

Diagnostika dítěte s postižením

Na úvod:

- Proces „odhalování/potvrzování“ postižení je pro rodinu velmi stresující záležitostí.
- Významně ovlivní fungování celé rodiny, i širšího kruhu rodiny.
- Je zapotřebí komplexní péče pro celou rodinu - psychologická, speciálně – pedagogická, medicínská, sociální, právní) a cílem by mělo být **POMOCI ZVLÁDNOUT POSTIŽENÉMU JEDINCI A JEHO RODINĚ ZAČLENIT SE DO SPOLEČNOSTI**

Na úvod:

- Smířit se s postižením je náročný, dlouhodobý proces, který je typický určitými fázemi. Situaci navíc komplikuje i prognóza daného typu postižení, která může být na kontinuu „velmi nadějná – velmi nepříznivá“, závisí také na mnoha okolnostech:
 - kdy k postižení došlo (v prenatálním období, při narození, těsně po narození, v dětství...)
 - zkušenost s postižením třeba v rodině(neslyšícím rodičům se narodí neslyšící dítě x slyšícím rodičům se narodí neslyšící dítě)
 - jaká je míra postižení, zda se jedná o kombinaci postižení, co všechno postižení znemožňuje v běžném životě

Reakce na postižení

- Kübler-Ross (zabývá se tématy spojené se smrtí)
 - Fáze vyrovnávání se s postižením:
 1. šok, popření – nevěří, nechťejí si to přiznat, agrese, netečnost, nečekané, neadekvátní emoční reakce...
 2. hněv, kritika – hledání viníka. Kdo bývá za viníka nejčastěji označován? 1. Matka 2. Otec 3. zdravotnictví, Pocity: zdrcení, zmatek, hněv, zlost, obviňování
 3. **stadium smlouvání** – tíživou situaci vidí rodiče růžovými brýlemi, hledají řešení – únik léčitelé a zázraky, přebírání funkcí ve společnosti ve prospěch jiných dětí, ne však vlastního, časté ustrnutí na této fázi
 4. **rodiče ztrácejí zábrany, svěřují se s pocity; úlevové emoce** – pláč, smutek; uznání potřeb dítěte
 5. **stadium přijetí** – nalezení životního smyslu; rodič obrací pozornost od sebe na dítě; konstruktivní jednání – pochopení úkolu a s ním spojených hodnot.

Otázky času

- mezi prvními projevy, které mohou rodičům signalizovat, že dítě není v pořádku a dobou sdělení diagnózy - **nejistota tohoto období** je pro rodinu specifickou **stresovou situací**. Sdělení diagnózy pak může pro rodiče znamenat i **jistou formu úlevy** – „*ví, na čem jsou*“
- zahájení včasné intervence o postiž. dítě - negativně se zde mohou odrazit fáze rodiny přijímání faktu o postižení. Malým dětem „běží čas“ velmi rychle, při včasné intervenci lze dítě v jeho vývoji významně podpořit.

Rodičovská role a postižené dítě

- **pocity znehodnocení rodičovské prestiže** – narození postiženého dítěte („neumíme zplodit/porodit zdravé dítě), u dětí s postižením později získaném tyto pocity rodina nemá.
- **významná změna v socio-ekonomické oblasti rodiny** (dítě vyžaduje intenzivní péči, léčba a úprava prostředí vyžaduje náročné změny...)

Vývojová fáze rodiny, vývojové krize

- Postižení dítěte je často momentem manžeské krize – každý krizi zpracovává jiným způsobem, v jinou chvíli a odlišně dlouho, postižení dítěte se může dostávat do střetu s běžnými tranzitorními krizemi (= většinou přechodné **krize** z vývojových, předvidatelných a očekávaných životních změn či událostí)
- VÝVOJOVÉ FÁZE NUKLEÁRNÍ RODINY
 - 1. *Fáze tvoření* - 1-2 roky, zakládá se společná domácnost, rozdělení rolí ; ukončení fáze – narození dítěte; manželství →(2 roky)→dítě
 - 2. *Fáze rozšiřování (extenzní)* - po narození posledního dítěte
 - 3. *Fáze ukončení extenze* - první dítě opouští domov (stává se soběstačným)
 - 4. *Fáze zúžení* - odchod posledního dítěte
 - 5. *Fáze ukončeného zúžení* - jeden z partnerů umírá
 - 6. *Uzavření* - smrt druhého partnera

