

DIAGNOSTIKA A INTERVENCE U SOCIÁLNĚ PODMÍNĚNÉHO MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ: KVALITATIVNÍ STUDIE V PRAXI ČESKÝCH PEDAGOGICKO- PSYCHOLOGICKÝCH PORADEN

Lucie Šebánková, David Havelka

Abstrakt

Cílem této pilotní kvalitativní studie bylo podniknout sondu do toho, jak poradenští psychologové vnímají koncept sociálně podmíněného mentálního postižení (dále jen SPMP) – jejich povědomí o tomto konceptu, postoj k němu, diagnostická praxe, potenciální podpůrné intervence. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru od 10 respondentů (praxe $Me = 6$ let), z 9 pedagogicko-psychologických poraden (5 krajů ČR). Získaná data byla analyzována na principu tematické analýzy s prvky zakotvené teorie, skrz techniku otevřeného kódování.

Z analýzy vyplynulo, že žádný z respondentů pojem explicitně neužívá, avšak implicitně je v jejich praxi přítomný. Daný koncept by dle nich mohl sloužit jako inspirace k širšímu přemýšlení o etiologii „podezřele“ nízkých hodnot v testech intelektu a o intelektovém potenciálu dítěte. Diagnostiku intelektových a adaptivních schopností v praxi respondenti staví nejčastěji pouze na standardizovaných testech intelektu, testy a škály pro adaptivní chování, sociální a rodinné prostředí, zejména pro nedostatek personálních a časových kapacit, nepoužívají. Diferenciální diagnostiku SPMP od mentálního postižení vnímají respondenti jako složitou, polovina respondentů vidí jako vhodnou cestu dynamickou diagnostiku. Na návaznou podporu a intervenci se respondenti kvůli omezeným kapacitám zaměřují velmi okrajově.

Z rozhovorů také vyplynulo několik potenciálních námětů pro praxi – potřeba tvorby jasně vymezené a všeobecně přijímané definice SPMP, větší komplexnosti a hloubky diagnostiky, prohloubení spolupráce s rodinou dítěte ze sociálně znevýhodněného prostředí a dalšími návaznými institucemi.

Klíčová slova: pseudooligofrenie, sociálně podmíněné mentální postižení, zdánlivé mentální postižení, diagnostika, intervence

***DIAGNOSTICS AND INTERVENTION OF THE SOCIALLY CONDITIONED
INTELLECTUAL DISABILITY: A QUALITATIVE RESEARCH IN THE CONTEXT
OF THE CZECH EDUCATIONAL AND PSYCHOLOGICAL CENTERS***

Abstract

The aim of this pilot qualitative research was to take an insight into how counseling psychologists perceive the concept of socially conditioned intellectual disability (further only SCID). Specifically, to find out if they are aware of this concept, their attitude towards it, diagnostic practice, and potential supportive interventions. Data were obtained through a semi-structured interview of 10 respondents (Median experience = 6 years), from 9 Children's educational care centres (5 regions of the Czech Republic). The obtained data were analyzed by thematic analysis with the elements of the grounded theory using the technique of open coding.

The analysis showed that none of the respondents explicitly use the term SCID, however, the term is implicitly present in their practice. According to the respondents, the concept could serve as an inspiration for a broader reflection on the etiology of "suspiciously low" scores in intellectual tests and the intellectual potential of the child. In practice, the respondents most often determine the conclusion about the level of intellectual and adaptive abilities based only on standardized tests of intellect. The respondents do not use tests and scales for adaptive behaviour, social and family environment – mainly due to a lack of staff and time capacity. The respondents perceive the differential diagnosis of SCID from intellectual disability as complicated. Half of the respondents see dynamic assessment as a promising approach to differentiate between SCID and intellectual disability. The respondents provide follow-up support and interventions to children who may fit the SCID concept very marginally due to limited capacity.

The interviews also provided several potential suggestions for practice – the need to create a clear and generally accepted definition of SCID, conduct an assessment in greater depth and complexity, and intensify cooperation with the family of a child from a socially disadvantaged background and other related institutions.

Key words: *pseudo-oligophrenia, disability caused by socially disadvantaged environment, illusory intellectual disability, diagnostics, intervention*

Došlo: 16. 9. 2021

Schváleno: 12. 5. 2022

Úvod

Prevalence mentálního postižení (dále jen MP, více viz podkapitola **Definice MP**) je stálá a pohybuje se přibližně na úrovni 1 % (APA, 2013a; Maulik et al., 2011). V České republice však existují sociální skupiny a oblasti, kde se tato diagnóza objevuje výrazně častěji. Například v některých okresech Ústeckého kraje je lehké MP (dále jen LMP) diagnostikováno dvakrát častěji než v zahraničí a třikrát častěji než ve Zlínském kraji. Nepoměr diagnostikovaného LMP v rámci krajů je úzce spojen s další disproporcí – vysokým podílem dětí ze sociálně slabších, často romských rodin (počet lidí, kteří se v Ústeckém kraji oficiálně hlásí k romské národnosti, vysvětluje 77 % variace výskytu LMP) (Klusáček, 2014).

Dle zprávy Ministerstva spravedlnosti (2021) s údaji za rok 2020 se 11,9 % romských žáků vzdělávalo buď dle *RVP ZV UV*¹ či dle *RVP ZV LMP*² z důvodu LMP. Celkový podíl romských žáků v ZŠ činil 3,5 %, přičemž *podíl romských žáků mezi žáky vzdělávanými dle RVP ZV UV tvořil 24,2 %*, přičemž 72,8 % těchto dětí bylo vzděláváno ve třídách nebo školách zřízených dle § 16 odst. 9 školského zákona, tj. mimo inkluzivní režim. S přihlédnutím k faktu, že romská komunita v ČR činí přibližně 1,5-3 % populace (Vláda ČR, 2020) a tomu, že výskyt MP je v jednotlivých populacích přibližně stejný, 1-2 % (Maulik et al., 2011)³, se jedná o výrazně disproporční zastoupení těchto dětí v institucích speciálního školství.

K vysvětlení výrazného nepoměru mezi obecnou prevalencí MP a nadprůměrnou prevalencí MP v konkrétních populacích se specifickými demografickými charakteristikami (romská komunita, nižší vzdělání, příjmová nerovnost, zadluženost, sociálně vyloučená lokalita atd.) (Klusáček, 2014) se v daném článku chceme zamyslet nad konceptem sociálně podmíněného mentálního postižení (dále jen SPMP)⁴. SPMP (podrobněji definované v podkapitole Definice SPMP) je fenomén týkající se jedinců, kteří z důvodu nepodnětného, sociálně nepříznivého rodinného prostředí nedokážou využít maxima svých kapacit a jeví se jako mentálně postižení, ačkoliv nejsou.

Nerealizovaný potenciál a chybně udělená diagnóza LMP mají výrazné negativní důsledky. Prvním z nich je snížená kvalita života pro samotného jedince. Dalším je fakt, že člověk nevyužívající plně potenciál svých kognitivních a adaptivních schopností dosahuje horších školních výsledků, následně má méně úspěšnou pracovní kariéru, častěji trpí chudobou, nemocemi, představuje vyšší náklady pro justici, vězeňství atd. Absolvent střední školy také odvede za svůj život do státní pokladny v průměru o 2,3-2,8 milionu korun více než člověk se základní školou. Podpora těch nejslabších žáků by pak v budoucnu mohla přinést až 18 miliard korun ročně (Prokop et al., 2020).

Nerozvíjený potenciál neovlivňuje pouze osobu samotnou, ale má dopad i na její potomky, neboť daný člověk má horší rodičovské kompetence a poskytuje méně kvalitní rodinné zázemí svým dětem. Mladí lidé do 30 let věku trpí zhruba dvakrát častěji chudobou,

¹ Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s upravenými výstupy

² Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání upravující vzdělání žáků s LMP

³ Maulik a kol. ve své metastudii uvádí prevalenci MP na celém světě přibližně 1 %; zároveň uvádí, že rozdíl mezi vysokopříjmovými a středně/nízkopříjmovými zeměmi je dvojnásobný, tedy zhruba 2 %. Čeští autoři uvádějí prevalenci MP v populaci cca 3 % (Pipeková, 2010; Vágnerová, 2004; Valenta & Müller, 2003).

⁴ Autoři v této práci preferují používání termínu „sociálně podmíněné mentální postižení“, protože tento pojem v sobě nejvíce odráží etiologii „postižení“. Někdy je stejný fenomén uváděn pod označením zdánlivé mentální postižení, případně jako pseudooligofrenie či pseudoretardace. V analýze Prokopa a kol. (2020) také jako „falešná diagnóza mentálního postižení“.

pokud rodiče neměli ani maturitu (Prokop, 2019). To může dále přispívat k mezigeneračnímu přenosu chudoby a menšímu odvodu peněz do státního rozpočtu (Camargo-Figuera et al., 2004).

Se zajímavou hypotézou spojenou s diagnostikovaním LMP přichází Klusáček, podle něhož pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP) a speciálně pedagogická centra vykazují segregaci praxi tam, kde existují základní školy praktické (dále jen ZŠP) a speciální (dále jen ZŠS). Přičemž v oblastech, kde jsou pouze školy běžného proudu, je diagnóza LMP u romských žáků méně častá (Klusáček, 2014, 2015).

