudce Šikuty:

Není přípustné činit závěr, že pouze romské děti navštěvující zvláštní školy byly obětí diskriminace v porovnání s dětmi neromskými (nebo v porovnání se všemi dětmi) navštěvujícími běžné školy, protože obě tyto skupiny dětí nejsou tvořeny „osobami nacházejícími se v jinak podobné situaci (...)“. Tento závěr je nepřijatelný i z jiného důvodu, a to že obě tyto „skupiny“ podléhaly stejným podmínkám, pokud jde o přístup do škol, a navštěvovaly oba typy škol: neromské děti navštěvovaly zvláštní školy a současně romské děti navštěvovaly běžné školy pouze na základě výsledků psychologického testu, který byl stejný pro všechny děti bez ohledu na jejich rasu. Vzhledem k výše uvedenému nesouhlasím s názorem, že se stěžovateli bylo z důvodu jejich příslušnosti k romské komunitě zacházeno diskriminačně kvůli jejich zařazení do zvláštních škol.

Bez ohledu na jednotlivé okolnosti uvedené v odůvodnění jmenovaného Rozsudku (které umožňují řadu interpretací i některé výhrady) platí pro Českou republiku i tento výrok ESPL:

„Soud: 2. rozhoduje třinácti hlasy proti čtyřem, že došlo k porušení článku 14 Úmluvy ve spojení s článkem 2 Protokolu č. 1;“.

⁴ V současnosti, přes snahu a pokusy MŠMT o získání těchto údajů - viz např. dílčí data z analýz uvedených dále v pozn. 6., - není pravděpodobně možné získat přesné a nepochybnitelné údaje o skutečných počtech romských žáků v tzv. speciálních školách. Např. i zmíněné analýzy ukazují, že vedle dříve „typických“ škol zvláštních (nyní praktických) je vzdělávání romských dětí často soustředěno ve školách formálně přináležících k hlavnímu vzdělávacímu proudu, které však vzhledem ke svému umístění v sociálně vyloučených lokalitách mají *de facto* charakter „speciálních“ škol, již převážně či ve velké míře navštěvují romské děti.

1.2 Zpráva vlády ČR

Následně přijala vláda ČR (potažmo MŠMT) sérii opatření zaměřených k „výkonu rozsudku ESLP“. V rámci první zprávy⁵ (přijaté před rozhodnutím ESLP) je konstatováno mj.:

Současná situace romských dětí ve vzdělávání v České republice je dána dlouhodobým vývojem a problémy z ní vyplývající jsou hluboce zakořeněné. Přes absenci etnicky podmíněných statistických údajů (blíže viz následující kapitola) lze z jednotlivých odhadů neziskových organizací a konkrétních kazuistik některých dětí či mladých lidí, kteří absolvovali základní vzdělání, usuzovat na častou nízkou školní úspěšnost romských dětí. Z uvedených zdrojů lze také vyvodit, že nízkou školní úspěšností jsou postiženy především ty romské děti, které žijí v prostředí sociálně vyloučených lokalit či v prostředí sociálním vyloučením ohroženém. Snahou resortu školství a vlády je tuto situaci řešit i bez přímé souvislosti s rozsudkem Evropského soudu pro lidská práva ve věci *D. H. a ostatní proti České republice*. V období od roku 1999 do současnosti již také byla realizována řada opatření vedená snahou zvýšit otevřenost českého školství a nastavit podpůrné mechanismy ke zvýšení školní úspěšnosti romských dětí. Podrobnější informace o již realizovaných opatřeních jsou rozvedeny v příloze tohoto dokumentu. Ze systémových opatření máme na mysli především kurikulární reformu zahájenou v roce 2005, která vytváří jednotlivým školám možnost nastavit vzdělávací program podle potřeb dětí a komunity, ze které děti do školy přicházejí. Další opatření mají spíše afirmativní charakter směrem k romské populaci či k dětem se sociálním znevýhodněním.

Ve vztahu k problematice řešené touto analýzou Zpráva vlády ČR rovněž uvádí:

V oblasti nápravných opatření pak bude provedena analýza diagnostických nástrojů k určení rozumové schopnosti dětí užívaných pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálně pedagogickými centry. Cílem analýzy je získat relevantní údaje o jejich validitě směrem k cílové skupině romských dětí, které se socializují a trvale žijí v prostředí sociálního vyloučení, případně jsou sociálním vyloučením ohrožené. V návaznosti na analýzu bude vytvořena metodika pro pracovníky poraden ke způsobu testování dětí ze sociálně znevýhodněného nebo kulturně odlišného prostředí (tedy i romských dětí). V rámci metodiky bude zejména zdůrazněna nutnost opírat se při diagnostikování o důležité faktory ovlivňující výsledky standardně užívaných testů, využít kulturně relevantních testů, eventuálně mechanismů dynamického testování v kontextu rodinného prostředí. Dále budou modifikovány standardy pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center (vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních) a upraven může být též certifikační proces těchto odborných pracovišť. Cílem opatření je zvýšit kvalitu diagnostiky a poradenství tak, aby byla nástrojem napomáhajícím integraci sociálně znevýhodněných romských dětí, žákyň a žáků do hlavního vzdělávacího proudu.

Následně druhá Zpráva vlády ČR k výkonu rozsudku ESLP byla přijata v červnu 2009, a mj. uvádí i přehled opatření (hodnocení situace), jež nastala v ČR v období od přijetí první zprávy, a také tedy v období po přijetí rozsudku ESLP. Podle Zprávy MŠMT zadalo v období 2008 až 2009 k realizaci tyto studie⁶:

1. Vzdělanostní dráhy a vzdělanostní šance romských žákyň a žáků základních škol v okolí vyloučených romských lokalit – sociologický výzkum zaměřený na analýzu podoby a příčin segregace dětí, žákyň, žáků a mladých lidí ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí. Cílem studie bylo předložení komplexního obrazu vzdělanostních trajektorií a šancí romských žáků a žákyň pocházejících ze sociálně znevýhodňujícího prostředí studujících na různých typech základních škol, a to prostřednictvím srovnání s trajektoriemi a šancemi jejich spolužáků a spolužaček, kteří navštěvují stejné školy. Svým zaměřením na vzdělanostní dráhy a šance romských dětí (ve srovnání s jejich neromskými spolužačkami a spolužáky) tento výzkum vyplňuje podstatnou mezeru v poznání průběhu a některých příčin vzdělanostního zaostávání významné části sociálně vyloučené či sociálním vyloučením ohrožené romské populace. Analýza těchto informací

⁵ Zpráva vlády ČR o obecných opatřeních k výkonu rozsudku ESLP, usnesení vlády ČR č. 303 ze dne 16. března 2006.

⁶ Obě analýzy dostupné na: <http://www.msmt.cz/pro-novinare/jake-jsou-vzdelanostni-sance-deti-ze-socialne-znevychodnujiciho>

poskytuje poznatky o hlubších a dlouhodobých mechanismech sociálního vyloučení mnohých Romek a Romů, včetně mezigeneračního přenosu této kumulativní zátěže. Předložená studie tak představuje podstatný krok v rozkrývání současného stavu věcí v oblasti, která dosud nebyla ani zmapována, ani statisticky analyzována.

2. Analýza individuálního přístupu pedagogů k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Cílem první části studie bylo získat relevantní údaje o míře připravenosti škol naplňovat individuální potřeby dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (včetně žákyň a žáků romských) na různých typech škol, identifikovat postupy a prostředky, které jsou v této oblasti užívány. Dále pak identifikovat případné bariéry, které v současné době brání vyšší míře rozvoje inkluzivního vzdělávání a rovněž zjistit potřeby pedagogických pracovníků, jejichž naplnění přispěje k podpoře inkluzivního přístupu k žákyním a žákům se speciálními vzdělávacími potřebami (včetně romských žákyň a žáků), zejména na školách hlavního vzdělávacího proudu. Cílem druhé části výzkumu bylo analyzovat dosavadní průběh transformace bývalých zvláštních škol, zjistit, jaké postupy jsou na těchto školách užívány k naplňování individuálních potřeb žáků, zejména se zaměřením na žáky s kombinací lehkého mentálního postižení a sociálního znevýhodnění, dále pak zjistit míru případné reintegrace žáků z bývalých zvláštních škol do škol hlavního výchovně vzdělávacího proudu a identifikovat efektivní strategie, které jsou v rámci reintegrace využívány.

Uvedené studie popisují různé otázky řešení vzdělávacích potřeb žáků cílové skupiny – zaměřují se ovšem již na „pobyt“ romského žáka, žákyně na příslušné škole. Otázky poradenství jsou zmíněny jen nepřímo a problematika diagnostiky (tím méně diagnostických nástrojů) nebyla v dokumentech uvedena.

2 Zadání Analýzy a metodologie tvorby

2.1 Zadání Analýzy

V návaznosti na část první Zprávy vlády ČR (viz výše) zadalo MŠMT dne 22. 8. 2009 zpracování této Analýzy Výzkumnému centru integrace zdravotně postižených. V souladu se zněním první Zprávy vlády ČR má být obsahem tohoto materiálu „analýza diagnostických nástrojů k určení rozumové schopnosti dětí užívaných pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálněpedagogickými centry. Cílem analýzy je získat *relevantní údaje o jejich validitě* směrem k cílové skupině romských dětí, které se socializují a trvale žijí v prostředí sociálního vyloučení, případně jsou sociálním vyloučením ohrožené.“

2.2 Metodologie tvorby Analýzy

Předmět Analýzy je ze zakázky vymezen jako „*analýza diagnostických nástrojů užívaných vůči žákům ze sociokulturně znevýhodněného prostředí s přihlédnutím k romským dětem, žákyním a žákům*“.

Vzhledem k danému časovému a objemovému rozsahu zakázky byl pro tvorbu analýzy zvolen postup vytěžení a generalizování kvalifikovaných názorů expertů, k jejichž výběru (prostý záměrný výběr kvalitativního pojetí) byly stanoveny následující kritéria:

- odborná kvalifikace (psycholog s praktickými zkušenostmi v oblasti předmětu analýzy),
- stratifikace dle pracoviště (ŠPZ – PPP a SPC, pracoviště klinického psychologa),
- zkušenosti s diagnostikovaním minoritních skupin obyvatel ČR.

Výběr byl realizován – z hlediska časového – nejrychlejším možným způsobem převzatým z kvalitativního instrumentáře – institucionálním výběrem (Asociace pracovníků SPC) a metodou „snow ball“. Pro zpracování expertíz byla uplatněna narativní (volná, nestrukturovaná) forma, která maximálně možné vytěžuje osobní zkušenosti experta (reflexe a interpretace diagnostických nástrojů

je tedy vázána na osobnost konkrétního diagnostika a úzus jeho pracoviště) a neovlivňuje ani v náznacích subjektivitou zadaných dílčích otázek. Součástí zvolené metodologie bylo rovněž zajištění samostatnosti expertů – tito vypracovávali své zprávy zcela samostatně, bez toho, že by znali ostatní členy expertního týmu. Výsledky jejich přístupu (viz část 5 této analýzy) tak představují originální pohled autora, nezkrácený případnými očekáváními vzhledem ke komparaci s dalšími názory. Tento způsob zaručil objektivní zkoumání sledovaných diagnostických nástrojů, na druhé straně vede k tomu, že v expertních stanoviscích odborníků nalezneme duplicitu. V zájmu validity a objektivity zvolené metodologie proto nebyly texty expertů upravovány. Součástí je rovněž uvedení stručného komentáře autorit (odborníků), reprezentujících prostředí neziskových organizací podporujících a hájících práva Romů, včetně zaměření na vzdělanostní podmínky. I v tomto případě byla stanoviska odborníků zaslána k vyjádření v anonymizované podobě.

Expertní stanoviska jsou orientovaná na tabulaci, deskripci, interpretaci a reflexi jednotlivých diagnostických nástrojů používaných na výše jmenovaných diagnostických pracovištích a to s cílem stanovení jejich validity, objektivity, korektnosti a neutrality směrem k cílové skupině.

S expertízami odborníků z terénu byl konfrontován komparativně kompilační abstrakt z prací autorit. Především se jedná o abstrakt relevantní předmětu analýzy – publikace, která je v současnosti vnímána jako „kánon“ školských diagnostických pracovišť - *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v PPP*⁷, *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v SPC*.⁸ Především první z obou výše jmenovaných materiálů je poradenskými pracovníky konsenzuálně přijímán jako metodika *lege artis*.

Další abstrakt je zaměřen na pojetí a diagnostikování fenoménu mentální retardace jakožto duševní poruchy (diagnózy), která se demonstruje – kromě jiné – takovými rozumovými nedostatky, pro něž je indikována edukace ve „speciálních“ školách či přesněji, podle upravených vzdělávacích programů.

V druhém plánu jsou expertízy a jejich generalizovaný závěr konfrontován se stanoviskem speciálního pedagoga – odborníka s dlouholetými zkušenostmi s edukací žáků romského etnika.

Cílem analýzy je tedy na základě kvalifikovaných názorů expertů z terénu (konfrontovaných s názory „akademických“ autorit a názorem klinického psychologa a speciálního pedagoga z terénu pracujícího v oblasti vzdělávání cílové skupiny) stanovit validitu a korektnost nástrojů užívaných k diagnostikování dětí a žáků romského etnika.

⁷ Zapletalová, J., a kol.: *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v pedagogicko-psychologických poradnách*, IPPP ČR, Praha 2006, 107 stran, ISBN 80-86856-29-1.

⁸ Kucharská, A. a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v SPC*, IPPP ČR, Praha 2007

B. Hodnocení diagnostických nástrojů (a jejich užívání) v praxi ŠPZ

3 Exkurz k právním aspektům diagnostiky SVP dětí, žáků a studentů se sociokulturním znevýhodněním

Předmětem tohoto textu je vlastní „analýza diagnostických nástrojů užívaných vůči žákům ze sociokulturně znevýhodněného prostředí s přihlédnutím k romským dětem, žákyním a žákům“. Nikoliv tedy celého procesu diagnostiky. Je ovšem nepochybné, že užití *analytických nástrojů* se děje souborem činností (situací), které jsou v rámci daného systému označovány jako „*diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb*“.

Jestliže právní normy (relativně samozřejmě) neupravují *obsah diagnostických nástrojů*, potom, do jisté míry, ovlivňují prostředí, v němž jsou tyto nástroje užívány. Obecně – i individuálně – tak ovlivňují „výsledek“ prováděné diagnostiky. Proto je na místě i stručné zhodnocení⁹ zakotvení tohoto procesu v právních normách.

Hovoříme tedy o „právní úpravě diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb“. Ta je ponejvíce obsažena v příslušných normách tzv. školské legislativy, z nich pak zejména v následujících:

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a sérii prováděcích právních norem
- Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů
- Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů
- Nařízení vlády č. 75/2005 Sb. o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- Vyhláška MŠMT č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče
- Vyhláška MŠMT č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání
- Vyhláška MŠMT č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky
- Vyhláška MŠMT č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři
- Vyhláška č. 492/2005 Sb. o krajských normativech

Vedle uvedených norem ovlivňujících proces diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb cílové skupiny žáků (vztahy mezi subjekty) i právní normy ostatních právních odvětví, z nich pak ponejvíce:

- Zákon č. 64/1964 Sb. občanský zákoník
 - Zákon č. 93/1964 Sb. o rodině
 - Zákon č. 399/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí a mládeže
 - Zákon č. 101/2002 Sb. o ochraně osobních údajů
- a další právní normy.

⁹ Uvedené informace slouží pro rámcový popis prostředí, v němž se diagnostické nástroje používají. Nenahrazuje samostatnou analýzu právního prostředí, případně činnosti školských poradenských zařízení. K tomu více v části 8.1 této zprávy.

Speciální vzdělávací potřeby

Základním hmotně právním institutem je pojetí **speciálních vzdělávacích potřeb** (§ 16 školského zákona).

Tento termín byl převzat z anglického „*children with special needs*“ – bez potřebné odborné a normativní diskuse. V širším smyslu se totiž jedná o každého žáka, nejen toho, jenž nějakým způsobem „znevýhodněn“, neboť speciální potřeby (i vzdělávací) má zcela samozřejmě každá individuální lidská osobnost.¹⁰

Uvedené ustanovení školského zákona definuje následující druhy speciálních vzdělávacích potřeb

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Pro účely školského zákona přináší následující „druhové“ členění tzv. speciálních vzdělávacích potřeb:

- **Zdravotním postižením** je mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.
- **Zdravotním znevýhodněním** je zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.
- **Sociálním znevýhodněním** je:
 - a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,
 - b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo
 - c) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu.¹¹

Ve vztahu k předmětu tohoto dokumentu – tj. analýze diagnostických nástrojů má největší význam pojetí – definice – speciálních vzdělávacích potřeb u žáků podle odst. 4 cit. § 16 školského zákona – tedy kategorie tzv. „sociálního znevýhodnění“. Konstatujeme, že obsah pojmu *sociální znevýhodnění* je definován velmi nedostatečně – a to nejen ve školském zákoně, nýbrž i v prováděcích právních normách.

Právní úprava související se zjišťováním (diagnostikou) speciálních vzdělávacích potřeb

Jedná se o právní úpravu vztahů, které vznikají v průběhu diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb (šířeji poradenství speciálních vzdělávacích potřeb) mezi subjekty - účastníky tohoto procesu. Zejména se jedná o tyto subjekty:

- dítě, žák, student (klient),
- zákonný zástupce klienta,
- školské poradenské zařízení a jeho pracovníci,

¹⁰ V kontextu daném *účelem* tohoto termínu by bylo vhodnější užívat termín „žák s potřebou speciálně pedagogické podpory“ nebo „žák s potřebou podpůrných opatření“.

¹¹ Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů.

- škola a pedagogičtí pracovníci,
- ostatní subjekty (orgán sociálně právní ochrany dítěte, Policie ČR apod.).

Řada těchto vztahů je v současnosti upravena zvykově či obyčejově. Některé z nich v rámci mimoprávních norem (např. etické kodexy), některé nejsou upraveny vůbec – viz dále. Podstatná část vztahů (situací), z nichž tato zpráva řeší pouhou výše (analýza diagnostických nástrojů) je upravena pravidly (zásady, normy, zvyklosti) příslušné vědní disciplíny, nejčastěji Psychologie či Speciální pedagogiky. Jejich hodnocení je součástí dalších kapitol této analýzy.

Stávající právní normy (primárně školský zákon a prováděcí vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb.) upravují činnost školských poradenských zařízení ponejvíce „staticky“, tzn., přinášejí kusý výčet upravující povýtce pouze „existenci“ daného zařízení či výčet (uvedení) jednotlivých institutů souvisejících se speciálními vzdělávacími potřebami daného dítěte, žáka nebo studenta.

Např. se jedná o následující ustanovení školského zákona, která jsou využívána v situacích řešících speciální vzdělávací potřeby žáků se sociálním znevýhodněním:

1) Školská poradenská zařízení (§ 116)

Školská poradenská zařízení zajišťují pro děti, žáky a studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě na budoucí povolání. Školská poradenská zařízení spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí a orgány péče o mládež a rodinu, zdravotnickými zařízeními, popřípadě s dalšími orgány a institucemi.

2) Zmocnění ministerstva (§ 121, odst. 1)

Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem typy školských zařízení a podrobnosti o obsahu a rozsahu jejich činnosti, organizaci a podmínkách provozu, kritéria pro zařazování nebo umísťování dětí, žáků a studentů, popřípadě dalších uživatelů služeb, nebo ukončení umístění, o podmínkách, za nichž lze školské služby poskytovat veřejnosti, a o podmínkách úhrady za školské služby a o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

3) Kraj může¹² zřizovat a zrušovat:

b) školská zařízení podle § 115 až 120, (**§ 116 – Školská poradenská zařízení**),

4) Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (§16)

(5) Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů **zjišťuje školské poradenské zařízení.**

(6) Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na ... **poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.**

(9) Ředitel ... školy ... může zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné **vyjádření školského poradenského zařízení.**

5) Ředitel školy může mimořádně nadanéhožáka ...na jeho žádost přeřadit do vyššího ročníku bez absolvování předchozího ročníku. Součástí žádosti žáka, který plní povinnou školní docházku, je vyjádření školského poradenského zařízení a registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost. (§17 odst. 3)

¹² Velmi problematické ustanovení! Namísto je samozřejmě taxativní dikce – neboť *stricto sensu* by v příslušném kraji poradenské zařízení vůbec působit nemuselo! Jedná se ovšem o otázku, která není meritorně předmětem této analýzy – týká se však – do budoucna – pojetí a organizace činnosti ŠPZ u nás.

6) Individuální vzdělávací plán (§ 18)

Ředitel školy může s písemným **doporučením školského poradenského zařízení** povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu.

7) Odklad povinné školní docházky (§37)

Není-li dítě po dovršení šestého roku věku tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena **doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení** a odborného lékaře. Začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního, ve kterém žák dovrší osmi let věku.

8) Individuální vzdělávání (§ 41 odst. 2 písm. h)

Žádost zákonného zástupce o individuální vzdělávání musí obsahovat **vyjádření školského poradenského zařízení**.

9) Přípravné třídy základní školy (§ 47 odst. 2)

O zařazování žáků do přípravné třídy základní školy rozhoduje ředitel školy na žádost zákonného zástupce dítěte a na základě písemného **doporučení školského poradenského zařízení**. Obsah vzdělávání v přípravné třídě je součástí školního vzdělávacího programu.

10) Převedení žáka do jiného vzdělávacího programu (§ 49 odst. 2)

Ředitel školy může převést žáka do vzdělávacího programu základního vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením nebo do vzdělávacího programu základní školy speciální na základě písemného **doporučení** odborného lékaře a **školského poradenského zařízení** pouze s předchozím písemným souhlasem zákonného zástupce žáka. Ředitel školy je povinen informovat zákonného zástupce žáka o rozdílech ve vzdělávacích programech a o organizačních změnách, které ve spojení s převodem do jiného vzdělávacího programu mohou nastat.

11) Práva žáků, studentů a zákonných zástupců dětí a nezletilých žáků (§ 21)

Žáci a studenti mají **právona informace a poradenskou pomoc školy nebo školského poradenského zařízení** v záležitostech týkajících se vzdělávání podle tohoto zákona.

12) Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v ust. § 2 definuje zásady a cíle speciálního vzdělávání, které se poskytne „žákům u kterých byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením“ a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení žáků do režimu speciálního vzdělávání“.

13) Speciálním vzděláváním se (ve vztahu k historickým konotacím poněkud nešťastný termín) **rozumí** vzdělávání formou a) individuální integrace, b) skupinové integrace, c) ve školách samostatně určených pro „tyto“ žáky, d) kombinací uvedených forem.(§ 3 cit. Vyhlášky)

Další prováděcí právní norma - Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních má – ve smyslu ust. § 121 školského zákona upravit:

- obsah,
- rozsah činnosti,
- podmínky provozu těchto zařízení,
- podmínky poskytování poradenských služeb ve školách a ŠPZ.

Ve skutečnosti však ve vyhlášce nalezneme upraveny – velmi kuse - pouze tyto oblasti:

1) Komu jsou služby poskytovány

Poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních jsou poskytovány dětem, žákům, studentům (dále jen "žák"), jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. (§1 odst. 1)

2) Definice standardních (obvyklých) poradenských služeb

Školská poradenská zařízení a školy poskytují bezplatně standardní poradenské služby uvedené v přílohách č. 1 až 3 k této vyhlášce, a to na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení. (§ 1 odst. 2)

3) Souhlas jako podmínka poskytnutí služby

Podmínkou poskytnutí poradenské služby je písemný souhlas žáka, v případě nezletilého žáka písemný souhlas jeho zákonného zástupce. Souhlasu není třeba v případech stanovených zvláštními právními předpisy. (§1 odst. 2)

4) Informace o průběhu poradenské služby

Žák, v případě nezletilého žáka jeho zákonný zástupce, je předem informován o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech nabízených poradenských služeb, o všech předvídatelných rizicích a nevýhodách, které mohou vyplynout z poskytované poradenské služby, prospěchu, který je možné očekávat, i možných následků toho, když poradenská služba nebude poskytnuta. (§1 odst. 3)

5) Obsahem poradenských služeb jsou činnosti přispívající zejména k: (§ 2)

- vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný, psychický a sociální vývoj žáků, pro rozvoj jejich osobnosti před zahájením vzdělávání a v průběhu vzdělávání,
- naplňování vzdělávacích potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmů před zahájením a v průběhu vzdělávání,
- prevenci a řešení výukových a výchovných obtíží, sociálně patologických jevů (zejména šikany a jiných forem agresivního chování, zneužívání návykových látek) a dalších problémů souvisejících se vzděláváním a s motivací k překonávání problémových situací,
- vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů integrace žáků se zdravotním postižením,
- vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšího profesního uplatnění,
- vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky, kteří jsou příslušníky národnostních menšin nebo etnických skupin,
- vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky nadané a mimořádně nadané,
- rozvíjení pedagogicko-psychologických a speciálně pedagogických znalostí a profesních dovedností pedagogických pracovníků ve školách a školských zařízeních,
- zmírňování důsledků zdravotního postižení a prevenci jeho vzniku.

Tento obsah je dále modifikován pro jednotlivá ŠPZ a školy rámcově takto:

5.1) Pedagogicko-psychologická poradna (§5)

Poradna poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků. Činnost poradny se uskutečňuje ambulantně na pracovišti poradny a návštěvami zaměstnanců právnické osoby vykonávající činnost poradny ve školách a školských zařízeních. (nikoliv v rodinách!).

Poradna „zajišťuje“ tyto oblasti:

- a. pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku, doporučuje zařazení žáka do příslušné školy a třídy a vhodnou formu jeho vzdělávání; spolupracuje

- při přijímání žáků do škol; včetně vyšetření pro zařazení žáků do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro žáky se zdravotním postižením,
- b. zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením – k tomu vypracovává odborné posudky a návrhy,
 - c. poskytuje poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji, (zákonným zástupcům, pedagogickým pracovníkům), včetně služeb zaměřených na vyjasňování osobních perspektiv žáků,
 - d. poskytuje metodickou podporu škole, *(v jakém smyslu??)*
 - e. prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence.

5.2) Speciálněpedagogické centrum (§ 6)

SPC poskytuje poradenské služby:

- žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách, ve školách a školských zařízeních,
- žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy,
- žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením.

Činnost centra se uskutečňuje ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách, v zařízeních pečujících o žáky se zdravotním postižením.

Speciálněpedagogické centrum „zajišťuje“ tyto oblasti:

- a. zjišťuje *speciální připravenost* žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků a pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření,
- b. zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením a žáky se zdravotním znevýhodněním, kteří jsou integrováni nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky,
- c. vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti,
- d. poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením,
- e. poskytuje metodickou podporu škole.

