

MODELY MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ V HISTORII, MKN-10, DSM-V A LOKÁLNÍ PRAXI

PSY403 Diagnostika inteligence a
rozumových schopností

13.4.2015

Historické pojetí mentální retardace

Vlivem starého nesprávného názoru psychologie, jako by se duševní lidská činnost skládala z jednotlivých samostatných mohutností, ustálil se aspoň v neodborných kruzích názor, že slabomyslnost znamená nedosta-
tečný vývin pouze intelektu. Již v kapitole o intelektu jsme si ukázali, že intelekt není samostatná duševní schopnost, nýbrž že znamená jen určitou kvalitu, kvantitu a směr, v jakém se projevuje celá osobnost. Jestliže se zvýší intelektové schopnosti, změní se v tomto smyslu nezbytně i vnímání, paměť, zájem, vůle, rozhodnost a vůbec celé zaměření osobnostních snah. Nelze tedy intelekt oddělovat od citů nebo od povahy a temperamentu. U slabomyslnosti zůstávají veškeré duševní schopnosti v nepravidelném poměru na nižším stupni, tedy celá osobnost ve svém celku i se svou závislostí na tělesném.

Myslivoček, Z. (1959). Speciální psychiatrie. Praha: SPN.

Intelligence je to, co měří test
intelligence.

Damage is done.

(Boring, 1923)

Od retardace k postižení – limity MKN-10

- Tradiční model MKN opřený o IQ a nejasnou definici intelektu

Tab. 9.6 Stupně intelektových schopností podle výše IQ

nadprůměr	✓ vysoký	IQ 130–140
	✓ zjevný	IQ 120–129
	✓ lehký	IQ 110–119
průměr	✓ vyšší pásmo průměru	IQ 100–109
	✓ nižší pásmo průměru	IQ 90–99
podprůměr		IQ 70–90
mentální retardace	✓ lehká	IQ 50–69
	✓ středně těžká	IQ 35–49
	✓ těžká	IQ 20–34
	✓ hluboká	IQ 20 a méně

- Jaký je rozdíl mezi intelektem, inteligencí a rozumem?

Jaký je rozdíl mezi intelektem, inteligencí a rozumem?

Horáček, J., Švestka, J. (2004). Poruchy intelektu. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha: Tigis.

Rozdíl mezi intelektem a inteligencí

Intelligence je považována za odraz schopnosti adaptovat se v praktických aspektech života (orientování se v problému, hledání nových řešení). **Intelekt** je podle většiny autorů rozumová schopnost člověka, vztahující se především k řešení teoretických problémů. Intelligence tedy bývá pokládána za vrozený základ intelektu (schopnost, která je intelektem aplikována). Oba termíny nejsou zcela přesně a jednoznačně navzájem odlišeny, takže někteří autoři hovoří pouze o inteligenci, jiní navrhují

termín **úroveň rozumových schopností**, tj. trvalejší vlastnosti jedince, které jsou podmínkou k úspěšnému vykonávání nějaké činnosti. V klinické psychiatrii jsou termíny inteligence a intelekt běžně zaměňovány bez újmy pro nemocné.

Stupně mentální retardace dle MKN

- F70
 - Lehká mentální retardace (mild mental retardation) – IQ 50–69, dříve debilita
 - Konzervativní pojmy *vzdělavatelnost a vychovatelnost*
- F71
 - Středně těžká mentální retardace, též střední mentální retardace (moderate mental retardation) – IQ 35–49, dříve imbecilita.
 - ... *nevzdělavatelnost, leč vychovatelnost.*
- F72
 - Těžká mentální retardace (severe mental retardation) – IQ 20–35, dříve idioimbecilita, prostá idiocie.
- F73
 - Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – do 19 IQ, dříve idiocie, vegetativní idiocie.
- F78, F79
 - Jiná mentální retardace
 - Nespecifikovaná mentální retardace
- Z dnešního pohledu představují zejména pojmy *vzdělavatelnost a vychovatelnost* neakceptovatelný diskurs
- Jaký je rozdíl mezi retardací a demencí?