Ačkoliv by mohla platit i opačná hypotéza, že kde je více dětí s MP, existuje více škol pro ně určených, vzhledem k teoreticky rovnoměrnému rozložení vrozených dispozic ve společnosti je, dle Klusáčka (2014), méně pravděpodobná. Zajímavým faktem poukazujícím na nedostatky a slepá místa v udělování diagnózy LMP je také prudký pokles podílu romských dětí s diagnózou LMP a obecně podílu LMP mezi lety 2009 a 2014 (Klusáček, 2014). Ten je však spíše důsledkem změny legislativy než zlepšení dětí v IQ testech na základě intervencí v jejich zájmu (Mahdalová, 2014). Tuto hypotézu podporuje i vyjádření komisařky pro lidská práva Rady Evropy z roku 2020 (Council of Europe, 2020) a zpráva Ministerstva spravedlnosti (2021, str. 14-17), dle kterých v oblasti diskriminace romských žáků ve vzdělávání nezjednala Česká republika přiměřenou nápravu a změny jsou pouze technického a legislativního charakteru.

Koncept SPMP by tedy mohl poskytnout hypotézu k vysvětlení výrazného nepoměru mezi obecnou prevalencí MP a nadprůměrnou prevalencí MP v konkrétních populacích se specifickými demografickými charakteristikami. Zároveň by mohl nabídnout vodítka k pochopení diskrepance mezi slabými výkony dětí ze sociálně nepodnětného prostředí v IQ testech a jejich skutečným potenciálem, či pochopení rozporu mezi výsledky oficiální diagnostiky a vnímáním žákova potenciálu jeho učitelem (Felcmanová, n.d.).

S trochou nadsázky lze říci, že část nepoměrně vysokého výskytu LMP nemusí být způsobena záměrným nadužíváním této diagnózy, ale (pouze) „záměnou“ LMP a SPMP. Tato „záměna“ se však dá vzhledem k aktuálnímu zaměření diagnostické praxe na „pouhé“ testování kognitivních funkcí pomocí stávajících standardizovaných metod těžko kvantifikovat.

Cílem této studie je zmapovat, jak poradenští psychologové v PPP vnímají koncept SPMP (povědomí o tomto konceptu, postoj k němu, praxe diagnostiky SPMP, potenciální podpůrné intervence).

Teoretické zázemí výzkumu

Definice MP

V Evropě, včetně ČR, užívaná 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí definuje MP jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti“. Stupeň MP se obvykle měří standardizovanými testy IQ, které ale mohou být nahrazeny škálami k určení sociální adaptace (WHO, 1996).

Naproti tomu Americká psychiatrická asociace – APA (2013a, 2013b) ve své metodice zdůrazňuje, že samotné použití standardizovaných inteligenčních testů k diagnostice MP nestačí. Dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch DSM-5 je k deficitu kognitivních funkcí pod 70 bodů potvrzenému klinickým vyšetřením

a standardizovanými IQ testy třeba zvážit také deficit v adaptivním chování⁵. Jinými slovy, diagnostika musí být doplněna o hloubkové klinické individuální posouzení (s použitím anamnézy, dotazníků, rozhovoru, pozorování atd.) s tím, že určující pro diagnózu je deficit v adaptivním chování, respektive fungování jedince při běžných denních úkonech (APA, 2013b). Tento aktuální trend přenášející důraz na diagnostiku adaptivních funkcí se v USA označuje jako *“paradigm shift”* – posun paradigmatu (Tassé, 2016). V českém prostředí definice deficitů v adaptivním chování vychází z americké metodiky (NÚV, 2015a; Katalog, 2015).

Definice SPMP

Odborná literatura českých autorů se fenoménu SPMP věnuje velmi okrajově a mezi autory zabývající se touto problematikou není využívána žádná jednotná definice. Autoři psychopedických publikací (např. Bazalová, 2006; Pipeková, 2010; Švarcová, 2006; Vágnerová, 2004; Valenta & Müller, 2003) vymezují definici pojmu s uvedením bodového deficitu IQ a stručnou etiologií, kterou lze shrnout do základních charakteristik: SPMP není vrozené, nevzniká vlivem poškození centrální nervové soustavy, ale v důsledku nevhodné či zanedbávající výchovy, psychické a emoční deprivace, patologického prostředí, sociokulturního znevýhodnění či smyslového postižení. Vlivem těchto faktorů u dítěte nedochází k rozvoji rozumových schopností přiměřeně jeho věku a svému okolí se mylně jeví jako jedinec s mentálním postižením. *„Nejčastějšími projevy jsou opožděný vývoj řeči, myšlení, schopnosti sociálně adaptace, infantilismus, hravost, může se objevit negativismus, apatie“* (Pipeková, 2010, s. 290). Je-li příčinou *„vývojového opoždění nedostatečná nebo nepřiměřená výchova, nelze mluvit o mentální retardaci, neboť se nejedná o hendikep vrozený či trvalý“* (Vágnerová, 2004, s. 292). Pokud se dítě dostane do podnětějšího prostředí, či mu je poskytnuta cílená pedagogicko-psychologická podpora, může se jeho deficit (částečně) vykompenzovat (Libiger et al., 2015). SPMP se tedy od MP liší jak etiologií, tak potenciální prognózou, avšak jedinci s MP nebo s SPMP mohou být dle aktuálních výkonů v IQ testech diagnostikováni jako jedinci s LMP, případně jako jedinci v hraničním pásmu mentálního postižení.⁶

V porovnání s českou odbornou literaturou existuje v zahraniční velká řada studií popisujících negativní vliv sociálně nepříznivého prostředí, ústavní péče či zanedbávání a týrání na intelektové a kognitivní schopnosti dítěte (např. studie bukurešťského projektu včasné intervence (Almas et al., 2016); kohortová studie z Brazílie (Camargo-Figuera et al., 2004); francouzská studie týkající se adoptovaných dětí (Duyme et al., 1999); studie z Rumunska o vztahu institucionální péče, motoriky a kognice dětí (Levin et al., 2014); studie o vztahu socioekonomické situace a IQ dětí ve Velké Británii (Stumm & Plomin, 2015); meta studie 75 studií z 19 zemí o vlivu života v dětském domově na intelektuální rozvoj dítěte (Van IJendoorn et al., 2008) atd., a rovněž také vliv na studijní výsledky (např. studie z Kanady o vlivu chudoby na vzdělávací výsledky (Ferguson et al., 2007); americká studie o vztahu mezi

⁵ Projevy postižení se projevují ve třech oblastech adaptivních funkcí – konceptuální (jazykové dovednosti, školní trivium, paměť), sociální (empatie, sociální usuzování, komunikace, schopnost navazovat vztahy) a praktická (soběstačnost, pracovní povinnosti, nakládání s penězi, organizace úkolů), ve kterých má jedinec obtíže každodenně samostatně fungovat (APA, 2013).

⁶ To ovšem dle MKN a APA není považováno za lékařskou diagnózu, a tak tito jedinci stojí zcela mimo zájem odborníků (Fernell & Gillberg, 2020; Valenta et al., 2012).

socioekonomickou situací, rodičovskými kompetencemi a školní přípravou dětí (Kalil & Ryan, 2020) apod.

Zaměříme-li se specificky na vliv ústavní výchovy, řada studií potvrzuje, že děti z dětských domovů a další ústavní péče dosahují v průměru nižších výkonů v IQ testech a mají horší adaptivní chování než děti žijící u svých (případně adoptivních) rodičů (Almas et al., 2016; Duyme et al., 1999; Levin et al., 2014; Van IJzendoorn et al., 2008). Dětem, které v nepodnětném prostředí zůstávají, dokonce hodnoty v IQ testech do období rané až střední adolescence klesají (Duyme et al., 1999). Zároveň s tím naopak platí, že u dětí, které byly z ústavu přemístěny do pěstounské nebo adoptivní rodiny, byl zaznamenán nárůst IQ oproti dětem, které v ústavu zůstaly (Almas et al., 2016). Děti adoptované ve věku 4-6 let vykazovaly průměrně o 13,9 bodů lepší skóre během dospívání, pokud navíc byly adoptovány do rodin vyšší sociální třídy, jejich IQ se průměrně zvýšilo o 19,5 bodů (Duyme et al., 1999).

Shrnující studie Stummové & Plomina (2015) sledující vývoj inteligence od raného dětství do dospívání a vliv socioekonomických faktorů sumarizuje tak, že děti s nízkým socioekonomickým statutem (SES) mají v IQ testech horší výsledky než děti s vysokým SES. Ve dvou letech se jedná o průměrných rozdíl 6 bodů, v 16 letech už je rozdíl téměř třikrát větší.

Diagnostika SPMP

Mezi pedagogy a odborníky se objevují skeptické postoje ke konceptu SPMP s (relevantním) odůvodněním, že postrádá široký odborný konsenzus a standardizovanou diagnostiku (Novák, 2010). Dalším argumentem psychopedických odborníků, s nimiž byla tato studie v rámci předvýzkumu konzultována, bylo i to, že termín je zbytečný, protože cílem (speciálně)pedagogické činnosti je maximální rozvoj potenciálu žáka a nezáleží na tom, zda jde o jedince s MP nebo SPMP. To je v souladu s přístupem zaměřeným na člověka „*person-centered approach*“ ve speciálně pedagogice, který předpokládá vytvoření kvalitního, nehodnotícího vztahu a bezpodmínečné přijetí a zaměřuje se na potřeby konkrétního člověka (Ratti et al., 2016), a zároveň i s etiketizační teorií, teorií nálepkování, „*label theory*“/ „*modified label theory*“, podle níž tyto „nálepky“ mají negativní vliv na sebepojetí člověka a vyvolávají a anticipují stereotypy u jeho okolí (Klusáček, 2014; Kroska & Harkness, S. K., 2008). Argumentem také může být i to, že se již v praxi používají označení jako „žák se sociálním znevýhodněním“ (případně „žák s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sociálního znevýhodnění“), avšak tyto termíny v sobě zahrnují pouze sociální situaci žáka, nikoliv úroveň jeho kognitivních funkcí a adaptivního chování.