Psychocociální vývoj post. dítěte

- **postižení vliv na celou osobnost dítěte**, postižené dítě prochází stejnými fázemi vývoje jako dítě zdravé, ale v některých obdobích je zvýšené riziko vzniku další **odchylky – zejména sekundárního charakteru**
- **deprivace zapříčiněná postižením – specifický vývoj dítěte se zrakovým, sluchovým postižením, tělesným či kombinovaným.**
- **typické jsou komunikační potíže, zvláštnosti v projevech postiženého dítěte dané jeho postižením, sekundárně výskyt neurotických příznaků a poruch chování**

Psychosoc. vývoj post. dítěte – stadia dle Eriksona:

- 1. vývojový úkol – **získání důvěry, naděje** – celoživotní základ citových vztahů → rizika tohoto období: rodiče řeší postižení dítěte, setrvávají ve stadiu hněvu, popření. Chybí dostatek přijetí, lásky, dítě není stimulováno → větší **riziko** citové deprivace, resp. subdeprivace (stimulační deprivace vede k vývojovému opoždění)
- **zhruba batolecí věk** - téma autonomie (prosazování vůle, vědomé chtění) **riziko**: nereálná očekávání od dítěte; vymezování soc. odlišné role; **emancipační obtíže**: vázáno na určité místo – chybí odpoutání na dané místo, vázáno na aktuální kontakt s realitou; vazba na matku. Vážně postižené batole se jeví spíše jako kojeneček (nechodí, nemluví...)
- **stadium iniciativy – předškolní věk** – schopnost cítit vinu (svědomí) – interakce s vrstevníky → proces integrace. **První krize identity** – dochází k potvrzení odlišnosti jako stálého negativního znaku osobnosti postiženého dítěte.
- **stadium snaživé píle** – pocit méněcennosti, nedostačivosti. Integrace do běžné školy je pro dítě velmi náročnou zátěžovou situací. Vysoké nároky klade i na rodiče.

Psychosoc. vývoj post. dítěte – stadia dle Eriksona:

- **stadium identity** (sociální – ztotožnění se skupinou vrstevníků a nalezení vlastního místa mezi nimi → problém: dětská závislost na rodině; osobní identita – zralý pohled na vlastní osobu → problematika postižení hraje velkou roli – rozdíl, zda jedinec žije ve společnosti stejně postižených či v majoritní společnosti). Významnou součástí osobní identity = budoucí profesní role → volba omezená, zúžené možnosti
- další významné mezníky :
 - → nástup do zaměstnání a uplatnění – seberealizace a s tím související obtíže vzniklé vzhledem postižení
 - → hledání partnera: čím větší postižení, tím méně přijatelný jako partner. Časté upínání na pečující osobu (asistent, zdravotnický personál...) Získat zdravého partnera se stává potvrzením vlastní hodnoty – je to ideál.

Okolí, postoj společnosti

- → často **ambivalence** – kladné i záporné hodnocení (na jedné straně soucit s postiženým, na druhé straně současně s tím odpor, strach)
- → **předsudky** – laické diagnostické kritérium, vycházející převážně z neznalosti problematiky; **generalizace** – „házení všech stejně postižených do jednoho pytle“
- → **sociální stigma** – stigmatizující defekty ty, které vyvolávají nežádoucí nápadnosti

V jaké fázi vývoje JEDINCE k postižení došlo?

- **KDY POTIŽENÍ VZNIKLO** - zda se jedná o **postižení vrozené, získané v raném věku** nebo **později získané**.

