

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií



HISTORICKÁ REMINISCENCE KLASIFIKAČNÍCH SYSTÉMŮ

OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

**HISTORICAL OF THE CLASSIFICATION SYSTEMS OF MENTALLY
CHALLENGED**

(bakalářská práce)

Autor: Monika Smolíková

Vedoucí práce: doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

Olomouc 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. PaedDr. Olgy Krejčířové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 3. dubna 2009

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za cenné rady a také celé své rodině a nejbližším za psychickou podporu, ochotu a trpělivost pomáhat mi.

Anotace

Práce je primárně zaměřena na historický popis klasifikačních systémů osob s mentálním postižením na území Českých zemí včetně terminologického ukotvení. Psychopedie, jako jedna z mála oblastí speciální pedagogiky, má nejsložitější historickou terminologii, se kterou se váží obtíže v klasifikačních systémech osob s mentálním postižením. Cílem práce je tedy postihnout kritéria, podle kterých různí autoři klasifikovali mentální retardaci v minulosti. Vzhledem k pochopení základního vývoje v Českých zemích je nutné poukázat na význam francouzských osobností, které se věnovaly klasifikaci na přelomu 18. a 19. století. Následný vývoj v Českých zemích je charakterizován od počátků institucionální výchovy do 60. let minulého století.

Obsah

1	Úvod	7
2	Terminologické vymezení	9
2.1	Psychopedie	9
2.2	Klasifikace	9
2.2.1	Problémy klasifikace	11
2.2.2	Úkol psychopedie v historii a současnosti	12
2.3	Slabomyslnost	12
2.4	Mentální retardace	13
2.5	Historie	14
3	Nástin situace ve Francii v době Velké francouzské revoluce	16
3.1	Institucionalizace	17
3.2	Revoluční léčba Philippa Pinela	18
3.2.1	Pinelova klasifikace	20
3.2.1.1	Klasifikace duševního onemocnění	20
3.2.1.2	Klasifikace idiocie	20
3.2.1.3	Z hlediska etiologického	21
3.3	Ostatní „revolucionáři“ ve Francii	21
3.3.1	Jean Etienne Dominique Esquirol	21
3.3.1.1	Klasifikace	22
3.3.1.2	Klasifikace slabomyslnosti podle stupně postižení	22
3.3.1.3	Klasifikace podle doby vzniku	22
3.3.1.4	Symptomatická klasifikace	22
3.3.2	Jacques Étienne Belhomme	23
3.3.3	Paul Sollier	24
3.3.3.1	Klasifikace	24
4	Situace v Evropě	24
5	Vývoj v Českých zemích	25
5.1	Institucionální výchova jako podklad pro ucelenou klasifikaci v 19. století	25
5.1.1	Karel Slavoj Amerling	26
5.1.1.1	Fyziologická klasifikace K. S. Amerlinga	26
5.1.1.2	Etiologická klasifikace	27
5.1.2	Josef Šauer z Augenburgu	28
5.1.2.1	Klasifikace	28
5.1.2.2	Etiologická klasifikace	29
5.1.3	Jan Kapras	29
5.2	Klasifikační systémy ve 20. století	31
5.2.1	Význam testů inteligence ve 20. století	31
5.2.1.1	Binetova stupnice z roku 1911	32
5.2.1.2	Binetova klasifikace	33
5.2.2	Prof. MUDr. Karel Herfort	34
5.2.2.1	Kritéria klasifikace	34
5.2.2.2	Členění dle míry vzdělavatelnosti	34
5.2.2.3	Kvantitativní členění podle stupně postižení inteligence	35
5.2.2.4	Klasifikace dle klinických symptomů	35
5.2.2.5	Členění dle etiologie	36
5.2.3	Jan Mauer	37
5.2.3.1	Míra vzdělavatelnosti	37