Rádi bychom prezentovali i druhý úhel pohledu – pokud diagnóza, postavená především na hodnotě IQ, stále rozhoduje o tom, do jaké ZŠ může dítě nastoupit (a kde v ČR typicky absolvuje celou povinnou docházku), je zásadní řešit, zda odpovídá realitě a MP není pouze zdánlivé, kompenzovatelné. Zařazení jedince se SPMP do ZŠP, protože tomu odpovídá jeho aktuální výkon, samo o sobě problémem není, problémem je, že český systém je velmi málo propustný a po potřebné intervenci (individuální podpora) se děti, u nichž se výkon zlepšil a potřebné dovednosti se rozvinou, nedostávají zpět do běžné ZŠ.

Pokud v raném věku není jasné, zda jde o dítě s MP nebo se SPMP, a přesto navštěvuje od prvního ročníku méně náročnou školu, tedy určenou pro žáky s LMP, šance, že se zjistí, že má vyšší potenciál a bude přeřazen na jinou školu, se v praxi českého školství snižuje s každým rokem. Ani čeští učitelé neočekávají, že se schopnosti žáků v čase mění (Greger et al., 2015), a to ačkoliv (minimálně do období dospělosti) je bodová hodnota IQ poměrně ovlivnitelná a v průběhu času proměnlivý údaj (Duyme et al., 1999; Levin et al., 2014; WHO, 1996).

Tématu odlišení SPMP a MP se věnuje také poslední oficiální analýza šetření v PPP publikovaná Národním ústavem pro vzdělávání (Slavíková, 2010). Autorka uvádí, že ke zjištění profilu kognitivního nadání tak, aby bylo možné odlišit MP od „pseudoretardace“ je možné využít např. testy WISC-III, WJ-IE, či SON-R 2,5-7⁷, výsledky je však třeba interpretovat s ohledem na konkrétní sociální podmínky, případně kulturní odlišnosti rodinného prostředí. Důležité je znát nejen procedurální odlišnosti, ale také odlišnosti ve výsledcích používaných nástrojů diagnostiky. Zároveň však nejvíce používanému testu, tedy WISC-III, má být z důvodu jeho problematičnosti právě u diagnostiky romských žáků ukončena podpora (Ministerstvo spravedlnosti, 2021).

Mezi dalšími body zmiňuje analýza NÚV potřebu doplnit diagnostiku MP o škálu adaptivního chování (*AAMR Adaptive Behavior Scale – School: 2nd ed.*) (Slavíková, 2010)⁸. Doplnujícím šetřením by mělo být detailnější zjišťování rodinné situace, a to pomocí klinických metod, doplněných informacemi z dotazníku od škol a posuzovacích schémat k hodnocení sociálního znevýhodnění dětí, které uvádí NÚV (2015b) – Test rodinného prostředí, Škála rodinného prostředí a Skóre sociálního ohrožení dítěte. Informace mohou PPP získat i od Orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Nedostatečnost diagnostiky vycházející pouze z hodnot IQ (a posun k diagnostice adaptivních a dalších funkcí) souvisí s limity, které jednotlivé baterie IQ testů mají. Jedná se například výrazný rozdíl ve výsledcích dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí (dále jen SZP) v porovnání s běžnou normativní skupinou – kupříkladu ve WISC-III je dostupný odhad průměrného výkonu romských dětí o 1,9 SD nižší, v SON-R poté 0,8 SD nižší (NÚV, 2015b). Dalšími popisovanými nedostatky inteligenčních testů jsou – malý ohled na interkulturní rozdíly (Valencia & Suzuki, 2001), negativní dopad nervozity a strachu na výsledky testů (Hopko et al., 2005), fakt, že v PPP nejčastěji využívané baterie testů měří pouze aktuální stav nikoliv potenciál dítěte (Nikolai, 2008; Tzuriel, 2015), nebo často diskutovaný názor, že testy měří umělý koncept inteligence, který není využitelný v běžném životě (Tzuriel, 2015).

Vzhledem k tomu, že jedním ze specifických rysů SPMP je možný pozitivní posun v relativně krátkém čase, je důležité zmínit relativně nový trend diagnostické praxe, a to dynamickou diagnostiku, která se zaměřuje na celý průběh procesu vzdělávání (ne pouze na aktuální stav kognitivních funkcí). **Dynamická diagnostika** se zaměřuje na proces změny, „skrytý“ potenciál dítěte (případně na míru podpory k naplnění potenciálu) vychází z formativního hodnocení založeného na zpětné vazbě. Tento způsob diagnostiky neinformuje o aktuálním výkonu ale o změně, která po intervenci u jedince proběhne (Felcmanová, n.d.). U žáků s učitelskými potížemi či historií vzdělávání, která není běžná, lépe predikuje budoucí školní výsledky než klasické standardizované testy (Tzuriel, 2015).

Cíle výzkumu

Vzhledem ke zvýšené četnosti diagnózy LMP ve vyloučených lokalitách (Klusáček, 2015) a faktu, že ačkoliv teoreticky popsán koncept SPMP – možná alternativa k LMP

⁷ WISC-III, WJ-IE, či SON-R 2,5-7, tedy Wechslerova inteligenční škála pro děti – třetí revize; Test Woodcock-Johnson International Edition a Snijders-Oomen neverbální inteligenční test pro děti od 2,5 do 7 let

⁸ Prosazování a doporučení využívání diagnostiky této oblasti se věnuje Metodická informace k diagnostice rozumových schopností dětí, žáků a studentů ve školských poradenských zařízeních (NÚV, 2015a) a Přehled relevantních diagnostických metod k diagnostice rozumových schopností (NÚV, 2015b), případně nebo Seznam podporovaných diagnostických nástrojů (MŠMT, 2019).

v sociálně slabém prostředí – je v praxi přehlížen, rozhodli jsme se zmapovat, jak se k této otázce – znalosti a potenciálnímu využití a využívání konceptu SPMP staví odborníci, konkrétně pracovníci PPP. Na základě tohoto zaměření pak byly sestaveny následující výzkumné otázky.

Cílem výzkumu bylo zmapovat užívání konceptu SPMP (resp. i jeho užívaných ekvivalentů zdánlivé mentální postižení, pseudooligofrenie) v praxi PPP a podniknout sondu do toho, (HVO) zda respondenti tento pojem znají a používají, (VVO1) zda jej považují za relevantní pro poradenskou psychologii, (VVO2) jak v jejich praxích probíhá diferenciální diagnostika SPMP od MP, (VVO3) zda ve své praxi užívají jiná „alternativní označení“ klientů, kteří svými charakteristikami naplňují kritéria konceptu SPMP a (VVO4) jak dle respondentů vypadají, či by mohly vypadat doporučené intervence či kompenzační postupy u těchto klientů.

Metody výzkumu

Výzkumný soubor

Rozhovor proběhl s deseti psycholožkami působícími v devíti PPP, rozmístěnými v pěti krajích ČR (Jihočeský, Jihomoravský, Ústecký, Plzeňský, Vysočina). Délka jejich praxe se pohybovala v rozmezí 5–45 let ($Me = 6$ let). Výzkumný soubor byl získán samovýběrem po odeslání šedesáti žádostí o spolupráci na pracovní e-maily psychologů z PPP po celé ČR, z nichž autorka studie hovořila s deseti, kteří zaslali kladnou odezvu. Hlavním kritériem pro finální složení souboru byla ochota respondentů se rozhovoru účastnit.

Výzkum probíhal v rámci bakalářské práce (Šebánková, 2021), etické aspekty výzkumu byly posouzeny dle standardního postupu aplikovaného na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Účastníci byli seznámeni s obsahem a cíli programu i výzkumné studie. Byli poučeni o dobrovolnosti, důvěrnosti a anonymizaci zpracovávaných dat. Po udělení souhlasu s účastí ve studii a programu byly rozhovory zahájeny.

Výzkumné metody a analýza dat

Sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů v období 2-3/2021. Vlivem aktuální epidemiologické situace rozhovory probíhaly online formou. Před samotným setkáním byl vždy zaslán dokument se základními okruhy rozhovoru (viz **Příloha č. 1**). Průměrná délka rozhovoru byla 50 minut. Před začátkem rozhovoru byli účastníci seznámeni se záměrem a průběhem výzkumu, s anonymizací získaných údajů z rozhovoru, nahrávání rozhovoru na diktafon, využitím získaných dat a možnosti kdykoli ukončit účast v rozhovoru, případně neodpovídat na některé otázky. Následně participantky udělily informovaný souhlas.

Z každého rozhovoru byla pořízena audionahrávka pod anonymizovaným⁹ označením (respondent 1-10). Na základě audionahrávek proběhl doslovný přepis jednotlivých rozhovorů. Data byla podrobena kvalitativní analýze. Analýza dat vycházela z tematické analýzy a z analýzy kódů vzniklých na základě otevřeného kódování, tedy techniky zakotvené teorie (Strauss & Corbinová, 1999).

Základ kódování byl navržen na základě prvního rozhovoru a dále byl postupně upravován až do finální podoby. Pod jedním kódem s přesně definovaným významem jsou uvedeny vždy úryvky textu (jednotky), které k sobě tematicky patří. Mezi jednotlivými kódy byly vyhledány vzájemné vztahy a souvislosti; na základě shodných, respektive odlišných témat

⁹ Uvedeny byly pouze informace o délce praxe, kraji a datum rozhovoru.

byly kódy dále rozřazovány do vyšších celků – kategorií. Tabulka s použitými kategoriemi kódů je uvedena v příloze dle výzkumných otázek (viz **Příloha č. 2**). Analýza sledovala doporučení, aby zužovala „množství dat, s kterými pracujeme, přičemž ta jsou čím dál tím smysluplnější, tj. týkají se čím dál víc našeho výzkumného problému a jsou čím dál hustěji prokládána naším textem“ (Obrovská, 2015, s. 5).