Intelligence vs. „adaptivní schopnosti“

- *„...nelze označit za mentálně retardované mnohé z romských dětí s IQ nižším než 70, které však současně nejsou ve své rodině nijak nápadné a dobře plní všechna její očekávání, a které jsou někdy i samostatnější a sociálně obratnější než některé z dětí s nadprůměrnými intelektovými schopnostmi.“ (Krejčířová, 2001, s. 400)*
 - Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2001). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál. Kapitulu „Poruchy intelligence“ zpracovala D. Krejčířová.

Validita výsledku „klinického“ vyšetření inteligence

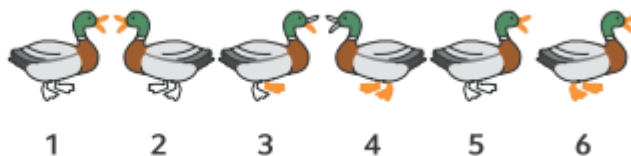
V každém řádku jsou čtyři slova.
Dej do kroužku to, které k ostatním nepatří, které se k nim nehodí:

1. tričko – míč – svetr – kabát
2. jablko – švestka – rohlík – jahoda
3. stůl – lampa – křeslo – skříň
4. myš – slepice – strom – had
5. svetr – kapesník – kalhoty – rukavice
6. mlha – déšť – kroupy – sníh
7. racek – datel – netopýr – krtek

Příklady:



Zácvičný řádek:



Pokyny

Řekněte: „**Budu ti teď říkat čísla nebo písmena. Dávej dobrý pozor a pak je řekni ve stejném pořadí. Začni opakovat teprve tehdy, až já skončím: „2, 6“; „B, F“ (atd.).** Vyslovujte vokalizované znění souhlásek: písmena B, F tedy vyslovujte jako „Bé, Ef“.

Při čtení podnětů se dívejte na dítě a čísla nebo písmena říkejte v jednosekundových intervalech, bez změny rytmu, monotónně. Čím větší je časový odstup mezi čísly nebo písmeny, tím je úkol pro dítě obtížnější. Malé odchylky od jedné sekundy ale nemají na výsledek žádný vliv.

Číslo	Úkol	Číslo	Úkol
1	2, 6	8	L, D, K, F, A
2	B, F	9	2, 5, 9, 8, 1, 10
3	5, 3, 8	10	A, L, G, K, O, C
4	C, O, G	11	5, 2, 10, 8, 1, 9, 6
5	2, 9, 6, 1	12	G, F, C, A, O, K, B
6	K, G, F, O	13	3, 10, 8, 2, 6, 1, 9, 5
7	10, 6, 8, 5, 3	14	F, O, B, K, L, C, A, D

13.

0	6	3	9	9
---	---	---	---	---

 +1

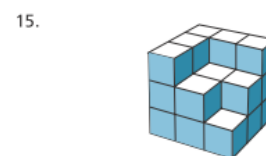
--	--	--	--	--

14.

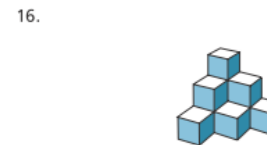
1	0	8	8	9	9
---	---	---	---	---	---

 +201

--	--	--	--	--	--



Množství _____



Množství _____

Shrnutí problémů pojetí MR v MKN-10

- Dominantní zaměření na inteligenci v **termínech IQ**
 - Tomu odpovídá metodické vybavení
 - WISC III (Testcentrum, 2002)
 - Stanfordská Binetova zkouška, 4. revize (Psychodiagnostika, 1995)
 - SON-R 2,5-7 (Testcentrum, 2008)
 - Woodcock-Johnson IE (Riverside Publishing, 1999, revize 2007)
 - Standardní progresivní matice (Psychodiagnostika 1968, znovu bez revize 1991)
 - Žádný z uvedených testů nedisponuje v češtině úplnou dokumentací (např. dle standardu EFPA) resp. nebyl dostatečně ověřen/standardizován
- Obvyklá chyba v praxi: užívání bodového odhadu hodnoty IQ namísto pásma pravděpodobnosti, resp. v manuálech uvádění zcela nesmyslných pásem (15% WISC-III; 20% SON-R!; 32% W-J!!!)