5.3) Škola (§ 7)

V rámci školy (základní, střední a vyšší odborné školy) zabezpečuje ředitel poskytování poradenských služeb ve škole zpravidla *výchovným poradcem a školním metodikem* prevence, kteří spolupracují zejména s třídními učiteli, učiteli výchov, případně s dalšími pedagogickými pracovníky školy. Poskytování poradenských služeb ve škole může být zajišťováno i *školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem*.

Škola „zajišťuje“ poradenské služby v rozsahu odpovídajícím počtu a vzdělávacím potřebám žáků školy zaměřené na:

- a. prevenci školní neúspěšnosti,

- b. primární prevenci sociálně patologických jevů,
- c. kariérové poradenství integrující vzdělávací, informační a poradenskou podporu vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšímu profesnímu uplatnění,
- d. odbornou podporu při integraci a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, včetně žáků z jiného kulturního prostředí a žáků se sociálním znevýhodněním,
- e. péči o vzdělávání nadaných a mimořádně nadaných žáků,
- f. průběžnou a dlouhodobou péči o žáky s neprospěchem a vytváření předpokladů pro jeho snižování a
- g. metodickou podporu učitelům při aplikaci psychologických a speciálně pedagogických poznatků a dovedností do vzdělávací činnosti školy.

Odhlédneme-li od nedostatečné úpravy základního předpokladu a tím je zřizování ŠPZ (je upraveno dikcí „*kraj může*“), zůstávají nevyřešené otázky fungování celé sítě školských poradenských zařízení v řadě aspektů. Jsou jimi zejména následující problémy:

- návaznost a spolupráce mezi jednotlivými prvky systému (vztahy uvnitř systému),
- teritoriální pokrytí celého území ČR,
- dostupnost poradenských služeb (obsahová, prostorová),
- odbornost poradenských služeb (řešena v základní vzdělávací bázi, chybí systém dalšího vzdělávání a normativní zajištění srovnatelných diagnostických metod),
- srovnatelnost výkonů (výstupů, intervencí, závěrů, rozhodnutí),
- srovnatelnost podmínek (vstupů finančních – normativy, materiálních, personálních),
- udržitelnost výsledků poradenské a diagnostické činnosti (dopad poradenských aktivit do vzdělávání),
- převážné zaměření na problematiku zdravotního postižení a zdravotního znevýhodnění – nedostatečná diferenciací „sociálního znevýhodnění“.

Shrnutí:

Právní normy (školský zákon a prováděcí vyhláška MŠMT) řeší popis kompetencí ŠPZ pouze „hmotně právně“ – tedy výčtem činností. Nikoliv již stanovením způsobu jejich zajištění. Způsobem zajištění rozumíme např. dostupnost uvedených služeb, jejich zajištění v daném místě a čase. Nestanoví žádné bližší skutečnosti ohledně používaných metod, forem, zásad činnosti. Nejsou zejména zřetelně formulovány zásady pro vznik poradenské situace a průběhu činností, které ji tvoří.

V celku můžeme hovořit o „nedostatecích při stanovení zakázky – diagnostiky SVP“ – což v praxi znamená nejasnosti v tom:

- kdo je oprávněn zakázku formulovat?
- Jakým způsobem je zakázka formulována?
- Jakým způsobem a v jakém časovém limitu je vyřízena?
- Jaký je vztah subjektů zakázky (práva a povinnosti)?
- Kdo je oprávněn (povinen) výstupy zakázky reflektovat?

Je nepochybné, že neřešení těchto otázek může (a s největší mírou pravděpodobnosti i má) závažný dopad do řešení vzdělávacích potřeb žáků se speciálními vzdělávacími potřebami – včetně žáků ze sociokulturně znevýhodněného prostředí (např. některých skupin Romských dětí, žáků a studentů).

Podrobnosti k těmto problémům však nejsou předmětem této Zprávy – jako výstupu z analýzy diagnostických nástrojů. Nástin problémů je však uveden pro vnímání souvislostí, které v komplexu vytváří současnou atmosféru upravující vzdělávání cílové skupiny dětí, žáků a studentů.

4 K pojmu mentální retardace

Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí a adaptabilitou demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií.

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 (Valenta, M., Müller, O. a kol., 2007).

F70-F79 MENTÁLNÍ RETARDACE

Stupeň mentálního postižení je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu takto:

F70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation) – IQ 50–69, dříve debilita.

F71 Středně těžká mentální retardace, též střední mentální retardace (moderate mental retardation) – IQ 35–49, dříve imbecilita.

F72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation) – IQ 20–35, dříve idioimbecilita, prostá idiocie.

F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – do 19 IQ, dříve idiocie, vegetativní idiocie.

F78 Jiná mentální retardace

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

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

0 – žádné či minimálně postižené chování (např. F71.0 – středně těžká mentální retardace bez poruch chování, diagnóza typického klienta s Downovým syndromem).

1 – výrazně postižené chování vyžadující intervenci.

8 – jiná postižení chování

9 – bez zmínky o postižení chování

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

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

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:

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 postižení 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, nedávno 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 adaptibility, 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 syndromu mentální retardace (a její hloubky) nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu (pod 70 IQ), ale zhodnocení celé řady dalších aspektů osobnosti, 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 přiléhavějším 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.

Diagnostický postup

Stanovení diagnózy mentální retardace tedy vychází z povinného komplexního inteligenčního souboru a posouzení adaptivního chování, nejméně při prvním vyšetření by měl být realizován i podrobnější neuropsychologický rozbor výsledků.

Samozřejmě je podrobná anamnéza zaměřená na biologické a psychosociální (sociální prostředí a vztahy) faktory a informace o dosavadním vývojovém tempu (Krejčířová, D. In: Svoboda, M. a kol, 2001).

Dosud nejpoužívanější metodou pro hodnocení adaptibility 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, podněťově a kulturně deprivované, například děti vyrůstající v zanedbávajícím 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 funkcí).

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 nežli 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 naladěný, jak reaguje na neúspěch. Pozorováním lze postihnout formální i obsahovou stránku

řeči, motoriku a grafomotoriku, atd., 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, projekci 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).

Pro potřeby diferenciální diagnostiky je třeba doplnit standardizovaný instrumentář aktuálními normami, jedná se např. o S-B testy IV. revize (S-B III. LM již zastarala) a Kaufmanův test K-ABC, WAIS-R, vývojové škály Gesella a Bayleyové. V případě PDW (Pražský dětský Wechsler) se již nedoporučuje jeho užívání vzhledem k tomu, že jeho normy nadhodnocují (a to nejvíc právě v období nástupu dítěte do školy) a nediferencují v podprůměru. Naopak velmi slibným se jeví užití nových testových nástrojů jako je SON-R a WJ IE (Kucharská, A. a kol., 2007).

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 kulturního 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) – blíže k výsledkům šetření v přiložené expertní analýze dr. Miroslava Procházky. **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).

Většina výkonů v testových úkolech je u romských dětí často na hranici směrodatné odchylky směrem dolů, děti selhávají v názorně logických operacích i v neverbálních subtestech, dobří jsou v mechanických úlohách, zřejmá 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 konkrétní (detto).

Obligatorní diagnostika (Zapletalová, J. a kol., 2006) zvažuje následující problémové okruhy diagnostiky školní zralosti u žáků z odlišného kulturního prostředí¹³:

- 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.

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), hovoříme o tzv. primárním mentálním postižení zvaném **oligofrenie** (tj. slabomyslnost), přestože tento termín v posledních letech jako by poněkud ustupoval nadřazenému pojmu mentální retardace. Na oligofrenii je 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 kategorii tzv. vývojových inhibicí, do kterých spadala imbecilita a idiocie.

Pseudooligofrenie (nepravá oligofrenie) je starší označení pro výchovnou a sociokulturní zanedbanost.

¹³ Na tomto místě konstatujeme důležitý poznatek, jenž je platný i pro ostatní, související tvrzení, názory a data uváděné v této zprávě. Je jím chápání uvedených pojmů vázaných na určité charakteristiky dítěte nebo žáka příslušné skupiny (např. romský žák) jako toliko a pouze možných či ze zkušenosti v některých případech potvrzených. V žádném případě nemá uvádění příslušných charakteristik např. pro vnímání, pozornost, hyperaktivitu, atd. paušální či dokonce stigmatizující význam. Tento přístup neodpovídá záměru autorů – a nakonec není ani objektivním odrazem reality.

Pokud došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení – **demenci**, která má v porovnání s oligofrenií 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 lokální poškození mozku a následně i psychiky, někdy se hovoří o „intelektových ostrovech“ mentálních funkcí, kdy některé mechanismy jsou poškozené a jiné zůstaly víceméně zachované (na rozdíl od homogenně nivelizovaného intelektu u oligofrenie). 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 lokální poškození rozšiřuje a prohlubuje, rozpadá se schopnost koncentrace, autoregulace i celý integrovaný systém CNS, takže i zachované funkce již nemají šanci se uplatnit. Demenci je v porovnání s oligofrenií v populaci asi čtyřikrát méně, přičemž diferenciace 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 inteligence 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 (Svoboda a kol., 2001, s. 411).* K tomu je třeba ještě dodat, že diagnóza MR (mentální retardace) je podle MKN-10 oprávněná tehdy, když k vážné poruše inteligence došlo u dítěte (před dosažením 18. roku věku). V případě postižení vzniklého v průběhu předškolního a školního věku je dle MKN-10 možné použít jak dg. MR, tak i demence Z diferenciálně diagnostického hlediska je také někdy nemožné odlišit (a to zvláště u mladšího dítěte) mentální retardaci od dětské demence - deteriorace (Svoboda a kol., 2001).

Namísto závěru

Zařazení pasáže o mentální retardaci do této zprávy vychází z toho, že systém škol tzv. speciálních (dříve školy zvláštní, nyní základní škola praktická) byl určen pro žáky s „takovými rozumovými nedostatky, v důsledku kterých se nemohou účastnit vzdělávání v běžné škole“. Toto definování role - místa těchto škol ve vzdělávání je nepřesné a překonané. Současná právní úprava se vyhýbá tomuto – či obdobnému – způsobu definování „účelu“ tzv. speciálních škol., přesto lze výkladem právních norem – konkrétně odst. 8) § 16 školského zákona

„Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žáci se souběžným postižením více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzdělávání jinak. Příprava na vzdělávání dětem se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami nebo s autismem se může poskytovat v přípravném stupni základní školy speciální.“

dospíváme k závěru, že „školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy“ se zřizují toliko pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením. Tedy nikoliv pro cílovou skupinu dětí, žáků a studentů vymezených „sociálním znevýhodněním“.

Přesto, vzhledem k pochybnostem, názorům, a v některých případech i mýtům majícím základ v nedávné minulosti českého školství považujeme uvedený exkurz za přínosný.

Použitá literatura:

- Bajo, I., Vašek, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 1994.
Edelsberger, L., a kol. *Defektologický slovník*. Praha: Nakladatelství H+H, 2000.
Kucharská, A., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v SPC*. Praha: IPPP, 2007.
MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: WHO - Psychiatrické centrum Praha, 2000.
Říčan, P., a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995.
Svoboda, M., a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001.
Valenta, M., Müller, O., a kol. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007.
Zapletalová, J., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v PPP*. Praha: IPPP, 2006.

5 Komparativně kompilační abstrakt prací expertů

5.1 Odborník z prostředí PPP (Vladimír Hloušek)

Velký Senát Evropského Soudu pro lidská práva ve věci D. H. proti České Republice (stížnost č. 57325/00) v rozsudku ze 13. listopadu 2007 uvádí: „40. Podle stěžovatelů, kteří citují odborníky v tomto oboru, byly nejčastěji používanými testy varianty „Wechslerovy inteligenční škály pro děti – třetí vydání“ (Wechsler Intelligence Scale for Children (PDW a WISC III) a „Stanford-Binetův test inteligence“ (Stanford-Binet Intelligence test). S odvoláním na různé názory, například na stanoviska některých učitelů a psychologů a na názor ředitele odboru zvláštních škol ministerstva školství (který zastával úřad v únoru 1999), stěžovatelé tvrdí, že používané testy nebyly objektivní ani spolehlivé, neboť byly vyvinuty výhradně pro české děti, aniž by byly v současné době upraveny nebo schváleny pro vyšetřování dětí romských. Navíc nebylo přijato žádné opatření, které by romským dětem umožnilo při vyšetření překonat kulturní a jazykové bariéry, a neexistují ani směrnice, které by omezovaly prvky volného uvážení ve způsobu provádění a vyhodnocování těchto testů. Stěžovatelé rovněž poukazují na zprávu České školní inspekce z roku 2002, ve které se uvádí, že do zvláštních škol jsou nadále zařazovány děti bez výrazných rozumových nedostatků.“

Úvodem

Výběr poradenských metod v pedagogicko-psychologických poradnách a speciálně pedagogických centrech (dále „v poradnách“) vychází vždy ze zakázky klienta. Požaduje-li prognózu školní úspěšnosti, volí psycholog některou ze zkoušek rozumových schopností - individuální nebo skupinovou - jedno nebo vícedimenzionální. Speciální pedagog návazně vyšetří poznávací dovednosti, kvalitu čtení – psaní - počítání a úroveň dosažených poznatků. Úspěšné vzdělávání velmi závisí na osobnostních předpokladech studenta a žáka, hodnotovém zaměření rodiny, zdravotním stavu dítěte, dobrých učitelích a na příležitosti absolvovat přiměřený vzdělávací program.

Prognóza školní úspěšnosti je dnes v poradnách týmově posuzována psychology a speciálními pedagogy. Na formulaci doporučení participují rodiče a vyučující. Trend psychického vývoje dítěte lze určit pouze srovnatelnými výsledky psychodiagnostických metod, lépe po dvou kontrolách, přičemž kontrolní vyšetření stejným inteligenčním testem by mělo následovat po roce.

Důkladnou analýzu obligatorních diagnóz a obligatorní diagnostiky v poradnách zpracoval Institut pedagogicko-psychologického poradenství (Zapletalová, J., a kol., 2006).

Studie mapuje užívané psychodiagnostické nástroje ve vztahu k typu nejčastěji kladených otázek velmi podrobně. Nabízí příklady zpráv klientů se specifickými poruchami učení nebo chování, se sociokulturním nebo zdravotním znevýhodněním, mimořádným nadáním, návrhem odkladu školní docházky, mentálním postižením, vadami řeči, autismem, zrakovým, sluchovým nebo tělesným postižením. Bereme si za úkol zmíněnou studii doplnit o reakce na výtky žalobců ČR u Evropského Soudu č.j. 57325/2000 a o kritický pohled na testování inteligence.

Objektivita, normalizace, reliabilita a validita psychodiagnostických testů

Odpovědí na otázku po objektivitě testů je operacionální definice Kerlingerova (cit.: 1972, strana 467): „Objektivní metody pozorování jsou takové, v nichž kdokoli, řídící se předepsanými pravidly, přiřadí předmětům a souborům předmětů tytéž číslice jako kdokoli jiný (za stejných podmínek). Objektivní postup je ten, při němž je shoda mezi pozorovateli maximální.“ Podobně jsou nezávislé na osobě, která test předkládá a která jej vyhodnocuje. Objektivita předpokládá detailní instrukce při zadávání položek a hodnocení odpovědí, přesné znění pomocných otázek a postupů při zácvičku testované osoby.

Za normalizaci Svoboda (1992) označuje možnost srovnání individuálních výsledků se statistickými normami získanými vyšetřením velkého reprezentativního vzorku osob. Pojem reliabilita vyjadřuje spolehlivost, se kterou test měří, přesnost, stabilitu v čase, ekvivalenci a vnitřní konzistenci. Stabilitou v čase myslí míru shody mezi výsledky dosaženými v témže testu po časovém odstupu, u kvalitního testu nemá korelace test re-test klesnout pod 0,80. Ekvivalenci lze zjistit porovnáním výsledků různých verzí téhož testu, sejmутých krátce po sobě. Vnitřní konzistence využívá metodou půlení, která spočívá ve výpočtu korelace mezi řadou sudých a lichých položek v téže zkoušce.

Nejzávažnějším psychometrickým ukazatelem je validita, která ověřuje, zda test měří to, co měřit má. Říčan (1977) rozumí validitou, platností, schopnost testu diagnostikovat, predikovat, měřit něco víc než sebe sama. Formuluje validitu prediktivní a souběžnou, parciální a lokální, inkrementální a pojmovou. Důkladnější osvětlení druhů validity přesahuje možnosti tohoto textu, proto odkazují na použitou literaturu (Kerlinger, 1972; Říčan, 1977; Chráska, 2007).

Využití klasického inteligenčního kvocientu k prognóze

Hypotéza, že vyšší kvocient předpovídá úspěšnější vzdělávání, bývá ověřována šetřeními ve velkých statistických souborech. V jednotlivém případě ale platit nemusí. Vzpomínám si na příběh studenta s IQ 145, který v maturitním ročníku propadal pro nedostatek důvodů se učit. Říčan (cit.: 1977, strana 65) upozorňuje na dilema, zda standardizovat statistické normy zvláště pro skupiny lidí, kteří jsou v dobře definovaných situacích a „vzdát se srovnání s celonárodní populací – anebo riskovat nestandardnost psychologické situace probandů“.

Východisko vidí ve vytvoření parciálních norem pro prakticky relevantní situace. Eysenck (1971) rozebíral příčiny nízkých výsledků Afroameričanů v inteligenčních testech v porovnání s bílou populací USA. Rushton (2001) se zabýval rozdíly výkonů v subtestech WISC-R u amerických a jihoafrických, černošských a bělošských, třináctiletých až patnáctiletých žáků běžných škol. Nalezl kromě signifikantních diferencí ve všech vzorcích obsahově stejný obecný inteligenční faktor „g“. Vygotskij (1970), Ceci (in: Atkinsonová, 2003) poukazují na problémy s využitím výsledků inteligenčních testů v reálném životě. Ceci (tamtéž) kritizuje, že testy obecné inteligence SAT a GRE užívané při přijímání na vysoké školy v USA predikují nepřesně, i když s určitou validitou, pestrá škála chování. Nejsou však o nic lepším nástrojem než testy matematických znalostí a dovedností a vědomostí o historii.

Flynn (2001) objasňuje složité vazby mezi IQ, dědivostí a prostředím. Flynn jinde (2008) upozorňuje na čtyři paradoxy spojené se zjišťováním IQ: 1) nesoulad výsledků z faktorové analýzy, 2) dvougenerační zdvih IQ o 18 bodů, 3) nepravou mentální retardaci vzdálených předků a 4) rozdíl v síle vlivu prostředí na rozumový vývoj jednovaječných dvojčat. Vypracování na kultuře zcela nezávislých inteligenčních testů zůstává nedostiženým ideálem faktorové analýzy.

Vygotskij připomíná (cit.: 1970, str. 211): „...psycholog musí nutně při hodnocení stavu vývoje počítat nejen s dozrálými, ale i s dozrávajícími funkcemi, nejen s aktuální úrovní, ale i se zónou nejbližšího vývoje.“ Zdůrazňuje při vývoji rozumových schopností význam učení spoluprací a nápodobou. Potíž při měření individuálních rozdílů dokládá Říčan (cit.: 1977, strana 65) na testování inteligence, které „nelze oddělovat od zkoumání, jak lidé myslí a jak se učí myslet.“

Psychodiagnostické metody

Stanford-Binet

Historicky první verzi této zkoušky publikovali Binet a Simon v roce 1905. Slovenský a český překlad Binetova testu od K. Adamoviče byl vydán v roce 1972 Psychologickými a didaktickými testy Bratislava (T-35). Anglické instrukce a podnětový materiál III. revize Binetova testu od Termana a Merrillové z roku 1960 byly upraveny s ohledem na slovenské a české reálie, avšak s použitím amerických norem. Zkouška T-35 nebyla pro populaci slovenských a českých dětí standardizována.

Přesto je v rukou zkušeného diagnostika užitečným nástrojem ke kvalitativní analýze myšlenkových operací a dosaženého profilu psychomotorického vývoje dítěte. Podle vlastní praxe naměřené hodnoty nadhodnocují při porovnání s výsledky WISC-III asi o 10 bodů IQ. Dětem od 3 do 7 roku vyhovují položky administrované formou hry, nevýhodou se jeví podmínka komunikačních dovedností v českém nebo slovenském jazyce. Nízkých výsledků proto dosahují příslušníci menšin, děti autistické, sluchově postižené, psychicky deprivované a děti s těžkou dyslalií či dysfázií. Slabý výsledek vždy žádá ověření úrovně rozumových schopností jinými postupy.

Pražský dětský Wechsler (PDW)

Česká verze vychází ze zkoušky Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) z roku 1949. Standardizace WISC proběhla v roce 1966 v Německu (HAWIK). Českou úpravou Wechslerovy zkoušky pro děti se zabývali L. Kubička, R. Bursík. J. Jirásek jejich úsilí o úpravu a převod textů završil standardizací v roce 1972. Autoři v příručce „T-36 Pražský dětský Wechsler“ poukazují, že Wechsler vycházel z rozšířené definice inteligence zahrnující mimointelektové faktory „vytrvalost“ a „energetická úroveň“. Kubička, Bursík, Jirásek (1973) při popisu standardizačního vzorku přiznávají, že vyšetřované děti pocházely z rodin, které měly poněkud vyšší vzdělanostní úroveň než populace tehdejší ČSR. Používání T-36 PDW z důvodu v současné době již neplatných, měkkých, norem nedoporučuje Zapletalová (2006).

Krejčířová (in: Svoboda, 2001) PDW stále považuje za jednu z nejlepších metod i s výhradami k omezené použitelnosti zkoušky u pěti až šestiletých dětí, k některým zastaralým položkám a k výraznému nadceňování ve všech věkových pásmech o 10 – 15 bodů IQ. Nevýhodou testu jsou instrukce připomínající zkoušení ve škole.

WISC-III Wechsler Intelligence Scale for Children – Third edition - představuje v současné době nejčastěji užívaný individuální vícedimenzionální test rozumových schopností pro klienty ve věku od 6 do 17 let. Česká standardizace Krejčířové, Boshka a Dana (2002) přinesla četné úpravy včetně odstranění kulturně zavádějících položek. Zapletalová (2006) v rámci vládního úkolu č. 686/1997 uskutečnila standardizaci WISC-III na vzorku, který demograficky zahrnoval 6 % romských dětí. Připojení romských dětí k celé skupině snížilo normy na stupnici IQ statisticky nevýznamně o jeden bod. Pořadí obtížnosti položek u romských dětí a u dětí českých srovnávané Spearmanovým koeficientem vykazovalo statisticky velmi významné korelace v rozmezí od $r = 0.922$ do 0.969 . Obtížnost položek jednotlivých subtestů WISC-III dle Zapletalové (2006) stoupala v obou vzorcích ve stejném sledu, proto obsahová validita tohoto testu je dle autorky pro obě skupiny shodná. Dočkal (2006) porovnal anglickou, německou, českou a slovenskou národní verzi WISC-III. Závěry studie podpořily tvrzení, že navzdory společnému evropskému kulturnímu prostoru existují mezi verzemi rozdíly v profilech slovních a názorových rozumových schopností. Lze je připsat odlišným tradicím evropských zemí a zejména jejich různým vzdělávacím systémům.

Závěr

Vytýkané psychodiagnostické metody (Stanford-Binet, WISC-III a PDW) nebyly původně konstruovány ani pro české děti, nýbrž vznikaly v americkém a britském sociálním a kulturním kontextu. Objektivita, spolehlivost (reliabilita) a validita testů byly potvrzeny opakovanými studiemi na reprezentativních souborech. Kontinuita inteligenčních zkoušek, řádově v desítkách let, poskytuje značnou výhodu při sledování sociálních a kulturních vlivů na lidské myšlení.

Jsme přesvědčeni, že formy a řazení poznávacích a myšlenkových operací dle Piageta (1970) u romských a ne-romských dětí probíhají shodně. Vývojové rozdíly vznikají během reálné komunikace jedince ve svébytném sociálním a kulturním prostředí. Jsme přesvědčeni, že vývoj myšlení dítěte tvarují rodiče a příslušníci širší rodiny vzorem vlastních postupů adaptace a podporou podle nich užitečných kroků, jakými má dítě vyřešit každodenní praktické úkoly.

V současné době v ČR chybí inteligenční testy standardizované výhradně pro romskou populaci. Na druhé straně, pokud by byla taková metodika užívána bez přihlédnutí k cílům inkluze menšiny do hlavního vzdělávacího proudu, vznikl by v přístupu k romským dětem extrém opačný - nežádoucí segregace.

Použitá literatura

- Adamovič, K. *T-35 Stanford-Binetova inteligenční škála*, Tretia revízia – Forma L–M. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1972, 263 stran.
- Ceci, S. J. *Proč testy inteligence, SAT a GRE nejsou měřítkem obecné inteligence*. Strana 449. In: Atkinsonová R. L., a kol. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. 751 stran. ISBN 80-7178-640-3.
- Dickens, W. T., Flynn, J. R. *Heritability Estimates Versus Large Environmental Effects*. The IQ Paradox Resolved. *Psychological Review*, 2001. Vol. 108. No. 2. Pages 346 – 369.
- Dočkal, V. *Intercultural Differences in Intelligence in the Mirror of European WISC-III Standardizations*. *Studia Psychologica*, 2006. Vol. 48. No. 3. Pages 213-228.
- Eysenck, H. J. *Race, Intelligence and Education*. London: Temple Smith, 1971. 160 pages. ISBN 0-85117-010-2.
- Flynn, J. R. *Beyond the Flynn effect: Solution to all outstanding problems—except enhancing Wisdom*. Cambridge: The Psychometric Centre, University of Cambridge, 2008. Dostupné na: <<http://psychometrics.sps.cam.ac.uk/page/119/flynn-2-paradoxes.htm>>.
- Chráská, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 260 stran. ISBN 978-80-247-1369-4.
- Kerlinger, F. N. *Základy výzkumu chování*. Praha: Academia, 1972. 705 stran.
- Piaget, J. *Psychologie inteligence*. Praha: SPN, 1970. 148 stran.
- Rushton, J. P. *Black-White differences on the g-factor in South Africa: a „Jensen Effect“ on Wechsler Intelligence Scale for Children – revised*. *Personality and Individual Differences*, 31 (2001). Pages 1227-1232.
- Říčan, P. *Úvod do psychometrie*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1977. 191 stran.
- Svoboda, M. *Metody psychodiagnostiky dospělých*. Praha: Capa a. s., 1992. 262 stran. ISBN 80-7064-036-5.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 791 stran. ISBN 80-7178-545-8.
- Vygotskij, L. S. *Myšlení a řeč*. Praha: SPN, 1970. 296 stran.
- Wechsler, D., Kubička, L., Bursík, R., Jirásek, J. *T-36 Pražský dětský Wechsler (PDW), příručka pro administraci, interpretaci a vyhodnocení testu*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1973. 109 stran.
- Wechsler, D., Krejčířová, D., Boschek, P., Dan, J. *Wechslerova inteligenční škála pro děti, první české vydání*. Příručka. Praha: Testcentrum, 2002. 215 stran. ISBN 80-86471-19-5.
- Zapletalová, J., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v pedagogicko-psychologických poradnách*. Praha: IPPP ČR, 2006. 107 stran. ISBN 80-86856-29-1.