Výsledky

HVO: Znají či v praxi používají dotázaní odborníci termín SPMP (či jeho obdoby)?

Ačkoliv většina respondentek význam termínů intuitivně chápala, konkrétně jim byl znám pouze starý termín pseudooligofrenie. Obsah konceptu respondentky vnímaly jako možné vysvětlení toho, proč klient operuje pod svým potenciálem, méně potom jako koncept, který dítěti dává potenciaální možnost se s poskytnutím vhodné podpory výrazně posunout na škále intelektu, ačkoliv i takové reakce se objevily. „*Já vnímám obrovský pozitivní aspekt toho konceptu, protože v momentě, kdy vy naznačíte, že limitované kognitivní schopnosti souvisí mimo jiné s rodinným zázemím, které je nedostatečně stimulujícím, vlastně říkáte: pozor, pozor, to je dočasná věc, ta věc jde změnit, jde s tím něco dělat, jde s tím pracovat*“ (R5).

Většina respondentek identifikovala mezi svými klienty konkrétní jedince, kteří by svými charakteristikami naplňovali koncept SPMP. „*Jsem přesvědčená, že z těch 15 dětí z přípravné třídy, minimálně 5 nebo 6 dětí má přesně to SPMP. Kdyby se s těmi dětmi pracovalo – rozvíjela se řeč – chodily na logopedii, doma kreslily, používaly omalovánky, četly, skládaly nějaké skládky, takové jednoduché věci, kdyby se s nimi povídalo, dívaly by se na pohádku a u toho se vysvětloval děj, tak tam by se rozhodně jednalo (minimálně) o hraniční intelekt (místo LMP)...*“ (R4). Většinou se však shodly v tom, že termíny neuvádějí v závěrečných zprávách či doporučeních pro školu, jistou výjimku tvoří jedna psycholožka využívající termín SPMP při komunikaci s jinými odborníky z praxe (respondentka byla specifická tím, že kromě psychologie vystudovala i speciální pedagogiku, čímž svou znalost vysvětlovala).

VVO1: Považují odborníci tento koncept za relevantní pro praxi v PPP?

Dotázané odbornice uvádějí, že dle jejich zkušeností jsou výkony v kognitivních testech ovlivněny i situací rodiny dítěte a snaží se tento faktor brát při diagnostice v úvahu (prostřednictvím anamnézy, rozhovoru s dítětem a rodičem, informací od školy). Vliv rodinného zázemí však zvažují zejména v konkrétní školní rovině – přípravy do školy, výsledků, svědomitosti docházky, vztahů v kolektivu.

Zároveň respondentky uvádějí, že kvantitativní změny, obousměrné výrazné posuny ve výsledcích intelektových testů jsou možné a v praxi se setkávají s tím, že zařazení do školní docházky (do prostředí s více podněty), přechodu z rodiny do stimulujícího dětského domova, klientovu převzetí zodpovědnosti za vlastní vzdělání či jiným intervencím došlo k pozitivnímu posunu. „*A těch klientů není málo, kde se intelekt změní minimálně o těch 8–12 IQ bodů. Pokud se s nimi adekvátně pracuje, tak oni posunu o jedno celé pásmo jsou schopni. (...)*“ (R5).

Z výše zmíněného vyplývá, že implicitně je koncept v praxích respondentek přítomný a živý. Potenciaální reálné využití konceptu SPMP potom respondentky vnímají dvěma způsoby. Za prvé vidí koncept jako termín („nálepku“) s možnými pozitivními i negativními konsekvencemi. Negativní může být propojení SPMP s předsudky a sebenaplňujícím se proroctvím. Naopak pozitivní by mohlo být propojení s nárokem na jistou škálu specifických intervencí a přístupů (v praxi respondentek je spíše vžitá představa, že pokud dítě potřebuje „něco navíc“, např. specifické intervence, získá je přes diagnózu). Tedy, pokud by

„nálepkování“ SPMP „znamenalo, že se mu dostane něčeho navíc, co trochu vyrovnává některé deficity z rodiny, tak ano, je relevantní, pokud to bude jen nálepka, tak mi přijde, že to úplně smysl nemá“ (R2), protože „když tam napíšu SPMP, tak tam rovnou dám dvě nálepky najednou“ (R7).

Za druhé může dle respondentek být užívání pojmu SPMP vnímáno jako vhodný podnět k širšímu zkoumání situace (rodinného kontextu, etiologie dlouhodobých slabých kognitivních výkonů) klienta a k odkrývání příčin jeho (nízkého) skóre ve standardizovaných testech. SPMP dle některých respondentek může vést také k uvažování nad potenciálem dítěte (který může být nenaplněný), nad prognózami do budoucna, ne pouze nad aktuálním stavem. Na druhou stranu část respondentek deficitu ve výkonech vyplývající ze SZP či jiné, aktuálně nepříznivé situace zahrnuje do intervalu spolehlivosti daného testu, se kterým vědomě pracuje, neboť dle jejich názoru je „...dostatečně velký na to, aby pokryl i sociálně podmíněné snížení...“ (R9) a označení SPMP pak nevnímají jako potřebné.

VVO2: Jak probíhá diferenciální diagnostika SPMP/ZP/OP od „skutečného“ MP?

Protože s konceptem SPMP v praxi žádná z dotazovaných neoperuje, diferenciální diagnostiku SPMP od MP neprovádí. Potencionální diferenciální diagnostiku vnímají respondentky často jako velmi složitý proces, protože se zde propojuje více fenoménů. Jako hlavní marker, kterým by se při diferenciální diagnostice řídily, uvedly nesoulad mezi výkony – výrazně nevyrovnané výkony v jednotlivých subtestech komplexních diagnostických nástrojů¹⁰, přičemž typicky jsou vyšší hodnoty v neverbálních subtestech. „Většinou ten profil schopností je hodně nerovnoměrný a někdy tam jsou nápadnosti, třeba typicky ta jazyková složka, která není v rodině rozvíjená, může být na velmi slabé úrovni, vědomosti na velmi slabé úrovni, ale v těch subtestech, které víc měří přirozený potenciál, tak tam najednou poskočí“ (R7). V souladu s tím jsou neverbální testy¹¹ respondentkami označovány jako méně (ale nikdy ne zcela) kulturně zatížené. Nicméně školy, a tudíž i respondentky, kladou důraz na verbální složky, které jsou důležité k učení ve školních lavicích.

Jako další možné diskriminanty z oblasti chování bylo zmiňováno rizikové a poruchové chování, problémy v kolektivu, nedostatek motivace a odmítání vzdělání a pasivita obecně. K rozpoznání nevyužitého potenciálu klienta, tedy části intelektu, který se ve výkonech při klasickém standardizovaném testování neprojeví, se respondentkám v praxi osvědčuje využívání dynamické diagnostiky. „...ACFS, to dynamické testování, to by mi přišlo fajn, aby se zjistil potenciál dětí. Někdy stačí jen malá intervence, a to dítě poskočí. Nemusí to být jen u dětí, kde je nepodnětné prostředí, ale u dětí, kde mají problémy s pozorností nebo ty rodiče mají jiný přístup než to dítě“ (R2). Nicméně, využívání dynamické diagnostiky není běžným standardem, její využívání uvedla polovina respondentek. Měření či škálování adaptivního chování pomocí standardizovaných metod ve své praxi žádná z respondentek neprovádí. „...nemám na to žádné standardizované nástroje“, „nic jiného já sama nepoužívám, jen svoje klasické otázky, kdy zjišťuji, jak to dítě funguje v běžném životě“, „škálu bych nepoužila, ani se na to v praxi nezaměřujeme“, k tomuto účelu využívají klinické metody – rozhovory, pozorování chování, dotazníky ze škol, od OSPODu, dvě respondentky uvedly, že využívají v poradně sestavený dotazník jako vodítko k rozhovoru k posouzení této oblasti.

¹⁰ WISC III, WJ-IE (revize II. až IV.) a Inteligenční a vývojová škála (IDS), resp. Inteligenční a vývojová škála pro předškolní děti (IDS – P)

¹¹ Ravenovy progresivní matrice, Cattellův test fluidní inteligence, test SON-R 2,5-7

Přestože respondentky frekventovaně popisují, že na výkony dítěte má vliv nedostatečně podnětné prostředí, primární nezájem o dítě a jeho vzdělávání ze strany rodičů, na rozboru sociálního, rodinného prostředí dítěte se odborníci přímo nezaměřují, dle jejich výpovědí na tuto oblast diagnostiky nejsou kapacity.

VVO3: Jak respondenti „alternativně označují“ klienty, kteří svými charakteristikami naplňují koncept SPMP?

Respondentky obecně popisují velmi opatrný přístup k zařazování klientů do kategorie „ze SZP“ a uvádějí pro to několik motivů – „citlivost vůči klientovi“ (SZP by mohlo být nálepkou ve škole), dále uvádějí strach z ostrého vymezení se rodiče či otázku objektivity (je jejich závěr založený na objektivních faktech či pouze na dojmu?). Celkově je pojmenovávání SZP a jeho dopadů na klienty respondentkami vnímáno jako velmi citlivé téma (určené např. pro OSPOD), někdy jako zcela mimo zakázku PPP, která má řešit především školní výkony a zařazení. Je tedy trend neuvádět explicitně spojitost nízkého skóre v testech a nepodnětnosti prostředí. „*Musíte mít celou řadu hmatatelných důkazů, úplně nejlépe výjezd sociální pracovnice do rodiny, která si zapíše i kolik postelí, židlí a stolů mají k dispozici, abyste mohla napsat takhle tvrdě, že to souvisí s rodinným prostředím*“ (R5).