Jedinec s **vrozeným postižením, či získaném v raném věku** je na postižení adaptován, není to pro něj samotného subjektivně traumatizující. Velmi traumatizující je toto zjištění pro rodiče, kteří v těch nejdůležitějších chvílích raného vývoje prochází krizí a vyrovnávají se s postižením (dlouhodobá záležitost).

- **Získané postižení** představuje pro samotného jedince větší psychické trauma, jedinec umí srovnávat, co ztratil, má ale dřívější zkušenosti, které jsou velkou výhodou + nějakou dobu, či podstatnou dobu se rozvíjel standardním způsobem.
- **příklady:** neslyšící od narození (prelingválně) – problém s osvojením slovní řeči/ neslyšící postlingválně – zachovaná verbální komunikace). Velmi důležité je takové **věkové období, kdy k postižení došlo** (školní věk, puberta, adolescence – *otázka jak dál zvládnou svoje vývojové úkoly?*)
- - **závisí také na míře postižení** – lehká nedoslýchavost – po úplnou ztrátu sluchu bez zbytků sluchu či lehká slabozrakost po slepotu bez zbytků zraku.

Specifický vývoj zrakově postižených

- **Zrakově postižené dítě:**
- → porucha zrakových funkcí může být různě závažná, kvalitativně odlišná, vzniklá v různém období a spojená s rozdílným rizikem vzniku kombinovaného postižení.
- → zrakové postižení logicky vyvolává **senzorickou deprivaci** právě v závislosti na závažnosti postižení (potíže v těchto oblastech – zraková ostrost, intenzita světla, rozsah zorného pole- např. u glaukomu – problémy v centrální nebo periferní části; barvocit)
- → **charakter zrakového postižení** → lze korigovat při potížích s akomodací čočky či nelze korigovat, pokud jsou postihnuta např. jiná místa v oku; postižení sítnice a zrakového nervu – např. perinatální retinopatie ; kortikální postižení zrakových funkcí → proměnlivost zrakové percepce, minimální atraktivita podnětů, tendence hledět do světla – na první pohled nejsou nápadnosti, které by poukazovaly na problém se zrakem.
- → **míra zrakového postižení – slabozrakost – zbytky zraku – nevidomost**

Specifický vývoj zrakově postižených

- → zrakové vnímání je naučenou funkcí → tzn. nutnost stimulace. V případě vady je nutná taková **stimulace, která podporuje zachované funkce**
- → zraková stimulace udržuje přijatelný stupeň aktivity → nedostatek vede k apatii, k omezeným reakcím, opožděným reakcím
- → bez zraku zůstává dítě neorientováno → tzn. automaticky opožďování vývoje poznávacích procesů
- → bez zraku se velmi opožďuje motorický vývoj
- → řeč opožděna být nemusí, ale specifické obtíže například při výslovnosti hlásek, které vyžadují zrakovou nápodobu; potíže dělají abstraktní pojmy – např. barvy, popis krajiny
- → narušené koverbální chování – zvláštní gesta, mimika, automatismy (uspokojování pohybové potřeby) → sociální vývoj též opožděn
- → kompenzací je sluch a hmat
- → potíže s pochopením trvalosti objektu
- → hrubá motorika – těžce zrakově postižené děti začínají později chodit – chybí jim stimulace prostředím.
- → senzomotorika – také opožděná – chybí kontrola zrakem

Specifický vývoj sluchově postižených

- Důsledky sluchových vad:
 - Chybí kontinuita dění – chabé informace o světě; nejistota, strach, omezený rozvoj poznávacích procesů
 - Narušená komunikace (komunikační potíže a vývojové zvláštnosti v rozvoji slovní řeči)
 - Omezení kognitivního vývoje
 - Ochuzení po emoční a volní stránce (vývojové zvláštnosti v oblasti citové a volní)
 - Vliv na socializaci (vývojové zvláštnosti v oblasti mezilidských vztahů)

Specifický vývoj sluchově postižených

- Vývoj SP dítěte v kojeneckém věku:
 - Nápadnosti v tomto období nebývají zřetelné
 - Velmi těžce sluchově postižené dítě nereaguje na silné zvuky, neleká se nečekaných zvuků, neotáčí hlavičku za zvukem.
 - Diagnosticky důležitý moment – přechod z pudového žvatlání na napodobivé žvatlání !!! Zde řečový vývoj ustává, zpomaluje.