Model MR dle American Association on Mental Retardation (nyní AAIDD)

- „...a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This disability originates before age 18.“ (Tylenda, Beckett, Barrett, 2007, s. 29)
- Podstatné v tomto pojetí je, že deficit se musí projevit současně v doméně intelektu i adaptace, jinak není možno MR diagnostikovat. Deficit v obou oblastech musí být hlubší než dvě směrodatné odchylky (SD) pod průměrem při použití standardizovaného měřicího nástroje (s tím, že běžný test, jehož výsledkem je nějaká podoba inteligenčního koeficientu (IQ) se vztahuje pouze k posouzení intelektu a nikoliv k posouzení adaptace). V oblasti adaptivního chování je kritériem buď výrazný (2 SD a více) deficit v nejméně jedné ze tří oblastí (konceptuální, sociální, praktické, nebo v celkovém skóru těchto tří oblastí při použití standardizovaného nástroje).
- Adaptivní chování bylo do definice MR této společnosti (tehdy se jmenovala American Association on Mental Deficiency) zařazeno v roce 1959, při diagnostice je jeho vyšetření vyžadováno od roku 1973 (Dixon, 2007, s. 101).

MR dle DSM-IV

- *„...significantly sub-average general intellectual functioning (Criterion A) that is accompanied by significant limitations in adaptive functioning in at least two of the following areas: communication, self-care, home living, social/interpersonal skills, use of community resources, self-direction, functional academic skills, work, leisure, health, and safety (Criterion B). The onset of mental retardation must occur before age 18 years.“*
- *4 okruhy příčin: (a) dědičnost, (b) interakce více genů v rámci normální genetické výbavy, (c) dosud nediagnostikované subklinické poškození mozku a v neposlední řadě (d) výrazně podprůměrné prostředí, což znamená: nízkou stimulaci v raném vývojovém období, stres spojený s pečující osobou, velmi nízký socioekonomický status a chudobu atd.*

DSM-V: Intellectual disability

Intellectual disability (intellectual developmental disorder) is a disorder with onset during the developmental period that includes both intellectual and adaptive functioning deficits in conceptual, social, and practical domains. The following three criteria must be met:

- A. Deficits in intellectual functions, such as reasoning, problem solving, planning, abstract thinking, judgment, academic learning, and learning from experience, confirmed by both clinical assessment and individualized, standardized intelligence testing.
- B. Deficits in adaptive functioning that result in failure to meet developmental and sociocultural standards for personal independence and social responsibility. Without ongoing support, the adaptive deficits limit functioning in one or more activities of daily life, such as communication, social participation, and independent living, across multiple environments, such as home, school, work, and community.

The essential features of intellectual disability (intellectual developmental disorder) are deficits in general mental abilities (Criterion A) and impairment in everyday adaptive functioning, in comparison to an individual's age-, gender-, and socioculturally matched peers (Criterion B). Onset is during the developmental period (Criterion C). The diagnosis of intellectual disability is based on both clinical assessment and standardized testing of intellectual and adaptive functions.

Criterion A refers to intellectual functions that involve reasoning, problem solving, planning, abstract thinking, judgment, learning from instruction and experience, and practical understanding (Evans 2008; Gottfredson 1997; Harris 2006; King and Kitchner 2002; Margolis 1987; Schalock 2011; World Health Organization 2011). Critical components include verbal comprehension, working memory, perceptual reasoning, quantitative reasoning, abstract thought, and cognitive efficacy. Intellectual functioning is typically measured with individually administered and psychometrically valid, comprehensive, culturally appropriate, psychometrically sound tests of intelligence. Individuals with intellectual disability have scores of approximately two standard deviations or more below the population mean, including a margin for measurement error (generally +5 points). On tests with a standard deviation of 15 and a mean of 100, this involves a score of 65–75 (70 ± 5). Clinical training and judgment are required to interpret test results and assess intellectual performance.