V případě, že je třeba takový závěr vyslovit, neuvádějí respondentky pojmu SPMP, ale identifikátor – kód (*kód vlivu kulturního prostředí nebo jiných životních podmínek žáka na vzdělávání*) v doporučení pro školu, případně se využívají obraty jako „*málo podnětné rodinné prostředí*“, „*nízká stimulace dítěte v rodinném prostředí*“, „*málo stimulované dítě*“, „*hereditární zátěž*“, „*rodinné zázemí, které je nedostačující pro rozvoj dítěte*“ „*celkově složitá rodinná situace*“, „*aktuálně složitá rodinná situace*“.

VVO4: Jak vypadají doporučené intervence, kompenzační postupy u těchto klientů? Jaké jsou výsledky těchto intervencí a postupů?

PPP jsou, dle respondentek, primárně zaměřené na diagnostiku především kognitivních funkcí, a samy (některé vůbec, některé částečně) nemají kapacity poskytovat intervence specificky zaměřené na tyto klienty či jejich rodiče, ačkoliv by to respondentky považovaly „*za nejlepší variantu... (možnost) s dítětem nějakou dobu sám pracovat, poznávat ho a na základě toho diagnostiku zpřesnit*“ (R1).

Nejzásadnější intervence, kterou PPP navrhuje, se týká zařazení dítěte do odpovídajícího školního zařízení. V případě klienta se SPMP by většina respondentek preferovala ZŠP či specializované třídy, například logopedické, vzhledem k malému počtu dětí v kolektivu větší individuální a speciálně-pedagogické péči, kterou mohou poskytnout.

Nejvýraznější součinnost respondentky jednoznačně vnímají se základními školami (spolupráce s mateřskými školami je uváděna raritně). „*Když by to s rodinou nešlo, tak ta škola by byla ta záchytná síť, kde by dítě alespoň celé dopoledne mohlo fungovat někde, kde se rozvíjí a je podchycené*“ (R1). Nastavení způsobu a míry spolupráce mezi školami a PPP se však u jednotlivých respondentek výrazně liší.

Jako další velmi důležitý prvek intervence, ovšem pro nedostatek času málo opečovávaný, vnímají respondentky samotné rodiče „... *Prostor, jak pracovat s rodiči – cílený, intenzivnější, podrobnější, anamnestický, ten není... A někdy je to i smysluplnější. Když pomohu rodičům, problém dítěte se vytratí.*“ (R6). Některými respondentkami jsou rodiče naopak vnímáni jako zcela pasivní prvek, ať už z vlastního nezájmu nebo v důsledku své vlastní omezené kapacity. „*Rodiče, pokud se jedná o SZP, často nemají zájem něco dělat nebo si myslí,*

že by měli dělat všichni okolo, a ne oni, tím pádem je náročné rozhodnout, co doporučit“ (R2). V těchto případech „(u těchto klientů) nastupuje ta varianta institucionální podpory, která je ale bohužel slabá“ (R1).

Z hlediska mimoškolních doporučení pak respondentky klientům respektive jejich rodičům zpravidla neposkytují a ani nedoporučují specifické (ve smyslu na ně výlučně zaměřené) intervence, s výjimkou odkazování rodiny na užší spolupráci s jinými podpůrnými institucemi – neziskové organizace (nizkoprahová zařízení pro děti a mládež, charita,...), střediska výchovné péče atd. Za pozornost stojí fakt, že OSPOD je respondentkami častěji (u 7 z 10) pojímán jako instituce represivní, její spolupráce s PPP je „spíše formální“ než nastavená ke kooperaci.

Mezi respondentkami se také výrazně liší nastavení spolupráce se speciálně pedagogickým centrem a systémem předávání klientů s MP mezi nimi. Některé předávají ve chvíli, kdy má dítě diagnostikované, případně rediagnostikované LMP, někdy až když má středně těžké MP, některé předávají, když dítě přejde na ZŠP.

Diskuze a limity studie

Cílem prezentované studie bylo podniknout sondu do toho, jak poradenští psychologové v PPP vnímají koncept SPMP (povědomí o tomto konceptu, postoj k němu, praxe diagnostiky SPMP, potenciální podpůrné intervence).

Přestože termín SPMP (ani jeho potenciální „ekvivalenty“) jako takový respondentky neužívají a je pro ně v podstatě neznámý, přemýšlení o vlivu zázemí dítěte na jeho intelekt a vědomí existence dynamiky (proměnlivosti) ve výsledcích kognitivních testů popisují ve své diagnostické praxi jako patrné. Koncept jako takový by se tedy dal v praxi PPP považovat za implicitně přítomný.

S výjimkou jedné respondentky byl všemi koncept SPMP vnímán jako inspirace k širšímu přemýšlení o etiologii „podezřelé“ nízkých hodnot v testech intelektu a o potenciálu, intelektovém stropu dítěte. Zároveň je však SPMP řadou dotazovaných často vnímáno jako „nálepka“, kterou se necítí mít mandát rodinnou situaci označovat.

Diferenciální diagnostiku SPMP od MP vnímají respondentky jako složitou. To je v souladu s odbornými publikacemi – Vágnerová (2004, s. 292): „...míra očekávaného zlepšení je však leckdy těžko odhadnutelná, protože zanedbávající rodiče mohou být i hůře disponováni, a podobným způsobem může být zatíženo jejich potomstvo“. Diagnostika intelektových a adaptivních schopností je v praxi drtivě většiny respondentek většinou zcela postavená na standardizovaných testech intelektu a je zaměřená na predikci školní úspěšnosti. Přičemž studie ukazují, že pouze „50 % změn v učebním procesu lze vysvětlit rozdíly na základě psychometricky zjištěného IQ“ (Tzuriel, 2015, s. 30).

Adaptivní funkce se nezávisle neposuzují, na rozdíl od světového trendu postulovaného WHO (WHO, 1996) či Americkou psychiatrickou asociací (APA, 2013b). Standardizované testy a škály pro adaptivní chování či hodnocení sociálního a rodinného prostředí doporučené v metodikách NÚV (2015b), se nepoužívají. Předkládaným vysvětlením je nedostatek personálních a časových kapacit PPP, případně upřednostňování klinických metod, které jsou pro část respondentek v mnoha ohledech méně problematické, například, co se týče jejich menší časové náročnosti, faktu, že neměří situaci dítěte pouze „kvantitativně“ ale komplexněji, není limitován počet jejich uplatnění (standardizované testy by se neměly často opakovat), není

potřeba je aktualizovat a znovu standardizovat (jedna z respondentek považuje i samotný proces standardizace za nedůvěryhodný) apod.

Ačkoliv zkušební examinátoři si dle svých slov uvědomují a berou v úvahu zkreslující a kulturně zatížené metody testování a umí s nimi pracovat, ze studie vyplývá patrná potřeba aktualizovat způsob diagnostiky. V případě dětí ze SZP se jako vhodná cesta jeví dynamická diagnostika (Lucká & Chadimovská et al., 2019; Tzuriel, 2015; Felcmanová, n.d.), kterou zmínila polovina respondentek a je i v souladu s tvrzením například Valenty a Petráše et al. (2012), že u deprivací nelze objektivně stanovit kapacitu dítěte, pouze lze zachytit aktuální stav kognitivních funkcí. Pro zhodnocení intelektových schopností je nutný časový odstup po úpravě prostředí dítěte. Možnými obtížemi v intenzivnější aplikaci dynamické diagnostiky mohou být nutnost intenzivního a finančně náročného školení¹², velká časová náročnost¹³ (která je v rozporu s časovými kapacitami poraden) a také velké nároky na examinátora (Tzuriel, 2015).

V rozhovorech je také možno zachytit potřebu (myšlenkového) posunu v diagnostické praxi, a to v souladu s DSM-5. Jde o posun od dřívějšího měření konceptu IQ jako hodnoty neměnné, přes dnešní IQ, které zahrnuje i celkové hodnocení adaptivních funkcí a rodinného prostředí a vyjadřuje hodnotu stavu aktuálního (bere tedy v potaz možnost různých výsledků v různých časech), až k měření kognitivních funkcí jako hodnoty potenciálu, kterou by dítě za ideálních podmínek mohlo zcela naplnit, respektive, kterou by se instituce kolem něj měly snažit pomoci mu dosáhnout.

Respondentky obecně popisují velmi opatrný přístup k zařazování klientů do kategorie „ze SZP“, někdy jej vnímají také jako zcela mimo zakázku PPP. V případě, že je to nutné, užívají k tomu specifický kód (*kód vlivu kulturního prostředí nebo jiných životních podmínek žáka na vzdělávání*), či formulace typu „*rodinné zázemí, které je nedostačující pro rozvoj dítěte, „aktuálně složitá rodinná situace“*, které však explicitně nevyjadřují, že nízké skóre v testech intelektu může být důsledkem nepodnětného prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Z toho vyplývá, že termín SPMP je často zjednodušeně zařazován do kategorie SZP, ačkoliv to zcela neodpovídá realitě.

