

## Pásma intelektových schopností

Formát IQ je veľmi podrobný. Rozlišovať napr. medzi dieťaťom s IQ=112 a IQ=114 nemá klinický význam; okrem toho v skutočnosti nevieme inteligenciu „merať“ natoľko presne (90 percentné intervaly spoľahlivosti pri dobrých testoch sú okolo plus mínus osem bodov okolo nameranej hodnoty). Z praktického hľadiska, aj pre potreby komunikácie s laikmi, sa využíva zaraďovanie výkonov do tzv. schopnostných pásiem. Kedysi sa pásma zvykli deliť podľa štatistického kritéria smerodajnej odchýlky – takéto pásma však boli príliš široké. Príručky k súčasným intelligenčným testom preto odporúčajú používať interpretačné pásma po desiatich bodoch IQ (teda  $\frac{2}{3}$  smerodajnej odchýlky). Pomenovania pásiem sa test od testu rôznia. Potreba vzájomného dorozumenia však vedie k návrhu túto terminológiu zjednotiť:

IQ	Pásmo	Približné percento populácie
nad 140	extrémny nadpriemer	1 %
130 – 139	vysoký nadpriemer	1 %
120 – 129	nadpriemer	8 %
110 – 119	vyšší priemer	15 %
90 – 109	priemer	50 %
80 – 89	nižší priemer	15 %
70 – 79	podpriemer	8 %
69 a menej	výrazný podpriemer	2 %

### Výhody oproti deleniu po 15 bodoch:

- Členenie kontinua od „pod 70“ po „nad 130“ na 7 základných pásiem je jemnejšie než členenie na 5 pásiem.
- Do priemeru spadá 50 % subjektov (interval zahŕňajúci 68 % bol príliš široký).
- Vráťane vyššieho a nižšieho priemeru možno za priemerných označiť až 80 % subjektov. To vychádza v ústrety dnešnej väčšej tolerancii k inakosti.
- Za nadpriemerných alebo podpriemerných sa označuje po 10 % populácie (hranica je desiaty, resp. deväťdesiaty percentil). Vylučuje sa tak možnosť označiť za „nadaného“ jedinca s IQ=115 (čo zodpovedá 84. percentilu).
- Hranice výnimočnej úrovne schopností (IQ $\geq$ 130) a úrovne zodpovedajúcej poruche intelektu (IQ<70) ostávajú zachované na hodnote plus mínus 2 smerodajné odchýlky.

**Pozor:** Mechanické zaraďovanie schopností dieťaťa do pásma podľa hodnoty IQ zistenej pri jednorazovom testovaní nie je správne. Výsledok testovania neinterpretujeme ako „úroveň schopností“, ale ako „úroveň aktuálneho výkonu“. Ak zohľadníme intervaly spoľahlivosti, každé dieťa by sme mohli zaradiť do dvoch susediacich pásiem. Spresnenie odhadu skutočnej (no tiež iba aktuálnej) úrovne schopností dá až (viackrát) opakované testovanie. Pri hodnotách IQ ležiacich blízko hraníc uvedených pásiem nezaraďujeme dieťa striktne, ale volíme formuláciu napríklad „na hranici priemeru a nižšieho priemeru“.

V oblasti nad IQ=130 sa rozlišujú iba pásma vysokého (IQ=130-139) a extrémneho (IQ $\geq$ 140) nadpriemeru. Hoci je zrejmé, že jedinci s IQ=180 a IQ=140 nebudú rovnakí, podrobnejšie členenie hodnôt nad IQ=140 nemá praktický význam, lebo sa nijakým spôsobom neodrazí v inštitucionálnom prístupe k týmto deťom a ich rozdielne výkony sú dôvodom iba k individuálnym odporúčaniam o spôsobe edukácie. Iná je situácia na opačnom konci Gaussovej krivky, v pásme označenom ako „výrazný podpriemer“.

## Pásmo výrazného podpriemeru

Pomoc deťom s takto nízkymi kognitívnymi výkonmi vyžaduje podrobnejšie stanovenie diagnózy. Preto je zvykom jemnejšie členiť aj intelektové pásmo pod 70 bodov IQ, ktoré zvykneme nazývať tiež pásmom mentálnej retardácie (MR).

### Rozdiel medzi výrazným podpriemerom a mentálnou retardáciou:

- Termín „výrazný podpriemer“ označuje pásmo výkonu v použítom teste.
- Termín „mentálna retardácia“ označuje diagnózu v zmysle medzinárodnej klasifikácie chorôb.
- *Dieťa s výkonom v pásme výrazného podpriemeru nemusí byť mentálne retardované.* Diagnóza MR vyžaduje viac, než iba „odmeranie“ IQ. Nízky výkon v teste totiž môže byť zapríčinený aj inými faktormi, než je mentálne postihnutie, konkrétne sociálnym znevýhodnením, kultúrnou a jazykovou odlišnosťou, poruchami iných než kognitívnych funkcií (ak neboli pri testovaní zohľadnené). Pri stanovení diagnózy MR je nevyhnutné posúdiť aj sociálne fungovanie dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí (teda jeho sociálnu inteligenciu). Ak je v poriadku, nemôže ísť o mentálne retardované dieťa, aj keď jeho testové IQ je nižšie než 70.