5.2.3.2	Biologické a psychologické aspekty	38
5.2.3.3	Závěry Mauerovy klasifikace	39
5.2.4	František Čáda	39
5.2.4.1	Typologie lidské společnosti	40
5.2.4.2	Klasifikace dle vymezených rozdílů	41
5.2.4.3	Klasifikace dle stupňů	41
5.2.4.4	Klasifikace podle míry postižení	41
5.2.4.5	Klasifikace podle druhu péče	42
5.2.5	Konrád Sedláček	42
5.2.5.1	Klasifikace slabomyslnosti podle projevů chování	42
5.2.5.2	Etiologická klasifikace	43
5.2.6	World Health Organization	44
5.2.6.1	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů	44
5.2.6.1.1	Klasifikace dle IQ	45
5.2.6.1.2	Intelligenční kvocient jako míra vzdělatelnosti a vychovatelnosti	45
5.2.7	60. léta 20. století	47
6	Závěr	49
7	Použité zdroje	51

1 Úvod

Jako téma své závěrečné bakalářské práce jsem si zvolila oblast, zaměřující se na historické aspekty klasifikačních systémů u osob s mentálním postižením. Mentální postižení můžeme chápat jako širokou škálu postižení, omezující duševní činnost a vývoj dítěte po stránce psychické. Cílem mé práce samozřejmě není postihnout celou, relativně pestrou, paletu lidského duševního postižení. Tato práce by byla velmi obširná a obsahově náročná. Proto jsem se v oblasti mentálního postižení zaměřila na zhodnocení klasifikačních systémů, které se vztahují ke specifické skupině mentálního postižení, k mentální retardaci. Někteří autoři pojímají termíny mentální postižení a mentální retardace jako synonyma (Černá, 2008; Jakabčič, Požár 1995; Michalíková, Mišová 2003). Avšak dle názorů dalších odborníků je třeba vymezit rozdíl mezi mentálním postižením a mentální retardací (Valenta, Müller 2003, Vašek, 1994). Mentální postižení můžeme chápat jako zastřešující termín pro více kategorií duševního onemocnění, které se vztahuje na všechny jedince, kteří mají IQ pod 85.

Cílem mé práce je pojmout klasifikaci na našem území od svých počátků. Přičemž je dle mého názoru důležité popsat i koncepce, ze kterých klasifikační systémy v českých zemích vycházely. Patrný je vliv zejména Francie, proto jsem blíže specifikovala právě autory klasifikačních koncepcí z této oblasti. Vliv francouzských myslitelů je zřejmý již v dobách Velké francouzské revoluce, proto se v rámci časové linie zaměřím na vymezení klasifikačních teorií v tomto období. V rámci vývoje v Českých zemích postihují klasifikaci od počátků institucionalizace do 60. let minulého století.

Dnešní klasifikační systémy se opírají o soudobé výzkumy v oblasti medicíny, speciální pedagogiky, psychologie a sociologie. V dřívějších dobách většinou převládala některá z těchto oblastí. Mým úkolem je zjistit, které oblasti, ovlivňující klasifikaci, převažovaly v určitém období 19. s 20. století.

Bylo by možné vyjmenovat mnoho osob, které svůj život zasvětili péči a studiu mentálně znevýhodněných, avšak vzhledem k jejich četnosti

jsem si pro svou práci vybrala pouze ty, které dle mého názoru nejvíce přispěly k formování klasifikačních systémů.

2 Terminologické vymezení

„Definovat něco je jakési poškrábání, po němž svědící místo svědí ještě víc.“

(Samuel Butler)

2.1 Psychopedie¹

Definování tohoto termínu je obtížné vzhledem ke složitosti klasifikačních systémů. Akademický slovník cizích slov vymezuje tento pojem jako „obor speciální pedagogiky, který zkoumá důsledky mentálního postižení dětí a věnuje se možnosti jejich výchovy a vzdělávání“ (Kraus, 1998, s. 634).

Defektologický slovník vymezuje psychopedii jako „speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá zkoumáním zákonitostí vývoje, výchovy a vzdělávání osob mentálně retardovaných a psychicky postižených“ (Edelsberger, 2000, s. 291).