5.2 Odborník z prostředí SPC (Miroslav Procházka, Jana Petrášová)

Stanovisko č. 1 (Miroslav Procházka)

Pokud se chceme jakýmkoliv způsobem zabývat problematikou vzájemného postavení majority a minorit, kdy výslednicí by měla být analýza vedoucí ke kvalitativní změně představující zásah v oblasti tak citlivé jako vzdělávání, je nezbytně nutné vzít v úvahu přinejmenším následující atributy:

- jako zcela zásadní je nutná akceptace myšlenky společného soužití majority a minorit tedy vysoce žádoucí koexistence, která je pro obě strany životní nutností;

- takovýto způsob společného sdílení geografického, kulturního, politického a ekonomického prostoru musí být zúčastněným ku prospěchu a nikoliv se stát příčinou či východiskem diskriminačních tendencí;
- v případě, že akceptujeme předchozí dvě podmínky, pak z nich nutně vyplývá jediná možná cesta k dosažení vytýčeného cíle, kdy takovouto cestu představují vzájemná tolerance, empatie, pochopení, přijetí a spoluprožívání;
- současně je nezbytně nutné neustále mít na paměti obrovskou komplikovanost naší psychiky, kdy řada našich postojů svými kořeny tkví tak hluboko v nevědomí, že namnoze můžeme mít i důvod se o nich domnívat, že tyto postoje jsou snad až neměnné;

Právě proto stojí za to usilovat, nebo se alespoň stále pokoušet o jejich změnu a formování. Jejich hluboké ukotvení představuje onen zásadní důvod, proč v oblasti problematiky multikulturality vše trvá tak dlouho, proč změny vyžadují tak vysoké investice při tak minimální úspěšnosti.

Každé dítě začleňující se do své společnosti by se samozřejmě mělo cítit jejím členem už jen proto, že s ní spojuje sebe sama a akceptuje její principy, normy a řád. Nedílnou součástí takového procesu vrůstání jedince do společnosti je samozřejmě i tvoření a přejímání postojů k druhým lidem za současného individuálního přetváření těchto postojů. Tento proces se týká i těch, kteří nějakým způsobem vybočují, jsou prostě jiní. Pro příslušníka majoritní společnosti jsou takovými zvláštními osobami právě příslušníci minorit. Naopak pro členy minoritních skupin jsou to lidé představující většinovou společnost.

V souvislosti s nástupem detabuizace tématu rasizmu ve společnosti dochází k tomu, že ve skrytu doutnající problematika etnických menšin zásadním způsobem gradovala v polovině devadesátých let, kdy vedla k široké medializaci diskuse ohledně jednotného přístupu ke vzdělávání.

Kromě jiného se do centra zájmu dostává otázka zařazování dětí do režimu speciálního školství. V rámci této kampaně dochází na přetřes vhodnost či nevhodnost použití psychologické diagnostiky. Podobně jako tehdy i nyní se setkáváme s argumentací „když naše děti (rozuměno děti minority) v testech selhávají, je chyba v testech a ne v dětech! Je třeba změnit testy!“ Došlo a dochází zde tedy k situaci, kdy diskuse vysoce odborného charakteru se místo na odborná fóra kam patří, přesunula na stránky tisku, což samozřejmě nejméně prospívá právě těm, o které jde nejvíce, tedy dětem. Při formulování tohoto příspěvku mne vedla především snaha napomoci k tomu, aby bylo zabráněno další mediální kampani a honu na čarodějnice s následným rozvojem diskriminačních tendencí. Mým cílem je přispět k navrácení této problematiky tam, kam patří, tedy do rukou týmu odborníků nazírajících toto pole z různých úhlů svých specifikací a jejího řešení.

Rámcový přehled diagnostických nástrojů

V rámci současného diagnostického standardu v psychodiagnostice dětí jako jediný možný je uznáván a užíván přístup anamnesticko-explorační, v rámci něhož psychologové užívají standardizovaných metod, testů. K diagnostickému závěru dospívají na základě údajů o dosavadním průběhu výuky, údajů v anamnéze rodinné, osobní a zdravotní a výsledků objektivních zjištění při vyšetření. Při současném modelu činitelů ovlivňujících školní výkon je testová diagnostika úrovně intelektové výkonnosti nezastupitelná. **Je nutné zdůraznit, že v závěru o celkové úrovni kognitivních předpokladů a ke stanovení školní prognózy psycholog samozřejmě dospívá i diagnostikou netestovou, to je porovnáním vývoje jednotlivých psychických funkcí i osobnosti jako celku s normou.** Psychologové mají k dispozici řadu testů. K diagnostice však neužívají testové baterie v tom smyslu, že by k diagnostickému závěru dospívali algoritmizovatelným postupem, syntézou výsledků z jednotlivých testů (J. Dan, 2000).

Testy inteligence jsou tedy standardizované metody vyšetření rozumových schopností a současné mentální úrovně jedince. Kvantitativní hodnocení se provádí na základě příslušných norem.

Kvalitativní hodnocení probíhá jednak formou obsahové analýzy některých odpovědí, jednak formou pozorování probanda během vyšetření.

Nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient – IQ (zaveden W. Sternem). IQ vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (tzv. mentální věk) a mezi chronologickým věkem. Hovoříme o vývojovém inteligenčním kvocientu, který je použitelný při vyšetřování intelektuální úrovně dětí, u nichž je fyzické stárnutí provázeno zvyšováním rozumové úrovně. Tato závislost platí jen asi do věku 12 let. Později se vývoj některých schopností zastavuje nebo zpomaluje, vrcholí mezi 20 až 25 lety a později některé složky inteligence mají tendenci sestupnou.

Proto byl zaveden tzv. deviační inteligenční kvocient, což je srovnání úrovně rozumových schopností jedince s úrovní osob téže věkové kategorie.

Význam stanovení inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Naprosto nic však nevypovídá o kvalitativních zvláštностech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby probanda nikdy nesmíme přeceňovat (M. Svoboda, 1992)!

Vždy je tedy 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 stanovení diagnózy.

Používané testy inteligence

Nejčastěji používané nástroje určení úrovně rozumových schopností dětí v našem prostředí můžeme rozdělit do následujících kategorií:

- Vývojové škály,
- Jednodimenzionální testy inteligence,
- Komplexní testy inteligence.

Vývojové škály

V rámci PPP a SPC k nejužívanějším vývojovým škálám patří:

- Gesellovy vývojové škály (Knobloch, Stevens, Malone, 1980),
- Bayleyové vývojová škála (přepracované vydání z roku 1993, 3. revize),
- Vinelandská škála sociální zralosti (Kožený, 1965),
- Škála McCarthyové (1972).

Gesellovy vývojové škály

Tato vývojová škála je zřejmě u nás dosud nejznámější a i nejrozšířenější obecnou vývojovou metodou.

Škála je určena pro děti od 1 měsíce do 3 let. Účelem vyšetření je nejčastěji diagnostika poruch vývoje. Současně získáváme informace o temperamentu dítěte, jeho sociálních dovednostech, emocionalitě, frustrační toleranci. Pro každý věkový stupeň je určeno charakteristické chování. Položky jsou rozděleny do pěti oblastí: adaptivní chování, hrubá a jemná motorika, řeč a sociální chování.

Při hodnocení hodnotíme položky jako splněné na dané vyšší úrovni či nesplněné. Závěrem vyhodnocení je určení celkového vývojového kvocientu jako odhadu celkového intelektového potenciálu.

Bayleyové vývojová škála

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.
- Motorická stupnice – zahrnuje hrubou motoriku, jemnou motoriku ruky. V současné revizi je s ohledem na praktickou potřebu nabízena i podrobnější analýza profilu.
- Záznam o chování dítěte – charakterizuje dítě spíše kvalitativně a to v oblastech aktivity, zájmu, pozornosti, sociálního příklonu a dalších.

Při hodnocení je pak hrubé skóre převedeno na mentální vývojový index a psychomotorický index.

Vinelandská škála sociální zralosti

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 posouzení školní připravenosti zejména u dětí výchovně zanedbaných. Základem hodnocení je posouzení míry úspěšnosti v každé položce. Hrubý skóre představuje bodový součet, který je převáděn pomocí grafu do určitého pásma normy.

Škála McCarthyové

Uvedený nástroj je určen pro vyšetření dětí od 2,5 do 8 let. Obsahuje celkem 18 subtestů, jejichž položky mají narůstající obtížnost. Shrnutím získáváme jednak celkové hodnocení úrovně mentálních schopností s možností převodu na mentální věk a jednak jsou vyhodnoceny na pěti dílčích škálách: verbální, percepčně perforační, škála početní a doplňkové škály paměti a motoriky. Součástí testu je i orientační hodnocení laterality.

Jednodimenzionální testy inteligence

V rámci běžné praxe školských poradenských pracovišť se setkáváme s následujícími jednodimenzionálními testy inteligence:

- Kohsovy kostky (Košč, 1974),
- Standardní progresivní matice (Raven, 1956, úprava Ferjenčík, Hromý, 1989),
- Barevné progresivní matice (Raven, 1949, úprava Ferjenčík, 1984).

Kohsovy kostky

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.

Standardní progresivní matice (SPM)

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. Jedná se o oblasti statické představivosti (Set A), analogie obrazců (Set B), vnímání změn ve vertikálním a horizontálním směru (Set C), chápání principu kvantitativních a kvalitativních změn (Set D) a konečně uplatnění abstrakce (Set E).

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

Barevné progresivní matice (CPM)

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. Podobně jako u SPM jsou tvořeny sety A a B. Mezi tyto soubory byl vložen nový set AB vyžadující pojmut jednotlivé obrazce jako prostorově příbuzné celky a označit jejich chybějící část. Podstatným rozdílem oproti SPM je barevný podklad.

Jak SPM tak CPM jsou testy více závislé na vrozených dispozicích a méně na vzdělání, hovoříme o tzv. culture – fair testech.

Vyhodnocení je stejné jako v případě SPM.

Komplexní testy inteligence

Komplexní testy jsou v našem prostředí zastoupeny především:

- Therman - Merrillové test (T-M) (Therman, Merrill , USA, 1937, úprava Adamovič, 1972) a čtvrtá revize Stanford–Binetovy zkoušky (S-B) (Thorndike, Hagen, Satter, USA, 1986; české vydání Smékal, 1995),
- Pražský dětský Wechsler (Kubička, a kol., 1973),
- WISC- III.(česká verze Krejčířová, Dan, Boschek, 2002),
- Amthauerův test struktury inteligence ve formách IST 70 (Amthauer, úprava Dan, 1993) a TSI 2000R (Amthauer, úprava Plháková, 2005).

Therman - Merrillové test (T-M) (Therman, Merrill , USA, 1937, úprava Adamovič, 1972) a čtvrtá revize Stanford–Binetovy zkoušky (S-B) (Thorndike, Hagen, Satter,USA, 1986; české vydání Smékal, 1995)

Oba uvedené testy jsou určeny pro dětskou populaci od 2 let do 18 let.

Škála T – M (1972) je založena 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 odstupující roční. U tohoto testu je nutno mít na paměti vždy jeho nedostatky, kterými je především nenaplnění kritéria zvyšující se obtížnosti mezi jednotlivými věkovými úrovněmi – náročnost subtestů pro věk 4,6 let je vyšší než úkoly pro děti 5leté.

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.

Čtvrtá revize S–B testu zahrnuje menší počet různých typů úkolů. Jednotlivé položky stejného typu jsou zahrnuty do 15 subtestů, ve kterých položky mají 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.

Pražský dětský Wechsler

Tento test je určen pro děti od 5 do 16 let. Je možné říci, že tento test patří „k rodinnému stříbru“ české psychodiagnostiky. Byl zpracován na základě dlouhodobých klinických zkušeností autorů a důsledná položková analýza vedla k úpravě plně odpovídající k našemu kulturnímu prostředí. Test byl standardizován na souboru dětí v celém věkovém rozsahu.

Pro děti školního věku je stále PDW jednou z nejkvalitnějších metod byť po takřka třiceti letech řada položek zastarala a test dnes ve všech věkových pásmech dosti nadhodnocuje.

Test je rozdělen do dvou základních částí verbální a performační, kdy jednotlivé položky subtestů mají vzrůstající náročnost.

Výsledkem je na základě převodu hrubých na vážené skóre vyjádření IQ verbální, performační a celkové.

WISC- III.

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

Test je tvořen verbálními a performačními subtesty, které se při administraci mohou, ale nemusí střídat, kdy jednotlivé položky subtestů mají vzrůstající náročnost.

Výsledkem je podobně jako v případě PDW (stejně teoretické východisko) verbální, performační a celkové IQ, získané na základě převodu vážených skóre.

Revize PhDr. J. Dana z roku 2000 vycházející z českého vydání britské verze z roku 1996 vznikala v době, kdy se odborná psychologická veřejnost poprvé musela postavit masivní mediální kampani zaměřené proti užívání psychodiagnostiky v oblasti školského poradenství. V těchto letech tedy 1999 – 2000 dochází také ke vzniku expertní skupiny cca 40 psychologů ze školských poradenských pracovišť, jejichž posláním bylo posouzení předkládaných argumentů a formulace prostředků a forem dalšího postupu z hlediska práce s minoritami v oblasti českého školství.

V rámci tohoto jednotného postupu Dr. Dan se stává vůdčí osobou stojící za standardizací dosud kritizovaného testu WISC – III. Součástí standardizace bylo vytvoření standardizačního souboru 1 453 dětí. Do celkového vzorku bylo zahrnuto 89 dětí romského etnika. Rovněž byla provedena položková analýza na vzorku 258 příslušníků majority a 89 Romů.

Výsledkem této více než roční usilovné práce takřka 130 psychologů je tedy nástroj, který je plně validní a je kalibrován na dětskou populaci naší země. K posuzování výsledků testu autor výslovně uvádí (J. Dan, 2000, str. 51):

„Nelze interpretovat jakýkoliv výsledek v testu WISC – III. bez znalosti sociálního pozadí, nebo řečeno jinak bez užití anamnestického exploračního přístupu. To je základní opatření proti možnému znevýhodnění testem. Výkony v inteligenčním testu jsou pouze jedním z podkladů pro vyjádření psychologa o úrovni rozumového nadání.“

Pro ilustraci dále v tabulce uvádím porovnání výsledků v testu WISC - III. mezi původní verzí z roku 1996, přepracovanou verzí z roku 2000 a konečně novým přepracováním z roku 2002.

Vážený skór	IQc normy 2000	IQc normy 1996	IQc normy 2002
125	120	119	119
113	110	109	109
100	100	100	100
93 - 92	95	94	94 – 93
90 - 86	90	89	88
79 - 78	85	84 – 83	82
68	80	77	77
59	75	71	72
50 - 48	70	66 - 65	67
43 - 42	65	63 – 62	64 – 63
35	60	59	59
28	55	54	55
18	48	48	49

Z tabulky je jasné vidět, že maximální rozdíl mezi úrovní celkového IQ v případě vzorků dětské populace naší republiky z roku 2000 v porovnání s původní přeloženou britskou verzí činí maximálně 5 bodů ve prospěch české populace, a to navíc pouze v jediném případě.

Jestliže tedy použijeme kteroukoliv z norem WISC – III. dostupných v České republice, není při správné interpretaci získaných výsledků komplexního vyšetření možné poškodit dítě v důsledku použitého testu rozumových schopností.

Amthauerův test struktury inteligence

Test je určen pro děti ve věku od 12 let do dospělosti. Obsahuje celkem 9 subtestů s postupně narůstající obtížností uvnitř každého subtestu.

Výsledkem je pak převod váženého skóre na IQ či percentily. Vzhledem k značné náročnosti tohoto testu (technická náročnost směrem k probandovi) je skutečně jeho využití u dětí se sníženou rozumovou schopností limitováno.

Role speciálně pedagogického centra**Mýty spojené s romskou populací**

- Všechny děti jsou stejné; ty romské mají jen nižší počáteční slovní zásobu.
- Příčina veškerých potíží u romských dětí spočívá především v dvojjazyčném případně trojjazyčném prostředí.
- Veškeré problémy selhávání romských dětí ve škole vyřeší nulté ročníky.
- Romové a vlastně každé etnikum by měli mít své speciální testy rozumových schopností nebo alespoň normy.
- Žádné dítě romské populace nepatří do speciální školy.

Specifika romské komunity:**Vnímání času**

Rom prožívá realitu, vyprávění, vzpomínku, sen právě teď, nezařazuje si je do času, který odsouvá vše minulé, zatímco budoucnost „dávno“ nenastala. Čas je pro ně dosud velmi abstraktním pojmem s malou důležitostí.

Vnímání prostoru

Jako členíme čas, členíme i prostor. Považujeme za potřebné, prostor členit a vedle „nahore“, „dole“, „vlevo“, „vpravo“, „vpředu“, „vzadu“, používáme celou řadu dalších kategorií, kterými členíme a článkujeme prostor. Romské dítě vnímá prostor na základě svobodné intuice.

Řeč

Víme, že romština patří k novoindeckým jazykům. Romský jazyk je založený na výrazu a nikoliv na pojmu. Romské dítě nemá potřebu rozvíjet vlastní slovní zásobu, protože je to dospělý, který se snaží jeho výrazu a projevu porozumět.

Rodina

Mluvíme-li o rodině, máme na mysli svou ženu, děti, rodiče, sourozence Rom nemůže odmítnout několik desítek svých blízkých příbuzných. Jak jen stihnout všechny ty svatby, křtiny a pohřby. Rod je pro Roma oporou!

V zásadě se v rámci romské komunity setkáváme s trojím typem rodiny:

- **Rodina adjustovaná;** jedná se o rodinu, která je v plném slova smyslu inkludována. Takováto rodina si zachovává své tradice, uvědomuje si své kořeny, má jak svá vnitřní nepsaná pravidla, tak současně respektuje pravidla majority. Udržuje své vlastní rituály a do určité míry je ochotna přijímat i rituály majority. Tento typ rodiny představuje základnu romské inteligence.
- **Rodina tradiční;** tento typ rodiny jednoznačně upřednostňuje dominanci muže před ženou. Platí zde vnitřní nekodifikovaná forma principů, pravidel a zákonů zcela odvislých na majoritě. V této rodině bohužel vzdělání nemá valný význam. Co je důležité, je však skutečnost, že je zde vnitřní hierarchie a řád a i přes potíže je možné najít společný konsensus při řešení problémů. Vzhledem k tomu, že zde vzdělání sehrává skutečně velmi malou roli, namnoze právě u dětí těchto rodin se setkáváme se simulací při vyšetření a ze strany rodičů je

uplatňován vysoký tlak na minimalizaci vzdělávacích požadavků na dítě, kdy není výjimkou setkání se s požadavkem ukončení povinné školní docházky v nižším než devátém ročníku.

- **Rodina asimilovaná;** v této rodině chybí řád a struktura, kdy většinou žádný z rodičů nemá stálý příjem. Není výjimkou kriminální delikvence některého z členů rodiny. Takováto rodina tradiční principy odmítla (často její členové buď romsky neumí či výsledkem je etnolekt) a principy majority nepřijala. Problém zde spočívá tedy v tom, že nelze nalézt v rodině osobu, která by díky svému postavení mohla garantovat vznikající dohodu.

Charakteristika SPC

Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) jsou školskými poradenskými zařízeními, která poskytují poradenské služby v souladu se zněním zákona 561/2004 Sb. a na základě vyhlášek 72/2005 Sb. a 73/2005 Sb. SPC jsou členěna podle typu postižení klientů, o které pečují. Hovoříme tedy o SPC pro děti s mentální retardací, kombinované vady, tělesné vady a vady řeči. Problematikou vývojových poruch učení a chování se zabývají pedagogicko psychologické poradny.

Nejčastěji se v centru pro děti s mentální retardací setkáváme s vývojovým opožděním, mentálním postižením různého stupně, kombinovanými vadami, pervazivními poruchami a nejrozličnějšími syndromy neurologické povahy, kde mentální postižení výrazně vstupuje do popředí. Vzhledem k tomu, že tato SPC jsou z geografického hlediska relativně četná a dobře v krajích dostupná, představují většinou jakási „záchranná pracoviště“, kde dochází k prvnímu kontaktu a následně po upřesnění případně k převedení do péče příslušného dalšího pracoviště.

Úkolem SPC je komplexní speciálně pedagogická a psychologická péče o klienty od nejranějšího věku po ukončení přípravy na budoucí povolání; v případě klientů se středně těžkým a těžkým postižením se jedná o péči do věku 26 let. V rámci SPC je realizována zejména depistáž, včasná intervence, speciálně pedagogická a psychologická diagnostika, terapeutické postupy, vyjádření k vhodnosti plnění povinné školní docházky včetně integrace, metodicko-konzultační činnost, pomoc v otázkách profesního poradenství, podíl na řešení otázek spojených s výchovou a konečně sociálně právní poradenství.

S dětmi romské populace se pracovníci SPC poprvé setkávají většinou ve věku kolem pěti let, kdy se jedná o doporučení k zařazení dítěte do přípravného ročníku. Naše SPC je zřízeno při Základní škole Brno, Sekaninova 1. V rámci této školy existuje třída přípravného ročníku, která je naplňována do počtu 15 dětí. Vzhledem k vysokému zájmu však již poslední tři roky bylo nutné otevřít dvě třídy. Na území města Brna pak působí ještě další tři ZŠ, u kterých jsou přípravné ročníky zřízeny a jež velmi úzce s naším SPC spolupracují.

Děti, které k nám přicházejí, představují v drtivé většině ekonomicky a sociálně handicapované členy naší společnosti. Bohužel řada z nich patří právě k typu rodin asimilovaných.

Při tomto prvním kontaktu dochází k psychologickému vyšetření, které pozůstává z anamnézy, pozorování při strukturované i volné činnosti, dále test inteligence a určení míry obecné adaptovanosti dítěte se zahrnutím posouzení hrubé a jemné motoriky a grafomotoriky.

Po absolvování přípravného ročníku minimálně polovina, to znamená 8 až 9 dětí odchází na ZŠ běžného typu, dalších cca 5 dětí v rámci odkladu povinné školní docházky je znovu vřazena do přípravného ročníku a pouze 4 děti zahajují povinnou školní docházku v režimu speciálního školství. Nutno podotknout, že ne všechny tyto děti je možné označit jako romské. Smutnou skutečností však zůstává, že přes veškerou snahu vynaloženou v přípravném ročníku, kdy děti jsou skutečně plně připraveny pro základní školu, se setkáváme s tím, že cca na konci druhé respektive ve třetí třídě pro značný deficit školsky významných znalostí, vědomostí a dovedností s diagnózou MR, jsou tyto děti zařazováni do speciální základní školy.

Anamnéza

Zde již narážíme na první výrazné úskalí. Míra informovanosti v oblasti osobní anamnézy období prenatalního, natálního a raně postnatálního bývá víc než problematická. Není výjimkou, že maminka zaměňuje údaje o svých potomcích počínaje již datem narození. Otázky typu, jak vypadal průběh těhotenství, jsou odpovídány větou no, normálně. Při další exploraci a dotazu po případném onemocnění se dozvíte „nic mi nebylo, dostala jsem od doktorky jenom nějaké prášky“. Ve stejném duchu pak pokračuje oblast týkající se raného vývoje dítěte. Údaje jsou velmi často naprosto zkreslené či zcela nereálné (první kroky v šesti měsících). Opačným pólem je pak zveličování. Zde je nutné mít na paměti, že se nejedná o patologický projev, ale běžnou formu výrazu, která je pro mnoho žen romského etnika charakteristická („Ona je hrozně nemocná, pane doktore, my jsme pořád u doktora!“). Na dotaz o jaké onemocnění se jedná, maminka odpovídá – rýma. Když se dále dotazujete, kdy byli naposledy u lékaře, dozvíte se, že už si to maminka nepamatuje, ono je to dávno. Vzhledem k tomu, že stále platí zlaté pravidlo, že kvalitní anamnéza je polovinou diagnózy, je nezbytné k získaným faktům přistupovat s náležitou obezřelostí a pozorností a o jejich doplnění požádat pediatra. Na druhé straně je s podivem, že romští rodiče nijak nezastírají nikotinismus v době gravidity a bez čehokoli připustí i nějakou tu skleničku.

Pozorování při strukturované i volné činnosti a určení míry obecné adaptovanosti dítěte se zahrnutím posouzení hrubé a jemné motoriky a grafomotoriky.

Volnou činností je hrová činnost dítěte v době snímání anamnézy. Zde získané informace mají vysokou vypovídací hodnotu, protože ukazují obraz aktivity dětského klienta bez jakéhokoli omezení. Velmi často jsou děti rodiči okřikovány, i když jejich činnost v podstatě nijak nevybočuje. Co je pro tuto situaci charakteristické, je to, že dítě rozhodně nereaguje na hlasovou intenzitu, právě naopak. Častým jevem podobně jako u dětí běžné populace je pak snaha hračku si odnést a podržet. Pro romskou maminku je velmi typické, že větší měrou do volného projevu dítěte nezasahuje.

Pokud se týká strukturované činnosti, pak zde jsou v popředí aktivity spojené s posouzením hrubé, jemné motoriky, grafomotoriky, kdy se jedná jak o pohybovou, tak i manipulatorní činnost. Zde ale v protikladu s činností nestrukturovanou mají maminky tendenci do procesu velmi silně zasahovat a přesvědčovat psychologa, že dítě danou aktivitu zvládá, i když tomu tak zjevně není – kopnutí do míče či jeho odhození. To jim ale naprosto nebrání v tom, aby při závěrečném rozboru nebyla pronesena věta: „No to je jasné, musíme s ním něco pořádně dělat, aby všechno pořádně uměl. Pořád ti říkám, že nesmíš sedět u televize.“

Projev dítěte při strukturované i nestrukturované činnosti přináší celou řadu nedocenitelných informací ohledně jeho vývoje, kdy tyto informace není možné získat testovou metodou. A jsou to právě informace z této oblasti, které rozhodují o posuzování výsledků testového vyšetření.