Vo vzťahu k testovému výkonu teda treba uprednostniť vyjadrenie „výkon v pásme výrazného podpriemeru“. Pri použití spojenia „výkon v pásme mentálnej retardácie“ musí byť jasné, že hovoríme o testovom výkone, nie o diagnóze. Ak nemáme o diagnóze MR pochybnosti, treba napísať: „jedná sa o dieťa s mentálnou retardáciou“; *takto však nemožno klienta označiť iba na základe testového skóre.*

### Klasifikácia mentálnej retardácie

Zaujímavosť: V USA sa termín „mentálna retardácia“ prestal používať, nahradilo ho pomenovanie „poruchy inteligencie“ (DSM-V). V Európe zatiaľ platí MKCH-10, ktorá postihnutie intelektu označuje ako mentálnu retardáciu. Okrem rozpätia IQ pre jednotlivé stupne MR sa uvádza aj mentálny vek, ktorý takto postihnuté osoby dosiahnu v dospelosti. Porovnanie s výkonmi podľa vekovej skupiny, ktorej zodpovedajú, môže byť niekedy užitočnejšie než vyčíslenie IQ; môžeme sa pokúsiť urobiť ho aj v oblastiach, ktoré IQ-testy nezachytávajú (sociálne fungovanie). Užitočné bude tiež kvalitatívne stanovenie úrovne schopností vzhľadom na učiteľnosť klienta, ako sa to robilo v minulosti: Dieťa s ľahkou duševnou zaostalosťou je schopné (modifikovaného, prípadne redukovaného) vzdelávania. Dieťa so stredným stupňom MR sa pokladalo za „nevzdelávateľné“, ale ešte stále „vychovateľné“: samostatne zvládne prinajmenšom základné úkony sebaobsluhy. Ťažká duševná zaostalosť indikuje aj „nevychovateľnosť“ dieťaťa. Použité termíny pravda treba chápať v dobových súvislostiach. Dnes rešpektujeme právo každého jednotlivca, aj toho s ťažkým postihnutím, na vzdelanie a štát je povinný mu ho primeranou formou zabezpečiť. Aj ťažko mentálne postihnutý je schopný sa niečo učiť a naučiť.

Nasledujúca tabuľka uvádza stupne MR podľa MKCH-10, ktoré by sme aj pri našej diagnostike mali rešpektovať (mentálne postihnuté deti patria k deťom, resp. žiakom so zdravotným znevýhodnením):

IQ	MV v dospelosti	Diagnóza	Kód
50 – 69	9 – 12 r.	Ľahká duševná zaostalosť	F70
35 – 49	6 – 9 r.	Stredná duševná zaostalosť	F71
20 – 34	3 – 6 r.	Ťažká duševná zaostalosť	F72
pod 20	do 3 r.	Hlboká duševná zaostalosť	F73

Edukácia mentálne postihnutých detí môže vyžadovať ešte podrobnejšiu diagnostiku intelektovej úrovne, podľa ktorej sú zaradované do rozdielne náročných vzdelávacích programov. Problematike sa u nás v sedemdesiatych rokoch venoval L. Ličko. Aj na základe jeho úvah vypracoval v r. 2008 Stanislav Fila nasledujúce členenie:

IQ	Pásmo	Kód diagnózy
64 – 69	Ľahká forma ľahkej MR	F70
57 – 63	Stredná forma ľahkej MR	
50 – 56	Ťažká forma ľahkej MR	
44 – 49	Ľahká forma strednej MR	F71
35 – 43	Ťažká forma strednej MR	
20 – 34	Ťažká duševná zaostalosť	F72
pod 20	Hlboká duševná zaostalosť	F73

Termín „forma“ navrhol S. Fila vzhľadom na to, že diagnózy F70, F71 a F72 sa označujú tiež ako ľahký, stredný a ťažký stupeň duševnej zaostalosti. Vyjadrenia ako „stredný stupeň stredného stupňa MR“ by boli máťúce. Diagnostiku uvedených foriem samozrejme nemôžeme založiť na jednorazovo získanom IQ. Ak zohľadníme intervaly spoľahlivosti testového výsledku, nameraná hodnota môže indikovať inteligenciu spadajúcu nielen do dvoch, ale niekedy aj do troch susedných foriem. Stanovenie formy ľahkej mentálnej retardácie má zmysel iba ako podklad k návrhu stupňa obťažnosti aplikovaného vzdelávacieho programu – viac než namerané IQ o tom rozhodne úspešnosť dieťaťa vo vzdelávaní a jeho reakcia na špeciálnopedagogickú intervenciu.