A v českých podmínkách...

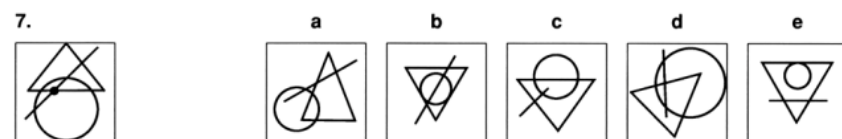
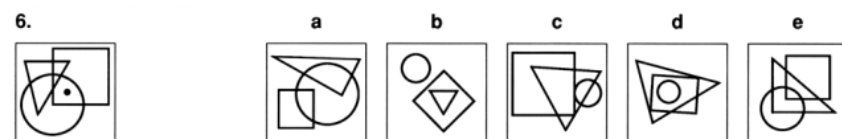
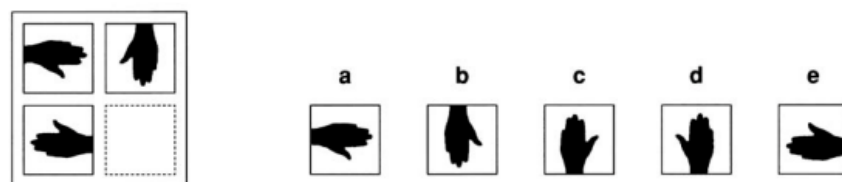
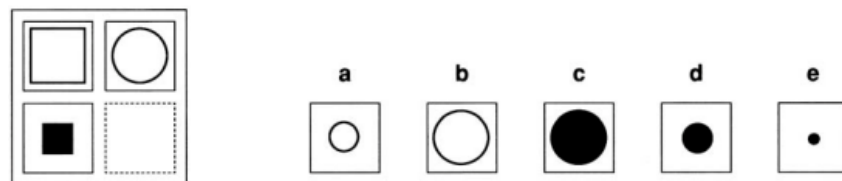
3.1 Mentální postižení

Přestože pojem *mentální postižení* nemá status *terminus technicus*, je široce zaužíván a to především v (speciálně) pedagogické a poradenské praxi, kde má také jistou legislativní oporu – viz příslušné prováděcí vyhlášky (72/2005 Sb. ve znění vyhl.116/2011 Sb., 73/2005 Sb ve znění vyhl. 147/2011 Sb.) „školského zákona“ 561/2004 Sb, ve kterých se s termínem *explicitně operuje*. Ve školské praxi se tyto legislativní normy promítají příkladně do označení *institucionálního (SPC pro mentálně postižené) či implementačního (RVP ZV LMP – Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením) charakteru. Zatímco zdravotnická oblast (především psychiatrie a klinická psychologie) využívá termín mentální postižení jako synonymum mentální retardace, ve školství může být – s ohledem na tradici – pojem chápán širěji. Terminologický a výkladový slovník speciální pedagogiky (Vašek a kol.,1994) vymezuje mentální postižení jako zastřešující pojem využívaný v pedagogické dokumentaci a ve školství, který orientačně zahrnuje prakticky všechny jedince s IQ pod 85, tedy osoby s mentální retardací a osoby nacházející se v hraničním pásmu mentální retardace. Nutno ovšem připomenout, že i zdravotnická oblast má v tomto ohledu poměrně nedávnou tradici – ještě v 8.revizi ICD WHO (1966-1979) se nacházela diagnóza 310 Mírná duševní zaostalost (slaboduchost) s pásmem IQ 68-85, tedy v dnešním pojetí přibližně hraniční pásmo mentální retardace (vlastní mentální retardace byla tehdy nazývána slabomyslností).*

Širší pojetí mentálního postižení ve školství má svoji oporu také v každodenní praxi, sic v podobě žáků, kteří pro své nižší – většinou kognitivní - schopnosti nezvládají nároky běžné školy a přitom nejsou mentálně retardováni (v době ještě nedávné se na tzv. zvláštní školy přefazovaly děti, které svými schopnostmi nestačily na výuku na základní škole. Ostatně průzkumy na těchto školách realizované před čtvrt stoletím odhalily, že většina žáků se v té době nacházela nad hranicí mentální retardace).