Test inteligence

U takovýchto malých dětí je používám buď PDW verbální část a nebo T-M. V případě použití PDW získáváme i velmi pěkně ucelený obraz o schopnosti verbální komunikace dítěte, schopnosti přenášet se na různá témata a podobně. Z hlediska posouzení řeči se samozřejmě setkáváme s dyslalií různé úrovně a mírou různé úrovně artikulační dyspraxie, což je jev zcela běžný. Rozdílnost už je v úrovni aktivní slovní zásoby. Mnoho dětí používá etnolekt a to ještě špatně vzhledem k silně problematickému mluvnímu vzoru rodičů. Tady bych chtěl podtrhnout, že **je naprosto nezbytné odlišit takovýto řečový projev od projevu dítěte s mentální retardací, kde dochází k absenci pojmosloví a komunikační dovednosti přes vysokou komunikační apetenci.**

Vlastní testové vyšetření v drtivé většině nebývá problémem až na výše popsanou snahu maminek do něj zasahovat. Výsledkem takového vyšetření je jednak kvantitativní vyjádření ve formě mentálního věku či IQ a zde znovu podtrhuji, **tento výsledek představuje vyjádření daného konkrétního aktuálního stavu v daných podmínkách. Nic víc a nic méně. V žádném případě se**

nejedná o stanovení diagnózy. Na tomto místě považuji za nezbytné citovat z knihy Dětská klinická psychologie autorů Říčan, Krejčířová a kol., str. 143: „Mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí. **K diagnóze tedy nestačí pouze selhávání v testech inteligence, ale dítě či dospělý musí současně selhávat i v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí. Z tohoto hlediska proto například mnoho z romských dětí s IQ nižším než 70, které však současně nejsou ve své rodině nijak nápadné a dobře plní všechna její očekávání nelze označovat jako mentálně retardované.**

Číselné hodnoty IQ je nutné pojímat jen jako orientační vodítka s vědomím, že vyšetřením nikdy nezískáváme přesnou hodnotu IQ. Rozhodující pro určení pásma musí být vždy především kvalita zvládání životních nároků dítěte (dospělého) v jeho prostředí.

Výsledkem výše popsaného vyšetření je tedy konkrétní popsání stavu daného dítěte s konkrétně vypracovaným doporučením jak postupovat při jeho vzdělávání v rámci přípravného ročníku. A zde přichází velmi důležitý okamžik. Stejně tak jako pan profesor R. Feuerstein při svém šetření v poválečných letech dospěl k závěru, že bude-li s tzv. bezprizorními dětmi, které v testech inteligence neuspívaly, dále pracovat, dojde i k fatální změně jejich úspěšnosti při testovém šetření. Naprosto ke stejným závěrům dospíváme i my.

Pro ilustraci předkládám následující kasuistiku: K vyšetření přichází chlapec ve věku 5,3 let v doprovodu matky. Jedná se o dítě silně astenické, zcela uvolněné, bez jakéhokoliv projevu napětí a tenze, plně odlučitelné, bez jakékoliv distance vůči dospělé osobě. V popředí výrazná snaha o prosazení vlastní představy aktivity. V řeči dyslálie multiplex, silná artikulační dyspraxie a směs českých a romských pojmů. Obsahová přiléhavost je nicméně jednoznačná. Chlapec mluvené řeči rozumí, pojmy chápe a je schopen na ně reagovat. Pozornost a koncentrace těžce kolísají, chlapec přebíhá od jedné hračky ke druhé, hra má charakter necílené manipulace v důsledku jednak rozptýlené pozornosti, ale také neobvyklého přílivu pro chlapce neznámých podnětů. Na základě hry lze chlapce k činnosti motivovat, kdy s jistou licencí požadavkům vyhoví. Hrubá motorika jednoznačně odpovídá cca 6 – 7 letům, jemná motorika je již slabší – manipulace s knoflíky je problémem, navlékání drobných korálků rovněž (evidentně se s podobnou aktivitou nikdy nesetkal). Při pozorování je patrné, že se jedná o dítě aktivní, zvědavé, se schopností rychle se učit, v případě že daný problém chlapce dostatečně zaujme. Grafomotorika je nerozvinutá, úchop tužky je dlaňový; chlapec pouze čárá. V testu inteligence dosahuje výsledku IQ 69. Dílčí složky nadání jsou spíše vyrovnané až na lehce vyšší úroveň základů schopností generalizace. Jedná se tedy o dítě s aktuálně sníženou úrovní rozumových schopností s doprovodem opožděného vývoje řeči při suspektním organickém terénu. Zařazení dítěte do přípravného ročníku bylo jednoznačně doporučeno s nutností individuální speciální logopedické péče zaměřené jednak na výslovnost, ale především na pojmotvorbu a fonematiku. V rámci logopedické intervence byla doporučena cílená forma rozvoje zrakové percepce. Byla akcentována nutnost globálního rozvoje poznávacích schopností.

Při kontrolním vyšetření po roce bylo zjištěno, že chlapec je schopen samostatné práce po zácviu, pozornost a koncentrace vykazovaly stále značnou labilitu. V řeči dosud patlavost přetrvávala ve formě sigmatismu a rotacismu. Chlapcova verbální produkce měla charakter víceslovných vět bez výraznějších agramatismů; byla patrna masivní rozvinutá oblast aktivní slovní zásoby. Při opakování PDW chlapec dosáhl výsledku IQ 84. Kresba postavy dosahovala úrovně cca 6 let. Vzhledem k tomuto výsledku, který jednoznačně potvrdil prvotní závěr vylučující mentální defekt, vedl k doporučení odkladu PŠD a pokračování v nastoupeném trendu. Chlapec zahájil PŠD v 1. třídě běžné základní školy bez dalšího kontrolního vyšetření.

Zahájení a plnění povinné školní docházky

Často se s romskými dětmi setkáváme v průběhu plnění povinné školní docházky a to nejčastěji na konci druhé, případně třetí třídy z důvodu školního selhání. V tomto případě u dítěte probíhá standardní postup zahrnující anamnézu, pozorování strukturované a nestrukturované činnosti, zjištění úrovně rozumových schopností, úrovně zrakové a sluchové diferenciaci, laterality, dále úrovně vizuomotorické koordinace, kresby a v neposlední řadě postižení složek osobnosti. Nedílnou součástí komplexního psychologického vyšetření je sledování dítěte v běžné vyučovací hodině a konzultace s třídním učitelem.

Opět pro ilustraci raději sáhnu ke kasuistice: V listopadu 2008 do centra přichází dívka pro výrazné výukové potíže ve 3. ročníku základní školy, kdy pedagogicko-psychologická poradna u této dívky konstatuje výukový deficit na podkladě MR s doprovodem percepční poruchy při zkřížené lateralitě a výrazně sníženém pracovním tempu. U dívky je tedy provedeno komplexní speciálně pedagogické vyšetření, konstatující vysoký výukový deficit v obou hlavních vyučovacích předmětech, současně vyšetření ale prokazuje vysokou snahu dítěte pracovat, uspět a co je nejdůležitější, je prokázán vysoký učební potenciál. S ohledem na doporučení PPP je u dívky navržena individuální integrace ve třídě běžné základní školy při vzdělávání dle programu osnov ZvŠ s nutností terapie dílčího oslabení výkonu a koncepci osobního plánu rozvoje plně respektujícího všechna vzdělávací specifika dítěte. Vzdělávání dívky tímto způsobem je tedy realizováno od prosince 2008 do konce června 2009. V této době proběhly dvě metodicko-konzultační návštěvy, při kterých jsme sledovali dítě přímo ve výuce se zaměřením na školní výkon a analýzu jeho školních prací. Získané skutečnosti byly v naprostém rozporu s diagnózou MR. Dívka zvládala samostatné slohové práce, byla schopna samostatně pracovat podle několikanásobné instrukce vyučující, a to v případě, že tato dále pracovala se zbývající třídou. Práce dívky byla charakteristickou vysokou mírou soustředění a koncentrace. Byla patrná vysoká snahovitost. Komplexní psychologické a speciálně pedagogické vyšetření jednoznačně potvrdilo klinický předpoklad vylučující diagnózu mentální retardace, kdy psychometricky dívka dosáhla úrovně oscilující kolem horní hranice inferiority a verbální IQ se pohybovalo ve středu lehkého podprůměru. Vzhledem k tomu, že matka odmítla nabídnutou terapii DOV, nebylo žádným překvapením zjištění porušené percepce beze změn. Pracovní tempo rovněž zůstalo nízké. Úroveň v obou základních školských předmětech však vykazovala posun na hladinu pololetí až tříčtvrtletí 3. ročníku základní školy.

Neméně významnou oblastí je potom profesionální orientace dětí. Zde se však již jedná o děti, které absolvovaly speciální základní školu a vzhledem k snížené náročnosti výuky děti pokračují i na středním stupni v režimu speciálního školství.

Analýza užívaných metodik

V rámci školního poradenství se setkáváme s komplexním nebo cíleným psychologickým vyšetřením, která jednoznačně respektují anamnesticko-explorační přístup.

Komplexní psychologické vyšetření je orientováno na statické i dynamické oblasti osobnosti, postižení anamnestických dat, sledování dítěte v konkrétní zátěžové výukové situaci a konzultaci s vyučujícím a samozřejmě rodiči, nechybí kresba a analýza artefaktů.

Cílené vyšetření představuje potom buď formu kontrolního vyšetření, anebo diagnostiku zaměřenou k postižení určitého stanoveného cíle např. vhodnost zařazení, určení laterality, profesionální orientace apod. Povětšinou se jedná o typy vyšetření, kde již proběhlo komplexní vyšetření a je k dispozici srovnávací materiál a anamnestická data.

V obou případech na prvním místě platí zásada, že výsledkem psychologického vyšetření ať komplexního či cíleného není pouhý součet či výčet získaných hodnot ve formě verbálního vyjádření, ale tyto představují posun do vyšší úrovně vzájemně se ovlivňujících entit, kdy při

zhodnocení je nutné brát v úvahu problém shody či rozdílu klinického obrazu a psychometrických dat. Velkým nebezpečím v tomto případě, což se týká především začínajících psychologů, je přeceňování významu psychometrie oproti nepochybnému klinickému obrazu. Dalším velmi závažným nebezpečím je hrozba podlehnutí tlaku ať už ze strany školy či rodiny. V neposlední řadě je nutné zmínit problém, kdy při vyšetření sice dodržíme veškeré předepsané postupy, principy práce s jednotlivými nástroji, ale při formování kvalitativního profilu opomineme specifika spojená s daným etnikem – jako názorný příklad je možné uvést označení skákání do řeči dospělých romským dítětem za poruchu chování bez toho, že bychom zde adekvátním způsobem aplikovali specifickou výchovného působení. Důsledkem je potom samozřejmě neadekvátní doporučení, které se naprosto musí minout účinkem a nelze vyloučit i závažné poškození dítěte.

Naopak výrazně silnou stránkou takového postupu je získání souboru velmi cenných vstupních dat, která následně využíváme v poradenské praxi při řešení problematiky vzdělávání dětí z dlouhodobé perspektivy. Jedná se tedy o možnost vývojového pohledu a postižení intrapsychických rozdílů v průběhu např. školní docházky dítěte. Taková možnost samozřejmě dává příležitost maximalistického uplatnění individuálních postupů v řešení konkrétního problému.

Literatura

- Svoboda, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001.
Svoboda, M. *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. Praha: CAPA, 1992.
Říčan P., Krejčířová, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1995.
Kucharská, A., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálněpedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR, 2007.
Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003.
Atkinson, R. L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003.
Dan, J. *Metodická příručka k užívání testu WISC – III*. Praha: IPPP ČR, 2000.
Wechsler, D. *Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o., 1996.
Wechsler, D. (Krejčířová, D., Boschek, P., Dan, J.). *Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Praha: Testcentrum s.r.o., 2002.

Stanovisko č. 2 (Jana Petrášová)

Klasifikace psychodiagnostických metod

1) Klinické metody:

1. pozorování,
2. rozhovor,
3. anamnéza,
4. analýza spontánních produktů.

2) Testové metody:

1. vývojová diagnostika,
2. testy inteligence,
3. testy speciálních schopností,
4. neuropsychologické metody,
5. projektivní metody,
6. kresebné metody,
7. dotazníky,
8. objektivní testy osobnosti,
9. posuzovací škály.

Klinické metody

Nedílná součást každého psychologického vyšetření bez ohledu na posuzovanou problematiku, umožňující přímý kontakt s dítětem, dávající komplexnější pohled na klienta a otevírající široký prostor pro okamžitou reakci vyšetřujícího posilující kreativitu přístupu, jeho dynamiku.

1. Pozorování – členíme na *pozorování zaměřené*, tedy systematické, kontrolované, které má svá předem stanovená pravidla, sleduje konkrétní cíl, drží se vypracovaného plánu a neorientuje se na skutečnosti, jež nesouvisí se sledovanou problematikou. *Pozorování volné, orientační* na rozdíl od pozorování zaměřeného nemá předem stanovený cíl a pravidla. Podle časového hlediska dělíme pozorování na *pozorování krátkodobé*, omezené určitým časovým úsekem (např. návštěvou u psychologa) a *pozorování dlouhodobé* (př. během opakovaných návštěv, při dlouhodobější hospitalizaci dítěte atd.). Samotné pozorování probíhá buď jako pozorování klienta během vyšetření, nebo probíhá jako samostatná diagnostická metoda s pevně stanovenými cíli a postupy. Při psychologickém vyšetření dítěte má orientační pozorování velký význam a jeho výsledky společně s analýzou by měly být nedílnou součástí psychologické zprávy.

Toto pozorování fakticky probíhá po celou dobu návštěvy dítěte, přináší cenné údaje, vztahující se k habitu dítěte, tedy celkovému vzhledu těla (stavba těla, postura, fyziognomie, případná stigmata), souboru jeho vnějších vlastností a chování.

- a) Registruje projevy před zahájením samotného testování, při spontánních aktivitách v přítomnosti doprovázející osoby (či osob), vzájemnou interakci mezi průvodci a dítětem, reakci na neznámé prostředí, adaptabilitu, schopnost navazovat kontakt s neznámými osobami, emoční ladění, rychlost reakcí, aktivitu, fixovanost na blízkou osobu.
- b) Zahrnuje projevy během testování, vstřícnost ke spolupráci, celkové ladění, mimiku, gestiku, řeč, zaujetí cílenou činností, záměrnou koncentraci pozornosti, zaměřenost na výkon, prožívání úspěchu případně neúspěchu, sebepojetí a sebehodnocení.
- c) Zaznamenává reakce dítěte na ukončení vyšetření, jak vnímá vyšetření, zda je hodnotí a jaké u něj převažují pocity, zda sdílí své dojmy s doprovázejícími osobami, současně jaké jsou reakce rodičů.
- d) Postihuje celkovou upravenost a čistotu.
- e) Dává obraz sociálního chování.

2. Rozhovor – slouží jednak k získání důležitých diagnostických informací, ale současně umožňuje navázat kontakt s klientem, uvolňuje případné napětí a obavy. Rozhovor má *cíle anamnestické, diagnostické a terapeutické*. Může být *přímý* (sledujeme především obsah sdělení), *nepřímý* (sledujeme především neobsahové, formální aspekty výpovědi), *stresový* (s klientem současně hovoří skupina examinátorů, jejímž cílem je dekoncentrovat probanda, působit na něj protikladně).

Rozhovor lze dále dělit na *neřízený* (bez stanoveného průběhu, klient má možnost sám volit téma) a na *řízený*, jenž se může dále členit na *standardizovaný rozhovor* (blízký dotazníkovým metodám, otázky jsou předkládány dle předem vypracovaného schématu, otázky jsou zadávány ve stejném sledu a formě-strukturované interview), *částečně standardizovaný rozhovor* (cíl je stanoven, předem dané oblasti musí být zahrnuty, ale pořadí a formulaci otázek není nutno dodržovat), *volný rozhovor* (orientován ke konkrétnímu cíli bez předem stanovených prostředků a postupů).

Rozhovor má své fáze, a to *úvodní fázi* (charakter neřízeného rozhovoru, téma si volí klient, slouží k navázání kontaktu, uvolnění klienta), po ní následuje *jádro rozhovoru* (slouží k získání podstatných diagnostických informací) a následně *závěr rozhovoru*.

3. Anamnéza – nesmírně důležitá součást každého psychologického vyšetření. Zahrnuje cenné údaje z minulosti jedince, snímá se metodou řízeného rozhovoru (ale v některých případech je čerpána např. z dostupné zdravotnické dokumentace, případně z dokumentace postoupené OSPOD-oddělením sociálně právní ochrany dětí, UMPOD-úřadem mezinárodně právní ochrany dětí, soudy nebo policií, a to v závislosti na rodinné situaci dítěte, ve spojitosti se zakázkou či požadavkem zainteresovaných institucí). Anamnézu dělíme na rodinnou, osobní, heteroanamnézu, autoanamnézu.

- a) *Rodinná anamnéza* – jména rodičů, ročníky narození, dosažené vzdělání, základní údaje o sourozencích, zdravotní stav rodičů a sourozenců, sledované nemoci, heredita (např. psychické onemocnění)..., abúzus drog, alkoholu, ...
- b) *Osobní anamnéza* – údaje o vyšetřovaném jedinci - informace vztahující se ke zjištění gravidity (pořadí, průběh, komplikace, zda se nejednalo o vícečetnou graviditu, sledovanost v poradně, rizikové faktory působící během gravidity, specifická vyšetření...), průběhu porodu (kolikátý porod, termín porodu – v termínu, před termínem, po termínu, fyziologický nebo sekční, indukovaný, protahovaný, překotný, hlavičkou, koncem pánevním, v nemocničním zařízení nebo mimo něj, nutno zaznamenat případný klešťový porod, k nimž doposud dochází...), o poporodní adaptaci (AS-Apgar skóre - tedy nízké hodnoty tohoto skóre, přítomnost zvýšených hodnot bilirubinu - novorozenecký ikterus s nutností fototerapie, poporodní asfyxie, kříšení na sále, intubace, kyslíková atmosféra, pupečník kolem krku, apnoe, inkompatibilita Rh faktorů...*ASse provádí 1., 5., a 10. minutu po porodu, zahrnuje registraci srdečních ozev, dýchání, svalového tonu, dráždivosti a barvy kůže, maximum dosažených bodů je 10.10.10, a svědčí o dobré poporodní situaci dítěte...*), součástí jsou údaje o hmotnosti a délce novorozence. Zvýšená pozornost musí být věnována také nástupu zánětlivých infekcí po porodu, krvácení do mozku... OA obsahuje diagnostické závěry zdravotnických zařízení – např. centrální koordinační nebo centrální tonusová porucha – CKP, CTP, DMO, febrilní nebo jiné křeče-epi, vrozené vývojové vady, chromozomální aberace, metabolické poruchy, zahrnuje informaci o zařazení do péče odborného lékaře, případné medikaci, prodělaných operacích, úrazech. Obsaženy jsou významné mezníky vztahující se k ranému psychomotorickému vývoji – samostatný sed, stoj s oporou, samostatné krůčky, první slůvka. Pokud dítě bylo zařazeno do rehabilitačního cvičení dle Vojty, neměl by tento údaj chybět (svědčí o opoždění vývoje vzpřimovacích mechanismů, může být známkou mnohem závažnějších zdravotních obtíží – centrální hypotonický sy, DMO různých forem...).
- c) *Autoanamnéza* – subjektivní anamnéza, údaje poskytuje sám klient.
- d) *Heteroanamnéza* – objektivní anamnéza, informace podávají rodiče, příbuzní, pedagogičti pracovníci, sociální pracovníci, atd.

4. Analýza spontánních produktů – vyhodnocujeme produkty spontánní činnosti dítěte, a to jak ty, jež si klient přinese s sebou k vyšetření, tak ty, které mohou být vytvořeny např. během pobytu v čekárně (pro tuto tvorbu bychom měli mít uzpůsobené prostředí čekárny, pracovní stůl, papíry, tužky, pastelky, fixy, konstruktivní materiál). Výhodou je možnost získat produkty vytvořené v domácím prostředí, v zájmových kroužcích, školní družině...

Testové metody

1. Vývojová diagnostika, vývojové škály

Raná diagnostika se zaměřuje na hodnocení celkové neuromotorické zralosti dětí, na posouzení funkční zralosti a integrity CNS, cílem je zejména zachyt vývojových poruch, smyslových a motorických odchylek od normy, což má velký význam pro zahájení včasné rehabilitace a celkové stimulace při využití rehabilitačního cvičení dle Vojty, magnetoterapie, laser-terapie a akupunktury (stimulace celkového rozvoje, posilování rozvoje vzpřimovacích mechanismů), případně pro realizaci dalších odborných vyšetření, diferenciální diagnostiku. Komplexní

posuzování psychomotorického vývoje dětí, stanovení vývojové křivky, formulování vývojové prognózy má velký význam jak u dětí vyrůstajících v biologické rodině, tak také u dětí umístěných v kojeneckých ústavech a dětských domovech (zde musí být diagnostika nesmírně pečlivá, protože u těchto dětí se přidružují další faktory, jako citová deprivace, limitovanost dostupnosti určitých podnětů, zúžený okruh modelových situací...). Předpokladem pro dobrou diagnostiku je nejenom vyhodnocení výsledků získaných díky vývojovým škálám, ale především velmi dobrá znalost vývojové psychologie, pečlivé hodnocení všech faktorů působících na vývoj dítěte, schopnost chápat příčinné souvislosti v kontextu celkové situace dítěte (ať již zdravotní, tak sociální).

- **Gesellovy vývojové škály** - škála je určena pro vyšetření dětí ve věkové skupině od 4 týdnů do 36 měsíců věku. Cíl - diagnostika poruch psychomotorického vývoje, zjišťování temperamentu, sociálních dovedností, emocionální stability případně dráždivosti, frustrační tolerance. Pro každou věkovou úroveň je určeno charakteristické chování. Škála zahrnuje adaptivní chování, hrubou motoriku, jemnou motoriku, řeč, sociální chování, přičemž adaptivita nejvíce koreluje s budoucím mentálním vývojem dětí (**adaptivita** měřená v kojeneckém věku postihuje vývoj zrakového vnímání, fixaci předmětu, sledování dráhy pohybu, reakce na podněty, jejich přiměřenost, schopnost koordinace oko-ruka, vývoj pojetí permanence, tedy trvalosti, objektu, vnímání předmětných vztahů, počátky řešení jednoduchých problémových situací - např. získání předmětu, jenž není v bezprostřední blízkosti dítěte-přitažení hračky za provázek, schopnost učit se-získávání nových zkušeností, využití dříve získaných zkušeností, jejich aplikace na novou situaci). **Ve škále hrubé motoriky** se v kojeneckém věku zaměřujeme na jeho posturální reakce (polohu dítěte), ovládání hlavičky v poloze na břiše, na zádech, v sedu, vývoj sezení, lezení, počátky chůze. V batolecím věku jsou předkládány úkoly vizuokonstruktivní - konstruktivní hra s kostkami, vkládací tvary jednoduchého typu, dále kresebné úkoly, přiřazování geometrických tvarů, manipulace s drobnými předměty (peletka, knoflíčky, korálky-zde nutno dávat dobrý pozor, aby nedošlo k úrazu dítěte, ke spolknutí drobného materiálu...). V oblasti hrubé motoriky je sledována u batolat stabilita, obratnost chůze, překonávání překážek-chůze po schodech, běh, skákání...
 - Při hodnocení PMV je nezbytné značit nejenom dosaženou motorickou úroveň, ale současně také její kvalitu (svalový tonus - zvýšený, snížený, všechny stranové asymetrie v reakcích, třes, přetrvávání primitivních reflexů), tonický šíjový reflex, úchopový reflex-fyziologicky norma do 3. měsíce věku, pokud přetrvávají i v pozdějším období, lze předpokládat riziko rozvoje centrální koordinační poruchy, proto je žádoucí dítě zařadit do péče fyzioterapeuta, jenž si provede vlastní vyšetření-polohové testy, na jejichž základě realizuje rehabilitační cvičení dle Vojty, pokud opoždění vzpřimovacích mechanismů je výrazné, pak se jeví jako vhodné i vyšetření neurologické. Je třeba si uvědomit, že včasnost zachytu a zrealizování rehabilitačního cvičení sehrává velmi významnou roli pro další motorický vývoj dítěte, a to nejen v oblasti hrubé motoriky, ale také v oblasti jemné motoriky. Čím později je rehabilitace zahájena, tím mizivější jsou její účinky a fatálnější následky. Dále je nutno si pamatovat, že pokud u dítěte je diagnostikována hypotonická forma centrální tonusové poruchy, která však ani po roce věku nepřechází v jinou formu, pak suspektně se s velkou pravděpodobností jedná o metabolickou poruchu (a tím i o nepříznivou prognózu). Hodnotíme všechny neuromotorické abnormality, jako je postavení nohou, stoj na špičkách, chůze o široké bázi, častější pády, diskoordinace pohybů. Sledujeme, jak dítě umí cíleně využívat svých motorických dovedností. V oblasti jemné motoriky hodnotíme kvalitu cíleného pohybu, úchop, záměrné uchopování a záměrné pouštění předmětů, manipulaci s nimi, koordinaci pohybů, zrakovou kontrolu nad aktuálně prováděnou manipulací.
 - **V oblasti řečového vývoje** zaznamenáváme všechny formy komunikace – od mimiky, výrazu obličeje, přes gesta, předřečovou vokalizaci, onomatopoea, slova, věty, porozumění gestům a řeči druhých lidí. Předpokladem pro odpovídající řečový vývoj je dostatečné vyžívání senzomotorických a kortikálních struktur, ovšem je nutno si

uvědomovat významný negativní vliv citové deprivace, podnětově chudého prostředí, traumatizující události. Při hodnocení řečového vývoje sledujeme jak aktivní slovník, tak pasivní slovní zásobu, porozumění mluvené řeči (nutno odlišovat reakce na gesta a celkový kontext od reakcí na samotná slova).

- **Oblast sociálního chování** se orientuje na posuzování postupně získávaných sociálních návyků, sociální reaktivitu (od prvního sociálního úsměvu jako odpovědi na vnější podnět ze strany druhé osoby ve věku 1 měsíce), po rozvoj symbolické hry, k vývoji sebehodnocení.