Z hlediska podpory a intervence u dětí naplňujících kritéria SPMP respondentky shodně uvedly, že nemají dostatek kapacit k poskytování specifické a cílené intervence, odkazují však rodiny na podpůrné služby. To je v souladu s důrazem na komplexní spolupráci a síťování mezi subjekty, které mohou dítě podpořit tam, kde PPP či škola nedokáží poskytnout dlouhodobé potřebné intervence popisované v zahraničních publikacích (Greger et al., 2015; Kalil & Ryans, 2020; Sutton, 2016). Všechny respondentky také berou v úvahu potřebu práce s rodiči (podpora, rozvoj rodičovských dovedností, vylepšení komunikace a vztahů mezi rodiči a učiteli, resp. školou, zprostředkování návštěv specializovaných zařízení atd.), kteří by mohli v řadě případů dítě velmi pozitivně ovlivnit, zároveň vnímají, že řada rodičů ze SZP se k dítěti a jeho vzdělání staví pasivně a bez zájmu. Toto je v souladu s řadou odborných publikací (např. Vágnerová, 2004). Pro práci s primárními vychovateli však respondentky v běžné praxi nepocítují dostatek prostoru, a proto rodiče považují často za nejméně podpořený prvek

¹² Kurzy dynamické diagnostiky se nekonají často a nejsou finančně dostupné. Například 120hodinový akreditovaný kurz stojí 29 000 Kč. Viz například Autorizované tréninkové centrum metod profesora Reuvena Feuersteina: <https://www.atc-feuerstein.cz/nabizene-kurzy>

¹³ Minimální časovou dotací dynamického testování potenciálu je 12 hodin, viz Centrum Pomoci DUHA <http://www.cpduha.cz/?tag=dynamicke-testovani>), což znamená, že jedno vyšetření zabere jeden a půl dne. To je v porovnání s praxí PPP, kde „...potřebujeme stihnout dvě děti denně“ (R2), nadstandard.

intervence. Zároveň však tito rodiče často do poraden nedocházejí, řešením pak je zvat PPP přímo do škol (Moree, 2019).

Nejvýraznější součinnost popisují respondentky se základními školami, oproti tomu pouze velmi zřídka uvádějí spolupráci se školami mateřskými. Z toho je možné, s jistou opatrností, vyvodit, že v praxi PPP, v nichž respondentky pracují, je kladen menší důraz na včasný záchyt, včasnou péči¹⁴ (ekvivalent rané péče pro děti, jejichž správný vývoj je však ohrožen jejich sociálně nepříznivou situací). Přičemž řada studií ukazuje, že právě intervence v tomto věku hrají v dalším vývoji velmi důležitou roli. Například Greger et al. (2015) uvádějí, že intervence v předškolním věku s důrazem na vzdělání mají za následek zvýšení hodnot IQ (a čtenářských a matematických dovedností). Duyme et al. (1999) ve své adopční studii zdokumentovali, že u dětí ve věku 3,5-7 let, které podstoupily intervence zahrnující aktivity zaměřené na zdraví a vzdělání, došlo ke zvýšení IQ v 8 letech v průměru o 13 bodů. Důraz na včasnou péči má i ekonomické dopady – za jednu investovanou korunu do programů včasné péče dostane stát zpět 3-4 Kč¹⁵ (Prokop et al., 2020). Přesto je včasná péče v ČR stále nedostatečná, a to jak v její kvalitě, tak i kvantitě (Greger et al., 2015).

Limitací výzkumu je fakt, že kvůli nízkému počtu respondentů slouží pouze k prvotnímu vhledu do problematiky (pro tvorbu závěrů s obecnou platností je třeba, aby navazoval výzkum rozsáhlejší). Neaspiruje ani na porovnání mezi jednotlivými kraji či PPP, ačkoliv regionální rozdíly, specifika krajů, ve kterých se odráží odlišná demografická skladba obyvatel, a tedy také rozdílné zkušenosti s prací s rodinami ze SZP, byly mezi respondentkami zřetelné, některé respondentky (PPP v Ústeckém kraji) spolupracovaly běžně s rodinami ze SZP a měly bohaté zkušenosti, jiné spíše jen velmi výjimečně (PPP v Plzeňském kraji zaměřená spíše na venkovské části kraje). Limitující byl také samotný výběr účastníků se informantů. Jednalo se o poradenské psychology, kteří měli zájem o spolupráci, zareagovali na nabídku účastnit se výzkumu ve svém volném čase, je tedy možné, že výsledky mohou být zkresleny a reprezentují zejména postoje psychologů se specifickými charakteristikami. Mezi účastníky byly také přítomny pouze ženy. Muži jsou na této pozici výrazně méně zastoupeni¹⁶, tudíž studie tento nepoměr téměř kopíruje. Vzhledem k relevantnosti rozhovorů vůči tématu je nedostatkem studie nedostatečné zaměření na dotazy ohledně diferenciatní a dynamické diagnostiky.

Silnou stránkou studie je zaměření na aktuální téma odrážející několik zajímavých fenoménů českého vzdělávání a diagnostické praxe – téma zařazování dětí ze SZP do vzdělávacího systému (viz *Rozsudek D. H. a ostatní proti České republice* (Rada Evropy, 2007),

¹⁴ Termín včasné péče zahrnuje programy zaměřené na podporu rozvoje dětí ze SZP od (dle MŠMT od 3 let do zahájení školní docházky), které jsou v ČR poskytovány.

¹⁵ Přínosy jsou vyjádřeny jako rozdíl mezi celoživotními přínosy do státního rozpočtu člověka, který předškolní program absolvoval a člověka, který program neabsolvoval. Předškolní program zvyšuje pravděpodobnost dostudování vyššího stupně vzdělání a zároveň účastníka posune ve mzdové distribuci daného vzdělanostního stupně z mediánu do průměru. Celkové ušetření záleží na nákladovosti programu. Při nákladech v rozmezí 50–100 tis. Kč na rok, což přibližně odpovídá nákladům předškolního vzdělávání na žáka v ČR, se čistý přínos pohybuje mezi 300–400 tis. Kč. Účastník předškolního programu oproti situaci bez absolvování programu odvede na sociálním a zdravotním pojištění o necelých 300 tis. Kč více, dále o 76 tis. Kč víc na DPH, o 73 tis. víc na dani z příjmu a za svůj život pobere o 40 tis. Kč méně na dávkách. Naopak stát za něj zaplatí o 27 tis. Kč víc v nákladech na vzdělání, protože absolventi programu v průměru studují dále SŠ, případně VŠ. (Prokop et al., 2020, s. 74-75).

¹⁶ Například na základě seznamů kontaktů na webových stránkách všech PPP v Praze (dle seznamu MŠMT se jedná o celkem 4 muže – psychology, oproti 139 ženám – psychologkám.

děti s hraničními výsledky v IQ testech, které nejsou ve stávajícím systému péče dostatečně ošetřené, limitů v prostupnosti škol a tříd, přetíženosti PPP a tlaku na výkonnost či posun k dynamické diagnostice. Výzkum také přinesl inspirativní postřehy pro další praktické uplatnění, ty si dovoluujeme uvést v kapitole níže.

Postřehy pro praxi – shrnutí

Ze studie vyplývá několik postřehů, které by bylo možné v praxích PPP zvážit. Prvním z nich je jasné určení definice SPMP, na základě níž by bylo možné vytvořit aktualizované dotazníky pro školu k získání více relevantních informací ohledně sociálního prostředí dítěte. Dále se jako vhodné jeví vytvoření manuálu, doporučení pro diferenciální diagnostiku (např. standardizovat škálu doporučenou NÚV – *AAMR Adaptive Behavior Scale*), na což by pak mohly navazovat speciální intervence určené klientům splňujícím kritéria pro SPMP. Zde je možné vycházet z Katalogu podpůrných opatření – dílčí část pro žáky s potřebou podpůrných opatření z důvodu sociálního znevýhodnění (Felcmanová, n.d.).

Naprosto zásadní se jeví potřeba větší komplexnosti a hloubky diagnostiky – zařazení (v souladu s trendy dle APA) diagnostiky adaptivního chování, posun k dynamické diagnostice (ve smyslu konceptu i diagnostické metody), k analýze sociálního prostředí.

To úzce souvisí s tématem potřeby prohloubení spolupráce s rodinou dítěte a dalšími subjekty, kterých se podpora dítěte týká, příkladem by mohly být společné případové studie. Zásadní je, aby tato komplexní péče o dítě přicházela včas, a to ještě před nástupem do ZŠ, tedy v rámci MŠ, přípravných tříd atd., aby mohlo dojít k co největší kompenzaci deficitů ještě před přelomovým vstupem do základního školství. Intervence v českém prostředí většinou přichází až s nástupem do školy, respektive v situaci, kdy se řeší školní zralost. Právě koncept SPMP (a jeho včasná identifikace) by mohl dopomoci k této větší a včasnější spolupráci. Neochotu k jeho používání z důvodu stigmatizace dítěte by bylo možné proměnit další edukací pedagogických pracovníků – k nahlížení na SPMP jako na situaci dítěte, která je řešitelná a její přesné pojmenování zajistí adekvátní intervence.

Co se týče dalších oblastí doporučených k následujícímu výzkumu, je třeba zaměřit se na analýzu spolupráce PPP a speciálně pedagogických center potažmo OSPODu. Zajímavá je možnost komparace PPP a jejich procesů diagnostiky a výsledků v rámci krajů, viz hypotézy Klusáčka (2015), analýza dotazníků pro školy napříč PPP a jejich výtěžnosti. Velkým přínosem pro praxi by byla studie zaměřená na diferenciální diagnostiku a dynamickou diagnostiku a vliv intervencí z nich vycházejících na kognitivní výkony klientů (jejich změny). Pro další zkoumání fenoménu SPMP by byly velmi cenné kazuistiky konkrétních klientů, kteří svými charakteristikami naplňují kritéria SPMP, a analýzy práce s nimi v rámci multidisciplinárních týmů.