Mýtus „kulturně nezávislých“ testů

- Různé verze vyvíjeny od první světové války
- Původně koncipovány jako *neverbální* pro účely vyšetření negramotných branců
 - *Nezávislé na jazyku, tedy kulturně nezávislé*
- Výsledkem je velké množství vysoce abstraktních testů, obvykle s dvourozměrnými grafickými podněty
- Teprve od konce 80.let změna pohledu (ve světovém kontextu):
 - *Neverbální neznamená kulturně nezávislý*
- Mýtus o možnosti tvořit kulturně nezávislé testy stále přežívá



Proč nelze při zjišťování vzdělávacích potřeb spoléhat pouze na testy IQ

Rodina nezajišťuje dostatečně materiální potřeby dětí.

Rodina nepodporuje (není schopna, nebo nechce podporovat) dítě ve školních aktivitách a přípravě na školu.

Vztah rodiny ke vzdělání je vlažný či dokonce záporný.

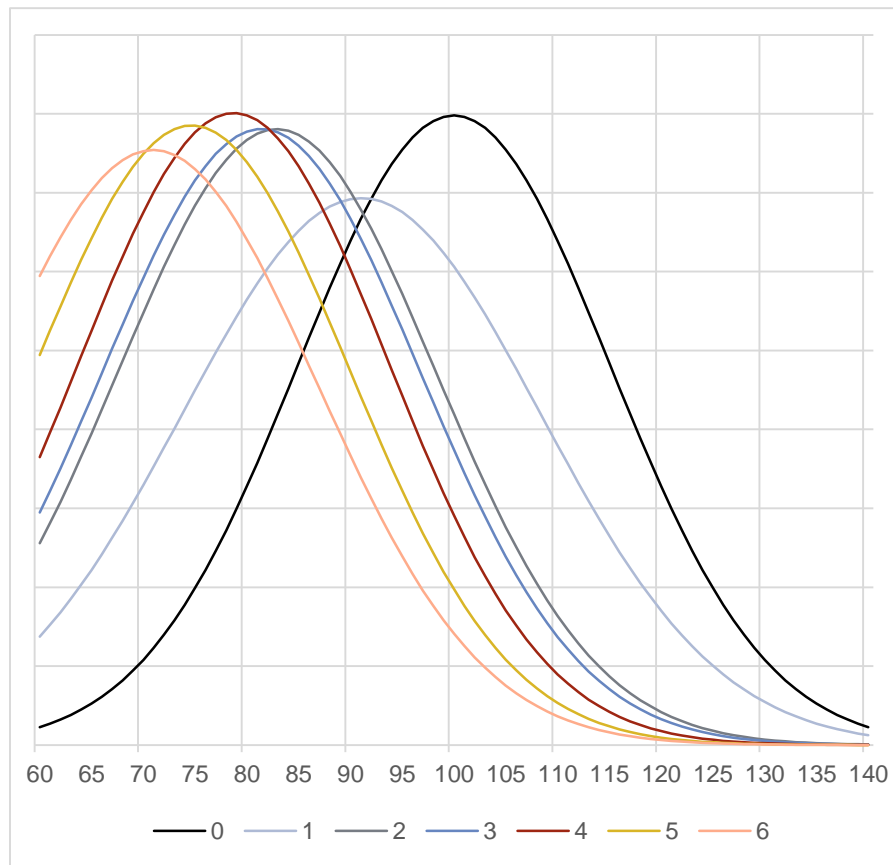
Rodina žije spíše na okraji společnosti nebo je sociálně vyloučená.

Rodina dítěte se řídí kulturními vzorci, které jsou odlišné nebo v rozporu s kulturními vzorci české společnosti.

V rámci rodiny je užíván jiný než vyučovací jazyk nebo je tento jazyk užíván nesprávně.

