

Diagnostika psychomotorického vývinu, vývinové škály

Autorky: Mgr. Simona Šimková
Mgr. Mária Sabanošová

Hodnotitelky: Mgr. Silvia Olejníková
Mgr. Viera Fedorová

Recenzentka: Mgr. Barbora Gronska

Obsah

1. Prostredie.....	3
2. Kompetenčný rámec	3
3. Vzťah	4
4. Účel.....	4
5. Metódy a postupy	4
6. Diferenciálna diagnostika.....	10
7. Ďalší postup.....	13
8. Zoznam použitej literatúry.....	14

Diagnostiku vývinovými škálami využívame obvykle v ranom poradenstve. Je potrebné ju realizovať v tom prípade, keď má odborný zamestnanec podozrenie na oneskorovanie vývinu dieťaťa raného veku v jednej alebo viacerých oblastiach vývinu. Diagnostiku psychomotorického vývinu vývinovými škálami je možné využiť aj v tom prípade, ak potrebuje odborný zamestnanec orientačne posúdiť vývinovú úroveň dieťaťa s viacnásobným postihnutím, ktorú, aj napriek jeho fyzickému veku, nie je možné posúdiť inými diagnostickými metódami.

1. Prostredie

Diagnostika vývinovými škálami prebieha štandardne v poradenskom zariadení, v miestnosti prispôsobenej deťom raného a predškolského veku. V prípade detí s vážnym zdravotným postihnutím alebo závažným zdravotným stavom, prípadne z dôvodu doplnenia celkového obrazu o dieťaťi so zaostávaním vo vývine, je dôležité mať možnosť pozorovať dieťa aj v jeho prirodzenom prostredí – v domácnosti rodiny.

Miestnosť v poradenskom zariadení má mať zabezpečené prirodzené svetlo a má byť dobre vetrateľná. Čo sa týka množstva podnetov, má byť skôr podnetovo chudobná, aby sa pozornosť dieťaťa prirodzene zameriavala na testový materiál. V miestnosti sa má nachádzať koberec alebo pohodlná priestranná mäkká podložka, na ktorú je možné dieťa položiť a sledovať jeho spontánny prejav. V miestnosti sa má nachádzať čistý jednofarebný stôl, pri ktorom je možné administrovať úlohy v polohe dieťaťa v samostatnom sede alebo v sede na kolenách rodiča. Miestnosť má vyžarovať pokojnú atmosféru, príjemnú pre dieťa aj rodiča. Pri priamej práci s dieťaťom, alebo jeho pozorovaní, má byť rodič vždy prítomný a má mať k dispozícii pohodlné miesto na sedenie. Stolička, prípadne kreslo, je umiestnené tak, aby mohol rodič pozorovať dieťa a administrátora pri spoločných aktivitách a mal možnosť byť s dieťaťom vo vizuálnom kontakte. Rodič má mať k dispozícii papier na zaznamenávanie poznámok, postrehov. Štandardom by mal byť pohár s vodou a jednorazové vreckovky.

Ak má byť vyšetrenie dieťaťa realizované v domácom prostredí, je potrebné vopred sa s prostredím oboznámiť a prispôbiť ho tak, aby spĺňalo podmienky administrácie vývinovej škály. Ako pracovný stôl je možné využiť napr. kuchynský stôl – v tomto prípade prázdny. Pri dieťaťi, ktoré je schopné samostatného sedu, je možné využiť detskú stoličku používanú na kŕmenie. V miestnosti by malo byť čo najmenej rušivých podnetov (iní členovia domácnosti okrem rodičov, zapnuté rádio, TV a pod.). Ak je cieľom návštevy v domácom prostredí pozorovanie spontánnych prejavov dieťaťa (jeho bežnej výkonnosti), nie je do prirodzeného prostredia potrebné žiadnym spôsobom zasahovať.

2. Kompetenčný rámec

Diagnostika vývinovými škálami a hodnotenie psychomotorického vývinu spravidla prebieha v rámci multidisciplinárneho tímu.

S cieľom komplexného zhodnotenia psychomotorického vývinu dieťaťa na ďalšie diagnostické a diferenciálno-diagnostické účely vykonáva diagnostiku samostatný odborný zamestnanec psychológ, odborný zamestnanec psychológ s I. a II. atestáciou.

S cieľom plánovania vhodných intervenčných postupov vykonáva diagnostiku samostatný odborný zamestnanec liečebný pedagóg, logopéd a špeciálny pedagóg.

3. Vzťah

Odborný zamestnanec (ďalej OZ) má byť schopný vytvoriť atmosféru bezpečia a prijatia, v ktorej sa budú dieťa a rodič správať podľa možností čo najviac uvoľnene a autenticky. Táto úloha vyžaduje od neho dostatočnú skúsenosť vo vedení rozhovoru s rodičom a dostatok skúseností s interakciou s bežnými deťmi raného veku bez vývinových ťažkostí, ako aj s deťmi s vývinovým oslabením.

Vzťah s rodičom a dieťaťom nadväzuje OZ od prvého kontaktu. Je dobrou praxou, ak sa prvýkrát stretáva s dieťaťom a rodičom už pri ich príchode a je teda osobou, ktorá ich v zariadení víta. Uvítanie predstavuje prvú príležitosť na nadviazanie vzťahu tak s rodičom, ako aj s dieťaťom. Dieťa môžeme osloviť (napr.: „aké milé dieťaťko to k nám prichádza...“) a úsmevom naznačiť, že atmosféra počas stretnutia bude príjemná. Túto atmosféru mu ďalej pomáha navodiť prostredie čakárne, do ktorej rodiča s dieťaťom uvedie.

Čakáreň má byť prispôsobená tak, aby pôsobila prívetиво pre dieťa aj rodiča. Majú v nej byť hračky primerané ranému a predškolskému veku, detský stolík a stoličky, pohodlné miesto na sedenie. Všetko zariadenie má byť čisté, nezlomené, fungujúce. OZ usádza rodiča a dieťa v čakárni a umožní im, aby sa v prostredí adaptovali tým, že ich nechá pár minút osamote.

Následne motivuje dieťa, aby sa prišlo spolu s rodičom pozrieť do ďalšej miestnosti jednoduchou vetou typu: „Chcel/-a by si vidieť, aké hračky mám v ďalšej miestnosti? Ukážeme ich spolu mame?“ A pod.