Literatura

- Almas, A. N., Degnan, K. A., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2016). IQ at age 12 following a history of institutional care: Findings from the Bucharest early intervention project. *Developmental Psychology*, 52(11), 1858–1866.
<https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fdev0000167>
- APA – American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed.* <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- APA – American Psychiatric Association. (2013b). *DSM-5 Intellectual Disability Fact Sheet.* https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Intellectual-Disability.pdf
- Bazalová, B. (2006). *Uvedení do Psychopedie.* Masarykova univerzita.
https://is.muni.cz/el/ped/jaro2006/SP4BK_SP1b/um/UVEDENI_DO_PSYCHOPEDIE.pdf
- Boaler, J. (2021). *Z každého miminka dokážete udělat Einsteina, říká profesorka ze Stanfordu.* Deník N. <https://denikn.cz/574093/z-kazdeho-miminka-dokazete-udelat-einsteina-naucit-se-da-cokoliv-rika-profesorka-ze-stanfordu/?ref=tema>
- Camargo-Figuera, F. A., Barros, A. J., Santos, I. S. et al. (2014). Early life determinants of low IQ at age 6 in children from the 2004 Pelotas Birth Cohort: A predictive approach. *BMC Pediatr*, 14 (1), 308. <https://doi.org/10.1186/s12887-014-0308-1>
- Council of Europe: Committee of ministers. (2. 11. 2020). *DH-DD(2020)956: Rule 9.4 Commissioner for Human Rights in D.H. and Others v. Czech Republic.* <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680a032a2>
- Duyme, M., Dumaret, A. C., Tomkiewicz, S. (1999). How can we boost IQs of “dull children”? A late adoption study. *National Academy of Sciences* 96(15), 8790-8794.
<https://doi.org/10.1073/pnas.96.15.8790>
- Felcmanová, L. (n.d.). Pedagogická diagnostika žáka, který potřebuje podporu z důvodu sociálního znevýhodnění. In *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění. 2015-2022.* Univerzita Palackého v Olomouci. <http://katalogpo.upol.cz/socialni-znevychodneni/3-pedagogicka-diagnostika-zaka-ktery-potrebuje-podporu-z-duvodu-socialniho-znevychodneni/>
- Ferguson, H., Bovaird, S., & Mueller, M. (2007). The impact of poverty on educational outcomes for children. *Paediatrics & Child Health*, 12(8), 701–706.
<https://doi.org/10.1093/pch/12.8.701>
- Greger, D., Simonová, J., Straková, J. (2015). *Spravedlivý start?: Nerovné šance v předškolním vzdělávání a při přechodu na základní školu.* Univerzita Karlova.
https://pages.pedf.cuni.cz/uvrv/files/2016/04/Spravedlivy_start.pdf
- Hessl, D., Nguyen, D., Green, C., Chavez, A., Tassone, F., Hagerman, R., Senturk, D., Schneider, A., Lightbody, A., Reiss, A., & Hall, S. (2009). A solution to limitations of cognitive testing in children with intellectual disabilities: The case of fragile X syndrome. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 1(1), 33-45.
<https://doi.org/10.1007/s11689-008-9001-8>
- Hopko, D. R., Crittendo, J. A., Grant, E., & Wilson S. A. (2005). The impact of anxiety on performance IQ. *Anxiety, Stress & Coping*, 18(1), 17-35.
<https://doi.org/10.1080/10615800412336436>
- Kalil A, Ryan R. (2020). Parenting practices and socioeconomic gaps in childhood outcomes. *Future of Children*, 30(1), 29-54. <http://doi.org/10.1353/foc.2020.0004>

- Katalog - Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění.* (2015-2022). Univerzita Palackého v Olomouci. <http://katalogpo.upol.cz/mentalni-postizeni-nebo-oslabeni-kognitivniho-vykonu/1-vymezeni-pojmu-oslabeni-kognitivniho-vykonu-a-mentalni-postizeni/1-2-vymezeni-mentalniho-postizeni/>
- Klusáček, J. (2015). *Sociální vyloučení, lehké mentální postižení, základní školy praktické.* Univerzita Palackého v Olomouci. <http://inkluzie.upol.cz/ebooks/analiza/analiza-18.pdf>
- Klusáček, J. (2014). *Nálepkování dětí diagnózou mentální postižení v České republice.* COSIV. https://cosiv.cz/wp-content/uploads/2017/01/analiza_COSIV_nalepkovani_deti.pdf
- Kroska, A., Harkness, A. K. (2008). Exploring the Role of Diagnosis in the Modified Labeling Theory of Mental Illness. *Social Psychology Quarterly*, 71(2), 193-208. <https://doi.org/10.1177/019027250807100207>
- Levin, A. R., Zeanah, C. H., Fox, N.A., Nelson, C. A., Motor. (2014). Outcomes in children exposed to early psychosocial deprivation. *The Journal of Pediatrics*, 164 (1), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.09.026>
- Libiger, J., Hrdlička, M., Hosák, L. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie.* Karolinum Press.
- Lucká, B., Chadimovská, L., et al. (2019). *Metodika ke kurzu „Využívání dynamicko-diagnostického přístupu v poradenské praxi“.* NÚV.
- Mahdalová, K. (2014). *Zázračně vyléčené děti. Česká škola.* <http://www.ceskaskola.cz/2014/12/katerina-mahdalova-zazracne-vylecene.html>
- Maulik, P. K, Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studie. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (2), 419-436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Moree, D. (2019). *Cesta romských žáků ke vzdělání – Dopady inkluzivní reformy.* Nadace OSF. https://osf.cz/wp-content/uploads/2019/06/Cesty_romskych_zaku_ke_vzdelavani_Dopady_inkluzivni_reformy-1.pdf
- Ministerstvo spravedlnosti. (2021). *Zpráva za rok 2020 o stavu vyřizování stížností podaných k mezinárodním orgánům ochrany lidských práv.* https://justice.cz/documents/12681/722987/Zpr%C3%A1va_2020_web.pdf/a52dc767-9d1e-4545-b7ca-81f3cf66afad
- MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2019). *Seznam podporovaných diagnostických nástrojů.* https://www.msmt.cz/file/51460_1_1/
- Nikolai, T. (2008). Diskriminují psychologové romské děti? *Psychologie dnes* (5). <https://lp.cz/blog/diskriminuji-psychologove-romske-deti/>
- Novák, J. (2010). Ohlas na článek Řadě škol hrozí výmaz... *Učitelství noviny*, 10(21). <http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=5323>
- NÚV – Národní ústav pro vzdělávání (2015a). *Metodická informace k diagnostice rozumových schopností dětí, žáků a studentů ve školských poradenských zařízeních.* <http://archiv-nuv.npi.cz/t/diagnostika/studie.html>
- NÚV – Národní ústav pro vzdělávání (2015b). *Přehled relevantních diagnostických metod k diagnostice rozumových schopností.* <http://archiv-nuv.npi.cz/t/diagnostika/studie.html>
- Pipeková, J. (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Paido.
- Prokop, D., Korbel, V., Dvořák, T., Marková, L., Gardošíková, D., Grossmann, J., Krajšová, J., & Münich, D. (2020). *Nerovnosti ve vzdělávání jako zdroj neefektivit.* Souhrnná analýza pro Nadaci České spořitelny 2020. <https://www.nadacecs.cz/data/documents/db/NCS-studie-nerovnosti-fin.pdf>

- Prokop, D. (2020). *Jak odhadnete neúspěšnost dětí ve vzdělávání? ,Překvapivě je to míra exekucí rodin, ' říká sociolog.* Český rozhlas. https://www.irozhlas.cz/zpravodomov/jak-odhadnete-neuspesnost-deti-ve-vzdelavani-prekvapive-je-mira-exekuci-rodin_2009131854_ako
- Prokop, D. (2019). *České školství je průměrná muzika za málo peněz. Problém je hlavně v nerovných podmínkách.* Hospodářské noviny. https://archiv.ihned.cz/c7-66581800-njtqd-f05483490ae9949?fbclid=IwAR00LpW-ns4oB_0Qb6fjWNDPwUxpomvzLB3qT_eyVECJjKAJwANd3FdI8Ak
- Rada Evropy (2007). *Rozsudek: Věc D.H. a ostatní proti České republice.* [http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/1DCD666F85A02043C1257BE300471725/\\$file/DH-rozsudekGC.pdf](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/1DCD666F85A02043C1257BE300471725/$file/DH-rozsudekGC.pdf)
- Ratti, V., Hassiotis, A., Crabtree, J., Deb, S., Gallagher, P., & Unwin, G. (2016). The effectiveness of person-centred planning for people with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 57*, 63-84. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.06.015>
- Slavíková, I. (2010). *Analýza výsledků šetření v PPP.* Národní ústav pro vzdělávání. http://archiv-nuv.npi.cz/uploads/poradenstvi/studie/analyza_nastroju/ppp.html
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu - postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Sdružení Podané ruce.
- Stumm, S., & Plomin, R. (2015). Socioeconomic status and the growth of intelligence from infancy through adolescence. *Intelligence, 48*. <http://doi.org/10.1016/j.intell.2014.10.002>
- Sutton, C. (2016). Promoting child and parent wellbeing : How to use evidence- and strengths-based strategies in practice. *Jessica Kingsley Publishers.* <https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1284234>
- Šebánková, L. (2021). *Sociálně podmíněné mentální postižení – diagnostika a intervence: pilotní studie v české praxi* [Bakalářská práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. <https://is.muni.cz/th/hme3y/>
- Švarcová, I. (2006). *Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče.* Portál.
- Tassé, M. J. (2016). Defining intellectual disability: Finally we all agree... almost. *Spotlight on Disability Newsletter, 8*.
- Tzuriel, D. (2015). Dynamická diagnostika učebního potenciálu: teoretické a výzkumné metody. *Psychologie pro praxi, 1(2)*, 9-5. 35. https://karolinum.cz/data/clanek/1662/PPP_2015_1_2_tzuriel%209-35.pdf
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Portál.
- Valencia, R. R., & Suzuki, L. A. (2001). *Intelligence testing and minority students. Foundations, performance factors, and assessment issues.* SAGE. <http://doi.org/10.4135/9781452231860>
- Valenta, M., & Müller, O. (2022). *Psychopedie – teoretické základy a metoda.* Parta.
- Valenta, M., Petráš, P., Hanák, P., Michalík, J. (2012). *Metodika práce se žákem s mentálním postižením.* Univerzita Palackého v Olomouci. http://www.inkluze.upol.cz/portal/velke_publicace/metodiky/MP_Metodika.pdf
- Van IJzendoorn, M., Luijk, M., & Juffer, F. (2008). IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly, 54(3)*, 341-366. <http://doi.org/10.1353/mpq.0.0002>
- Vláda ČR. (2020). *Romská národnostní menšina.* <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rnm/mensiny/romska-narodnostni-mensina-16149/>
- WHO. (1996). *ICD-10 Guide For Mental Retardation.* https://www.who.int/mental_health/media/en/69.pdf