Specifický vývoj sluchově postižených

- Vývoj SP dítěte v období batolecím:
 - Nejčastěji SP zjištěno v tomto období (v 1,5 roce – 2 letech)
 - Rozvoj řeči zaostává – používání a upřednostňování přirozených gest, zvláštní projevy mluvené řeči
 - Rodiče si všímají prvních výrazných zvláštností (plačtivost, podrážděnost, zlost, vztek, dítě nevnímá – je apatické, zvýšená unavitelnost, spavost, úzkost, strach)
 - Narušen proces emancipace - bojí se vzdalovat od matky
 - Opožděván bývá i vývoj motorický
 - Charakteristické jsou problémy s jídlem, vyměšováním
 - Zvláštní rituály

Specifický vývoj sluchově postižených

- Vývoj SP předškolního dítěte:
 - Vzniká stále hlubší bariéra komunikační – výrazné opoždění vývoje řeči a v souvislosti s tím i v myšlení – nutnost vhodné komunikační alternativy (např. znaky!!!)
 - Závislost na rodičích
 - Vlastní svět dítěte – místo interakce s lidmi volí hračky.
 - Typický je častý vzdor, negativismus – přetrvávající i v dalších obdobích

Specifický vývoj sluchově postižených

- Vývoj SP dítěte – školní věk:
 - ve škole a při školní zátěži – zvýšená unavitelnost, pocity nejistoty, ohrožení, komplex méněcennosti, podezřívavost a vztahovačnost, neúspěch vyvolává dráždivost, zlostné chování, afekty nebo naopak se dítě stahuje do sebe, má vnitřní svět, převládá sebelitování, melancholie
 - Výskyt neurotických příznaků a poruch chování se u neslyšících vyšší než u běžné populace školního nebo adolescentního věku
 - Nedostatek empatie, sebekontroly
 - Sobectví
 - Vůle – menší odpovědnost, povrchnost

Specifický vývoj sluchově/zrakově postižených

- Dospívání:
 - Důležitá vrstevnická skupina – často neslyšící/nevidomí, ale i tendence vymanit se z této skupiny
 - Identita (řeší postižení)
 - Láska (slyšící x neslyšící)
 - Profesní orientace (přání x reálné možnosti)
 - vzory

Vývoj řeči u sluchově postižených

- Reflexní křik, emocionální křik, broukání, pudové žvatlání = stejně jako u slyšících
- Přechod na napodobivé žvatlání (17. – 24. týden) – počátek obtíží
- Hlas – méně výrazný, nemodulovaný, hlasové projevy řídké, postrádání rytmu
- Schází sluchová kontrola vlastních činností
- Chybí tendence k imitaci řeči – nevyvíjí se spontánní mluvená řeč
- Gesta hrají důležitou roli, přednostně užívá gesta
- Typické jsou znaky v mluvní produkce těžce SP:
 - Narušeno:
 - dýchání,
 - fonace (tvorba hlasu) – audiogenní fonace = kolísání výšky hlasu, síly, monotónnost, změna barvy hlasu
 - Artikulace – audiogenní dyslálie
 - Modulační faktory řeči
 - Obsah mluvní produkce: malá aktivní slovní zásoba, dysgramatismy
- Raná komunikace mezi matkou a dítětem (slyšící x neslyšící, neslyšící x neslyšící, slyšící x slyšící)

DIAGNOSTIKA dětí s postižením

Komplexní přístup

- Psychodiagnostika je součástí komplexního diagnostického procesu dítěte s postižením a jeho rodiny
- prenatální diagnostika
- diagnostika ve velmi rané fázi vývoje (nemocnice – lékařské obory (neonatologie, neurologie, pediatrie aj.) střediska rané péče, kliničtí psychologové
- předškolní a školní období - speciálně-pedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny, kliničtí psychologové, neziskové organizace – stacionáře atp.