2.2 Klasifikace

Termín klasifikace vymezuje Akademický slovník cizích slov z několika různých hledisek. Při definování tohoto pojmu v psychopedickém kontextu, můžeme z množství definic využít pouze jednu. Ta vymezuje klasifikaci jako „řazení do skupin podle jistých hledisek, třídění“ (Kraus, 1998, s. 389).

Pojem mentální retardace můžeme vnímat a následně jej definovat z rozdílných pohledů a podle různých kritérií (Krejčířová a Hutýrová, 2006, s. 9):

- „Z hlediska etiologie (příčin),
- podle klinických symptomů,
- podle vývojových období,
- podle hloubky postižení,
- podle stupně inteligence.“

¹ Pojem do naší terminologie zavedl František Štampach, po roce 1945. Vycházel tehdy analogicky z pojmu logopedie. Původně tento termín v sobě obsahoval také problematiku dětí a mládeže tzv. obtížně vychovatelné, mravně vadné, emocionálně a sociálně narušené, která se v šedesátých letech minulého století vyčlenila jako etopedie (Edelsberger, 2000, s. 291).

Klasifikační systémy můžeme vidět jako velmi progresivní pojem, který se mění, doplňuje či upravuje velmi rychle. Jako ukázkou můžeme uvést hlediska, která ovlivňovala definování a vlastní klasifikaci v roce 1982 dle Dolejšího (Kysučan, 1982, s. 14 – 15):

- 1) „Hledisko intelligence, vyjádřené nejčastěji IQ.
- 2) Hledisko sociální začlenitelnosti jedince, jeho užitečnosti, navíc se hodnotí závislost osoby na pomoci druhých.
- 3) Hledisko etiologické a klinické, které člení duševní onemocnění na stav:
 - a. Vrozený, tzv. familiární retardace.
 - b. Získaný, kdy opoždění vzniklo na podkladě encefalopatie, infekce atd.
 - c. Stav napodobující duševní opoždění, tzv. pseudooligofrenie, která vznikla v důsledku vážných emočních poruch a primitivních sociálně ekonomických životních podmínek.
- 4) Hledisko terapeutické a prognostické:
 - a. Podle dříve míněných názorů je slabomyslnost porucha trvalého rázu, kdy je rozumový vývoj na určitém stupni zastaven a dál již nepokračuje. Inteligenční kvocient je tedy stálý a naměřená intelligence se nemění od předškolního věku až do dospělosti.
 - b. Dle Dolejšího u řady jedinců s duševním opožděním lze dosáhnout určitého pokroku.
 - c. Avšak u některých případů (stav demence) dochází k četným regresím, obvykle v závislejících na druhu a průběhu onemocnění CNS.“

Žádná jiná oblast speciální pedagogiky nemá tak složitou historii terminologie jako psychopedie. Vezmeme-li v úvahu, že poznatky uvedené výše jsou relativně „novodobé“, musíme se vrátit o mnohá desetiletí zpět a uvědomit si dobovou atmosféru, diagnostické metody či medicínské možnosti, které se odrážely v klasifikačních systémech dobových lékařů, pedagogů a psychologů.

Sociální začlenění bylo v některých případech nereálné. Hledisko inteligence můžeme hodnotit po objevu testovacích metod Alfreda Bineta. Etiologie a klinické hledisko se úzce pojilo s výzkumem v oblasti medicíny a mnohým vědcům zbývalo v podstatě pouze pozorování a samotná práce s jedinci duševně nemocnými. Velmi často je v historii užívána také klasifikace, která vychází z hodnocení míry vzdělavatelnosti. Toto hledisko dnes již není využíváno, vycházíme z předpokladu, že všechny osoby s jakýmkoli znevýhodněním jsou za jistých okolností vzdělavatelné a vychovatelné. Toto stanovisko také ovlivňuje hledisko prognostické. Pokud jsem osoby vychovatelné a vzdělavatelné, zvyšuje se také jejich inteligenční kvocient.