Je vhodné, ak v úvode stretnutia OZ vždy venuje pár minút bežným konverzačným témam. Rovnako je dôležité mať na pamäti, že rodič sa môže cítiť pri vyšetrení svojho dieťaťa veľmi neisto, obvykle prichádza plný obáv a tieto jeho obavy sa môžu prenášať aj na dieťa. Administrátor vývinovej škály preto musí byť schopný primerane reagovať na jeho aktuálne emocionálne prežívanie – poskytnúť mu takú mieru psychickej podpory, ktorá je potrebná na to, aby sa dokázal čo možno najskôr uvoľniť a naplno participovať na dianí počas stretnutia tak, aby pomohol dieťaťu cítiť sa v novom prostredí bezpečne.

Počas samotnej administrácie vývinovej škály musí byť OZ schopný nadviazať kontakt s dieťaťom a udržať jeho záujem o vývinovú škálu počas celej doby jej administrácie, s cieľom získať čo možno najobjektívnejší pohľad na vývin dieťaťa. Na tento účel má byť dobre zorientovaný aj v otázkach emocionálneho vývinu detí – vedieť adekvátne podporiť dieťa napr. v období prirodzeného strachu z neznámeho človeka, alebo v období vzdoru a presadzovania svojej osobnosti.

4. Účel

Diagnostiku vývinovými škálami využívame obvykle v ranom poradenstve. Je potrebné realizovať ju v tom prípade, keď má odborný zamestnanec podozrenie na oneskorovanie vývinu dieťaťa raného veku v jednej alebo viacerých oblastiach vývinu. Diagnostiku psychomotorického vývinu vývinovými škálami je možné využiť aj v tom prípade, ak potrebuje odborný zamestnanec orientačne posúdiť vývinovú úroveň dieťaťa s viacnásobným postihnutím, ktoré aj napriek jeho fyzickému veku nie je možné posúdiť inými diagnostickými metódami.

5. Metódy a postupy

Komplexné vývinové škály slúžia na základné zorientovanie sa vo vývine dieťaťa raného veku a povahe jeho prípadných vývinových ťažkostí. Obzvlášť dôležité je ich použitie vo veku 0 – 3 roky, keď

pomáhajú zachytiť odchýlky vo vývine dieťaťa a umožňujú plánovať intervenciu vo vzťahu k stimulácii vývinu. Na tento účel môže byť použitá ktorákoľvek z komplexných vývinových škál, ktorá zachytáva základné vývinové domény, medzi ktoré patrí: verbálna a neverbálna komunikácia, hrubá motorika a jemnomotorická manipulácia, kognitívny vývin, socioemocionálny vývin, vývin hry a adaptívne správanie – správanie dieťaťa v bežných životných situáciách.

Proces:

Je vhodné aby stretnutie, na ktorom je administrovaná vývinová škála, predchádzalo minimálne jedno **úvodné stretnutie** s rodičom dieťaťa. Cieľom úvodného stretnutia je získať informácie o povahe problému – dôvode, pre ktorý sa rodič na poradenské zariadenie so svojim dieťaťom v ranom veku obracia. Ďalej tiež zistiť anamnestické údaje z raného vývinu, zdravotnej a rodinnej anamnézy dieťaťa a rodiny. Pre komplexný pohľad na povahu problémov dieťaťa OZ získava údaje aj z iných diagnostických správ, ako napr. z pedagogickej diagnostiky dieťaťa v materskej škole alebo zo správ z lekárskeho vyšetrení. Úvodné stretnutie môže prebiehať bez prítomnosti dieťaťa – nie je vhodné, ak je dieťa v ranom veku prítomné počas rozhovoru o povahe svojich ťažkostí alebo anamnestických údajoch. Na druhej strane je potrebné, aby sa OZ mal možnosť s dieťaťom zoznámiť pred samotnou administráciou vývinovej škály (pozorovanie spontánnych prejavov, väzbového správania voči rodičovi a pod.) a tiež aby malo dieťa možnosť oboznámiť sa s prostredím poradenského zariadenia skôr, než budú na neho kladené požiadavky zo strany administrátora. Z vyššie uvedených dôvodov môže ísť o dve samostatné stretnutia – prvé stretnutie s rodičom dieťaťa zamerané na rozhovor o povahe ťažkostí, získanie anamnestických údajov, analýzu zdravotnej dokumentácie a pod., druhé stretnutie s rodičom v prítomnosti dieťaťa, zamerané na pozorovanie pri voľnej a facilitovanej hre, pri interakcii s rodičom a OZ. V prípade časovej tiesne môže ísť o jedno stretnutie rozdelené do dvoch častí – prvá časť s rodičom bez prítomnosti dieťaťa (dieťa je v tej dobe napr. s druhým rodičom alebo starým rodičom v čakárni) a druhá časť stretnutia s rodičom a dieťaťom. Z odbornej praxe vyplýva, že samostatné dve stretnutia prinášajú viacero benefitov, ako napr. nižší stres na strane rodiča, možnosť pýtania sa na informácie, na ktoré mohol odborný zamestnanec pre krátkosť času pozabudnúť, alebo sa rodičovi vybavili až po absolvovaní prvého stretnutia a pod.

Súčasťou rozhovoru, pred samotnou administráciou vývinovej škály, by mali byť informácie nielen o tom, ako bude administrovanie prebiehať (kde bude rodič sedieť, aká bude postupnosť krokov v priebehu stretnutia, do akej miery môže rodič zasahovať do administrácie a pod.), ale najmä akú informáciu môžu výsledky získané vývinovou škálou rodičovi a odborníkovi poskytnúť (zreálnenie očakávaní rodiča). Aby boli výsledky získané vývinovou škálou pre rodiča relevantné (užitočné a zrozumiteľné), je dôležité zasadiť administráciu vývinovej škály do celkového kontextu povahy problému, s ktorým rodič do poradenského zariadenia prichádza. Je nevyhnutné ubezpečiť sa, že rodič dostatočne dobre rozumie dôvodom, pre ktoré má byť vývinová škála administrovaná (posúdenie aktuálnej úrovne, následná podrobnejšia analýza povahy ťažkostí, plánovanie intervencií s ohľadom na charakter oslabení), a informáciám, ktoré z nej môže s pomocou administrátora získať. OZ administrujúci vývinovú škálu musí mať dostatočné porozumenie tomu, že informácie získané vývinovou škálou nemôžu predstavovať jediný zdroj informácií o vývine dieťaťa. Preto nemenej významnú výpovednú hodnotu pre neho majú mať aj informácie získané od rodiča o úrovni adaptívneho správania a kvalitné pozorovanie dieťaťa v ambulantných podmienkach, v prípade potreby aj v domácom prostredí rodiny alebo inom prirodzenom prostredí pre dieťa (materská škola, iné zariadenie pre deti raného veku a pod.).