Specifická omezení psychodiagnostiky při postižení

- psychologické vyšetření se často opírá pouze o **kvalitativní data** – **rozhovor, pozorování**
 - ideálně v přirozeném prostředí, formou hry
- použití standardizovaných metod pro konkrétní postižení – problém české normy, malý vzorek pro normy – používají se testy pro běžnou populaci – kvalitativně zpracovávají.
- specifickými jsou v tomto ohledu i testy projektivní –
- medium rodič
- v současné době je kladen větší důraz na sledování schopnosti učení dětí v testové situaci (resp. při opakovaném vyšetření) než na pouhé hodnocení aktuálního výkonu, který závisí na minulých, často omezených zkušenostech
- - **diagnostika není o tom odhalovat pouze negativní projevy, ale zejména pozitivní stránky osobnosti**
- - **diagnóza je málo významná, kdyby nebyly současně stanovené cílené rady, jak podporovat vývojové možnosti konkrétního dítěte a doporučená podpora.**

PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE

- *Za jakým účelem k nám rodiče s dítětem přicházejí ?*
- *Známe diagnózu postižení nebo je teprve nějaké podezření?*
- *Je podezření ještě na jinou diagnózu?*

- **DIAGNÓZA postižení ZNÁMÁ x NEZNÁMÁ**
- → **diagnózu postižení známe** – tzn. víme o jaký druh postižení jde a v jaké míře, známe omezení dítěte, víme odkdy je dítě postiženo – výhoda, je možno se na psychologické vyšetření předem vhodně připravit (jde často o diagnostiku například v rámci SPC, kdy je dítě už dlouhodobě sledováno a vyžaduje například posouzení školní zralosti, profesní orientace – atd.)
- - **diagnózu postižení zjišťujeme** – tzn. podrobně zjišťujeme informace o postižení (spolupráce s odborníky)– zjistit, druh, míru postižení. Často jde o dlouhodobé, pro rodinu velmi zátěžové období, než se diagnóza skutečně potvrdí i s prognózou.

PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE Anamnéza

- všechny podstatné informace o dítěti a rodině – přehled již absolvovaných vyšetření, informace o průběhu vývoje pre-, peri-, postnatálním. Rodinné zázemí, vývojová fáze rodiny a schopnost rodiny spolupracovat, pozice dítěte v rodině, sourozenci, fungování rodiny. Raný vývoj dítěte – psychomotorický vývoj
- vhodné dělat **ROZHOVOR S RODIČI** (oběma) – také často od zdravých dětí se dozvídáme anamnestické údaje (doplní to obrázek o fungování rodiny) – u postižených dětí jsme často závislí pouze na sděleních od rodičů – **pozor** – rodiče často nadhodnocují svoje dítě – často k tomu vedou i nevhodně položené otázky. Všimnout si nápadnosti chování u rodičů (přehnaně chválí – zaměřeni na výkon x nedoceňující dítě, nevěří v jeho schopnosti x úzkostní rodiče, bázlivi, nedávající prostor dítěti, vše za dítě dělající)
- - zjistit výchovný styl, adekvátnost hodnocení dítěte, představy o dalším vzdělávání, cíle, ambice (často očekávání nejsou realistická, ambice vysoké, neodpovídají možnostem dítěte)
- - zjistit sourozence a podrobněji o sourozencích + výchovný styl a hodnocení sourozenců rodiči.
- - zmapovat vývojovou fázi rodiny a možné probíhající individuální krize napříč rodinným spektrem.
- - jakou oporu rodiče využívají, jak se vyrovnávají s každodenní zátěží postižení