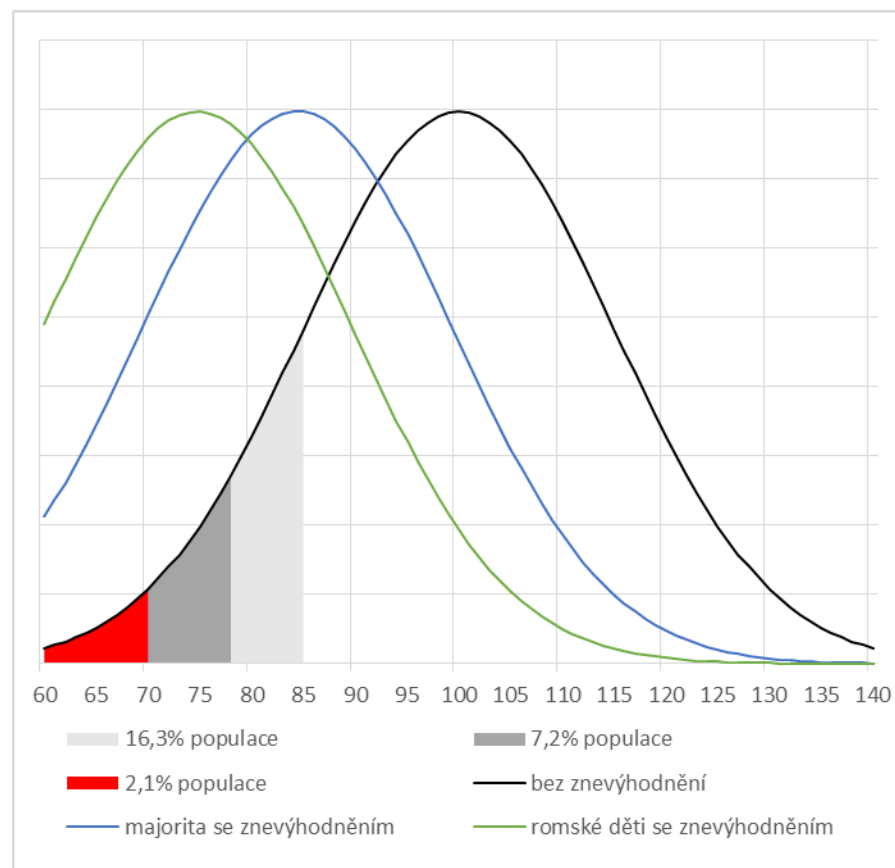
(ve vzorku 333 dětí z majority, 279 z minority, rovnoměrné rozložení indikátorů až na jazyk)

Koncepce včasné péče o děti ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí, (MŠMT, 2005)



Účinky sociálního znevýhodnění na výkon v „abstraktním“ testu CFT20R

- Dvě skupiny znevýhodněných, srovnání s běžnou populací:
 - Majoritní (obvykle 3-4 indikátory; celkem 333 dětí)
 - Snížené výkonu o cca 1 SD (15 bodů IQ)
 - Romská (obvykle 4-5 indikátorů; celkem 279 dětí)
 - Snížení výkonu o cca 1,6 SD (24 bodů IQ)
- Míra znevýhodnění (kumulace indikátorů) predikuje hloubku propadu
 - U všech indikátorů současně pod 2 SD (30 bodů IQ) – hranice mentálního postižení; rozdíl mezi romskou a znevýhodněnou majoritní populací se stírá
- Indikátor 6 (jazyk) zřejmě tvoří největší rozdíl



Výsledky CFT20R u skupin se sociokulturním znevýhodněním

Počet indikátorů znevýhodnění	Skupina se SKZ					
	majoritní populace			romská populace		
	m	s	se	m	s	se
1	-0,39	1,13	0,22	-1,66	0,59	0,26
2	-1,03	0,95	0,22	-1,89	1,06	0,43
3	-0,98	1,10	0,09	-1,43	0,79	0,09
4	-1,16	1,05	0,10	-1,70	0,85	0,08
5	-1,28	1,24	0,24	-1,86	0,86	0,11
6	-2,24	1,42	0,71	-1,88	1,01	0,22