Stretnutiu zameranému na samotnú administráciu vývinovej škály je dôležité venovať dostatočný časový priestor. V rámci stretnutia musí byť opäť dostatok času na úvodný rozhovor s rodičom a adaptáciu dieťaťa na prostredie. V prípade, že sa u dieťaťa objaví problémové správanie a neochota spolupracovať, nie je možné vývinovú škálu administrovať. Vyšetrenie detí v ranom veku, obzvlášť detí

vo veku do jedného roka, je dôležité starostlivo napláňovať aj vo vzťahu k prirodzenému spánkovému cyklu. Dieťa musí byť počas vyšetrenia aktívne bdelé, zdravé a musí mať zabezpečené všetky aktuálne fyziologické potreby. Ideálne je nevyšetrovať dieťa bezprostredne po chorobe alebo očkovaní. S ohľadom na uvedené je optimálne administrovať vývinové škály v ranom veku (najmä u detí do jedného roka) priamo v domácom prostredí, ktoré pre dieťa predstavuje bezpečný priestor.

Rovnako je dôležité vymedziť dostatočný časový priestor aj **na komplexnú analýzu zistení** získaných v priebehu stretnutia z anamnézy, zo zdravotnej dokumentácie, pozorovaním dieťaťa a administráciou vývinovej škály. Analýza a následné vyhodnotenie je realizované bez prítomnosti rodiča a dieťaťa a má predchádzať záverečnému rozhovoru s rodičom.

Je potrebné brať do úvahy, že pri dieťati v ranom veku obvykle nie je možné zaznamenávať si zistené informácie a postrehy obširnejšie v priebehu samotnej administrácie či rozhovoru s rodičom, preto je vhodné stretnutie zaznamenať v podobe videonahrávky a mať dostatok času vrátiť sa k záznamu, vyhodnotiť ho a zaznamenať zistenia písomne. Druhou možnosťou je administrovať vývinovú škálu v prítomnosti ďalšieho odborného zamestnanca, ktorý zaznamenáva vopred dohodnuté informácie, avšak do rozhovoru ani samotnej administrácie nezasahuje. O oboch týchto možnostiach musí byť rodič dopredu oboznámený a musí s nimi súhlasiť.

V praxi poradenského zariadenia sú vývinové škály obvykle využívané na plnenie klinických cieľov. Pomáhajú multidisciplinárnemu tímu v poradenskom zariadení získať informácie o osobitostiach v rámci variability individuálneho vývinu dieťaťa a prispievajú k celkovému cieľu zachytiť prípadné zaostávanie vo vývine dieťaťa, identifikovať bariéry v procese učenia a napláňovať vhodné intervenčné postupy.

Vyhodnocovanie vývinovej škály je obvykle skôr dynamického než kvantitatívneho charakteru – analýza neúspešne riešených položiek vedie OZ k postulovaniu hypotéz o povahe prekážok – bariér, ktoré dieťa má pri riešení tej-ktorej položky. Hypotézy môžu byť následne overované modifikáciou jednotlivých položiek s cieľom lepšie porozumieť povahe ťažkostí dieťaťa.

Príkladom dynamického nazerania na administrovanie vývinovej škály môže byť napr. administrácia položky „most“, pri ktorej sú používané dve kocky ako základňa mostu, je medzi nimi medzera a na vrch sa ukladá tretia kocka. Ide o položku, na ktorú sa môžeme dívať z hľadiska kognitívneho (rozumie dieťa konceptu napodobňovania podľa predlohy?), na jej úspešné splnenie je však potrebná určitá úroveň zrelosti zraku a dostatočne dobrá úroveň manipulácie s predmetmi. Ak by sa na neúspešné riešenie položky administrátor pozeral len z hľadiska kvantitatívneho, poznačil by si do záznamového hárka (-) pre nesplnenie položky, no nedozvedel by sa veľa o dôvodoch nesplnenia. Pre rané poradenstvo je vhodné, ak vníma administráciu položky dynamicky. Ak sa dieťa opakovane pokúša umiestniť tretiu kocku na základňu z dvoch kociek, avšak kocka mu prepadá cez prázdny priestor, je veľmi pravdepodobné, že rozumie povahe úlohy a intelektuálne má teda dostatočnú kapacitu na jej riešenie. Administrátor môže mať hypotézu o vizuomotorickom deficite (ak dieťa nemá stanovenú diagnózu motorického charakteru, do úvahy v ranom veku pripadá vývinová koordinačná porucha) a môže dieťaťu modifikovať položku ponúknutím väčších kociek, ktoré sa mu podarí lepšie uchopiť, prípadne ťažších kociek, ktoré dieťaťu dajú viac informácií o polohe kocky v priestore. Prípadne môže svoju hypotézu verifikovať tým, že pridrží dieťaťu základové kocky a sleduje, ako dieťa umiestňuje tretiu kocku na základňu. Ak dieťa umiestni tretiu kocku správne, jeho hypotéza o vizuomotorickom deficite sa mu potvrdila a položku môže skórovať ako úspešne vyriešenú (+), avšak s informáciou o vizuomotorickom deficite, ktorú použije pri administrácii a interpretácii ďalších položiek a zároveň ju použije pri návrhu intervenčného postupu.

Súčasťou administrácie vývinovej škály musí nevyhnutne byť aj podrobné a cielečné dopytovanie sa rodiča vo vzťahu k výkonu dosiahnutému vo vývinovej škále a bežnému výkonu dieťaťa pri jeho

obvyklých činnostiach. Vnímavý rodič vie poskytnúť cenné informácie z domáceho prostredia, ktoré poskytnú OZ kontext na dynamické hodnotenie výsledkov získaných vývinovou škálou. Hypotézy o povahe problému dieťaťa OZ ďalej verifikuje zámerným pozorovaním bežného správania dieťaťa v ambulantných podmienkach a v prípade potreby v jeho prirodzenom prostredí. Vývinové škály sa tak stávajú súčasťou autentickej diagnostiky, pri ktorej sú informácie o dieťati zbierané na základe „priameho pozorovania, rozhovoru s rodičmi, hodnotiacimi škálami a pozorovaním pri voľnej alebo facilitovanej hre dieťaťa“ (Neisworth, J., Bagnato, S., in Zollitsch, B., Dean, A., 2010, s. 1, preklad z angl. jazyka).