Členění Gesellovy vývojové škály:

- v prvním roce života počínaje 4. týdnem věku dítěte jsou stanoveny položky pro každé 4 týdny;
 - v druhém roce života jsou škály hodnoceny s odstupem 3 měsíců;
 - od 2 let jsou 6 měsíční intervaly;
 - klíčová období – podstatné vzorce chování jsou v tomto období nejvýraznější (4, 16, 28 a 40 týdnů, 12, 18, 24 a 36 měsíců – to jsou základní momenty pro vývojovou diagnostiku);
 - zóna zralosti – delší vývojové období korespondující s klíčovými věky, určující pro počáteční pozici dítěte při vyšetření a pro celkový sled postupu vyšetření;
 - klíčovým věkům 4 a 16 týdnů (do 20 týdnů) odpovídá zóna lehu na zádech, klíčovým věkům 28 a 40 týdnů (až 44 týdnů) odpovídá zóna sedu (do 36 týdnů sed s oporou), klíčovým věkům 12 a 18 měsíců (do 21 měsíců) zóna lokomoční, od 24 měsíců nastupuje období staršího batolete;
 - v každé vývojové oblasti musí být dítěti předkládány položky nejbližší věkové úrovni, dokud není určen bazální věk (na této úrovni dítě plní všechny položky) a strop (nad touto úrovní dítě již žádný z dalších úkolů odpovídajícím způsobem nesplní);
 - pro každou ze základních oblastí stanovujeme vývojovou úroveň, již dané dítě dosahuje;
 - čistě kvantitativní hodnocení je nežádoucí, důraz je kladen na podrobné kvalitativní hodnocení zralosti dítěte a jednotlivých projevů jeho chování;
 - stanovení intelektového potenciálu vychází nejen z integrace dílčích výsledků, ale zahrnuje pozorování, a to jak přímo v testové situaci, tak i mimo ni, dále obsahuje analýzu spontánních produktů (u dětí staršího věku), opírá se o všechna dostupná anamnestická data;
 - celkový vývojový kvocient je určen poměrem celkového vývojového věku a chronologického věku, jenž roznásobíme $100 : MV/CHV \times 100$;
 - sociokulturně podmíněná akcelerace vývojových trendů si vyžádala revizi (největší akcelerace se týkala vývoje hrubé motoriky, nejmenší vývoje jemné motoriky), Gesell považoval za hlavní faktor raného vývoje maturaci (oproti Ch. Bühlerové, jež se více zaměřovala na studium vlivů sociálního prostředí na vývoj dítěte);
 - vývojové normy určující charakteristické chování dětí pro každý vývojový stupeň byly uveřejněny v r. 1925, testový materiál byl však publikován v roce 1947 (Gesell, Amatruda). U nás je v současnosti test používán hlavně v revizi Knoblochové a kol., z roku 1980 (Knobloch, Stevens, Malone);
 - dle klinických zkušeností normy revidované verze vcelku jsou vyhovující i pro naši populaci;
 - obsah testu není výrazněji kulturně zatížen.
- **Škála Brunet-Lézinové Échelle de Développement** – 1951, v pozdější revizi 1965, jedná se o adaptaci původní Gesellovy škály s přesněji definovaným postupem vyhodnocování, určena pro děti do věku 6 let, má však zastaralé normy.

- **Bühlerové-Hetzerové Kleinkindertest** – publikovaný v r. 1932, zaměřený na věk od 0 do 5,9 let věku. Sledované vývojové oblasti:
 1. smyslové vnímání
 2. tělesný pohyb
 3. sociální chování, řeč
 4. učení a nápodoba
 5. zacházení s materiálem
 6. psychická produkce

Prioritu prvních měsíců života tvoří smyslové vnímání, pohyb, sociální chování. Od poloviny druhého roku nejsou obsaženy žádné položky smyslového vnímání, méně je položek motorických, dominující se stává duševní produktivita. Členění dle věkových úrovní je pro 1. rok života po 1-2 měsících, pro 2. rok života po 3-6 měsících, dále následují roční odstupy. Test je určen k posouzení vývojové úrovně dětí

- **Škály N. Bayleyové – Bayley Scales of Infant Development (BSID)** - velmi rozšířená globální vývojová škála, základními škálami jsou zde škály motorická a mentální obsahující sérii úkolů s narůstající obtížností, získané hrubé skóre je převáděno na mentální vývojový index a psychomotorický vývojový index (průměr 100). První verze se opírala o průřezové studie z let 1933 – 1936. V roce 1969 byla přehodnocena a doplněna celá řada položek, velká pozornost byla věnována psychometrickým parametrům testu. V roce 1993 byla publikována 3. revize, test byl rozšířen o nové úkoly a změnila se věková hranice – z původního rozsahu od 2 měsíců do 2,6 let na rozsah od 1 měsíce věku do 3,6 let. Inovaci byly podrobeny i zastaralé normy. V roce 1983 byla 2. revize této škály publikována i v naší republice.
 - *Mentální stupnice* – percepční bystrost, diskriminační schopnosti, vokalizace a počátky řeči, řešení jednoduchých problémů (v poslední revizi doplněno pro kojenecký věk o položky hodnotící vizuální paměť - habituační úkoly, položky orientované na zachycení vizuálních preferencí pro složité vzorce oproti vzorcům jednodušším, pro věk kolem 1 roku doplněno o řešení některých nových problémových situací, pro 3., a počátek 4. roku věku vývoj pojetí počtu a množství...).
 - *Motorická stupnice* – hodnotí koordinaci velkých svalových skupin, hrubou motoriku, tělesnou pohyblivost, rovněž jemnou motoriku ruky.
 - *Záznam o chování dítěte* - interpersonální chování, sociální orientace, obecné emoční ladění, bázlivost, cílesměrnost chování, rozsah pozornosti, vytrvalost, aktivita a zájem o specifické smyslové zkušenosti. V nové revizi byl záznam o chování podroben významné změně, jež měla vést k přesnější kvantifikaci, posuzovací škály – celkem 30 položek – jsou upraveny do jednotného formátu, chování lze hodnotit v oblastech: pozornost (aktivace, orientace), zaujetí, emoční regulace a kvalita motoriky, v důsledku této úpravy je záznam ochuzen o některé, byť obtížně kvantifikovatelné – informace, obsahově byla předchozí verze hodnocena jako rozsáhlejší a klinicky adekvátnější. Valorizační studie starší verze ukázaly, že právě tyto behaviorální škály predikovaly budoucí chování dítěte v některých případech přesněji než škály mentální a motorické.

Při porovnání škál Bayleyové a Gesella nacházíme určité rozdíly: Bayleová pracuje pouze s motorickou a mentální škálou, u Gesella nacházíme podrobnější diferenciaci jednotlivých oblastí chování, což je pro klinické využití výhoda. Pozitivem Bayleové je skutečnost, že souhrnné skóre-indexy- jsou jednoznačněji určeny oproti Gesellovi dobře diferencují poruchu od normy, s větší přesností postupují při vyhodnocení.

Negativem je omezená použitelnost u dětí s těžkým stupněm postižení. Navíc u starších dětí na nízké vývojové úrovni není možné získat souhrnné indexy, ale pouze takzvané věkové ekvivalenty.

- **Screeningová forma: vývojový screening** – nejčastěji slouží pro potřeby dětských lékařů, jeho cílem je zachyt dětí s významnějšími vývojovými odchylkami, vznikl na základě úpravy řady vývojových škál. Např. *Developmental Screening Inventory* autorů Knoblochové, Passamanická a Sherarda je sestaven z vybraných položek Gesellova testu, v 5 oblastech chování, má sloužit k orientačnímu hodnocení vývojové úrovně dětí, především při preventivních lékařských prohlídkách.

Interpretace výsledků – při interpretaci výsledků vyšetření je nezbytné pečlivě zanalyzovat všechny dostupné údaje, a to jak data získaná díky použití vývojových škál, tak poznatky vytěžené zejména z anamnestických dat (pokud jsou samozřejmě k dispozici), z dostupné zdravotní či jiné dokumentace, podchycené během pozorování dítěte v úkolové situaci, při spontánní aktivitě, analýzou spontánních produktů dítěte (když se jedná o dítě staršího věku). V úvahu je nutno brát všechny vlivy, působící krátkodobě (separační úzkost, strach z neznámé osoby či nejistota v novém prostředí, aktuální zdravotní indispozice...), stejně tak jako dlouhodobé vlivy (dlouhodobě přetrvávající atypická rodičovská situace - např. dysfunkční rodina, dítě s dlouhodobou hospitalizací v nemocničním zařízení, dítě s nařízenou ústavní výchovou a s ní spojenou citovou deprivací, dítě s CAN-sy týraného dítěte....).

Děti dlouhodobě pobývajících v kojeneckých ústavech, dětských domovech, žijí svým způsobem v prostředí, jež má přece jenom limitované možnosti adekvátního přísunu potřebných podnětů, informací, vážne zkušenost s určitými životními situacemi, případně jejich prožitek není tak mnohohrstevný. Přestože zdravotnický personál dosahuje vysoké odbornosti, mnohá zařízení mají k dispozici výchovné sestry s adekvátním pedagogickým vzděláním, působí zde psychologové, mnohdy je zabezpečována i logopedická péče, nemohou při nejlepší vůli a erudici nahradit to podstatné – a sice dobře fungující, citově bohatou a všestranně podnětnou rodinu. Tyto skutečnosti mají úměrně věku dítěte a přiměřeně délce pobytu v ústavním zařízení negativní dopad na vývoj dítěte, ovlivňují sociální vývoj, řečový vývoj, určité opoždění může být patrné i v oblasti jemné motoriky, potažmo grafomotoriky, projevuje se snížená frustrační tolerance, emoční labilita, porucha aktivity. Nenarušena zůstává oblast hrubé motoriky (pokud je dítě bez zdravotního postižení), v současnosti není patrné ani tak výrazné opoždění jemné motoriky, a to hlavně díky realizaci výchovně-vzdělávacích postupů, zkvalitnění celkové úrovně profesionální přípravy, jež zahrnuje nejen zdravotní problematiku, ale rovněž problematiku sociální pediatrie, otázky pedagogických přístupů. K dítěti je tedy přistupováno komplexně, do popředí zájmu vždy je stavěno blaho dítěte, individuální přístup, maximální zohlednění potřeb dítěte.

Se specifiky dětí nacházejících se v takových situacích (atypická rodičovská situace, citová subdeprivace či citová deprivace, dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení) je nutno se obeznámit, aby nedocházelo v důsledku nedostatečné zkušenosti k nesprávnému interpretování získaných výsledků (nezřídka se stávalo, že docházelo k diagnostikování mentální retardace u dětí s citovou deprivací, případně dětí týraných a hrubě zanedbávaných).

Co se týká etnických minorit, pak vývojové škály nevykazují u dětí raného věku významnější odchylky, jež by souvisely právě s příslušností k jinému etniku. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že ke svému tvrzení mám podklady získané 15letou zkušeností s prací psychologa v Kojeneckém ústavu Kyjov. Vyšetřovala jsem děti mongolského etnika, romského etnika, rovněž děti Ukrajinců a Bělorusů (věkové rozmezí od 1 měsíce do 3 let).

2. Testy inteligence

- Měření inteligence dětí má svá specifika, vyplývající z věkové úrovně každého konkrétního dítěte;

- struktura inteligence dítěte předškolního věku se odlišuje od dětí školního věku, stejně jako od inteligence dospělého;
 - inteligence má genetický podklad;
 - při vyšetření je nutno brát v úvahu dělení na inteligenci tzv. krystalickou (kulturně a vzdělanostně podmiňovanou) a inteligenci fluidní (podmíněnou spíše vrozenými dispozicemi), od této skutečnosti se odvíjí volba diagnostických metod;
 - standardizované testy jsou sice nástrojem, sloužícím k měření inteligence, ale rozhodně nejsou jedinou metodou;
 - při vyhodnocování výsledků testů je naprosto nezbytný integrující přístup, zahrnující všechny faktory, spolupodílející se na aktuálně podaném výkonu;
 - předpokladem komplexního pohledu je kontinuita informací, spolupráce všech zainteresovaných osob, případně institucí;
 - při práci s minoritami je předpokladem obeznámenost (alespoň v obecných rysech) s prostředím, v němž tyto minority žijí.
-
- **Stanford-Binetova zkouška** – inteligenční test, poprvé publikovaný v roce 1905, určený k hodnocení stupně intelektového vývoje dětí.
 - Od počátku byl hlavním cílem testu záchyt dětí s mentální retardací.
 - Obsažené úkoly byly heterogenní.
 - 1916 úprava realizovaná americkým psychologem Termanem – I. revize, stanfordská, použil inteligenční kvocient (poměr mentálního a chronologického věku), stanovené přesné pokyny k administraci a skórování jednotlivých položek;
 - 1937 II. revize, Terman-Merrillová.
 - 1960 III. revize.
 - Založen na vývojovém principu, pro každou věkovou kategorii je stanoveno šest základních a jeden doplňkový úkol, přičemž od 2 do 5 let je mezi úkoly půlroční odstup, od šesti let roční odstup.
 - V současnosti věkové řazení řady subtestů neodpovídá původnímu principu (úkoly byly voleny tak, aby je splnila většina dětí daného věku, ale jen malé procento dětí mladších), navíc někdy není dodrženo kritérium zvyšující se náročnosti mezi věkovými úrovněmi (rozpor mezi úrovní 4,6 a 5 let).
 - Pořadí jednotlivých úloh je dáno.
 - Důležitá je správná volba úrovně bazálního věku.
 - Test má normy od 2 let do dospělosti.
 - Poměr verbálních a neverbálních úkolů není pro jednotlivé věkové úrovně vyvážený.
 - Neposkytuje přímo profil schopností dítěte.
 - Umožňuje kvalitativní analýzu.
 - Normy jsou t. č. neadekvátní, nutno počítat s nadhodnocením o 10 – 15 bodů IQ.
 - Při výraznějším selhávání ve verbálních úkolech může jít o důsledek vlivu málo podnětného prostředí, ale také o projev citové deprivace, specifickou poruchu řeči, organicky podmíněné oslabení CNS (levohemisférových funkcí mozku).
 - Výhodou je fakt, že test je poměrně snadno vyhodnotitelný.
 - V roce 1995 byla u nás publikována IV. revize S-B testu (Thorndike, Hagenová, Satter), vycházející ze škály z roku 1960.
 - Pokrývá prakticky stejné věkové rozpětí.
 - Již nestaví na původním věkovém principu.
 - Zahrnuje menší počet různých typů úkolů.
 - Obsahuje 15 homogenních subtestů s položkami se stoupající obtížností.
 - Každý subtest měří odlišné kognitivní schopnosti.
 - Nevýhodou je, že v nižších věkových kategoriích je zařazeno poměrně málo úkolů, ještě ve 4 - 5 letech metoda není dostatečně citlivá k diagnostice lehkých až středně těžkých poruch inteligence.

- Staví na principu trojúrovňového hierarchického modelu struktury kognitivních schopností: 1. úroveň – obecný faktor myšlení (g), 2. úroveň – zahrnuje 3 širší faktory – I. krystalické schopnosti, II. technicko analytické schopnosti, III. Krátkodobou paměť. Faktor krystalických schopností je nazýván i faktorem schopností školních, protože je silně ovlivněn kulturou a vzděláváním, takže značně koreluje se školním výkonem. Faktor technicko analytických schopností obsahuje schopnosti nutné k řešení nových neverbálních problémů, je méně ovlivněn formálním vzděláním, zahrnuje vynalézavost ve vytváření nových kognitivních strategií nebo při jejich použití v nových souvislostech. Zařazena je i krátkodobá paměť, souvisí s komplexním učením, řešením problémů, výběrem relevantních ukládaných informací, využitím paměťové strategie, což určuje způsob uložení i pozdější vybavení.
- Dává poměrně spolehlivé hodnocení profilu dítěte, umožňuje srovnání úrovně dílčích schopností dítěte.
- Umožňuje použití jen některé části testu (např. u dětí s TP nebo smyslovým postižením).
- Účelem zůstává diagnostika především dětí s mentální retardací, odlišení mentální retardace od specifických vývojových poruch učení, vyhledávání dětí s vysokou mírou nadání.
- K negativům patří ztráta původní různorodosti položek, vyloučení zajímavých manipulačních úkolů, také méně časté je střídání jednotlivých úloh, což může při administraci škál s podobnými položkami s narůstající obtížností vést k únavě, demotivaci k výkonu.
- Pro menší motivační náboj je test méně vhodný pro děti s těžšími stupni mentální retardace, stejně tak i pro děti s pervazivními vývojovými poruchami a děti s výraznějšími poruchami aktivity a pozornosti na bázi organického postižení CNS.
- Položky nejsou v subtestech řazeny podle obtížnosti.
- Řada subtestů má malou rozlišovací schopnost v pásmu nadprůměru již ve věku 10 let.
- Některé položky jsou kulturně zatíženy, nesprávným překladem dochází k určitým posunům významů.

Wechslerovy zkoušky inteligence – standardizovaná škála pro děti PDW (pražská úprava WISC), WISC-III, verze pro adolescenty a dospělé WAIS-R, WAIS-III.

▪ WISC – III

- V USA tato revize publikována v r. 1991, u nás v r. 1996 byla publikována úprava třetího britského vydání (1992), jež je poněkud odlišná od americké verze.
- Členění na subtesty verbálního a neverbálního charakteru.
- Mapuje slovník, míru všeobecné informovanosti, schopnost získávat nové informace, uchovávat je v paměti, základní abstrakci, postihování kauzálních souvislostí, jazykové schopnosti.
- Detekuje kvantitativní myšlení, numerický úsudek, rychlost řešení paměťových úloh.
- Sleduje schopnost vnímat, vyhodnocovat a řešit problémové situace běžného typu, sociální úsudek.
- Měří úroveň neverbálního sociálního úsudku, postihování dějových posloupností.
- Zaměřuje se na zrakovou percepci, tvarovou analýzu syntézu, rychlost asociačního učení, prostorovou představivost, současně sleduje i manuální zručnost dítěte, koordinaci pohybů, psychomotorické tempo.
- *Verbální škála je více závislá na kvalitě výchovného prostředí, informovanosti a zkušenostech, rozvoji řeči a vzdělání.*
- *Neverbální škála relativně méně závisí na minulých zkušenostech, podnětnosti prostředí a jeho sociokulturní úrovni, ale výsledek je zde zase závislý na kvalitě zrakové percepce, úrovni vizuomotorické koordinace, manuální zručnosti, koordinaci pohybů, schopnosti řešit praktické úkoly při využívání nově získaných dovedností.*

- *Výsledky ve verbální části jsou spojeny převážně s funkcí levé hemisféry, výsledky v neverbálních subtestech odrážejí funkci pravé hemisféry, nápadný rozdíl výkonu ve verbální a performační škále může odrážet míru funkce obou hemisfér, avšak srovnání jednotlivých subtestů má význam jen v tom případě, když rozdíl mezi nimi dosahuje alespoň 4 bodů váženého skóre.*
 - Výhodou Wechslerových souborů je značný věkový rozsah, přičemž však všechny soubory mají analogickou strukturu subtestů.
 - WISC-III kromě hodnocení profilu a poměru verbální a neverbální složky inteligence nabízí i možnost práce se 4 nepovinnými indexovými skóry, jež jsou založeny na faktorové analýze testu:
 - faktor I - slovní porozumění,
 - faktor II - percepční uspořádání,
 - faktor III - koncentrovanost (míra silového aspektu exekutivních funkcí, tzn., že postihuje schopnost vykonávat současně různé mentální funkce a při tom držet v paměti relevantní informace),
 - faktor IV - rychlost zpracování dat (míra rychlosti a vytrvalosti provádění mentálních operací).
 - Wechslerovy soubory se osvědčily jako důležitá součást řady neuropsychologických baterií, zavedení těchto indexových skóre možnosti komplexní neuropsychologické analýzy ještě rozšiřuje.
Osobně tento test často používám.
- **Kaufmanova hodnotící baterie pro děti – K-ABC**
- Komplexní inteligenční test určený pro vyšetřování dětí od 2 a ½ let do 12 a ½ let.
 - Je založen na neuropsychologické teorii autora, který definuje inteligenci jako schopnost řešit problémy pomocí psychického zpracování, přičemž důraz je kladen na to, jakým způsobem je problém řešen – lineárně (analyticky/sekvenčně) nebo celostně (holisticky/simultánně).
 - zahrnuje sekvenční zpracování – úkoly jsou řešeny procesem uspořádání vstupu (podnětů) do sekvence či pořadí (např. pohyby ruky, paměť pročísla, seznam slov), má blízko k některým školním dovednostem, jako je učení faktům, fonetika, porozumění sekvencím událostí, dále zahrnuje simultánní zpracování – prostorové a obrázkové úkoly, podněty jsou při řešení vnímány a zpracovávány současně, simultánně, např. identifikace předmětu na základě pozorování jeho části, znovupoznávání obličeje, uzavření tvaru, dvojdimenzionální skládanky, prostorová paměť. Má vztah k takovým školním dovednostem jako je učení tvarům písmen a číslic, odvozování významu obrázků např. při čtení mapy...
 - Kombinací některých subtestů lze získat souhrnné neverbální skóre a také škálu připravenosti, která má blízký vztah k míře získaných znalostí a dovedností. Test je tedy vhodný pro vyšetřování dětí s poruchami řeči nebo sluchu.
 - 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.
 - Současné členění testu je do 4 škál:
 1. Škála sekvenčního zpracování
 2. Škála simultánního zpracování
 3. Komplexní intelektové zpracování
 4. Výkonová škálaK dispozici je i speciální neverbální škála.
 - *Test je zaměřen na psychologické a klinické vyšetření dětí s poruchami učení, tělesně hendikepovaných i ostatních dětí se speciálně pedagogickými potřebami, na předškolní*

testování, plánování vzdělávání, vyšetření minoritních skupin, současně také na neuropsychologické vyšetření.

Jednodimenzionální individuální inteligenční testy

Slouží pro základní hrubou orientaci o intelektové kapacitě dítěte v takových případech, kdy z hlediska klinického problému není nutná přesná a detailní diagnostika struktury schopností dítěte, případně tvoří součást větší testové baterie se zaměřením na řešení specifických diferenciací diagnostikovaných problémů.

▪ **Kohsovy kostky**

- První verze byla publikována v r. 1920, od té doby prošla řadou úprav a revizí, nejčastěji se však používá ve své původní podobě.
- Zkrácenou a pozměněnou verzí škály je subtest Kostky ve Wechslerových souborech nebo Analýza vzorů ve IV. revizi S-B testu. U nás byl test vydán v r. 1974 v úpravě Koščově.
- Jedná se o individuální performační test založený na Kohsově definici inteligence jako schopnosti analýzy, syntézy a mentálních kombinací.
- Úkolem dítěte je dle grafické předlohy sestavit různé geometrické vzorce z barevných kostek, přičemž náročnost geometrických vzorů narůstá.
- Test měří především kvalitu a rychlost vizuální, prostorové percepce a prostorové představivosti, schopnost nacházet a uplatňovat pravidla, využívat předcházející zkušenosti, tedy do určité míry se podílí i faktor učení, k němuž během testování dochází zácvikem na jednodušších úkolech.
- *Test je relativně kulturně nezávislý.*
- Výsledky mohou být ovlivněny předchozími zkušenostmi dětí s materiály podobného typu (stavebnice, lega, skládačky, puzzle...).
- Během testu lze pozorovat přístup dítěte k úkolu, orientačně můžeme hodnotit kvalitu jemné motoriky, koordinaci pohybů, zrakovou kontrolu nad aktuálně realizovanými manipulacemi, rovněž můžeme sledovat zaujetí úkolem, schopnost záměrné koncentrace pozornosti a schopnost udržet koncept pracovní činnosti.
- Test je většinou pro děti atraktivní, je vhodný jako úvodní část určité testové baterie.
- Hodnotíme celkové skóre, zohledňujeme i kvalitativní projevy chování dítěte, rozložení a typ chyb, celkový rozptyl výsledků.
- *Klinicky přínosné je porovnání testu s výsledky bezprostředně provedeného retestu, případně retestu uskutečněného po delším časovém úseku, protože větší přírůstek v retestu bývá typický u dětí ze sociálně nestimulujícího prostředí, ale také u dětí úzkostných, nejistých. Naopak u dětí s mentální retardací bývají celkem stabilní. Nápadné kolísání výsledků bývá typické pro děti s poruchami pozornosti a aktivity, s lehkými specifickými dysfunkcemi, avšak ještě více nevyvážené výsledky dostáváme u dětí s incipientním psychotickým procesem. Děti s pervazivními vývojovými poruchami, zejména děti s vysocefunkčním artismem bývají poměrně úspěšné a jejich výkon je vcelku stabilní. Děti s organickým postižením CNS častěji selhávají. U dospělých je test naopak považován za jednu z nejspolehlivějších metod k zachycení organicky podmíněné deteriorace intelektových schopností.*
- Test dostatečně diferencuje od úrovně mentálního věku 6 - 7 let, tabulky umožňují převod na IQ i na mentální věk. V současnosti metoda poněkud nadhodnocuje v pásmu dobrého průměru a nadprůměru.

Skupinově použitelné inteligenční testy

▪ Test struktury intelligence – TSI (R. Amthauer)

- První verze TSI byla publikována v r. 1955, u nás vyšla zkouška poprvé v úpravě Hrabala s českými normami v r. 1973, od té doby prošla mnoha revizemi.
- Metodu lze administrovat individuálně nebo skupinově, přibližně od 13 let, lze využívat i počítačovou verzi.
- Test umožňuje hodnocení celkové úrovně intelligence, analýzu profilu.
- Obsahuje 9 subtestů – 4 verbální (Informace, Eliminace slova, Analogie, Zobecňování), 2 početní (Aritmetika a Numerické řady), 2 názorové (Volba geometrického obrazce, Prostorová představivost) a jeden subtest paměťový.
- Kromě celkového IQ je získáván i tzv. školní vážený skóre, umožňující srovnání daného probanda se skupinou osob stejného vzdělání (normy jsou uváděny podle věku i podle stupně dosaženého vzdělání).
- *Výsledek je vzděláním značně ovlivněn a závisí i na celkovém sociokulturním zázemí dítěte.*
- Test je vhodný pro měření předpokladů pro úspěchy ve škole, v manuálu jsou uvedeny i specifické korelace jednotlivých subtestů s úspěšností ve studiu různých středoškolských a vysokoškolských oborů, detailní pokyny k interpretaci profilu i výkonů v jednotlivých subtestech.
- Test je celkově náročný na rychlost myšlení, což může být nevýhodné pro děti s pomalejším pracovním tempem nebo pro děti velmi pečlivé.
- Z profilu můžeme usuzovat na úroveň verbálního, matematicko-logického, neverbálního-technického nadání, kvalitu verbální paměti, lze usuzovat na převahu teoretického nadání nad nadáním praktickým či naopak, dále na míru flexibility - rigidity myšlení.
- *Metoda je náročná, dobře diferencuje děti s průměrnou a nadprůměrnou inteligencí, naopak u dětí s inteligencí podprůměrnou nejsou výsledky dostatečně spolehlivé.*
- Nevýhodou je značná časová náročnost testu, proto bývá využívána jeho zkrácená verze.
- Test je určen zejména pro profesionální poradenství, k posouzení vhodnosti středních a vysokých škol, k identifikaci dětí s vysokým nadáním. V klinicko-psychologické praxi se používá hlavně při řešení otázek volby povolání u závažně nemocných nebo zdravotně postižených dospívajících, rovněž u dospívajících s emočními, psychosomatickými problémy.

▪ Váňův inteligenční test (VIT)

- Vznikl na přelomu 20. a 30. let, revidovaná verze byla publikována v r. 1975.
- Test obsahuje 7 subtestů – 4 verbální, 2 numerické, 1 neverbální (Symboly - analogické k symbolům ve Wechslerových souborech).
- Poměrně spolehlivý, validní test, určený ke skupinovému testování dětí.
- *Celkový skóre je dobrým ukazatelem krystalické intelligence, současně je hodně závislý i na rychlosti myšlení.*
- *Dobře koreluje s úspěšností ve škole.*
- Určen je pro děti od 11 do 15 let, je třeba brát v úvahu zastaralost norem.