### **Problematika tzv. hraničného pásma**

Termínom „hraničné pásmo“ zvykneme označovať takú úroveň intelektu, ktorá už nespadá do širšej normy, ale nedosahuje ešte pásmo podpriemeru (mentálnej retardácie). Od šesťdesiatych do začiatku deväťdesiatych rokov dvadsiateho storočia bolo toto pásmo (v rozmedzí IQ=68-85) označované ako mierna duševná zaostalosť, resp. slaboduchosť a MKCH-8 i MKCH-9 ho zaradovali k stupňom mentálnej retardácie, resp. oligofrenie. Školské predpisy potom samozrejme umožňovali deťom s takouto úrovňou inteligencie vzdelávať sa vo vtedajšej osobitnej škole.

V MKCH-10 sa však už „hraničné pásmo“ nevyskytuje. Jedinci s IQ nad 70 nie sú pokladaní za zdravotne znevýhodnených, čo má v školstve dôsledok, že ich nemožno vzdelávať podľa programu špeciálnej základnej školy, ktorý je určený žiakom s ľahkou mentálnou retardáciou.

Školský zákon vymedzuje žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami taxatívne: patria sem žiaci so zdravotným znevýhodnením, s nadaním a žiaci zo znevýhodneného sociálneho prostredia. Skupinu detí s inteligenciou v hraničnom pásme zákon pochopiteľne medzi žiakmi so zdravotným znevýhodnením neuvádza. Konštatovanie, že „inteligencia dieťaťa sa nachádza v hraničnom pásme“ nemôže teda byť dôvodom pre zaradenie dieťaťa medzi žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Pritom je nepochybné, že vzdelávanie v bežnej škole nemôžu zvládnuť a špeciálnopedagogický prístup potrebujú.

Ak teda posudzujeme deti, ktorých úroveň intelektových schopností leží v rozpätí medzi jednou a dvoma smerodajnými odchýlkami pod priemerom, nemali by sme hovoriť o „hraničnom pásme“, ale v súlade s úvodnou tabuľkou o „pásme podpriemeru“ (IQ=70-79), u tých lepších (s IQ=80-85) o „pásme nižšieho priemeru“.

Ak chceme pre tieto deti odporúčať špeciálnopedagogickú starostlivosť, musíme hľadať príčiny ich zníženého IQ. To môže súvisieť so **sociálnym znevýhodnením** – v takom prípade označíme dieťa za žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami podľa **§ 2 pís. j) a p) školského zákona**. Špeciálne prístupy k edukácii týchto detí stručne vymedzuje § 107 školského zákona.

Inou možnosťou je, že výkon v inteligenčnom teste znižujú **vývinové poruchy učenia**. Tie školský zákon ako dôvod k priznaniu špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb uvádza v **§ 2 pís. j), k), n)**.

### Poruchy učenia

Keďže sú žiaci s poruchami učenia v školskom zákone uvádzaní medzi žiakmi so zdravotným znevýhodnením, mali by sme sa pri ich diagnostike (rovnako ako pri diagnostike MR) oprieť o medzinárodnú klasifikáciu chorôb. Dôležité je tiež akceptovať najnovšie psychologické poznatky o týchto poruchách (ktoré u nás, žiaľ, nie sú príliš známe a preto nebývajú zohľadňované). Konkrétne:

- Poruchy učenia nesúvisia s úrovňou inteligencie, možno ich teda diagnostikovať aj u žiakov s vysoko nadpriemernou či výrazne podpriemernou inteligenciou (teda aj u tzv. „nadaných“, aj u podpriemerných a mentálne retardovaných).
- Tzv. diskrepančné kritérium, ktoré vyžaduje signifikantný rozdiel medzi úrovňou postihnutej funkcie a normointelektom sa už nepoužíva.
- Z dostupnej literatúry je k tomu vhodné prečítať si knihy V. Pokornej (2010), či Š. Portešovej (2011), ktoré vyšli v nakladateľstve Portál.
- Hoci sa vývinové poruchy učenia tradične označujú ako špecifické (v MKCH-10 „špecifické poruchy vývinu školských zručností“ – F81), poznáme aj zmiešané a bližšie neurčené (nešpecifikované) poruchy učenia.