Záverečný rozhovor nasleduje po analýze a vyhodnotení všetkých získaných informácií. Je dobré, ak sú pri záverečnom rozhovore prítomní obaja rodičia, ale dieťa prítomné nie je. Cieľom záverečného rozhovoru je informovať rodičov o zisteniach a poskytnúť im informácie smerujúce k náprave v zmysle:

- odstraňovania/minimalizovania deficitov,
- možností ich kompenzácie na zlepšenie fungovania dieťaťa a jeho schopnosti participácie na veku primeraných aktivitách.

Zistenia – aj tie, ktoré sú negatívneho charakteru, formulujeme vždy s víziou opatrení, ktoré je možné vykonať v budúcnosti na zlepšenie situácie dieťaťa a rodiny. Taktiež nezabúdame zdôrazniť pozitíva, ktoré sme zaznamenali u dieťaťa, ako aj v rodine dieťaťa (silné stránky na strane dieťaťa a rodiny). Jedným z cieľov je dať rodine víziu toho, že ich situácia je zvládnuteľná a v dieťati, aj jeho rodine, sú zdroje, ktoré im môžu pomôcť túto situáciu zvládnuť. Používame jednoduchý jazyk, snažíme sa vyhýbať odborným výrazom. Rodičov nezabúdame povzbudzovať ku kladeniu otázok a opätovne sa uisťujeme, či sme dosiahli potrebnú úroveň vzájomného porozumenia. Ak ide o vážnejšie zaostávanie vo vývine, oporou pre OZ poradenského zariadenia môže byť aj nasieťovanie rodiny dieťaťa na službu včasnej intervencie (sociálna služba pre rodiny s deťmi so zdravotným znevýhodnením vo veku od 0 do 7 rokov). Včasná intervencia sa primárne venuje podpore a sprevádzaniu rodiny s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením a môže pomôcť rodine hľadať vnútorné a vonkajšie zdroje na zvládnutie náročnej situácie, ktorú prináša výchova dieťaťa so zdravotným znevýhodnením. V prípade, že rodina už je poberateľom služby včasnej intervencie, je vhodné (so súhlasom rodiča) prizvať kľúčového poradcu SVI do diagnostického procesu dieťaťa. SVI spolu s rodičom môžu MDT poradenského zariadenia poskytnúť cenné informácie o fungovaní dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí.

Vývinové škály a ich dostupnosť:

Toho času nie je na Slovensku dostupná žiadna komplexná vývinová škála, zároveň nie sú dostupné jednodimenzionálne vývinové škály, ktoré by dokázali už v ranom veku podrobnejšie zachytiť zaostávanie v niektorej z vývinových oblastí. Na OZ pracujúceho s deťmi raného veku je tak kladená o to väčšia požiadavka na jeho dostatočnú klinickú skúsenosť s bežnou detskou populáciou, ako aj deťmi s vývinovými odchýlkami a jeho schopnosť oprieť sa o informácie získané autentickou diagnostikou – rozhovorom s rodičmi, pozorovaním dieťaťa počas voľnej a facilitovanej hry a pozorovaním dieťaťa pri jeho bežných denných aktivitách.

Nasledujúci text poukazuje na vývinové škály, ktoré sú v praxi používané a vzhľadom na nedostupnosť iných nástrojov vývinového charakteru môžu byť dynamicky používané naďalej, avšak je nutné mať na pamäti ich výhody, no aj limity.

Vývinová škála Brunet – Gessell sa podrobnejšie venuje diferenciacii jednotlivých oblastí správania dieťaťa. V súčasnosti ju však nie je možné zakúpiť.

Škála je určená na vyšetovanie detí od štvrtého týždňa do tridsiateho šiesteho týždňa. Pre každý vekový stupeň je stanovené charakteristické správanie dieťaťa. Jednotlivé položky testu sú rozdelené do 5 oblastí: adaptívne správanie, hrubá motorika, jemná motorika, reč a sociálne správanie.

Pre každú oblasť sa stanoví vývinová úroveň, ktorú dieťa dosahuje – ide o vek, keď dieťa dosiahne aspoň polovicu položiek. Hodnotenie a interpretácia výsledkov nie je založená len na samotných výsledkoch vo vývinovej škále. Dôležitou súčasťou je aj podrobný anamnestický rozhovor s rodičom týkajúci sa perinatálnych udalostí, hereditárnych faktorov, aktuálneho tempa vývinu dieťaťa a kvalitatívny popis jeho správania i mimo testovej situácie. Až na základe celkovej analýzy sa môže určovať aktuálna vývinová úroveň dieťaťa a vývinový kvocient – ako odhad jeho inteligencie (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

Vinelandská škála adaptívneho správania – preložené z originálu, v našich podmienkach neštandardizovaná technika. Vývinová škála predstavuje semištruktúrovaný rozhovor s rodičom, ktorý sa odohráva za ideálnych podmienok bez prítomnosti dieťaťa. Ako vyplýva zo samotného názvu, neorientuje sa priamo na zisťovanie deficitov dieťaťa v jednotlivých vývinových oblastiach, ale na zisťovanie úrovne adaptívneho správania dieťaťa (jeho bežného fungovania v jednotlivých oblastiach), ktorú posudzuje vzhľadom na populačnú normu. Hodnotenie výkonov dieťaťa len na základe výpovede rodiča nie je postačujúce na objektívne hodnotenie vývinovej úrovne dieťaťa, informácie podané rodičom o bežnom fungovaní dieťaťa sú však nenahraditeľnou súčasťou celkového obrazu o dieťati a mala by im byť venovaná primeraná pozornosť aj napriek tomu, a s vedomím, že výpovede rodiča môžu často nadhodnocovať reálnu výkonnosť dieťaťa.