Přílohy

Příloha č. 1

Základní okruhy rozhovoru

- 1) Jaké způsoby diagnostiky používáte pro diagnostiku inteligence a adaptivního chování?
- 2) Lze (některý z těchto) test(ů) označit jako kulturně nezátížený?
- 3) Pokud u svých klientů/ pacientů určíte skrz standardizované testy inteligence nižší než podprůměrné hodnoty (v hraničním pásmu, tj. IQ v rozmezí 70–80 bodů; na úrovni LMR/LMP, tj. 69 bodů a méně), jak vypadá diagnostika případně plánovaná intervence dále, na co se zaměřujete?
- 4) Diagnostikujete míru sociokulturního znevýhodnění? Jak? Využíváte standardizované testy (např. Test rodinného prostředí, Škála rodinného prostředí a Skóre sociálního ohrožení dítěte)?
- 5) Setkáváte se ve své praxi s klienty, kteří ve svých výsledcích zaostávají, mají nižší skóre v kognitivních testech (IQ pod 80 bodů), podprůměrné výsledky v testech adaptivního chování, z důvodu plynoucích z nepříznivé rodinné anamnézy? Myšleno z důvodu nerozvíjejícího sociálně kulturního prostředí, nekompetentní výchovy, nepodnětného rodinného prostředí až zanedbávání,...
- 6) Pokud ano, jaká další specifika, obtíže (kromě nízkých výsledků v testech kognitivních funkcí a adaptivního chování) jsou pro tyto jednotlivce typická?
- 7) Jak vypadá práce s takovýmto klientem, jak vypadají intervence? Mají nějaká svá specifika vyplývající ze specifika prostředí, ve kterém vyrůstá?
- 8) Jak tato specifika reflektujete v závěrečné zprávě (v doporučeních), jaký termín (případně diagnózu) používáte ve zprávách ve své praxi u takového klienta? (např. LMR, LMD, oslabení kognitivních schopností, psychosociální deprivace atd.)
- 9) Setkal/a jste se ve svém studiu či praxi s pojmem sociálně podmíněné mentální postižení, resp. zdánlivé mentální postižení (případně, pseudooligofrenie)? Kde, v jaké situaci? Jak tomuto konceptu rozumíte (jaké jsou charakteristiky tohoto postižení)?
- 10) Ovlivňuje znalost tohoto konceptu vaši praxi a práci s klienty, kteří tyto obtíže vykazují? A jak?

Pokud ano,

- 11) Uvádíte ho přímo někde (v závěrečné zprávě, diagnóze klienta)?
- 12) Co vám pomáhá určit, zda se jedná o biologicky snížený potenciál nebo o potenciál snížený na základě psychosociální deprivace (tedy, jak vypadá diferenciální diagnostika, odlišení zdánlivého a „běžného“ MP? Např. další testy?)
- 13) Pokud obtíže naplňují kritéria konceptu zdánlivého mentálního postižení, jaké by z toho měly vyplývat důsledky a doporučení?
 - Jak by se mělo s klientem pracovat? Jaké konkrétní specifické intervence by měly být zavedeny?
 - Do jakých škol by měli být tyto klienti zařazováni, případně s jakými doporučeními a podpůrnými prostředky?

- Jak by měla vypadat spolupráce s rodinou, z které takový klient pochází?
 - Jaké subjekty by měly být přizvány ke spolupráci (např. OSPOD, sociální odbor, neziskové organizace, školní speciální pedagog)?
- 14) Daří se tato doporučení realizovat v praxi? Pokud ne, jaké překážky tomu brání?
- 15) Do jaké míry lze podle vás zdánlivé mentální postižení kompenzovat? Jaké jsou prognózy vývoje, do jaké míry jde zlepšit kognitivní výkon a adaptivní funkce?
- 16) Jak probíhá rediagnostika (procesuální diagnostika)? Jak často a jakým způsobem (např. využívá se stejných testů)?
- 17) Máte zkušenost s klientem, kterému bylo skrz (speciálně)pedagogické intervence vykompenzováno zdánlivé MP, jeho výsledky ve standardizovaných testech se výrazně zlepšily (posun o 10–20 bodů, posun z LMP do hraničního pásma, z hraničního pásma na úroveň podprůměrné inteligence, pásma nižšího průměru atd.)
- 18) Jaké vidíte výhody tohoto konceptu, z jakého důvodu jste se rozhodl/a využívat ho ve své praxi. Jaké slabiny koncept, případně diagnostika má?

Pokud ne,

- 11) Z jakého důvodu? Jaké jsou podle vás limity tohoto konceptu?
- 12) Dokážete si představit výhody, které by tento koncept mohl mít? K čemu by mohl být v praxi užitečný?
- 13) Jak by se mělo s klientem, který vykazuje nízké výsledky kognitivních a adaptivních funkcí a zároveň pochází ze znevýhodněného prostředí, pracovat? Jaké konkrétní specifické intervence by měly být zavedeny?
- 14) Do jakých škol by měli být tito klienti zařazováni, případně s jakými doporučeními a podpůrnými prostředky?
- 15) Jak by měla vypadat spolupráce s rodinou, z které takový klient pochází?
- 16) Jaké subjekty by měly být přizvány ke spolupráci (např. OSPOD, sociální odbor, neziskové organizace, školní speciální pedagog)?
- 17) Jak probíhá rediagnostika (procesuální diagnostika) u takového klienta? Jak často a jakým způsobem (např. využívá se stejných testů)?
- 18) Máte zkušenost s klientem, kterému se skrz (speciálně)pedagogické intervence výrazně zlepšily výsledky ve standardizovaných testech? (posun o 10–20 bodů, posun z LMP do hraničního pásma, z hraničního pásma na úroveň podprůměrné inteligence, pásma nižšího průměru, atd.)

Příloha č. 2

Přehled kategorií otevřeného kódování, jejich popis a přiřazení k výzkumné otázce

Výzkumná otázka	Kategorie	Popis kategorie
HVO	SPMP – koncept	Znalost (některého z) termínů PO, SPMP, ZMP
	SPMP – subjektivní vnímání	Subjektivní výklad významu
	SPMP – užití termínu v praxi	Používání konceptu v praxi k souhrnnému pojmenování určitých charakteristik u klientů
VVO1	Názor na SPMP	Názor na význam, relevanci konceptu v praxi
	SPMP jako roztríd'ovací kritérium	Postoj k SPMP jako jedné z diagnostických kategorií
VVO2	Diferenciální diagnostika	Zmínky ohledně odlišení SPMP od „běžného“ MP
	Proměnlivost hodnot v kognitivních testech	Proměnlivost výsledků v IQ testech, vnímaná dynamika změn v IQ testech a vysvětlení tohoto fenoménu ze strany respondentů
	Dynamická diagnostika	Dynam. diagnostika a přístupy na ní založené
	SZP – doprovodné fenomény	Typické fenomény, obtíže u klientů ze SZP
VVO3	Využívané termíny – popisující SZP	Terminologie k popisu situace rodiny, která je sociálně znevýhodněná
	Postoj k užívání alternativních termínů	Zmínky o snahách děti nezařazovat do vymezených kategorií, označovat termíny s negativními konotacemi, důraz na individuální přístup
VVO4	Spolupráce se školou	Intervence doporučené škole, intervence odehrávající se ve škole, spolupráce při sběru dat
	Intervence pro klienty od jiných institucí	Intervence od jiných institucí (než školy a PPP)
	Spolupráce s rodinou	Speciální intervence, metodiky, strategie, typy rozhovorů zaměřené na rodiče, rodinu dítěte
	Limity systému	Výroky o nedostacích v systému (školství, poradenství, systém intervencí – nefunkčnost systému, nedostatek peněz, kapacit atd.)

Údaje o autorech

Ing. Bc. Lucie Šebánková je vedoucí sociálních služeb zaměřených na práci s dětmi, mládeží a celými rodinami ze sociálně znevýhodněného prostředí v neziskové organizaci Cheiron T, o.p.s., Tábor.

Kontaktní údaje

Adresa: Cheiron, Děkanská 302/3, 390 01 Tábor

E-mail: sebankova@cheiront.cz

Mgr. et Mgr. David Havelka, Ph.D. je klinický psycholog v Dětské psychiatrické nemocnici Opařany; odborný asistent na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity. Profesní zaměření zejména na dětskou klinickou psychologii.

E-mail: havelka@ped.muni.cz

Šebánková, L., & Havelka, D. (2022). Diagnostika a intervence u sociálně podmíněného mentálního postižení: kvalitativní studie v praxi českých pedagogicko-psychologických poraden. *E-psychologie*, 16(2), 1-22. <https://doi.org/10.29364/epsy.441>