Jednodimenzionální skupinově využitelné inteligenční testy

▪ Ravenovy standardní progresivní matice – SPM

- Neverbální inteligenční test.
- Standardní forma obsahuje 5 setů po 12 položkách.
- Test je určen pro děti a dospívající ve věku 10 – 18 let.
- Povaha jednotlivých setů:

- Set A – orientuje se na statickou představivost, pozornost a schopnost vizuální diskriminace, opírá se o analýzu a syntézu obrazce, hledání souvislostí.
- Set B – chápání analogie obrazců, lineární rozlišování a usuzování.
- Set C - vyžaduje představivost, chápání změn ve vertikálním i horizontálním směru.
- Set D – současná změna tvarů ve vertikální i horizontální linii, vyžaduje schopnost postřehu a chápání principu kvantitativní a kvalitativní změny.
- Set E - při řešení se uplatňuje abstrakce, úlohy jsou poněkud analogické k aritmetickým operacím.

Výsledky testu jsou uváděny v různých revizích jak ve formě percentilové, tak ve formátu IQ, test má normy od 8 let až do stáří, asi od 11 let věku hůře diferencuje pásmo nadprůměru, proto byla vytvořena jeho obtížnější verze **Ravenovy progresivní matice pro pokročilé**, české vydání 1991. Ve vyšším věku test dobře rozlišuje v pásmu podprůměru, event. lehké mentální retardace.

▪ **Ravenovy barevné progresivní matice – CPM**

- Jsou určeny pro děti od 5 let do 12 let a od 65 let výše.
- Poprvé vyšly v r. 1949, prošly několika úpravami.
- Obsahuje 3 sety po 12 položkách, přičemž jsou zachovány úkoly setu A a částečně i setu B, mezi ně byl vložen subtest nový AB. Na rozdíl od standardní verze jsou obrazce vytištěny na barevném podkladě, čímž se pro děti zvyšuje jeho atraktivita a instrukce jsou více srozumitelné.
 - Set A – schopnost chápat změny nejprve v jednom směru a poté v obou směrech
 - Set AB – schopnost vnímat jednotlivé obrazce jako prostorově příbuzné celky a najít jejich chybějící části
 - Set B – vyžaduje schopnost abstraktního úsudku na principu analogie, vzhledem k tomu, že tato schopnost se u dětí vyvíjí později ve školním věku, jsou analogie zvládnuty kolem 8-9 let. Poslední položky tohoto setu mají stejnou obtížnost jako první položky setů C, D, E. Pokud dítě vyřeší většinu položek setu B, je vhodné předložit mu zbylé sety ze standardní formy.
- Pro nejmladší děti 5 - 6leté a děti s mentální retardací existuje i forma zasouvací, jež je pro ně mnohem více názorná, umožňuje jim navíc přímou zrakovou kontrolu správnosti řešení. Tato zasouvací forma má však poněkud odlišnou úroveň obtížnosti.
- *Metoda je vhodná pro děti, které mají z různých důvodů problémy ve verbální oblasti:*
 1. *děti s vadami řeči nebo poruchami sluchu,*
 2. *děti z cizojazyčného prostředí,*
 3. *děti sociokulturně znevýhodněné, zanedbané, s malou slovní zásobou, nedostatečně rozvinutými vyjadřovacími dovednostmi, malým rozsahem vědomostí a zkušeností,*
 4. *děti s komunikačními obtížemi – elektivní mutismus, verbálně inhibované a nejisté, úzkostné, sociálně neobratné, schizoidní nebo děti s vysocefunkčním autismem.*
- Test poskytuje orientační odhad úrovně intelektových schopností, selhání v tomto testu může být podmíněno poruchou pozornosti a zrakové percepce, osobnostními vlivy, ale také z důvodu mentální retardace dítěte, test je nutné doplnit o další komplexnější zkoušky inteligence, v souběhu i se speciálními testy zrakového vnímání a pozornosti. Selhání z důvodu percepčních poruch je časté u dětí s organickým postižením CNS (např. DMO).
- Při selhávání dítěte jen v lehčích úlohách, zatímco složitější úlohy jsou řešeny bezchybně, lze usuzovat na výkyvy pozornosti a pracovního postupu, někdy selhávají takovým způsobem děti úzkostné (příliš snadné řešení je pro ně nápadné, tudíž nesprávné), problémy mají děti silně sociálně zaměřené, impulzivní.
- *Test je označován za kulturně relativně nezávislý, ale přece jenom určitý podíl způsobu výchovy a vzdělání zde hraje roli – přijetí zkouškové situace, motivace k výkonu v činnosti,*

kteřá nemá pro dítě „prakticky“ význam ani okamžitý efekt, proto musíme mít na paměti, že Ravenovy zkoušky by měly být zařazeny do testové baterie, protože v kombinaci s jinými testy mají svoji diferenciálně diagnostickou hodnotu, samy o sobě však nemohou spolehlivě předikovat školní úspěšnost.

▪ **Obrázkový inteligenční test**

- Skupinově i individuálně použitelný.
- Stuart, 1977, česká úprava Senka, 1994.
- Krátký neverbální test s dobou administrace přibližně 45 minut.
- Obsahuje 3 typy úkolů – Eliminace (vyloučení odlišného obrázku, jenž logicky nezapadá do skupiny-řady-ostatních obrázků), Řady (chápání logické následnosti nebo principu střídání), Obrázkové analogie.
- Test mapuje schopnost neverbálního úsudku, tvorbu vztahů, zralost vizuální percepce.
- Je velmi dobře použitelný u dětí s poruchami řeči, dětí s poruchami motoriky.
- Nevýhodou je malé věkové rozpětí (7 – 8 a ½ let), nedostatečné údaje o jeho reliabilitě a validitě.

Testy speciálních schopností, znalostí a dovedností

- Orientují se na hodnocení dílčích schopností, jež mohou ovlivňovat celkový výkon v určité oblasti.
- Jsou použitelné pro profesní poradenství.

Percepční testy

Testy zrakové percepce

▪ **Reverzní test – Edfeldtův reverzní test**

- Zjišťuje úroveň zralosti zrakového vnímání dítěte, jeho schopnost vnímat a diferencovat zrcadlově obrácené tvary ve vertikální i horizontální rovině, rozlišovat polohu nahoře - dole, vpravo - vlevo, postihovat drobné tvarové rozdíly detailů obrazce.
- Test je určen pro děti ve věku 5-8 let, u starších dětí používáme v případě podezření na poruchu zrakové percepce.
- Vyhodnocením zjišťujeme úroveň zrakové percepce dítěte, do jaké míry lze očekávat obtíže při osvojování čtenářských návyků a písemných dovedností.
- Test používáme jako součást testové baterie, je užitečný při posuzování školní zralosti, pro diferenciální diagnostiku specifických vývojových poruch učení, pro vyšetření dětí s ADHD, eventuálně s jakýmkoliv organickým postižením mozku.

▪ **Vývojový test zrakového vnímání M. Frostigové**

- Hodnocení zrakové úrovně dětí.
- Lze jej použít jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi, svým zaměřením je určen pro posouzení školní zralosti a diferenciální diagnostiku specifických poruch učení, je rovněž vhodný pro hodnocení dětí s organickým postižením CNS a pro děti se syndromem ADHD.
- test je členěn na 5 subtestů, jež měří dílčí schopnosti, jež se uplatňují i ve školní práci
 1. vizuomotorickou koordinaci,
 2. rozlišení figura - pozadí (vyhledávání obrazců překrytých pozadím)
 3. konstantnost tvaru, diferenciaci podnětu v různém kontextu,
 4. poloha v prostoru, vnímání obrácených a otočených tvarů,
 5. prostorové vztahy, obkreslování určitých geometrických tvarů, vizuální analýza předlohy, tvořené z teček.

Testy sluchové percepce

- Zkouška sluchové diferenciacce (WM)
- Zkouška sluchové analýzy a syntézy

Hodnocení motorických schopností a laterality

- Škála Ozeretzkého
- Orientační test dynamické praxe (OTDP)
- Zkouška laterality
- **Kresba postavy** - kresba odráží jak úroveň specifických dílčích funkcí, tak i úroveň mentálního vývoje obecně, hodnocení kresby má dvě hlediska, obsahové a formální.

Diagnostika školních schopností a dovedností

- Zkouška čtení
- Čtecí diskriminační test
- Kalkulia – zkouška matematických schopností

Hodnocení sociálních dovedností

- **Vinelandská škála sociální zralosti** – 8 kategorií, hodnotících úroveň obecné soběstačnosti, soběstačnosti v jídle, v oblékání, samostatnost dítěte, činnosti, které zvládne, způsob komunikace, úroveň motoriky a sociální adaptace.
 - Je určen pro děti od 3 do 9 let.
 - Je vhodný pro diagnostiku dětí mentálně, smyslově, tělesně postižených, dá se využít i u dětí výchovně zanedbaných k posouzení úrovně školní připravenosti.

Neuropsychologická diagnostika

- Cílem je popis současného behaviorálního a funkčního stavu dítěte, specifikace dysfunkcí, určení silných stránek, poznání osobnostních a emočních charakteristik.
- Odhalení premorbidní úrovně dítěte.
- Zvážení etiologie postižení.
- Sestavení plánu léčby a rehabilitace.
- Zhodnocení celkového vývojové nebo intelektové úrovně, určení profilu dílčích intelektových schopností, stanovení úrovně naučených dovedností.
- **Halstead Reitanova neuropsychologická baterie**
- **KNMS – Klinická neuropsychologická screeningová metoda Majovského**
- **Tübinger Luria – Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder**

Problematika dětí vyrůstajících v NRP, problematika dětí svěřených do ústavní výchovy

- Umístění dětí romského etnika do NRP je v současné době závažnějším problémem.
- Zájem žadatelů není tak výrazný, upřednostňovány jsou spíše děti jiných etnik.

- Z výše uvedených důvodů se některým dětem, byť právně volným ke svěření do NRP, prodlužuje pobyt v KÚ, DD ..., čímž se zvyšuje riziko prohlubující se citové deprivace, postupně dochází k citové oploštělosti, přidružuje se sociální hyperaktivita, poruchy chování.
- Problematika dětí s nařízenou ústavní výchovou je pečlivě sledována, mapovány jsou všechny dostupné možnosti přijatelného řešení, pokud je zřejmé, že návrat do biologické rodiny není ze závažných důvodů realizovatelný, pak jsou děti zařazeny do celorepublikového registru, když ani ve druhém kole zařazení do tohoto registru nejsou nalezeni žadatelé, postupují děti do mezinárodního registru.
- Zájem ze strany cizinců evidujeme, zahraniční žadatelé se rekrutují ve většině případů ze severských států (Norsko, Dánsko...).
- U všech dětí – tedy nejenom dětí romského etnika – jsou pravidelně vedeny podrobné záznamy, na základě pravidelného posuzování psychomotorického vývoje je stanovována vývojová křivka každého jednotlivého dítěte, přičemž hodnocení je komplexní, opakované, pokud děti od nás přecházejí do rodiny, vždy je jim poskytován veškerý servis a v případě zájmu ze strany biologické rodiny nebo pěstounů, adoptivních rodičů provázíme je i nadále, pokud vyvstane požadavek, všichni zákonní zástupci dítěte, kteří mají dítě v péči, mají k dispozici zprávy z psychologických i lékařských vyšetření, jsou informováni o aktuálním stavu, rizikových faktorech, vývojové prognóze.
- Provázení dětí při znalosti všech souvislostí je nesmírně důležité, podchytili jsme v terénu neadekvátní diagnostiku mentálních schopností romského chlapce, jenž byl u nás na opakovaných pobytech, chlapec měl dobrý mentální potenciál, avšak v důsledku významné citové subdeprivace a výrazněji opožděného řečového vývoje (oboustranný rozštěp) byl PPP diagnostikován jako dítě se středně těžkou mentální retardací (naštěstí se na nás s intervencí obrátily sociální pracovníce, jinak by osud dítěte byl fatální – zařazení do ÚSP), to je však jen jeden příklad za všechny.
- Pro dg našich dětí používáme souhrn dg metod – polohové neurovývojové testy, vývojové škály, screeningové škály, T-M u starší populace, pokud se na nás obracejí rodiče starších dětí školního věku, používáme testy inteligence – WISC-III, Raven CPM, kresbu postavy, testy speciálních schopností, projektivní techniky...
- Následná péče může být poskytována i v našem SPC, pokud vzdálenost neumožňuje docházení do našeho zařízení, nabízíme péči kolegů příslušného regionu, v případě souhlasu zákonných zástupců postupujeme potřebnou dokumentaci (předávají si sami zástupci).
- Vzhledem ke specifikům našeho regionu, není zde výrazně silná romská komunita, jako např. v Brně, Ostravě, prozatím jsme neměli významné potíže s diagnostikou dětí, uplatňovali jsme výše zmiňované postupy, pokud nebylo možno adekvátně posoudit aktuální stav, volili jsme opakované návštěvy, případně sledování dítěte i ve školním prostředí, v interakci s rodiči, s vrstevníky, vždy jsme děti diagnostikovali určitou baterií testů (tedy neuplatňovali jsme jeden jediný diagnostický nástroj), při stanovování diagnózy jsme vycházeli ze všech dostupných zdrojů, vzhledem k tomu, že máme dobrou spolupráci i s rezortem zdravotnictví a stejně tak se sociálními pracovníky, můžeme se opírat o poměrně slušnou škálu informací.
- Použitelnost diagnostických pomůcek v širokém kontextu dalších metod a postupů je zatím vcelku dostačující, i když ne ideální.

Problematika vyšetřování dětí romského etnika – analýza diagnostických pomůcek

TESTY INTELIGENCE

- 1) **Kojenecký a batolecí věk** – vzhledem k tomu, že raná diagnostika se zaměřuje na hodnocení celkové neuromotorické zralosti dětí, na posouzení funkční zralosti a integrity CNS, přičemž cílem těchto vyšetření je především záchyt vývojových poruch, smyslových a motorických odchylek od normy, lze pro diagnostiku dětí využívat vývojový screening (Developmental Screening Inventory)

a dále vývojové škály. Screeningová forma podává orientační pohled na aktuální úroveň psychomotorického vývoje dítěte. Proto je vhodnější screening doplnit o Vývojovou škálu Gesella, Škály N. Bayleyové. Škály nejsou diskriminující pro minoritní skupiny.

1. *Gesellovy vývojové škály* – velmi dobře použitelné pro děti různých etnik, nejlépe aplikovatelné pro věkové rozmezí 1-24 měsíců (jsou sice určeny až do 36 měsíců), ale u dětí starších 2 let se jako vhodné jeví doplnění vyšetření použitím Stanford-Binetovy zkoušky, protože pohled na dítě je při kombinaci obou diagnostických pomůcek komplexnější. Na jejich základě dostaneme jak obraz rozvoje jemné i hrubé motoriky, tak obraz řečového a sociálního vývoje, adaptivity. Při dobré znalosti vývojové psychologie je Gesellova vývojová škála dobrou pomůckou pro diagnostiku dítěte raného věku, nezatíženou vlivem kulturního prostředí do takové míry, že by neumožňovala šetřit děti různých minorit. Pro klinické využití má výhodu podrobnější diferenciaci jednotlivých oblastí chování a poměrně dobré detekování náznaků významnějšího opoždění.
2. *Škály N. Bayleyové* – dobře využitelná, bez znevýhodnění minoritních skupin, dává dobrý obraz o motorické a mentální stránce dítěte, méně podrobně však diferencuje jednotlivé oblasti chování (oproti Gesellovi). Pozitivem je přesnější detekce poruchy od normy díky souhrnným skórum-indexům. Horší použitelnost je u dětí s těžkým stupněm postižení a u starších dětí na výrazně snížené vývojové úrovni.
3. *Škály Brunet-Lézinové* – jsou adaptací Gesellovy škály, obsahují přesnější definování postupu vyhodnocení, ale jejich normy jsou zastaralé. Škála je určena pro děti ve věku do 6 let, ale v případě starších dětí je vhodnější opora o jiné diagnostické pomůcky (hlavně pro děti starší 3 let, adekvátní se jeví např. T-M).

Vyšetřování dětí romského etnika v raném věku je ve většině případů podmíněno nutností posouzení vývojové úrovně z důvodu:

- a) významného opoždění psychomotorického vývoje dítěte,
- b) z důvodu umístění dítěte v ústavním zařízení - kojenecký ústav, dětské centrum,
- c) svěřením dítěte do pěstounské nebo adoptivní péče. Tato vyšetření povětšinou spadají do rangu zdravotnictví, takže školská poradenská zařízení se s populací kojeneckého a batolecího věku setkává spíše v menší míře.

Problematické je věnována velká pozornost, protože v případě zdravotních komplikací se řeší otázka zdraví v celé komplexní šíři, v případě nařízené ústavní výchovy se řeší otázka budoucnosti v rámci rodiny. V tomto případě musí být diagnostika komplexní, děti romského etnika, pokud se z různých příčin nemohou vrátit do původní biologické rodiny, jsou svěřovány do NRP nejenom v ČR, ale rovněž v zahraničí – zejména v severských státech. Otázka stanovení aktuální vývojové úrovně a prognózy intelektových schopností hraje velkou roli. Pro děti našeho etnika, romského etnika i jiných minorit jsou používány stejné diagnostické pomůcky, v naší praxi nebyly podchyceny znevýhodňující momenty výše jmenovaných postupů, obraz dítěte je odpovídající. Pokud je dítě dlouhodobě sledováno, využívá se i analýza produktů spontánní činnosti (ve starším batolecím věku), prvotní kresebné projevy, práce s konstruktivním materiálem.

2) Předškolní věk

Vyšetřování dětí předškolního věku je více spojeno s otázkami školské problematiky, vázáno s problematikou předškolního vzdělávání dětí. V této věkové kategorii již je nezbytné brát v úvahu specifika dětí romského etnika, volit postupy, jež by co nejméně byly zatíženy znevýhodněním spojeným se sociokulturním zázemím.

Stanford-Binetova zkouška – založena na vývojovém principu, její využitelnost je zejména ve věkové kategorii od 2 do 6 let u zdravé populace, u výrazněji opožděného vývoje, u dětí se zdravotním postižením i ve starší věkové kategorii. Je budována na principu trojúrovňového hierarchického modelu struktury kognitivních schopností, přičemž 1. úroveň zahrnuje obecný faktor myšlení (g). 2. úroveň zahrnuje tři širší faktory, mezi něž patří krystalické schopnosti (faktor schopností školních). Faktor krystalických schopností je silně ovlivněn kulturou a vzděláváním, takže zde je pro děti určité nebezpečí znevýhodnění. Ovšem na druhou stranu faktor technicko-analytických schopností, jenž zahrnuje schopnosti nutné k řešení nových neverbálních úkolů je oproti předchozímu faktoru ovlivněn mnohem méně formálním vzděláním, opírá se o vynalézavost ve vytváření nových kognitivních strategií nebo při jejich použití v nových souvislostech. Test dává možnost srovnání úrovní dílčích schopností dítěte, umožňuje využití jen určité části subtestů. Pro děti s mentálním postižením je však hodně nemotivující, málo zajímavý, menší četnost střídání jednotlivých položek vede k větší unavitelnosti s poklesem výkonu, chybí opora o záživnější manipulační úkoly. V případě dětí s MP, děti z málo podnětného prostředí je vhodnější zadávat Stanford-Binetův inteligenční test formy L-M, T 35 (nevýhodou jsou zde méně pestré obrazové materiály, ale souběžně se lze opírat o obrazové materiály uzpůsobené potřebám mladších dětí, doplněné o vkládací materiály, dětské dřevěné puzzle, jež obohatí potřebný obraz o řečový vývoj, manipulačních dovednostech, vizuomotorice, koordinaci pohybů, schopnosti záměrné koncentrace pozornosti, zaujetí úkolem, strategiích řešení, schopnosti využít předcházející zkušenosti). Tato forma, u dětí starších 5 let doplněná např. o Ravenovy barevné matice a kresbu se mi osvědčila i u dětí z minoritních skupin.

Ravenovy barevné progresivní matice - CPM – jsou dobře použitelné pro děti věkové kategorie 5 - 12 let, jedná se o neverbální inteligenční test, s poměrně krátkou dobou administrace, takže pro děti není tak únavný, případně nemotivační, poskytuje obrázek abstraktního úsudku na principu analogií - u dětí od 8-9, rychlost zpracování, úroveň zrakové percepce, zaměření na detail, schopnost tvarové analýzy-syntézy, schopnost opírat se o předcházející zkušenost a aplikovat ji na vyšší úroveň, zaujetí úkolem. Existuje i forma zasouvací (má poněkud jinou úroveň obtížnosti), případně forma počítačová. Test je vhodný pro děti, jež mají obtíže s verbálním projevem. Dobře diferencuje zejména od úrovně mentálního věku 6-7 let. Vhodná je však propojenost se současným použitím ještě další diagnostické pomůcky, protože jen o výsledky jednoho jediného závěru na základě vyšetření Ravenem se nelze opírat v plné šíři. Vhodná je např. kombinace se T-M. Výhody – vhodná aplikovatelnost u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, s malou slovní zásobou a nedostatečně rozvinutými vyjadřovacími dovednostmi. Rizikem je přijetí zkouškové situace – pro děti nemusí mít „praktický význam“ ani okamžitý efekt.

3) Školní věk

Ravenovy standardní progresivní matice – SPM - podobná charakteristika jako u Raven CPM, test mapuje populaci ve věku 10-18 let, je neverbálního charakteru, takže nediskriminuje děti s OVŘ, případně s jazykovou bariérou u jiného etnika. Ve vyšším věku dobře rozlišuje v pásmu podprůměru, případně v pásmu lehké mentální retardace. Dává představu orientační abstrakce (určitá analogie k aritmetickým operacím), chápání kvantitativní a kvalitativní změny. Výsledky jsou získávány jak v percentilech, tak ve formátu IQ. Doba administrace není výrazně zatěžující.

Wechslerovy zkoušky inteligence – dobrou zkušenost mám s testováním pomocí WISC-III. Vyhovuje členění na verbální a neverbální subtesty, takže obrázek intelektových schopností je mnohem ilustrativnější než např. jen u testů typu Raven. Pokud se jedná o vyšetření minority zatížené jazykovou bariérou, případně do jisté míry znevýhodněné sociokulturním prostředím, umožňuje vhodné střídání jednotlivých subtestů. Verbální škála je více závislá na kvalitě výchovného prostředí, informovanosti dítěte, na rozvoji řeči a vzdělání, takže pro děti minority je více znevýhodňující. Neverbální škála přece jenom méně závisí na předcházejících zkušenostech,

podnětnosti prostředí a sociokulturní úrovni, takže zde je pro minority vstřícnější. Výhodou testu je věkový rozsah, při zachování analogické struktury subtestů.

Kohsovy kostky – relativně kulturně nezávislý test, nevyžaduje dobrou jazykovou vybavenost, měří kvalitu, rychlost vizuální, prostorové percepce a prostorové představivosti, využití předcházející zkušenosti, tudíž se zde do jisté míry uplatňuje i faktor učení. Přínosná je možnost porovnání výsledků s bezprostředně provedeným retestem a retestem po delší době. Větší přírůstek v retestu totiž je právě u dětí ze sociálně nestimulujícího prostředí.

Obrázkový inteligenční test - má velmi malé věkové rozpětí (7 - 9 let), je použitelný v kombinaci s jinou diagnostickou pomůckou, spíše orientační výsledek. Výhodou je, že se jedná o neverbální test, zaměřený na chápání logické následnosti, principu učení, opírá se také o předcházející zkušenost. Dává obrázek neverbálního úsudku, tvorby vztahů, zralosti vizuální percepce.

Test struktury intelligence – IST (R.Amtauer) - dává celkový inteligenční skór, analýzu profilu dítěte, i tzv. školní vážený skór. Nevýhodou je, že výsledek je značně ovlivněn vzděláním a závisí i na celkovém sociokulturním zázemí dítěte. Pro děti romského etnika je tedy značně rizikový.

Váňův inteligenční test /VIT/ - celkový skór testu je ukazatelem krystalické inteligence, pro romskou minoritu může být tedy diskriminující.

Nejvíce používaná diagnostika v našem SPC u romského etnika – Raven CPM, Raven SPM, St.-Binet, St.-Binet – forma L-M, WISC-III, Kohsovy kostky, Obrázkový inteligenční test, kresba postavy, u dětí raného věku zejména Gesellovy výv. škály. Opora o pozorování, vyhodnocení anamnestických údajů, analýzu produktů spont. činností.

Příloha ke stanovisku – Kasuistiky klientů SPC:
Kasuistika č. 1

Důvěrné
SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM

Zpráva z psychologického vyšetření XY, nar. 00.10.1999, trvale bytem

Důvod vyšetření: posouzení vzdělávacích potřeb dítěte, na žádost ZŠ

Z anamnézy: údaje sděluje matka dětí

RA: matka ZZ, ročník 1972, t.č.ÚP, otec JZ, ročník 1972. Sourozenci – P. 1992, O. 1992, R. 1991, M. 1994, Q 1997, S. 1998.

OA: nekomplikovaná gravidita, porod v termínu, hlavičkou, poporodní adaptace norma. Operaci ani závažnější úraz neprodělala, léky pravidelně neužívá.

ŠA: 1x vystaven odklad povinné školní docházky, poté zahájila povinnou školní docházku v Brně-Vídeňská, vzdělávací program ZvŠ. Ve školním roce 2008/2009 navštěvuje 2. třídu ZŠ ..., rodina se do obce přestěhovala. Ve třídě sedí s chlapcem, neuvádí žádné obtíže. Z předmětů se jí jako nejtěžší jeví matematika. Na vyučování se doma připravuje s maminkou.

Dívka má dominantní levou ruku.

Z vyšetření: podrobné psychologické vyšetření se uskutečnilo dne 00.10.2008, věk dítěte 9 let, použito WISC-III, Raven CPM. Dostavila se v doprovodu matky a sourozenců.

Adaptace bezproblémová, holčička navazuje kontakt spontánně, je vstřícná ke spolupráci, o předkládané testové materiály jeví zájem přiměřený, nejsou patrné tendence k předčasnému ukončení úkolu. Pracovní tempo pozvolnější, k zácviu některých subtestů je vhodné ponechat delší časovou rezervu. Pozitivní stimulace dítě motivuje. Výkony jsou velmi nerovnoměrně rozloženy, s výraznou převahou verbální složky nad složkou názorovou.

Verbálně-pojmové myšlení – slovník a míra všeobecné informovanosti jsou sníženy oproti věku, vážne verbální pohotovost a výbavnost slov, odpovědi převažují spíše jednoslovné, s latencemi. V řeči patrná artikulační neobratnost mluvidel.