Vinelandská škála adaptívneho správania je určená pre vek od 0 do 18 rokov. Normy sú rozdelené pre jednotlivé oblasti, v ktorých sa určuje, v akom vekovom období sa dieťa asi nachádza (napr. fyziologický vek dieťaťa je 3 roky a 2 mesiace, jeho výsledok v oblasti komunikácie je na úrovni 3 roky a 8 mesiacov). Vinelandská škála (používaná mnohými odborníkmi, či v klinickej alebo poradenskej praxi) má nasledovnú štruktúru: I. Oblasť komunikácie; II. Oblasť bežných denných zručností; III. Oblasť socializácie; IV. Oblasť motorických zručností. Každá z oblastí má aj svoju podoblasť.

Ďalšia oblasť, ktorá sa však bežne nepoužíva, je Oblasť maladaptívneho správania, ktorá je určená pre deti staršie ako päť rokov, jej zaznamenávanie však nie je nevyhnutné. Ako ďalšia doplnková časť sa môže použiť aj porovnanie správania dieťa v rámci skupinových noriem, kde sa označuje intenzita daných prejavov správania (značná/mierna).

Na Slovensku nemáme štandardizovanú verziu, väčšina odborníkov tak používa preklad z originálu s prihliadnutím aj na preložené normy zo zahraničia – vývinová škála sa dá aktuálne získať v zahraničí v anglickom origináli. V súčasnosti sa v zahraničí už používa VINELAND-3.

V minulosti bola na Slovensku používaná **Vinelandská škála sociálnej zrelosti**, ktorej autorom je PhDr. Jiří Kožený, CSc. Bola určená ako nástroj na odhad sociálnych kompetencií ľudského jedinca. Rozdelená je na 8 oblastí – sebestačnosť všeobecne, sebestačnosť jedlo, sebestačnosť obliekanie, samostatnosť, zamestnanie, komunikácia, motorika a sociálne začlenenie. Určená bola pre vek 0 až 25 rokov, neskôr sa používala pre vek 0 až 11 rokov, v manuáli bola upravená pre vekové obdobie od 3 do 9 rokov (Kožený, 1973). V súčasnej dobe sa škála nepoužíva.

Vývinová škála N. Bayleyovej (Bayley scales of infant and toddler development 3rd edition)

Vývinové škály Nancy Bayley sú komplexné vývinové škály, celosvetovo používané na výskumné aj klinické účely. V minulosti boli viackrát revidované, pričom posledná revízia prebehla v roku 2019 a jej výsledkom je aktuálne štvrtá štandardizácia týchto vývinových škál.

Vývinové škály N. Bayley získavajú informácie o vývine dieťaťa na základe priamej práce s dieťaťom, a to administráciou štandardizovaných položiek s využitím štandardizovaného podnetového materiálu a získavaním informácií od rodiča formou dopytovania sa.

Normy zachytávajú vekové obdobie 16 dní až 4 rokov (42 mesiacov), avšak na klinické účely sú u detí s vývinovým rizikom použiteľné aj vo vyššom veku.

Vývinové škály Nancy Bayley sa na vývin dieťaťa pozerali spočiatku globálnejšie, cez tri domény – motorickú, mentálnu a záznam o správaní dieťaťa (informácia zo Psychodiagnostiky detí a dospievajúcich, 2001). V tretej a štvrtej revízii je už vývin zachytený piatimi škálami. Motorická škála je rozdelená na škálu zameranú na posúdenie hrubej a jemnej motoriky, pôvodná mentálna škála rozpoznáva kognitívne schopnosti a reč. Reč je ďalej členená na expresiu a porozumenie reči. Zároveň je od tretej revízie možné využiť škály zamerané na socioemocionálny vývin dieťaťa a jeho adaptívne správanie.

Dve novovzniknuté škály – socioemocionálny vývin a škála adaptívneho správania, ktoré sú zahrnuté v tretej a štvrtej revízii, robia vývinové škály N. Bayley obzvlášť vhodnými na využitie v praxi poradenského zariadenia, keďže poskytujú informácie o emocionalite dieťaťa a jeho schopnosti vzťahovať sa na iných ľudí a tiež o bežnom fungovaní dieťaťa v jeho prirodzených podmienkach (aj keď omnoho menej podrobne ako to robí Vinelandská škála adaptívneho správania). Ich doplnením sa vývinové škály N. Bayley nezameriavajú len na to, čo dieťa dokáže v optimálnych podmienkach v jednotlivých oblastiach vývinu urobiť, ale tiež na to, ako dokáže svoje vývinové limity prekonávať a fungovať aj napriek svojim vývinovým deficitom. Preklápajú tým pohľad administrátora z posudzovania deficitov na posudzovanie schopnosti dieťaťa fungovať a participovať, k čomu odborníkov zaväzuje Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) v roku 2001 a jej úprava pre detskú a adolescentnú populáciu z roku 2007 (International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY). Administrátor na základe administrácie škál N. Bayley získa viacero druhov informácií. Získa informácie o výkonnosti dieťaťa vo vzťahu k norme v rámci daného fyzického veku a zároveň získa informácie o tom, aká vývinová oblasť vykazuje oslabenie a na akú vývinovú oblasť je potrebné sa podrobnejšie zamerať (akého ďalšieho odborníka v rámci MDT treba prizvať k diagnostike – logopéda, fyzioterapeuta, špeciálneho pedagóga,...). Spolu s použitím škály adaptívneho správania sa získajú informácie na plánovanie intervencií nielen s ohľadom na stimuláciu vývinu dieťaťa vo vzťahu k oslabeniu a budovaniu zručností (oslabená aktívna slovná zásoba – oslabená vývinová oblasť reč – logopédia), ale aj s ohľadom na schopnosti dieťaťa funkčne prekonávať aktuálne limity vyplývajúce z oslabenia a participovať na bežnom živote (Ako dieťa prekonáva deficit v aktívnej slovnej zásobe? Ako v prirodzených podmienkach komunikuje? Kompenzuje tento deficit? A ak áno, akým spôsobom? Ako bude tento deficit kompenzovať v materskej škole? Aké kompenzačné stratégie navrhujeme do domáceho a predškolského prostredia a prečo?).