Příprava na psychologické vyšetření

- U smyslově postiženého dítěte je potřeba připravit takové prostředí, které bude pro dítě vhodné!! Nejlépe uskutečnit diagnostiku v přirozeném prostředí dítěte – zejména v rané fázi vývoje dítěte (je to i moment terapeutický)
- Jakým způsobem budeme s dítětem komunikovat? Orálně x znaky x bude někdo pomáhat, např. rodič? Jsou vhodné testy verbální x neverbální?
- představa o délce a počtu použitých metod (rychlá unavitelnost dítěte, nesoustředěnost), „sběr“ informací od jiných odborníků (odborní lékaři, pedagogové, soc. pracovníci...)
- Jedno vyšetření často nestačí, vhodné úvodní seznamovací setkání
- Rozhovor s rodiči (vhodný bez dítěte) – pozor na vhodně kladené otázky
- Vyšetření dítěte – nutné sledovat jeho celkový stav (často je vyšetření nemožné nebo nedokončené, často není možné bez pomoci rodičů)
- Závěr: v případě, že vyslovujeme podezření na postižení, pak je nutné opatrnosti při sdělování (mít na paměti základy krizové intervence)
- Nejen diagnóza, ale také doporučení, co dál. Rodiče často ve chvíli oznámení nepříznivé zprávy nevnímají všechny sdělované informace – proto stručně, výstižně, závěr na papíře – popsat i nezbytné další kroky.

Posouzení rozumových schopností zrakově postižených dětí

- Posouzení celkové úrovně rozumových schopností – **Wechslerův inteligenční test** – využití zejména verbálních subtestů:
 - → **vědomosti** – mírou podnětnosti rodinného prostředí, svědčí o úrovni verbálních schopností; lze vyzorovat úroveň zájmu, zvědavosti
 - → **porozumění** – úroveň sociálního úsudku, porozumění sociálním situacím – tady postižené děti vážnou, ptž. vlivem postižení nemají zkušenosti
 - → **počty** – schopnost koncentrace pozornosti a úroveň krátkodobé paměti. Závisí na školní zkušenosti; verbální způsob výpočtů těmto dětem vyhovuje
 - → **podobnosti** – pozor, tento subtest může být spíš zkouškou míry zkušeností (děti internátní x v rodině)
 - → **opakování čísel** – aktuální úroveň pozornosti a krátkodobé mechanické paměti, děti v tomto subtestu dosahují dobrých výkonů. Nedostatek v subtestu může značit: organické postižení mozku, nižší toleranci k zátěži, zvýšenou emoční labilitu
 - → **slovník** – úroveň pasivní slovní zásoby, míra specifické informovanosti závislá na schopnosti verbálního učení; děti často pasivní znalosti – slova neumí užívat v kontextu
- → další psychologické metody: Ravenův test; hmatová úprava Kohsových kostek (ve Wechsleru) – Vágnerová 1976; pro děti od 6 let, česká standardizace. Místo barvy mají hrubý a hladký povrch.; kresebné zkoušky – v závislosti na postižení – senzomotorika, grafomotorika

Posouzení rozumových schopností sluchově postižených dětí

- WICS III:
 - Vhodné neverbální subtesty, podle míry postižení lze použít i verbální subtesty
 - Hodnotit kvalitativně:
 - Subtesty:
 - Doplnění obrázků: není nutné pojmenovat chybějící část, stačí ukázat. Prostředek ověření míry běžných znalostí
 - Řazení obrázků: obtížný subtest, chybí specifické zkušenosti, SP děti nevidí děj, ale jednotlivosti
 - Kostky: schopnost učit se, obecná míra inteligence, organické postižení CNS
 - Skládanky: obecná míra inteligence u SP, organické postižení CNS
 - Symboly: pozornost, krátkodobá paměť, práceschopnost