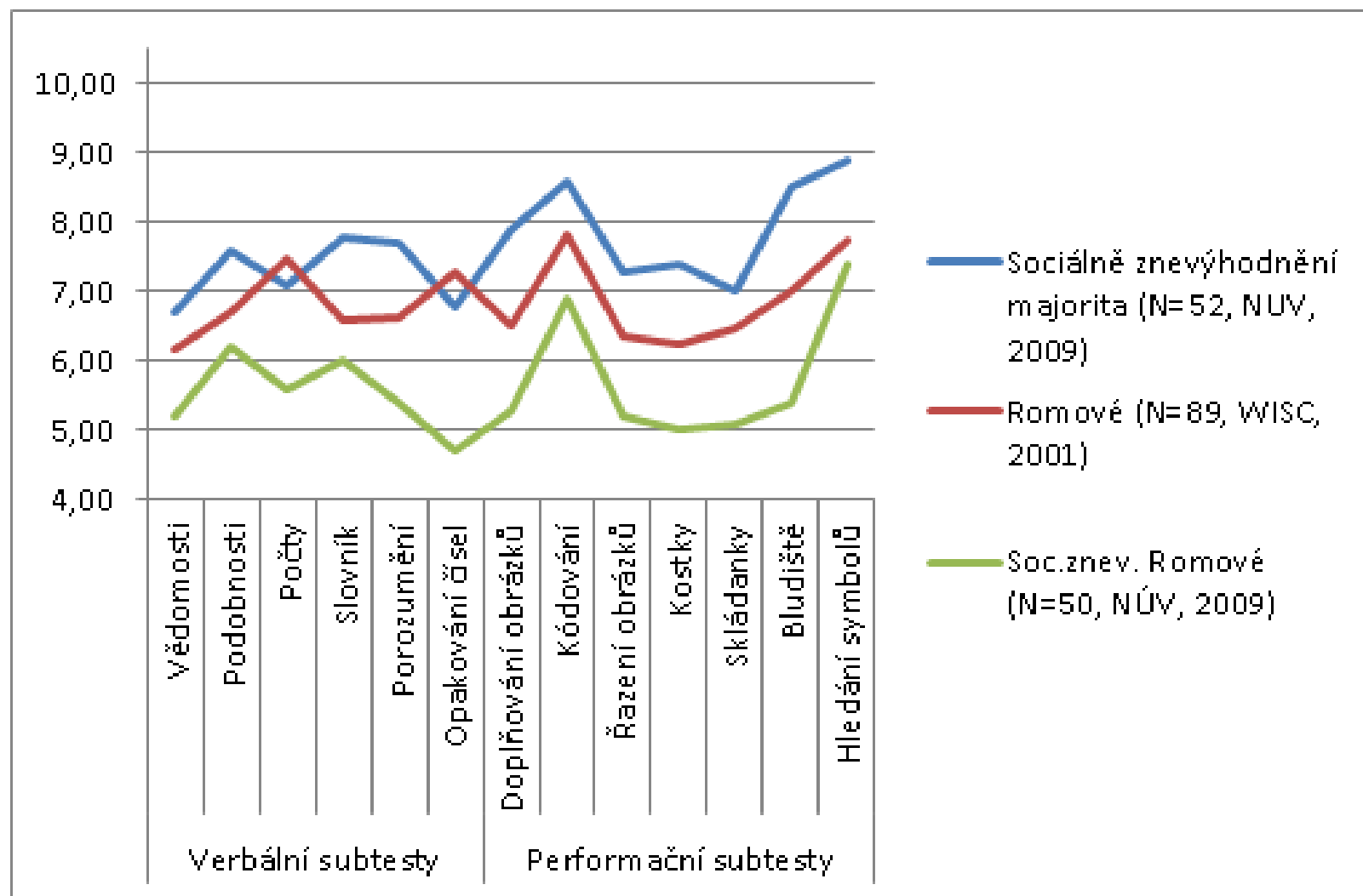
Legenda: m – průměr, s – směrodatná odchylka, se – standardní chyba průměru. Údaje o průměru jsou uvedeny v měřítku standardního skóre skupiny majoritní populace bez SKZ (průměr = 0, směrodatná odchylka = 1).