Schopnost základní abstrakce, chápání příčinných souvislostí činí potíže, převažuje mechanické zapamatování, logický úsudek méně pružný.

Kvantitativní myšlení – schopnost numerického úsudku vykazuje určité limity, děvčátko počítá s oporou o názor /zde používá prsty/, početní příklady na sčítání a odčítání v oboru do 10 při opoře o názor zvládá bez chybování, více vyhovuje písemná forma zápisu. Paměťové počítání je problematičtější, hůře si pamatuje číselné údaje, takže je vhodné jí zadání v takovém případě opakovat. Slovní úlohy jednoduchého typu řeší s dopomocí.

Abstraktně-vizuální myšlení – oblast vykazuje významné nápaditosti, patrná je porucha zrakové percepce a vizuomotorické koordinace, tvarová analýza a syntéza působí potíže, děvčátko se hůře zaměřuje na detail. Uvedené skutečnosti v negativním smyslu ovlivňují kvalitu čtenářských návyků, úroveň písemného projevu a v budoucnu budou ztěžovat chápání a řešení geometrických úloh.

Sociálně-praktický úsudek – schopnost vnímat, vyhodnocovat a následně řešit problémové situace běžného typu aktuálně snížena do pásma hlubší subnormy.

Intelektové schopnosti – disharmonicky rozvinuty, s významnou převahou verbální /školsky důležitější/ složky nad složkou názorovou. IQ verbální odpovídá dolní mezi hraničního pásma normy, IQ názorové se pohybuje ve střední mezi pásma lehké MR, IQ celkové aktuálně horní mez lehké MR.

Závěr a doporučení: Z... je pozitivně laděná, milá 9letá holčička, dobře spolupracující, snaživá, s přiměřeným zájmem o prováděné činnosti. Na správnosti výsledku jí záleží, pochvala a povzbuzení ji motivují k dalšímu výkonu. Děvčátko bylo vzděláváno dle vzdělávacího programu ZvŠ, po přestěhování rodiny do navštěvuje 2.třídou ZŠ, kde je vzdělávána dle individuálního plánu rozvoje dítěte. Vzhledem k výsledkům psychologického vyšetření doporučuji speciálně pedagogické vyšetření dítěte v našem SPC-u Mgr....., vzdělávání dítěte dle ŠVP, do budoucna se jako vhodné jeví zvažování přeřazení dítěte do MŠ a ZŠ MN, vzdělávací program – ŠVP, Putování za poznáním, obor vzdělávání 79-01-C/01 Základní škola.

RES: F70 Lehká mentální retardace

- porucha artikulace řeči

V K . 00.10.2008 PhDr.,

Na vědomí: p., matka dítěte psycholog SPC

Kasuistika č. 2

D ů v ě r n ě
SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM

.....

Zpráva z psychologického vyšetření dítěte – X.-Y. nar. 5.12.2003, bytem Z.Z.

Důvod vyšetření: posouzení aktuální vývojové úrovně, zvážení vzdělávacích potřeb dítěte, vyšetření na žádost pěstounů

Anamnéza:

RA: údaje o biologické rodině – matka AB, ročník 1979, otec-veden snad fiktivní otec vietnamské národnosti. Heredita neudávána. Sourozenci – sestra v NRP, bratr v péči babičky, bližší údaje nejsou k dispozici.

Dítě od ledna 2006 v pěstounské péči manželů KK, velmi dobře adaptován. Kontakt s biologickou rodinou t.č.není, matka neznámá.

OA: III.gravidita, II.porod /1x spontánní abort/, ve 36.týdnu gravidity, sekci pro abrupci /odloučení/ placenty, patologický záznam, hypoxii plodu. Plodová voda čirá, p.hm.1850 g, p.d. 44 cm, dítě vybaveno s bradykardií, AS 1, na sále intubace a resuscitace. ČAS III, překlad na dětskou JIP, umělá plicní ventilace 25 hodin, v prvních dnech tlumen pro křeč.pohotovost, tonicko-klonické křeče neměl. Komplexní terapie s infuzí s Mg, postupná stabilizace, kyslík 6 dnů, icterus neměl. Po odeznění hypotonie již bez obtíží.

Opoždění vzpřimovacích mechanismů, neurologie-centrální hypotonie, chabá trakce, chabé spinální primitivní mechanismy.

Časté hospitalizace ve FDN Brno /enterocolitis, bronchitis, bronchopneumonie, otitidy, anemie.../. Podchyceny četnější podkožní hematomy, suspektní sy týraného dítěte, rozhodnutím OSPOD dítě předáno do KU – MM, kde bylo umístěno od 1 a ½ roku věku.

Operace – 11/2005 adenotomie /operace nosní mandle/.

DMO, lehká spastická diparéza, pedes planovalgi, lehká MR.

Od ledna 2006 v PP manželů KK

Dg.: praematuritas 36 t.

Hypoxia i.partum

P210 Těžká porodní asfyxie

ČAS III

DMO – lehká spastická diparéza

Pedes planovalgi

Anémie

Lehká MR

Susp.sy týraného dítěte

Obvodní lékař pro děti a dorost – MUDr. GG, Mor. Písek, logopedie – Mgr. J. D., amb. R. S, dále je dítě vedeno v péči neurologie u MUDr. VV, amb. M. S., ortopedie a rehabilitace.

ŠA: dítě prozatím v domácí péči, ve školním roce 2009/2010 zahájí docházku do MŠ ZZ.

Logopedická péče probíhá již 2 roky, s četností návštěv 1 x za 14 dní.

Z psychologického vyšetření: vstupní vyšetření se uskutečnilo dne 25. 6. 2009, věk dítěte 5 let 6 měsíců a 20 dnů. Dostavil se v doprovodu obou pěstounů, manželů KK, v jejichž přítomnosti byl vyšetřen. Použito T-M, kresba, klinické pozorování.

Chlapec navazuje kontakt spontánně, nejsou podchyceny příznaky významnější tenze, zvědavě se rozhlíží po místnosti, kde jej zaujmou jak velké obrázky zvířat, tak připravený materiál. Od počátku se projevuje psychomotorický neklid, porucha aktivity /ve smyslu hyperaktivity/ spojená s poruchou záměrné koncentrace pozornosti a impulzivitou. Pracovní tempo kolísá, schopnost udržet koncept pracovní činnosti je spíše krátkodobějšího rázu, je vhodné v rychlém tempu střídat jednotlivé činnosti a motivovat jej k výkonu, využívat momentu překvapení /např. ozvučené vkládací tvary zvířátek a dopravních prostředků/.

Chlapec má tendenci úkol rychle vyzkoušet a poté vrátit použitý testový materiál na původní místo, nejvíce jej zaujmou manipulační činnosti, spočívající ve vkládání, doplňování.

- **Verbální myšlení** – OVŘ, dysartrie, řeč dyslalická, místy méně srozumitelná, vyjadřuje se v jednoduchých větách, všeobecná informovanost poněkud snížena oproti věku. Chlapec je

dlouhodobě veden v pravidelné logopedické péči. Převaha pasivní slovní zásoby nad aktivním slovníkem, nicméně po dobu pobytu v PP slovní zásoba dosáhla výrazného obohacení. Chlapec správně jmenuje všechna běžně známá zvířata jak domácí /o nichž zná svému věku odpovídající informace/, tak v naší volné přírodě se vyskytující, ale rovněž některá exotická zvířata, s nimiž máme možnost se setkat v ZOO. Jmenuje dopravní prostředky, zná základní barvy a názvy základních geometrických tvarů, identifikuje předměty dle použití.

- **Kvantitativní myšlení** – automatická řada upevněná do 10, dle množství a dle velikosti srovnává, elementární manipulace s počtem při opoře o názorný materiál se zejména v důsledku poruchy pozornosti daří v omezeném rozsahu /určení počtu předmětů, doplnění do požadovaného počtu-samostatně/.
- **Jemná motorika** – patrná diskoordinace pohybů a váznoucí vzájemná kooperace rukou, prstíky jsou méně obratné, ruce stírá. Úchop kostky prstový, palec v opozici, svrchní klíšťkový úchop drobného předmětu je utvořen. Na pevný bod navléká, komín z několika kostek a most ze 3 kostek staví, při činnostech náročných na přesnost patrný lehčí třes rukou. Při vkládání složitějších tvarů používá metodu pokus-omyl, stejně tak při skládání obrázků z několika částí /puzzle „zvířátka“/.
- **Grafomotorické dovednosti** – oblast vykazuje výrazné nápaditosti, poukazuje na poruchu vizuomotorické koordinace, poruchu zrakové percepce. Chlapec zpočátku uchopuje tužku PHK, úchop nesprávný, brzy přechází k úchopu tužky oběma rukama. Tlak je na podložku vyvíjen nerovnoměrně, plynulost pohybu je narušená, linie roztřesené, kresebné dovednosti neodpovídají věku. T.č.chlapec zvládá kresbu kruhu, vodorovné a svislé čáry, kreslí sluníčko s detaily očí a paprsků, s chutí kreslí „koleje“. Kresba postavy není zvládnuta. Úroveň kresebných dovedností odpovídá 3 letům.
- **Hygienické, sebeobslužné návyky** – osvojeny, chlapec zvládá sebeobsluhu, oblékání, základní hygienické návyky.
- **Intelektové schopnosti** – nerovnoměrně rozloženy, výkon kolísá a v negativním smyslu je poznamenán poruchou aktivity a pozornosti, aktuálně intelektové schopnosti odpovídají horní mezi pásma lehké mentální retardace.

Závěr a doporučení: X.Y. je chlapec ve věku 5 let a necelých 7 měsíců, romského etnika, černých vlasů a hnědých očí, astenický, na svůj věk hodně vysoký, s pohnutou životní historií. Od 1 a 1/2 roku umístěn v KÚ pro suspektní sy týráni /CAN/ a od ledna 2006 umístěn v PP. V anamnéze dítěte jsou významná pre a perinatální rizika /praematuritas, hypoxie, poporodní bradykardie, hypotonie, opoždění vzpřimovacích mechanismů.../, na něž nasedla zanedbávající /a zřejmě i fyzicky ubližující/, málo podnětná péče matky, s narůstající citovou deprivací. Rozvoj intelektových schopností je těmito skutečnostmi poznamenán, probíhá disharmonicky, jednotlivé výkony jsou nerovnoměrně rozloženy, opoždění vykazuje řečový vývoj, rozvoj jemné motoriky a grafomotoriky je rovněž opožděn /do jisté míry podmíněno zdravotním hendikepem-DMO/, narušení vykazuje zraková percepce a vizuomotorická koordinace, což bude do budoucna ztěžovat osvojování čtenářských návyků a písemných dovedností, stejně tak bude působit problémy při řešení geometrických úloh. Intelektové schopnosti aktuálně odpovídají pásmu lehké mentální retardace, horní mez.

Dítě je v nové rodině, jež poskytuje Josefovi bezpečné a podnětné zázemí, s bohatým citovým sycením, dobře adaptováno, ke svým pěstounům má utvořeno pevné pouto. Rodina vlastní velkého psa-leonbergera, k němuž si dítě vybuchovalo blízký vztah a jenž je vůči němu trpělivým ochráncem.

Od září X. Y. nastoupí do MŠ v místě současného bydliště. Doporučuji pozvolné přivýkání k novému prostředí a jeho režimu, individuální přístup, podporu rozvoje jemné motoriky, grafomotoriky, posilování schopnosti tvarové analýzy-syntézy, tvarové diskriminace. Problematiku doporučuji průběžně konzultovat s naším zařízením.

Rodičům bude společně se zprávou předána potřebná literatura, materiály zaměřené na rozvoj grafomotoriky, vizuomotoriky, zrakové percepce. Dítě bude zařazeno do pravidelné péče našeho zařízení, nadále bude pokračovat v logopedické péči u Mgr.J.D. Kontrolní vyšetření průběžně, dle potřeby. Speciálně-pedagogickou péči v SPC bude zabezpečovat Mgr. M. C., speciální pedagog, předpokládané zahájení září 2009. Četnost návštěv bude dohodnuta při prvním setkání.

RES: praematuritas

Hypoxia i.partum

Těžká poporodní asfyxie s nutností resuscitace a intubace na sále, 25.hod.UPV

DMO – lehká spastická diparéza

Pedes planovalgi

F70 Lehká mentální retardace, horní mez

Porucha aktivity a pozornosti

Snížená frustrační tolerance-snížená odolnost vůči psychické zátěži
Citová deprivace a CAN ve spojitosti s biolog.rodinou

Doporučení: pravidelná péče SPC /viz výše uvedené údaje/
Kontrolní vyšetření průběžně, konzultace pravidelné.

V K. 25. 6. 2009 PhDr.

Na vědomí: manželé KK, pěstouni psycholog SPC

5.3 Nezávislý odborník a klinický psycholog (Martin Lečbych)

Ve svém textu se zaměřím nejprve na obecné problémy diagnostiky dětí kulturně nebo sociálně znevýhodněných, dále pak na jednotlivé psychodiagnostické metody, které se vztahují k této problematice a jsou využívány v rámci psychologického vyšetření úrovně rozumových schopností. Pokusím se upozornit na některé aspekty, které by při jejich interpretaci měly být zohledněny. Ve třetí, závěrečné části se pokusím o souhrn nejpodstatnějších faktorů, které do diagnostiky dětí sociálně znevýhodněných vstupují.

A. Obecné problémy diagnostiky intelektových schopností dětí sociálně znevýhodněných nebo z kulturně odlišného prostředí.

Při vyšetření dítěte z odlišného kulturního prostředí nebo dítěte sociálně znevýhodněného je potřeba brát do úvahy několik základních problémů. Ve stručnosti se pokusím na jednotlivé problémy krátce upozornit a okomentovat je s ohledem na možná východiska:

- 1) *Obtížné porozumění českému jazyku* – pro řadu dětí z etnicky odlišného prostředí může být problémem porozumění úkolům, které předpokládají kvalitní porozumění českému jazyku. V těchto případech nejsou verbální inteligenční škály (či jednotlivé verbální subtesty) validním měřítkem vývoje jejich rozumových schopností a pro posouzení rozvoje inteligence je nutno využít zejména neverbálních inteligenčních škál (či jednotlivých neverbálních subtestů), které svým charakterem více odpovídají požadavku na tzv. „culture fair“ testy. V případě využití neverbální subškály je však nutno zohlednit také způsob jejího zadání, zejména, zda-li vyžaduje verbální instrukci či je možno jej zadat i zcela neverbální cestou, podobně jako vyžaduje zadání testů u dětí hluchých či těžce nedoslýchavých. Pozornosti examinatora by taktéž nemělo uniknout, zda-li je předpokladem zvládnutí neverbálního úkolu rozvoj grafomotoriky a rozvoj držení tužky či kresba tužkou. Při stanovování závěru a interpretaci testových dat je zde na místě především pečlivá anamnéza dítěte a jeho rodinného prostředí, rozhovor s blízkými osobami, pečlivé pozorování dítěte v situaci vyšetření, ale i při volné činnosti a hře. Výrok o stavu rozvoje rozumových schopností a jejich případnou predikci také není vhodné činit při využití pouze jednoho typu neverbálního testu nebo pouze v rámci jedné komplexní testové baterie. Vhodná je zejména kombinace a srovnání více metod určených k měření inteligence. V rámci interpretace výsledků je taktéž na místě uzavírat nález z psychologického vyšetření jako aktuální stav rozvoje rozumových schopností, nikoliv jako intelektový potenciál. Pro posouzení intelektového potenciálu je v těchto případech více než vhodné opakované vyšetření s dostatečným časovým odstupem a zejména po aplikaci nápravných opatření v případě zjištění podezření na možný deficit.
- 2) *I když je užití verbálních škál nevalidní, je přesto důležité!* – V předchozím bodě upozorňuji na nízkou validitu verbálních škál v posuzování rozvoje inteligence dětí z odlišného kulturního prostředí nebo dětí sociálně znevýhodněných. Cílem psychologa však není pouze stanovení určitého aktuálního stavu či změření míry určité vlastnosti, ale také zejména návrhu opatření rozvoje a doporučení pro osobnostní růst. Právě takto lze chápat verbální subškály

komplexních testových baterií – nikoliv jako měřítka intelektových schopností, ale jako vodítka pro stanovování nápravných opatření (např. doporučení rozvoje v určité specifické oblasti – porozumění řeči, logopedické péče, porozumění sociálním situacím, rozšíření slovní zásoby, zprostředkování kontaktu s vrstevníky jiné komunity...). Doporučení by mělo být součástí nálezu psychologického vyšetření.

- 3) *Komorbidita sociálních problémů* – děti sociálně znevýhodněné, vyrůstající na okraji majoritní společnosti jsou v mnohem vyšší míře ohroženi řadou sociálně patologických jevů a faktorů, které mohou výrazným způsobem poškozovat jejich psychický vývoj (týrání, zneužívání, sexuální traumatizace, nucení k prostituci, nabádání ke kriminalitě, zanedbávání...). Tyto faktory přirozeně ovlivňují testový výkon a mohou výkon v inteligenčních testech snižovat. Na nejobecnější rovině lze hovořit o vlivu psychické deprivace na testový výkon. V těchto případech mohou budit extrémně deprivované děti dojem až dětí s mentální retardací, neboť jejich mentální vývoj je v mnoha oblastech reálně zpomalen. Nutná je tedy komplexnější diferenciální diagnostika s ohledem na emoční a sociální vývoj dítěte – tedy diagnostika i mimo-intelektových vlastností. Z hlediska posuzování inteligence je pak na místě zhodnocení profilu kognitivních schopností, neboť je pro správnou diferenciální diagnostiku klíčový. Zatímco u dítěte emočně deprivovaného lze nalézt nápadnosti zejména v emočním a sociálním vývoji, u dětí kulturně deprivovaných se nápadnosti v těchto oblastech nemusí vyskytovat. Důležitým vodítkem bývá taktéž rozvoj řeči a posouzení rychlosti učení se novým věcem, která je při dobrém emočním stavu dítěte překvapivě kvalitnější než by odpovídalo stupni zpomalení rozvoje intelektu.
- 4) *Rozličná kvalita norem testu* – většina užívaných testů je řádně normalizována a standardizována pro řádné užití v psychodiagnostické praxi – problémem není neexistence norem, ale jejich kvalita, která je u řady nástrojů poznamenána buď přirozeným stárnutím norem při stárnutí celého testu, nebo samotnou specifičností vzorku na kterém byla normalizována. Lze se tak setkat s testy, které mohou nadhodnocovat nebo podhodnocovat reálný výkon – je nezbytně nutné, aby nebyly užívány testy mechanickým způsobem a psycholog byl obeznámen s charakterem norem a jejich limity, které ve své interpretaci dat zohlednil.
- 5) *Rozličná kvalita psychologa test užívajícího* – osobně nespatřuji vzhledem k posuzované problematice toliko problém v metodách, kterých je dostatek a jejich limitů, které jsou z velké většiny kompenzovatelné a řešitelné, ale v oblasti osoby, která s metodami zachází. Je potřeba zdůraznit, že závěr z psychologického vyšetření je natolik kvalitní, nakolik je kvalitní psycholog, který jej vytvořil. Postgraduální vzdělávání psychologů se velmi liší od mimořádně přísných a náročných podmínek na vzdělávání (např. klinická psychologie) až po naprostou benevolenci. Pro adekvátní práci s diagnostickými metodami je nutné i postgraduální vzdělávání a zejména pak supervize jejich užívání a interpretace.
- 6) *Přeceňování konceptu inteligence a přeceňování informace o rozumovém vývoji jedince* – osobně vidím jedno z velkých nebezpečí v tom, že v rámci institutu PPP a SPC dochází k přeceňování konceptu inteligence na umísťování dětí do specifických zařízení, tříd, škol, predikci jejich životního úspěchu apod. Tato skutečnost je mnoha autory a odborníky kritizována. Výzkumně ji zpracovali např. Berk, Bridges a Shih (1981), kteří ve svém výzkumu zjistili, že v běžné praxi má samotná hodnota IQ nejvyšší vliv na zařazování dětí do speciálních tříd a škol, přičemž její vliv předčí významným způsobem další charakteristiky dítěte (jako je například jeho chování, osobnostní vlastnosti, sociální dovednosti apod.). Z pozornosti se tak vytrácejí jiné mimořádně důležité vlastnosti dítěte – temperamentové vlastnosti, povahové rysy apod. Tyto faktory mají mnohem větší vliv na úspěšnost integrace než samotné intelektové schopnosti.

B. Specifické problémy a přednosti jednotlivých psychodiagnostických metod užívaných k diagnostice rozumové úrovně

1) *Stanford-Binetova zkouška a její navazující revize*

Jedná se o jednu ze základních a tradičních, celosvětově rozšířených metod, u nás se v současné době využívá mezi praktiky ve III. a poslední IV. revizi. Předností škály je řada rozmanitých úkolů, možnost aplikace škály na děti předškolního věku, možnost orientačního posouzení intelektu až do období dospělosti. Ve IV. revizi se výsledky rozkládají do oblastí hodnocení verbálního myšlení, abstraktně-vizuálního myšlení, kvantitativního myšlení a krátkodobé paměti. Vzhledem k diagnostice dětí sociálně znevýhodněných a z jiného kulturního prostředí lze očekávat snížení výkonů v oblasti verbální složky, kvantitativního myšlení (počty) paměti na věty. Za solidní ukazatele intelektového potenciálu lze považovat zejména úkoly abstraktně vizuální a hodnocení krátkodobé paměti prostřednictvím korálků (avšak při dobrém porozumění instrukci). IV. revize byla v rámci ČR řádně vydána a standardizována, celkové výsledky mají tendenci nadhodnocovat výkon, což je potřeba interpretačně zhodnotit.

2) *SON-R*

V rámci ČR relativně nový test, oficiálně vydaný v roce 2008, mezi praktiky dosud nepříliš rozšířený, pokrývá období předškolní od 2^{1/2} – 7 let, jedná se o plně neverbální inteligenční test se subškálou performační a úsudkovou. Je mimořádně vhodný pro testování dětí se sluchovým handicapem a dětí imigrantů. Vzhledem k posuzované problematice se jedná o mimořádně vhodný test pro posouzení intelektového potenciálu. Limitování spočívá přirozeně v omezení na období předškolního věku, chybí jeho alternativy pro testování dětí školního a adolescentního věku.

3) *WISC-III*

Tradiční a jeden z nejpoužívanějších testů v diagnostice dětí od 6 – 16 let, jedná se o test mimořádně kvalitní, reliabilní, validní, aplikace umožňuje i tvorbu podrobného profilu intelektových schopností. Obsahuje performační a verbální subškálu, výkony v jednotlivých subtestech lze také rozdělit do 4 faktorových oblastních skóre (verbální porozumění, koncentrace, rychlost zpracování, percepční uspořádání). U dětí znevýhodněných lze očekávat nízké výkony v oblasti verbálního porozumění, dílem i koncentrovanosti. V závislosti na grafomotorických dovednostech také v oblasti rychlosti zpracování. Nejvyšší výkony možno očekávat v oblasti percepčního uspořádání. Rozmanitost testového materiálu umožňuje pestrý výběr subtestů, test prošel českou standardizací, v rámci standardizačního projektu vznikly i normy pro Romské děti. Srovnání výkonu v jednotlivých subtestech je užitečným podkladem pro diferenciální diagnostiku. Vhodné je zde proškolení uživatele testu.

4) *WAIS-R, WAIS-III*

Navazující inteligenční baterie pro adolescenty a dospělé, normy od 16 let. Podobně konstruovány s podobnou logikou jako WISC, nevýhodou WAIS-R je zastarávání testového materiálu a norem (více než 20 let od standardizace), nadhodnocování výkonu, modernější verze WAIS-III je již publikována a standardizována, ale na normách se dosud pracuje – je užívána jako experimentální verze. Do normalizace se obvykle doporučuje užití WAIS-R se zohledněním podílu nadhodnocení výkonu v interpretaci. Vzhledem k posuzované problematice jsou validním ukazatelem zejména neverbální subtesty.

5) *Nevhodné nebo problematické testy, či testy vhodné pro screening či doplnění informací*

Vzhledem k posuzované problematice se jeví jako nevhodné testy, které nejsou administrovány individuální formou – např. skupinové testy a testy výhradně tužka - papír. Mezi tyto lze řadit např. Amthauerův test struktury inteligence, který může sloužit jako

screening při vyhledávání rizikových dětí, avšak nikoliv k měření úrovně rozumových schopností v rámci diferenciální diagnostiky. Jako test inteligence a nadání lze s úspěchem využít u zdravého dítěte bez známek sociálního znevýhodnění nebo negativních vlivů. Pro screeningové účely či případně pro ověření a doplnění údajů lze užít Ravenův test, v dospělé i dětské verzi, TIP, Váňovu a Stavělovu zkoušku, Meiliho zkoušku. Pro doplnění a informací lze využít i individuálně administrovaný test Kohsových kostek. Jeden z nejrozšířenějších testů PDW (Pražský dětský Wechsler) se již nedoporučuje používat vzhledem ke značně zastaralým normám a zastaralé kvalitě podnětového materiálu (zejména ve verbální oblasti).

- 6) *Potenciálně užitečné testy, avšak bez náležité standardizace, normalizace či oficiálního vydání*
Mezi potenciálně užitečné testy lze řadit řadu metod, které jsou užívány v experimentálních formách, či lokálně adaptovány. Nevýhodou je jejich malé rozšíření v ČR, nejednotnost jejich překladů a způsobu užívání, chybění národních norem. Mezi tyto baterie patří Škály McCarthyové, Kaufmanův ABC test – v rámci těchto baterií je řada vhodných subtestů pro testování dětí vzhledem k relevantní problematice.

Doporučená literatura

Berk, R. A., Bridges, P. W., Shih, A. *Does IQ Really Matter? A Study of the Use of IQ Scores for the Tracking of the Mentally Retarded*. American Sociological Review, 1981. 46 (1), s. 58-71.
Lečbych, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: VUP, 2008.
Říčan, P., Krejčířová, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2000.
Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001.

6 Reflexe stanovisek pohledem pracovníků neziskových organizací hájících práva Romů

Vhodný výběr diagnostických metod

Je obecně známo a doloženo výzkumem, že romské děti, bez ohledu na to, do jakého typu základní školy chodí (běžná ZŠ nebo bývalá ZvŠ) jsou, ve srovnání s dětmi z většinové populace, méně úspěšné ve verbálních složkách psychologických testů.

Při posuzování rozumových schopností romských dětí je potřebné jako základu používat takových testovacích metod, které nejsou příliš vázány na **kulturní zkušenost a jazykovou dovednost** (viz příspěvek 5.1).