Žiadna vývinová škála Nancy Bayley, žiaľ, nie je dostupná na zakúpenie na Slovensku, avšak české vydavateľstvo diagnostických metód ponúka možnosť zakúpenia tretej revízie, ktorá je z roku 2005. Keďže nie je zabezpečený preklad škály v jej tretej revízii, a jej štandardizácia neprebehla ani v Českej republike, ponúka české vydavateľstvo aspoň návod, ako pracovať s touto revíziou vo vzťahu k druhej revízii (BSID II), ktorá bola v ich vydavateľstve taktiež vydaná, štandardizovaná na českú populáciu a preložená do českého jazyka. Druhá revízia sa však už taktiež nedá zakúpiť, zároveň neobsahuje doplnkové škály, ktorých výhody sú spomínané vyššie. Anglická verzia v tretej alebo štvrtej štandardizácii je síce použiteľná pre administrátora, ktorý je priemerne zdatný v anglickom jazyku, no tým, že nie je dostupná jej slovenská ani česká štandardizácia, výrazne limituje použitie škál zameraných na posúdenie vývinu reči a znižuje možnosti ich použitia zo 42 mesiacov na cca 24

mesiacov.

Mníchovská funkčná vývinová diagnostika (Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik – MFED) je komplexnou vývinovou škálou, ktorú vyvinul pediater prof. Dr. Theodor Hellbrueege a jeho výskumný tím v 70. rokoch minulého storočia. Pri jej konštrukcii vychádzali autori z Gesselovej škály, s ktorou má podobnú štruktúru a spôsob realizácie. Metóda u nás nie je aktuálne dostupná na zakúpenie, v minulosti bola preložená verzia pre deti od 1. – 3. roku života, ktorá je v niektorých poradenských zariadeniach stále používaná. Pôvodná verzia určená pre deti od 1 do 3 rokov pozostáva z dvoch relatívne samostatných verzií. Prvá verzia je určená pre deti do jedného roku veku, druhá umožňuje diagnostikovať deti v druhom a treťom roku života.

Pred vyšetrením je potrebné vypočítať správny chronologický vek dieťaťa, ktorý je daný rozdielom fyzického veku a počtu týždňov, ktoré chýbali do termínu pôrodu, ak sa dieťa narodilo predčasne. Vek je udaný v ukončených mesiacoch. Odchýlka 1 – 2 týždne od normálnej dĺžky tehotenstva je považovaná za zanedbateľnú.

Samotná diagnostika zahŕňa použitie štandardizovaného testového materiálu, ktorý tvoria bežné predmety, resp. hračky, ako napr. kocky, zvonček, bábika, autíčko, ceruzky, papiera a pod. Niektoré položky vo verzii pre staršie deti sú posudzované na základe informácií od rodiča. Optimálna dĺžka trvania vyšetrenia je 1 – 2 hodiny.

Splnenie jednotlivých položiek je zaznačené do záznamového hárku podľa fyzického veku udaného v mesiacoch. Vo verzii pre 2. – 3. rok života je na posúdenie úrovne vývinu používaný interval ohraničený 50. a 95. percentilom. Úroveň zaostávania vo vývine v danej oblasti je teda daná položkou, ktorú nesplní len 5 % detí v rovnakom veku.

Výsledkom diagnostiky pomocou MFED je vývinový profil. Na jeho základe je možné formulovať hypotézy o diagnóze a zároveň je východiskom na stanovenie plánu terapie zameranej na kompenzáciu vývinového zaostávania v jednotlivých oblastiach.

V súčasnosti v Nemecku prebieha štandardizácia 2. revízie MFED pre deti od 1. – 4. roku života. Test je zameraný na posúdenie úrovne vývinu v 7 oblastiach: telesná pohyblivosť, jemná motorika, vnímanie, aktívna reč, porozumenie reči, samostatnosť a sociálne správanie (Říčan, Krejčířová, 1997).

6. Diferenciálna diagnostika

V nadväznosti na informácie získané:

- od rodiča (alebo v prípade dieťaťa predškolského veku od rodiča a zamestnancov predškolského zariadenia),
- pozorovaním dieťaťa (ambulantne alebo aj v jeho prirodzenom prostredí),
- analýzou zdravotnej dokumentácie,

umožňuje administrovanie komplexnej vývinovej škály lepšie porozumieť povahe vývinových ťažkostí dieťaťa. Získané informácie vedú OZ k stanoveniu predbežnej diferenciálno-diagnostickej hypotézy, s ktorou môže ďalej pracovať viacerými spôsobmi.

1. Podrobnejšia diagnostika jednodimenzionálnymi vývinovými škálami a nástrojmi zameranými na zisťovanie funkčnosti dieťaťa v bežnom prostredí a jeho schopnosť participovať na veku primeraných aktivitách. Napriek tomu, že v minulosti boli v našich podmienkach k dispozícii niektoré škály zamerané na podrobnejšiu analýzu jednotlivých vývinových oblastí, ako napr.: Vývinový test zrakového vnímania (Frostigová, Krallová) na hodnotenie zrakovéj percepcie,

aktuálne je ich pre raný vek k dispozícii veľmi málo. Z našich nástrojov môžu OZ vďaka kolektívu slovenských autorov využiť aspoň Test komunikačných schopností TEKOS I a II (Kapalková a kol., 2010), škály, ktoré sú použiteľné od 8 mesiacov dieťaťa. V českom jazyku je k dispozícii nástroj na hodnotenie motorického vývinu – MABC-2, ktorý je použiteľný od 3 rokov veku dieťaťa. Za predpokladu dobrej znalosti cudzieho jazyka je možné využiť tiež množstvo nástrojov dostupných v zahraničí, akými sú napr. Peabody Developmental Motor Scales (PDMS-2) alebo Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT-2), Miller Function and Participation Scale (M-FUN) na funkčné hodnotenie motoriky, Senzory Profile (SP), M-CHAT (pri normovaných škálach však narážame na problém s ich neistou validitou vo vzťahu k našej populácii), The Autism Classification System of Functioning: Social Communication (ACSF:SC), VB –MAPP na funkčné hodnotenie vývinu dieťaťa, najmä v oblasti komunikácie a sociálnych zručností, alebo Gross Motor Function Measure (GMFM), CVI Range na funkčné hodnotenie zraku. Pre deti s poruchami sluchu môžu byť použité napr. Integrovaná stupnica vývoja od Cochlear alebo IT-MAIS škála pro posouzení sluchového vnímání u kojenců a batolat.