Standardizované psychodiagnostické metody

- Standardizovaných testů pro českou populaci postižených dětí pro konkrétní postižení je minimálně
- v závislosti na míře postižení lze využít standardizovaných testů pro běžnou populaci, výsledky je pak nutno velmi opatrně interpretovat
- důležitější, než znalost konkrétních testů, je schopnost klinického přístupu, schopnosti pozorování, provést kvalitní důkladnou anamnézu, mít znalosti z oblasti vývojových zvláštností postižených dětí
- v práci klinického psychologa ve zdravotnictví, který se dostává často do náročných diagnosticko-terapeutických situací je potřeba znalostí a dovedností z oblasti krizové intervence

Diagnostika na pracovištích

- **SRP – Střediska rané péče**
 - Pomoc, krizová intervence
 - Diagnostika dítěte
 - Informovanost o postižení, konkrétní rady a postupy
 - U sluch. post. dětí zvyk na sluchadla/korekce zraku
 - Diferenciální dg. – odlišit od MR, PAS
 - Výjezdy do rodin
 - Setkávání rodin postižených dětí
 - Kompenzační pomůcky

Diagnostika na pracovištích

- Speciálně pedagogické centrum (SPC):
 - Typy vyšetření:
 - Vstupní komplexní vyšetření (anamnéza, rozhovor a pozorování)
 - Zařazení do MŠ
 - Doporučení k zařazení do optimálního vzděl. procesu
 - Integrace (MŠ, ZŠ)
 - Jiný způsob plnění školní docházky, SPU, poruchy chování
 - Školní zralost, OŠD
 - Profesní orientace a doporučení k přijímacím zk

Diagnostika na pracovištích

■ SPC:

■ Speciálně ped. dg. SP dítěte:

- Anamnéza
- Diagnostika využití sluchu/zraku
- Vyšetření řeči a komunikačních schopností a dovedností
- Vyšetření sluchového/zrakového vnímání
- Vyšetření motoriky (jemná, hrubá)
- Vyšetření koordinace pohybů, tělesné schéma
- Přesnost, rychlost pohybů
- Mimika
- Grafomotorika
- Dýchání + vyšetření řeč. orgánů
- lateralita
- vnímání, poznávání, rozumová výchova

Diagnostika na pracovištích

■ SPC:

■ Komplexní psychologické vyšetření:

- Posouzení anamnestických údajů
- Celková vývojová úroveň dítěte (mentální, osobnostní složka)
- Práceschopnost
- Komunikační dovednosti v jazyce mluveném nebo znakovém
- Výkonová motivace
- Psychomotorické tempo
- Odolnost vůči zátěži
- Obecně u dítěte: zhodnocení stránky tělesné, kognitivní, sociální, emoční, volní, oblast chování + zvláštnosti

Diagnostika na pracovištích

- Posouzení vých. – vzděl. procesu v SPC, případně PPP (pedagogicko-psychologická poradna):
 - Reverzní test Edfeld
 - Zkouška laterality – Žlab
 - Raven
 - Test obkreslování (Matějček)
 - Kresba postavy
 - WISC – III, Stanford - Binet
 - Orientační test školní zralosti
 - Test vědomostí předškolních dětí (Matějček)
 - K – ABC. Kaufmanova hodnotící škála pro děti
 - IST
 - Kresba stromu
 - Leiterova škála (pouze jedna v ČR!!!) – sluch. postižení

Literatura:

- Svoboda M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2001): Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál.
- Květoňová – Švecová L.(2004):Edukace dětí se speciálními potřebami v raném věku a předškolním věku. Brno:Paido.

Diagnostika na pracovištích

- Kliničtí psychologové ve zdravotnictví, raná péče:
 - Vstupní vyšetření dětí do tří let:
 - Vývojová škála Gesell (5 oblastí – adaptivní chování, hrubá motorika, jemná motorika, řeč, sociální chování)
 - Vinelandská škála sociální zralosti (8 kategorií – úroveň obecné soběstačnosti, soběstačnost v jídle, v oblékání, samostatnost dítěte, činnosti, které zvládne, způsob komunikace, úroveň motoriky a sociální adaptace)
 - VŠ Bayleyová (3 části – mentální stupnice, motorická stupnice, záznam o chování dítěte)