Lze jediné souhlasit s doporučeními uvedenými v příspěvku 5.1, a to:

Zásadně **nepřeceňovat koncept intelligence** jako jediný možný pro úspěšnou integraci minority do majoritní společnosti. Na tomto konceptu je ovšem položen základ evropské kultury. V tomto ohledu bude ještě hodně úsilí potřeba věnovat do reformy českého základního školství, které v praxi jen velmi pomalu připouští integraci romských dětí do hlavního vzdělávacího proudu.

Nálezy z psychologického vyšetření nesmí být formulovány **fatálně a absolutisticky**. Nelze tedy z jediného vyšetření, provedeného v pěti letech dítěte učinit závěr o jeho snížené rozumové schopnosti – s takovými případy jsme se běžně setkávali v učitelské praxi před rokem 1989 a i začátkem let 90.

Zažitý trend základních škol vydělovat romské děti z běžných kolektivů, který byl zřejmě v dobrém úmyslu (rozuměj – ve prospěch romských dětí) podporován pedagogicko-psychologickými poradnami začal polevovat až v polovině 90- tých let, a to ani tak ne pro ochotu základních škol romské děti vzdělávat, ale zejména pro poměrně zásadní změnu v přístupu pedagogicko-psychologických poraden k vydávání doporučujících stanovisek k vřazení dítěte do zvláštní školy. Zatímco koncem 80., a začátkem 90. let jsme se běžně setkávali s případy žáků, kteří byli v PPP vyšetření ještě před nástupem do prvního ročníku základní školy (vyšetření jim bylo zřejmě doporučeno spádovou školou už při zápisu), přičemž v pěti letech dítěte vydané doporučující stanovisko ke vřazení do zvláštní školy mělo, pro budoucí školní vzdělávání, naprosto fatální charakter. V současnosti pozorujeme snahu odborných pracovníků pedagogicko-psychologických poraden přesvědčovat romské rodiče o nutnosti předškolního vzdělávání dětí v mateřské škole nebo v přípravné třídě a o podporu integračního procesu při nástupu dítěte do běžné základní školy.

Výsledek testu je hodnota, nikoli diagnóza (viz příspěvek 5.2 – první stanovisko). Setkala jsem se v učitelské praxi s psychology s PPP, kteří naměřenou hodnotu IQ, získanou jediným vyšetřením předškolního romského dítěte v PPP vydávali za konstantní a neměnnou. Marne jsme tyto odborníky přesvědčovali o pokrocích, které dítě v průběhu jednoho školního roku stráveného v přípravné třídě učinilo.

Velmi často jsem se jako učitelka bývalé zvláštní školy setkávala s jedenáctiletými dívkami, které v doporučení s PPP měly diagnostikovanou sníženou rozumovou schopnost na spodním okraji normy nebo lehce pod normou, které se úplně běžně dokázaly postarat o celou domácnost a tři mladší sourozence, udělat samostatně velký nákup, apod. Ve zvláštní škole měly většinou dobrý prospěch a jejich sociální zkušenost si v ničem nezadala se sociální zkušeností vrstevnic pocházejících z průměrné majoritní rodiny. Určitě by s průměrnými nebo podprůměrnými výsledky ukončily základní školu, neměly však takovou možnost.

Podmínky nutné pro objektivní interpretaci výsledků testů:

1. Vyšetřující psycholog (případně speciální pedagog) musí být vybaven klíčovou kompetencí pro objektivní interpretaci výsledků testů rozumových schopností romského dítěte – a tou je **velmi dobrá znalost kulturního a sociálního zázemí vyšetřovaného romského dítěte.**

(Viz příspěvek 5.2 – první stanovisko: „Nelze interpretovat jakýkoli výsledek v testu WISC-III. Bez znalosti sociálního pozadí, nebo řečeno jinak bez užití anamnesticko exploračního přístupu. To je základní opatření proti možnému znevýhodnění testem..“)

Tuto znalost nemohou nahradit, ve většině případů, invalidní anamnestické údaje získané rozhovorem s maminkou vyšetřovaného dítěte. Vyšetřující psycholog musí vědět, jaké zásadní odlišnosti se vyskytují v rodinné výchově romských předškoláků a jak ovlivňují rozumový a sociální vývoj dítěte a tím i budoucí školní úspěšnost a při interpretaci výsledků testů musí umět s těmito informacemi pozitivně pracovat. V tomto ohledu je úplně jedno, jedná-li se o rodinu, která částečně akceptuje podmínky pro soužití diktované majoritou nebo o rodinu, která se vůči majoritě vymezuje. Výchovné styly jsou v obou typech rodin prakticky stejné. Takovou znalost mohou odborní pracovníci PPP získat speciálním vzdělávacím kurzem, v rámci dalšího vzdělávání odborných pracovníků PPP. Absolvování takového kurzu by mělo být pro odborné pracovníky zabývajícími se diagnostikou rozumových schopností romských dětí povinné a mělo by být přímo navázané na kariérní růst.

2. Vyšetřující psycholog by se měl profesionálně oprostít od „odsuzujícího stanoviska“ typu – výchova dětí v romských rodinách je špatná a děti poškozuje, které vychází z automatického podvědomého porovnávání průběhu a výsledku výchovy v průměrné majoritní rodině a v průměrné romské rodině, přičemž je-li vyšetřující psycholog příslušníkem majoritní společnosti, apriorně považuje svoji osobní zkušenost z vlastní výchovy nebo z výchovy svých dětí, v porovnání s tou v romské rodině, za lepší. Vždy je potřeba položit si otázku: „Kde bereme tu jistotu, že tak jak to děláme my (rozuměj výchovu předškolních dětí v průměrné majoritní rodině) je to jediné správné?“
3. Vyšetřující psycholog si při interpretaci výsledků testů rozumových schopností romského dítěte zásadně nemůže dovolit vycházet z tradovaných populistických „mýtů“ o romské populaci, které většinou vycházejí ze zakořeněných předsudků předávaných v majoritní společnosti z generace na generaci, (např. „nechodí do školy a toulají se, protože mají kočování v genech“ nebo „žijí mezi námi už tolik let, jak je možné, že se ještě nepřizpůsobili?“, „jsou stejné jako ostatní děti, akorát mají omezenou slovní zásobu“, apod.).

Vyšetřující psycholog nemá při interpretaci výsledků testů předjímat případné zmarnění vzdělávacích šancí v budoucnu samotným dítětem nebo jeho rodinou

Speciální testy rozumových schopností pro romské děti?

Domníváme se, že škála používaných psychologických testů užívaných PPP a SPC k posouzení rozumových schopností dětí je dostatečně široká a není tudíž potřebné a ani vhodné stavět nějakou zvláštní baterii testů určenou pouze romským dětem. Nicméně, v případě romských dětí by mělo být citlivěji postupováno v rovině výběru **vhodných vyšetřovacích metod** a zejména pak při **interpretaci výsledků testů.**

7 Závěr z expertních analýz odborníků¹⁴

Při diagnostikování rozumových schopností klientů PPP, SPC a v praxi klinické psychologie se uplatňuje anamnesticko-explorační přístup (tedy přístup neupřednostňující toliko nálezy standardizovaných testů inteligence) obecně s důrazem na komplexnost vyšetření (pokud se nejedná například o následné cílené šetření) spočívající jednak (především v případě školských poradenských zařízení) v koordinaci a kooperaci psychologa a speciálního pedagoga popř. dalšího odborníka (pediatra, logopeda, neurologa, sociálního pracovníka...), jednak na komplexnosti diagnostických metod spadajících do klinického i standardizovaného instrumentáře:

- anamnéza (osobní, rodinná), rozhovor se zákonným zástupcem dítěte (v případě romských rodičů často velmi problematická část vyšetření – rodiče nespolupracují, vědomě či nevědomě udávají nepravdivé údaje, což mnohdy vychází z charakteristiky etnika a údaje je tak dále nutno korigovat a dekódovat),
- rozhovor s učitelem (školní anamnéza),
- rozhovor s dítětem,
- pozorování dítěte při řízené činnosti,
- pozorování dítěte při spontánní a nestrukturované činnosti,
- analýza školských prací,
- analýza spontánních produktů,
- diagnostika dílčích funkcí a školního výkonu (speciálně pedagogické vyšetření),
- vývojové testy,
- testy organicity,
- zkoušky parciálních a kombinovaných schopností,
- projektivní testy,
- testy rozumových schopností.

Nejvíce diskutované a také mediálně napadané inteligenční testy jsou v expertních zprávách podrobně deskribovány a analyzovány. Jedná se především o následující manuály s nálezy:

- **Stanford-Binetova zkouška a její navazující revize.** V diagnostice dětí sociálně znevýhodněných a z jiného kulturního prostředí lze očekávat snížení výkonů v oblasti verbální složky, kvantitativního myšlení (počty) paměti na věty. Za solidní ukazatele intelektového potenciálu lze považovat zejména úkoly abstraktně vizuální a hodnocení krátkodobé paměti prostřednictvím korálků (avšak při dobrém porozumění instrukci). IV. revize byla v rámci ČR řádně vydána a standardizována, celkové výsledky mají tendenci nadhodnocovat výkon (oproti WISC-III. o cca 10 bodů), což je potřeba interpretačně zhodnotit.
 - Dětem od 3 do 7 roku vyhovují položky administrované formou hry, nevýhodou se jeví podmínka komunikačních dovedností v českém nebo slovenském jazyce.
 - Nízkých výsledků proto dosahují příslušníci menšin, děti autistické, sluchově postižené, psychicky deprivované a děti s těžkou dyslalií či dysfázií. Slabý výsledek vždy žádá ověření úrovně rozumových schopností jinými postupy.
- **PDW (Pražský dětský Wechsler).** *Obligatorní diagnostika*, poradenští psychologové a expert z oblasti klinické psychologie nedoporučují užití tohoto testu z důvodu zastarání norem („změkčení“ až o 15 bodů) a použití zastaralé kvality podmětového materiálu především ve verbální oblasti, přesto je poradenskými pracovišti někde využíván a autoritami (ad Krejčířová In Svoboda, 2001) doporučován pro svoji parciální kvalitu.

¹⁴ Pozn.: Závěry vytěžují nejen přiložené expertní zprávy, ale také odpovědi expertů na dotazy zpracovatelů zprávy, které byly po prostudování analýz expertům následně zaslány.

- **WISC-III** je hodnocen jako velmi kvalitní, reliabilní a validní test. Česká standardizace Krejčířové, Boshka a Dana (2002) přinesla četné úpravy včetně odstranění kulturně zavádějících položek a uskutečnila standardizaci WISC-III na vzorku, který demograficky zahrnoval 6% romských dětí. Připojení romských dětí k celé skupině snížilo normy na stupnici IQ statisticky nevýznamně o jeden bod. Pořadí obtížnosti položek u romských dětí a u dětí českých srovnávané Spearmanovým koeficientem vykazovalo statisticky velmi významné korelace v rozmezí od $r = 0.922$ do 0.969 . U dětí znevýhodněných lze očekávat nízké výkony v oblasti verbálního porozumění, dílem i koncentrovanosti. V závislosti na grafomotorických dovednostech také v oblasti rychlosti zpracování. Nejvyšší výkony možno očekávat v oblasti percepčního uspořádání.
- **SON-R** nový test vydaný v roce 2008 a mimořádně vhodný pro testování dětí se sluchovým handicapem a dětí imigrantů. Vzhledem k posuzované problematice se jedná o kvalitní test pro posouzení intelektového potenciálu. Vzhledem k nonverbalitě testového materiálu je test využitelný i pro jazykově handicapované klienty vč. příslušníků minoritních skupin obyvatelstva ČR.
- **WJ-IE (Woodcock-Johnson International Edition)** je novinkou v diagnostické praxi, s níž žádný s expertů analýzy nemá dosud přímou praktickou zkušenost. *Obligatorní diagnostika* věnuje testu poměrně značný prostor a pozitivní očekávání především s ohledem na jeho schopnost diferencovat fluidní a krystalickou inteligenci, vyjádření zóny vývoje, profilaci výsledků v grafickém znázornění, citlivé reflexe „g“ faktoru.
- Jako **nevhodné testy intelligence** byly v nálezech expertů označeny testy neindividuálně administrované a testy výhradně „tužka-papír“. Mezi tyto lze řadit např. Amthauerův test struktury intelligence, který může sloužit jako screening při vyhledávání rizikových dětí, avšak nikoliv k měření úrovně rozumových schopností v rámci diferenciální diagnostiky. Jako test intelligence a nadání lze s úspěchem využít u zdravého dítěte bez známek sociálního znevýhodnění nebo negativních vlivů. Pro screeningové účely či případně pro ověření a doplnění údajů lze užít Ravenův test, v dospělé i dětské verzi, TIP, Váňovu a Stavělovu zkoušku, Meiliho zkoušku. Pro doplnění a informací lze využít i individuálně administrovaný test Kohsových kostek.

Zvláštní pozornosti si z výše uvedených testových postupů zaslouží ve věci validity standardizovaných diagnostických nástrojů WISC-III. V letech tedy 1999 – 2000 u nás vznikla expertní skupina cca 40 psychologů ze školských poradenských pracovišť, jejichž posláním bylo posouzení předkládaných argumentů (ad mediální kampaň proti korektnosti psychodiagnostiky členů romské minority) a formulace prostředků a forem dalšího postupu z hlediska práce s minoritami v oblasti českého školství.

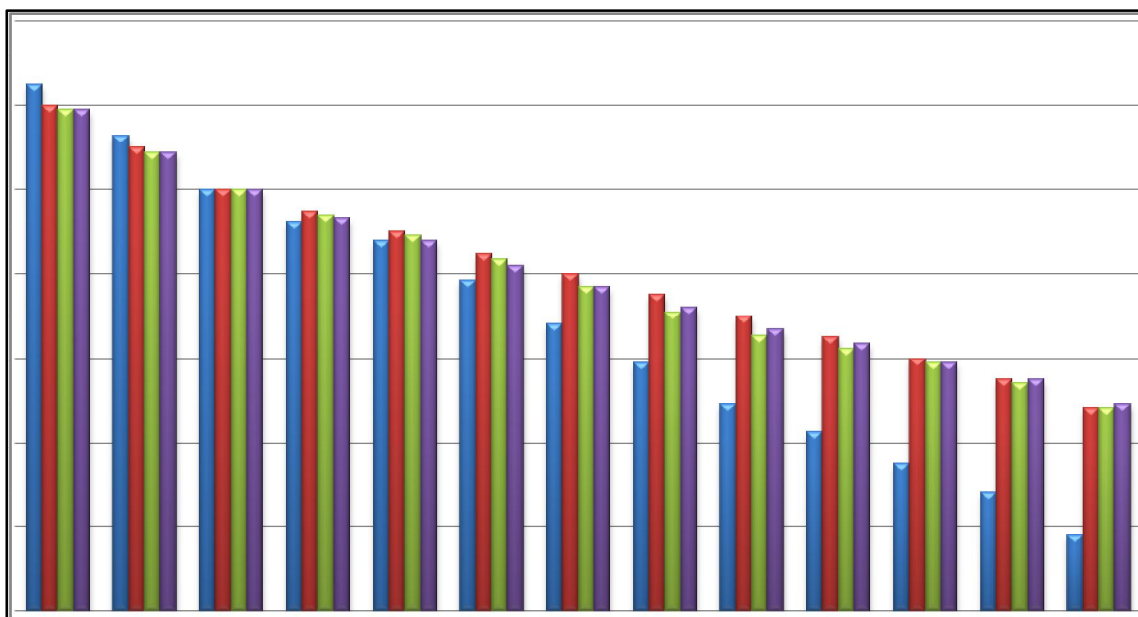
Došlo ke standardizaci materiálu a součástí standardizace bylo vytvoření standardizačního souboru 1 453 dětí. Do celkového vzorku bylo zahrnuto 89 dětí romského etnika (tj. přibližně 6% zastoupení ve vzorku, což je vyšší zastoupení než uvádí demografické údaje o zastoupení této minority v české populaci). Rovněž byla provedena položková analýza na vzorku 258 příslušníků majority a 89 Romů.

Výsledkem této více než roční usilovné práce takřka 130 psychologů je tedy nástroj, který je plně validní a je kalibrován na dětskou populaci naší země. K posuzování výsledků testu autor výslovně uvádí (J. Dan, 2000, str. 51):

„Nelze interpretovat jakýkoliv výsledek v testu WISC – III. bez znalosti sociálního pozadí, nebo řečeno jinak bez užití anamnesticko exploračního přístupu. To je základní opatření proti možnému znevýhodnění testem. Výkony v inteligenčním testu jsou pouze jedním z podkladů pro vyjádření psychologa o úrovni rozumového nadání.“

Porovnání výsledků v testu WISC-III. (tabulka a graf), mezi původní verzí z roku 1996, přepracovanou verzí z roku 2000 a konečně novým přepracováním z roku 2002.

Vážený skór	IQc normy 2000	IQc normy 1996	IQc normy 2002
125	120	119	119
113	110	109	109
100	100	100	100
93 - 92	95	94	94 – 93
90 - 86	90	89	88
79 - 78	85	84 – 83	82
68	80	77	77
59	75	71	72
50 - 48	70	66 - 65	67
43 - 42	65	63 – 62	64 – 63
35	60	59	59
28	55	54	55
18	48	48	49



Z tabulky je zřetelně vidět, že maximální rozdíl mezi úrovní celkového IQ v případě vzorků dětské populace naší republiky z roku 2000 v porovnání s původní přeloženou britskou verzí činí maximálně 5 bodů ve prospěch české populace, a to navíc pouze v jediném případě.

Jestliže se použije kterákoliv z norem WISC – III. dostupných v České republice není při správné interpretaci získaných výsledků komplexního vyšetření možné poškodit dítě v důsledku použitého testu rozumových schopností.

Obecně lze deklarovat, že metodika diagnostikování dětí romské minority využívá standardních a validních nástrojů, které nejsou pro tuto populační minoritu diskriminující svojí povahou v případě, že jsou užívány jednotlivými poradenskými pracovišti způsobem doporučeným, který bychom mohli (vzhledem k prostředí označit za *lege artis*), tedy postup, jenž je explicitně stanovený především metodickým textem IPPP: Zapletalová, J., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v pedagogicko-psychologických poradnách*, IPPP ČR, Praha 2006, 107 stran, ISBN 80-86856-29-1).

Experti jsou přesvědčeni, že – slovy jednoho z nich - formy a řazení poznávacích a myšlenkových operací dle Piageta probíhají u romských a ne-romských dětí shodně. Vývojové rozdíly vznikají během reálné komunikace jedince ve svébytném sociálním a kulturním prostředí a ranný vývoj myšlení dítěte tvarují rodiče a příslušníci širší rodiny vzorem vlastních postupů adaptace a podporou podle nich užitečných kroků, jakými má dítě vyřešit každodenní praktické úkoly.

V současné době v ČR chybí inteligenční testy standardizované výhradně pro romskou populaci. Na druhé straně, pokud by byla taková metodika užívána bez přihlédnutí k cílům inkluze menšiny do hlavního vzdělávacího proudu, vznikl by v přístupu k romským dětem extrém opačný - nežádoucí segregace. Je evidentní, že pokud bychom používali „speciální“ diagnostiku se „specifickými“ normami, musela by být následně realizována „speciální“ edukační strategie a intervence pro celou minoritní skupinu, což by vedlo k maximální edukativní a následné společenské exkluzi celé cílové skupiny.

8 Diskuse a doporučení

8.1 Diskuse – otázky

Předložená zpráva se zabývá analýzou validity, objektivity a korektnosti diagnostických nástrojů používaných ve školských poradenských pracovištích a v klinické psychologické praxi k diagnostikování (především rozumových schopností) dětí a žáků romského etnika. Vzhledem k omezenému časovému rámci a prostředkům bylo možno zvolit metodiku založenou na expertních nálezech vybraných odborníků, což do jisté míry snižuje reprezentativnost a komparabilitu zprávy. K zvýšení reprezentativnosti této či podobné analýzy navrhuji její zpracovatelé zaměřit se v dalším období na realizaci série šetření, reflektující následující náměty:

- realizovat - co do počtu a výběru respondentů - reprezentativní kvantitativní a kvalitativní šetření (s totožným předmětem),
- zjistit, jak je obecně přijatý a deklarovaný *lege artis* postup v diagnostikování dětí minoritních skupin obyvatelstva skutečně realizován na poradenských pracovištích (především jde o akceptování jazykových, kulturních a osobnostně-sociálních specifik romského etnika),
- zjistit, jak vysoce ovlivňuje intelektový potenciál konstituční povahy (koncept fluidní inteligence) edukativní úspěšnost romského dítěte. Je úroveň tohoto potenciálu srovnatelná s dítětem majoritní společnosti?,
- zjistit, jak vysoce predikují faktory formující krystalickou inteligenci romského dítěte (sociální a ekonomické prostředí, kulturní kapitál rodiny a širší rodiny, socializace, hodnotový systém...) jeho edukativní úspěšnost,
- preferovat využití diagnostických nástrojů vztažených k romské kultuře či nástrojů zohledňujících 6 % příslušníků minorit ve standardizačních vzorcích? (ad česká standardizace WISC-III),
- jak postoupit od ikony diagnózy k zóně nejbližšího vývoje dítěte?,
- v rámci zjišťování důvodů proporcionálně vyššího počtu romských žáků na „speciálních školách“ se zaměřit na:
 - šetření efektivity přípravných tříd a předškolní přípravy dětí romského etnika,
 - zjištění, jak s uvedeným vyšším počtem romských žáků a žákyň souvisí „ostatní“ činnost ŠPZ,
 - na to, zda může s uvedeným (obvykle deklarovaným) vyšším počtem romských žáků a žákyň ve speciálních školách souviset stávající právní úprava diagnostického procesu.

8.2 Doporučení

Hodnotící soudy a názory prezentované v rámci této analýzy představují maximum možného, jež bylo možno dosáhnout v daném časovém a obsahovém rámci vycházejícím z podmínek zadavatele. Jakkoliv jsou platné a objektivní pro danou výšeč společenských vztahů – tj. obsah a způsob užití stávajících diagnostických nástrojů užívaných v činnosti ŠPZ vůči dětem, žákům a žákyním cílové skupiny - je zřejmé, že v daném rozsahu nebylo možno postihnout komplexně celou problematiku. Ta zahrnuje nejen vlastní analýzu diagnostických nástrojů (je povýtce předmětem této zprávy), ale i široký komplex dalších otázek, které ovlivňují jednotlivé aspekty poradenství a následně vzdělávací podmínky žáků cílové skupiny.

Tato zpráva přináší základní – a přesto odpovídající zhodnocení užívaných nástrojů - nelze se však domnívat, že je způsobilá odpovědět bezezbytku na všechny varianty práce s těmito nástroji v praxi poradenských zařízení.

Ke zjištění těchto aspektů dané věci (rozuměj „vzdělávací podmínky žáků a žákyň cílové skupiny“) by bylo zapotřebí realizovat šetření rozsáhlejšího charakteru, jež by zohlednilo následující hlediska:

- 1) **časové** – skutečná analýza diagnostických nástrojů musí nutně reflektovat rovněž dopady (prediktivní hodnotu) závěrů v diagnóze vyslovených pro budoucí život (zde školní úspěšnost) klientů ŠPZ. Vedle úvodního, cca tříletého projektu je nutno jej dále opakovat v příslušných časových intervalech,
- 2) **osobní** – v daném počtu poradenských pracovníků ŠPZ je relativně jednoduše možno realizovat validní výzkumné šetření zaměřené na subjektivní přístup a hodnocení užívaných diagnostických nástrojů (jakož i práci s nimi) z pohledu rozhodující části poradenských pracovníků,
- 3) **věcné** – uvedené šetření je možno doplnit o komparativní studii hodnotící nástroje užívané ve srovnatelných situacích ve vybrané skupině dalších zemí – povýtce ve vztahu k menšinám etnickým, kulturním či socio-kulturním.

Obsahově pak lze za základ předmětu tohoto (těchto) šetření možno považovat otázky uvedené v předchozí části 8.1.

Postupná realizace uvedených šetření sledujících naznačené problémové okruhy je výstupem *sui generis* této analýzy s tím, že autorský tým je přesvědčen o potřebnosti uvedených prací a doporučuje jejich provedení v blízké budoucnosti.

9 Závěr

Předložená analýza podává přehled diagnostických nástrojů užívaných ve školských poradenských zařízeních pro diagnostikování klientů romského etnika.

Její snahou a úkolem je odpovědět na otázky které byly vyvolány, mj. odůvodněním výše citovaného Rozsudku ESLP. Ovšem nejen jím. Vyšší či vysoké množství romských žáků a žákyň ve školách vzdělávajících žáky podle rámcového vzdělávacího programu pro žáky s lehkou mentální retardací je problémem českého školství. Příčiny tohoto stavu jsou rozmanité. Většina odborníků (a pravděpodobně i laiků) se však shodne na tom, že tato situace není udržitelná a samozřejmě i přínosná. A to zdaleka nejen pro skupinu Romů, ale i pro majoritní populaci. Jestliže jsme příčiny tohoto stavu uvedli slovem „rozmanitost“, potom neméně různorodé jsou možnosti jeho řešení. Ať už máme na mysli postupné změny makrospolečenských podmínek, změny školního klimatu, změny postojů veřejnosti i pedagogů, změny v postojích romské komunity (rodin) ke vzdělávání či desítky dalších faktorů, které současnou i budoucí situaci ovlivňují.

Úkolem této analýzy nebylo řešit naznačené složité otázky. Jejím úkolem bylo odpovědět (v rámci daného zadání a možností z něj vyplývajících) na zdánlivě jednoduchou otázku:

Jsou diagnostické nástroje užívané v činnosti školských poradenských zařízení vůči žákům ze sociokulturně znevýhodněného prostředí a romským dětem (žákyním, žákům) dostatečně „neutrální“?

A v podtitulu této otázky zní její vnímání určitou částí odborné i laické veřejnosti nejen jako otázky, ale zároveň již i odpovědi zařazující diagnostické nástroje do mozaiky příčin výše popsané (neradostné) situace, kdy značná část romských dětí je vzdělávána podle vzdělávacího programu určeného žákům s lehkou mentální retardací.

Analýza neprokázala (v limitech daného metodického rámce) u konkrétních diagnostických nástrojů využívaných v poradenské a klinické praxi jejich nekorektnost a diskriminační charakter vůči příslušníkům minoritních skupin obyvatelstva ČR - tyto nástroje lze považovat za validní, pokud jsou využívány v postupu *lege artis* (kvalifikované užití, zkušenost, dynamičnost, komplexnost, citlivost, etc.).

Současně však ze zpracování analýzy vyvstala celá řada problematických okruhů (viz část 8.1 analýzy), jejichž důsledné zodpovězení je jako jediné schopno podat vyčerpávající odpověď na otázky, jež si v odůvodnění svého rozsudku kladl ESLP, jež rozebírají zde uvedené Zprávy vlády ČR, a které si takřka každodenně kladou všichni zainteresovaní, kteří usilují o nediskriminační řešení vzdělávání dětí romského etnika.