2. V rámci MDT poradenského zariadenia môže OZ na podrobnejšiu analýzu ťažkostí dieťaťa využiť expertízu jednotlivých odborníkov MDT (zvyčajne psychológ, fyzioterapeut, logopéd, liečebný a špeciálny pedagóg), to je však bez dostupných validných nástrojov možné len v tom prípade, ak majú členovia MDT dostatok skúseností s hodnotením vývinu detí raného veku. Ak je u dieťaťa dominantne oslabená hrubo-motorická oblasť vývinu, k spolupráci v rámci MDT sa na dodatočné hodnotenie prizve prioritne fyzioterapeut. Ak je dominantne oslabená jemná motorika a/alebo aj oromotorika dieťaťa, kontaktovať sa bude pravdepodobne okrem fyzioterapeuta aj špeciálny pedagóg a logopéd MDT. Ak sú oslabenia prevažne v oblasti sociálnych zručností a komunikácie, pre podrobnejší pohľad na kvalitu oslabení bude potrebné spolupracovať so špeciálnym pedagógom a logopédom MDT. Ak sa javí, že oneskorenie vo vývine nie je neurovývinového charakteru, ale má skôr socioemocionálny podklad, ostáva diagnosticky dieťa v kompetencii psychológa MDT.

V niektorých prípadoch zistené výsledky OZ naznačia, že povaha ťažkostí dieťaťa je mimo kompetenciu poradenského zariadenia a dieťa potrebuje pred nastavením intervenčných postupov ďalšie vyšetrenia špecialistov v rezorte zdravotníctva. V takom prípade slúžia zistené informácie na formulovanie nálezu pre potreby ďalšieho vyšetrenia dieťaťa mimo MDT poradenského zariadenia. Z hľadiska diagnóz, v rámci ktorých bude OZ v rámci MDT spolupracovať s odborníkmi v rezorte zdravotníctva (a ktorých diagnostický proces by mal začať v ranom veku dieťaťa), prichádzajú do úvahy najmä diagnózy neurovývinového charakteru a poruchy zraku a sluchu.

Neurovývinové poruchy rozdeľujú Accardo a Capute (2008) na:

- spektrum dysfunkcií v motorickej oblasti,
- postihnutie v oblasti intelektu,
- genetické syndrómy, ktoré sú asociované s postihnutím v kognitívnej oblasti,
- poruchy reči,
- poruchy autistického spektra,
- poruchy učenia,
- poruchy aktivity a pozornosti.

DSM V (2013) rozdeľuje neurovývinové poruchy podobne na:

- vývinové poruchy intelektu,
- komunikačné poruchy,
- poruchy autistického spektra,

- poruchy pozornosti s hyperaktivitou,
- špecifické poruchy učenia,
- neurovývinové poruchy motoriky.

Ak sa na základe vývinovej diagnostiky javí, že ťažkosti dieťaťa vyplývajú najmä z menej podnetného alebo rizikového sociálneho prostredia, z ktorého dieťa pochádza, bude MDT viesť diferenciálno-diagnostický a intervenčný postup pravdepodobne iným smerom a nad rámec MDT bude zrejme potrebné kontaktovať aj odborníkov z rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny.

V praxi vnímame ako užitočné nahliadať na vývinové poruchy cez model, ktorý navrhli neurovývinoví pediatri Capute a Accardo (2008). V rámci tohto modelu sledujeme vývinový profil dieťaťa s cieľom posúdiť, či u neho ide o:

- vývinové zaostávanie,
- disociáciu vývinu,
- deviáciu vo vývine.

Kým vývinové zaostávanie predstavuje oneskorené dosahovanie vývinových míľnikov vo viacerých vývinových oblastiach, pri disociácii vývinu je jedna vývinová oblasť výrazne viac zaostávajúca oproti ostatným vývinovým oblastiam. Príkladom vývinového zaostávania môže byť oneskorený psychomotorický vývin – globálne zaostávanie vývinu. Príkladom vývinovej disociácie v ranom veku je napr. zaostávanie v rečovom prejave pri normálnych kognitívnych a motorických schopnostiach. Deviáciu vo vývine charakterizuje nesequenčný priebeh vývinu v jednej alebo viacerých vývinových oblastiach. Takýto nesequenčný priebeh sprevádza často napr. poruchy autistického spektra. Dieťa môže mať bohatú slovnú zásobu napr. v téme dopravných prostriedkov, ale nepoužíva základné slová ako mama a otec na oslovenie členov svojej rodiny. Kvalitné poznanie vývinového profilu dieťaťa naprieč vývinovými oblasťami vedie odborníka v rámci MDT poradenského zariadenia v prvom rade k úvahám o tom, ako zostaviť intervenčný plán pre dieťa (čomu dať v intervenciách prioritu, kedy a prečo). Zároveň predstavuje podklad, ktorý môže poslúžiť na diferenciálnu diagnostiku v rezorte zdravotníctva, ktorým môže poradenské zariadenie v rezorte školstva prispieť k stanoveniu diagnózy dieťaťa.

Odborníci v rámci MDT poradenského zariadenia spolupracujú na príprave podkladov na diferenciálnu diagnostiku dieťaťa v ranom veku napr.:

- **Pri podozrení na poruchy autistického spektra (PAS)** – poruchy autistického spektra je možné diagnostikovať až po ukončení tretieho roku, no typické oneskorovanie v sociálnom a rečovom vývine býva viditeľné od prvých mesiacov života dieťaťa. Ak skriningové vyšetrenie poukazuje na symptomatológiu, mala by sa uskutočniť diferenciálna diagnostika PAS. Diagnostika spočíva v podrobnom a dôkladnom vyšetrení dieťaťa v medzirezortnej spolupráci. V dojčenskom a batolivom veku nie je možné presne stanoviť diagnózu, je však možné stanoviť podozrenie a nastaviť vhodné intervenčné opatrenia. Medzi najčastejšie používané metódy patrí napr. CARS-2 (ChildhoodAutismus Rating Scale), ADOS-2, ADI-R, GADS.
- **Pri podozrení na narušenú komunikačnú schopnosť (NKS)** – logopéd ako člen MDT môže hodnotiť porozumenie reči, expresívnych jazykových schopností u detí do troch rokov testami TEKOS I a II, rozborom rečovej vzorky podľa Laheyovej modelu rečového vývinu, môže hodnotiť vývin foneticko-fonologickej roviny, rozborom reči alebo Dotazníkom fonetického repertoáru a skúškou nekonzistencie. Taktiež je možné využiť aj vývinové škály a kritériálne orientovanú diagnostiku. U detí starších ako tri roky sú k dispozícii ďalšie diagnostické nástroje so zameraním na porozumenie, expresívne jazykové schopnosti, naráciu, vývin

foneticko-fonologickej a pragmatickej roviny a ďalšie. Podrobnejšie sú uvedené v časti logopedickej diagnostiky.