#### Poruchy učenia podľa MKCH-10

Diagnóza	Špec.ped.označenie	Kód
Špecifická porucha čítania	dyslexia	F81.0
Špecifická porucha hláskovania	dysortografia	F81.1
Špecifická porucha aritmetických schopností	dyskalkúlia	F81.2
<b>Zmiešaná porucha školských zručností*</b>		F81.3
Iná vývinová porucha školských zručností*	dysgrafia	F81.8
Vývinová porucha školských zručností*, bližšie neurčená		F81.9

\* Termín zručnosti je v slovenských vydaniach MKCH-10 použitý ako preklad anglického skills. V slovenčine mu však v tomto kontexte lepšie zodpovedá termín spôsobilosti.

#### Diagnostika a diagnostické závery

Vidíme, že medicínska kategorizácia je širšia než tá, na ktorú sme zvyknutí z učebníc špeciálnej pedagogiky. Zaujme, že dysgrafia je zaradená v skupine „iných porúch“. Možné vysvetlenie je v tom, že anglická literatúra vníma dysgrafiu ako súčasť dyslexie. Tiež špecifická porucha hláskovania, ktorá sa u nás zvyčajne nediagnostikuje, má pôvod v špecifikách osvojovania si anglického jazyka. V našich podmienkach sa prejaví predovšetkým ako dysortografia.

Dôležité sú však kategórie bližšie neurčených (nešpecifikovaných) a zmiešaných porúch učenia. Diagnóze F81.9 by sme sa radšej mali vyhýbať, hoci v ojedinelých prípadoch môže byť užitočná. Podľa MKCH-10 predstavuje výrazné narušenie schopnosti učiť sa, ktoré

nie je možné pričítať ani mentálnej retardácii, ani problémom zrakovej ostrosti, ani nevhodnému spôsobu vyučovania.

**Zmiešanú poruchu školských spôsobilostí** vymedzuje MKCH-10 ako kategóriu porúch, „...pri ktorej sú významne postihnuté spôsobilosti ako v matematike, tak v čítaní alebo písaní, ale poruchu nemožno pripísať výlučne všeobecnej mentálnej retardácii alebo neprimeranému vyučovaniu. Mala by sa používať pre poruchy spĺňajúce kritériá pre F81.2 a F81.0 alebo F81.1.“

Problémy dieťaťa s intelektom „v hraničnom pásme“ zjavne nemožno pripísať mentálnej retardácii. O primeranosti vyučovania v našich školách tu nechcem diskutovať. Predstavme si však dieťa, ktoré trpí dyslexiou, dysgrafiou i dyskalkúliou súčasne, v súvislosti s tým má pravdepodobne aj znížené psychomotorické tempo. Ak mu dáme bežný inteligenčný test, nemôže ho pri priemernej inteligencii urobiť s priemerným výsledkom, jeho IQ bude s najväčšou pravdepodobnosťou ležať v podpriemernom („hraničnom“) pásme. Hodnota IQ je znížená v dôsledku zmiešanej poruchy učenia; to samozrejme neznamená, že „IQ v hraničnom pásme“ a zmiešaná porucha školských spôsobilostí sú jedno a to isté!

V prípade, keď usúdime, že znížené IQ dieťaťa možno pripísať zmiešanej poruche školských spôsobilostí, môžeme ho označiť za žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Keďže špeciálne školy ani triedy pre žiakov s touto poruchou neexistujú, budeme mu odporúčať vzdelávanie podľa individuálneho vzdelávacieho programu (či už v bežnej škole, alebo niektorej škole pre žiakov so zdravotným znevýhodnením).

Nakoľko diagnóza zmiešanej poruchy učenia nie je v našom rezorte dostatočne známa, treba diagnostické závery formulovať starostlivo a s odvolaním sa ako na MKCH-10, tak aj na školský zákon. Formulácia môže znieť: **„Ide o žiaka so zmiešanou poruchou školských spôsobilostí (F81.3). Táto porucha patrí medzi vývinové poruchy učenia, žiaka teda možno v zmysle § 2 ods. j), k) a n) zákona č. 245/2008 Z. z. označiť za žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.“**

## Literatúra

DOČKAL, V.: Meranie inteligencie. In: Komplexný poradenský systém prevencie a ovplyvňovania sociálnopatologických javov v školskom prostredí. Príloha časopisu Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 2014, č. 3, s. 6-28.

*Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH* [online]. Národné centrum zdravotníckych informácií, 2016. Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>

POKORNÁ, V.: Vývojové poruchy učení v detsťví a dospelosti. Praha: Portál, 2010.

POKORNÁ, V.: Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. Praha, Portál, 2010.

PORTEŠOVÁ, Š.: Rozumově nadané děti s dyslexií. Praha: Portál, 2011.

Pre potreby CPPPaP a CŠPP spracoval doc. PhDr. Vladimír Dočkal, CSc.

© Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie

Bratislava 2012, 2013, aktualizované v r. 2016