Reliabilita CFT20R u různých skupin – úroveň subtestů

	Subtest	Skupina bez SKZ			Skupina se SKZ					
		r	rxx' (SB)	rxx' (G)	Majoritní populace			Romská populace		
					r	rxx' (SB)	rxx' (G)	r	rxx' (SB)	rxx' (G)
Část 1 – standardní časový limit	Série	0,64	0,78	0,78	0,64	0,79	0,78	0,47	0,69	0,65
	Klasifikace	0,48	0,65	0,65	0,46	0,63	0,63	0,3	0,46	0,46
	Matice	0,69	0,80	0,80	0,66	0,80	0,79	0,60	0,75	0,75
	Topologie	0,44	0,61	0,61	0,42	0,60	0,60	0,20	0,34	0,33
Část 1 – prodloužený časový limit	Série	0,62	0,77	0,77	0,64	0,78	0,78	0,42	0,60	0,60
	Klasifikace	0,46	0,63	0,63	0,47	0,64	0,64	0,27	0,43	0,44
	Matice	0,67	0,80	0,80	0,67	0,80	0,80	0,56	0,72	0,72
	Topologie	0,44	0,62	0,61	0,44	0,61	0,61	0,27	0,40	0,40
Část 2	Série	0,50	0,67	0,67	0,45	0,62	0,62	0,39	0,56	0,56
	Klasifikace	0,36	0,53	0,53	0,32	0,49	0,49	0,29	0,45	0,45
	Matice	0,53	0,70	0,70	0,62	0,77	0,77	0,50	0,67	0,67
	Topologie	0,46	0,63	0,63	0,42	0,6	0,6	0,37	0,54	0,53

Pozn.: r – korelace součtového skóru lichých a sudých položek; $rxx'(S-B)$ – Spearman-Brown split-half reliabilita; $rxx'(G)$ – Guttmanova split-half reliabilita

WISC III u různých populací (měřítko vážených skóre)



Reliabilita v čase - stabilita výsledků vyšetření rozumových schopností

Odhad IQ získaný ve věku...	...lze považovat za stabilní
do 3 let věku	pouze pro okamžik odhadu
3-6 let	1 rok
6-15 let	3 roky
dospělost (stejně zdraví/podmínky)	5 let
stáří	3 roky

Odhady stability	
test-retest reliabilita (krátkodobě)	0,9 – 0,96 CIQ WISC pro Me=23 dní
stabilita (dlouhodobě)	r=0,77 při měření 6 a 18 let

Reschly, Myers, Hartel, 2002
 Wechsler, Krejčířová, Boschek, Dan, 2002
 Jones, Bayley (1941) podle Neisser et al., 1996

Důsledky v diagnostice pro školně- poradenské účely

- Pokud má diagnostika probíhat *lege artis* (DSM-V), musí
 - Zohledňovat sociální a kulturní kontext vývoje dítěte pro adekvátní interpretaci výsledků
 - Doplnit metodiku zjišťování adaptivních schopností („*praktické intelligence*“) v dítěti relevantním prostředí
 - Doplnit metodiku zjišťování *vzdělávacích potřeb* pro cílenou intervenci v rámci vzdělávání na běžných základních školách
- Nutná je podpora ZŠ
- Nedodržení těchto podmínek způsobí
 - Možnost svévolné interpretace výsledků testování
 - Absenci zjištění podstatných pro úspěšnou intervenci v rámci hlavního proudu vzdělávání
 - Zvětšení prostoru pro segregaci dětí z chudých rodin (s větším dopadem na romskou populaci)
 - Rozšíření stigmatu „mentálního postižení“ resp. „kognitivního oslabení“ na podstatnou část populace – až 16% (!)