- **Pri podozrení na odlišnosti v motorickom vývine** – vývinové škály dokážu pomerne kvalitne zachytiť odlišnosti vo vývine hrubej a jemnej motoriky. Poruchy motorického vývinu závažnejšieho charakteru sú vo väčšine prípadov zachytené pri pravidelných prehliadkach u všeobecného lekára pre deti a dorast, jemnejšie odchýlky vo vývine však vyžadujú podrobnejšiu analýzu, ktorú v ranom veku umožňuje práve diagnostika vývinovými škálami. Vo veku troch rokov je už možné použiť aj jednodimenzionálnu škálu zameranú na oblasť motoriky – MABC-2. Tá sa považuje vo svete za „zlatý štandard“ pri diagnostike oneskoreného alebo narušeného motorického vývinu. Je dobrým prediktorom napr. vývinovej koordinačnej poruchy, ktorá je v našej odbornej praxi pomerne málo známa, aj keď jej symptómy je možné nájsť u mnohých klientov raného veku. Je možné sa s ňou oboznámiť napr. v Diagnostickom a štatistickom manuáli duševných porúch (DSM V).

7. Ďalší postup

Východiskom pre podporné opatrenia a samotné intervenčné postupy, ktoré vychádzajú z diagnostikovaných vývinových porúch, by mal byť koncept Svetovej zdravotníckej organizácie postulovaný v dokumente Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (ICF), na základe ktorého by mali byť súčasťou intervenčného plánu:

- intervencie orientované na dieťa – intervencie zamerané na prácu s odstraňovaním, resp. minimalizovaním deficitu,
- intervencie zamerané na prispôsobovanie prostredia, v ktorom dieťa vyrastá (domácnosť, materská škola, základná škola) – a to tak, aby prostredie umožňovalo čo najväčšiu mieru zapojenia dieťaťa do vývinovo bežných aktivít aj napriek existujúcemu deficitu (Occupational therapyforchildren a adolescents, Seventhedition, Jane Case-Smith, Jane CliffordO'Brien, Copyright 2015 by Mosby, animprint of Elsevier Inc).

Odborný zamestnanec sa na základe výsledkov diagnostiky vyjadří na účel poskytnutia podporného opatrenia. Vyjadří sa, ktoré podporné opatrenia pomôžu dieťaťu/žiakovi prekonávať prekážky vo vzdelávaní a tým sa plnohodnotne zapájať do výchovy a vzdelávania a rozvíjať svoje vedomosti, zručnosti a schopnosti. Vo vyjadrení na účel poskytnutia podporného opatrenia určí aj potrebný rozsah podporného opatrenia. Katalóg podporných opatrení špecifikuje podporné opatrenia vo výchove a vzdelávaní podľa § 145a školského zákona.

V našich podmienkach majú intervencie zamerané na odstraňovanie alebo zmierňovanie deficitu (na dieťa orientované metódy) dlhoročnú tradíciu (napr. zlepšovanie motorickej koordinácie dieťaťa, zlepšovanie výslovnosti a pod.), aj keď poradenské zariadenia sa väčšinou fokusovali na prácu s deťmi až v predškolskom veku a intervencie pre raný vek boli skôr doménou ambulantnej starostlivosti v rezorte zdravotníctva. Ak sa poradenské zariadenia zameriavali aj na prácu s deťmi v ranom veku, využívali viacero metód, v závislosti od typu oslabenia alebo problémov dieťaťa, a to napr.: terapia podľa Vojtu, Bobath koncept, Bazálna stimulácia, Sensorická integrácia, metóda Márie Montessori, metóda R. Feuersteina, metóda Sindelarovej, Terapia hrou, Filiálna terapia, TEACH, prvky Aplikovanej behaviorálnej analýzy a pod.

Prevažne ambulantný charakter služieb v poradenskom zariadení neposkytoval dostatok priestoru na prácu s prostredím dieťaťa (hľadanie príležitostí na zlepšenie funkčnosti a participácie dieťaťa v jeho bežnom prostredí), ktorá sa podľa spomínaného dokumentu Svetovej zdravotníckej organizácie ukazuje pre zlepšenie fungovania dieťaťa minimálne rovnako dôležitá ako je práca na minimalizácii

vývinových deficitov. Zmena v tomto smere je aktuálne nevyhnutná, bude však vyžadovať podporu služieb terénneho charakteru (návštevy v domácom prostredí v ranom veku dieťaťa v koordinácii so sociálnou službou včasnej intervencie; konzultácie a konziliárne stretnutia MDT a podporných tímov materských a základných škôl v priestoroch materských a základných škôl), v nadväznosti na sociálnu službu včasnej intervencie a ambulantné služby poskytované rezortom zdravotníctva, zároveň tiež väčšiu mieru partnerstva a spolupráce s rodičom dieťaťa. Potrebné bude pravdepodobne aj dodatočné vzdelávanie a supervízia odborných zamestnancov poradenských zariadení v metódach orientovaných na životný kontext dieťaťa a rodiny.

V oblasti diagnostiky detí v ranom veku je potrebný preklad a štandardizácia vyššie uvedených komplexných vývinových škál na našu populáciu.

Tento štandard je dôležité považovať za najbližší cieľ, ku ktorému by sme sa v zariadeniach poradenstva a prevencie mali pri diagnostickej činnosti detí v ranom veku čo najviac snažiť priblížiť. Pri jeho aplikácii v praxi je však potrebné vychádzať z individuálnych materiálnych a odborných možností, ktorými každé zariadenie disponuje.

8. Zoznam použitej literatúry

ASTERZOLLITSCH, B. – DEAN, A. 2010. Authentic Assessment in Infant & Toddler Care Settings: Review of Recent Research [online]. Dostupné na internete: <https://ecpcprofessionaldevelopment.dec-sped.org/wp-content/uploads/Resources/Authentic-Assessment-Child-Care.pdf>

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

HELLBRUEGGE, T. 1995. Munich Functional developmental diagnosis. Trivandrum, Kerala, India: Theodor Hellbruegge International Institute for Developmental Rehabilitation, 1995. 332 s. ISBN 81-86312-11-0.

ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. 1997. Dětská klinická psychologie. 3. vydanie. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.