2.2.1 Problémy klasifikace

Klasifikační systém je fenomén, který nemůže být nikdy zcela přesný a to hned z několika důvodů. Pracuje vždy jen s jedním kritériem, přesné ohraničení určitých skupin či stupňů je téměř nemožné a vzhledem k neustálému vývoji jedince dochází k přerazování uvnitř skupiny či mezi skupinami samotnými. S nerovnoměrností postižení v jednotlivých stránkách lidské osobnosti klasifikační systémy nepočítají a vytvoření ucelené koncepce jednoho klasifikačního systému by bylo zřejmě naprosto nemožné. Největším problémem je zejména klasifikace dle etiologie. Ve většině případů nelze přesně vymežit, zda je příslušné mentální postižení způsobeno pouze biologickými faktory, nebo jestli se na něm podílí také sociální vlivy, popř. životní zkušenosti jedince (Švingalová, 1998, s. 40).

Pokud vezmeme v potaz historické fáze, ve kterých se psychopedie a klasifikace s ní spojená vyvíjela, můžeme spatřit zásadní problém a tím je subjektivní hledisko, podle kterého autoři hodnotili a třídili mentálně postižené osoby v rámci svého oboru. Nejednotnou terminologii se pokusila vyřešit Světová zdravotnická organizace (WHO), která v roce 1968 vymezila již zažitě stupně oligofrenie² pomocí IQ.

² V psychiatrické praxi se již ve 20. století ustálil termín oligofrenie, který zahrnoval tři základní stupně – debilitu, imbecilitu a idiocii (Krejčířová; Hutýrová, 2006, s. 9).

2.2.2 Úkol psychopedie v historii a současnosti

Jedním z aktuálních úkolů psychopedie je vypracování zásad pedagogické klasifikace mentálně postižených jedinců (Kysučan, 1982, s. 10). Důležitá je zejména pro zajištění diferencované výuky v příslušné škole.

2.3 Slabomyslnost

Ve speciální pedagogice, v lékařství či v psychologii se uplatnily rozdílné teoretické koncepce, se kterými je spojována také různá terminologie.

Už samotné vymezení termínu slabomyslnost bylo v historii záležitostí velmi komplikovanou.

V defektologickém slovníku můžeme nalézt slabomyslnost jako synonymum ke slovu oligofrenie.³ Slabomyslnost (oligofrenie) je pak z hlediska lékařského definována jako nedostatečný vývoj celé osobnosti postiženého, především po stránce duševní, někdy i s defekty tělesnými. Z hlediska speciálně pedagogického vzniká slabomyslnost (oligofrenie) na základě prenatálního, perinatálního a postnatálního orgánového poškození mozku, nejpozději však do dvou let věku. Takto získaná porucha po druhém roce věku je označována jako demence (Edelsberger, 2000, s. 220 – 221).

Pokud vezmeme v úvahu časovou posloupnost, francouzští myslitelé 19. století vnímali slabomyslnost různě. Podstatou slabomyslnosti je dle francouzského psychiatra Belhomma (1824) porucha instinktu. Francouzský psychiatr Sollier vnímá slabomyslnost jako poruchu pozornosti a Seguin se domnívá, že slabomyslnost způsobuje narušená volní sféra.

Ve století dvacátém můžeme cítit jistý posun ve vymezování tohoto pojmu a také v následné terminologii, uvádím příklady některých autorů.

Kuffner vymezil slabomyslnost jako vadu různého původu, která jako duševní vada má svůj vznik hned od narození, nemusí se však jednat o vadu vrozenou, duševní vývoj mohl být zastaven či přerušen v časném dětském věku. Demence je pak dle jeho terminologie stav získaný, který může někdy

³ Termín oligofrenie poprvé použil Krepelin v roce 1887, tímto termínem tak sjednotil všechny klinické symptomy slabomyslnosti a termíny idiocie, imbecilita a debilita označil jako stupně tohoto postižení (Kysučan, 1982, s. 15 – 16).

vzniknout u dětí, ale častěji ve starším věku (Herfort, 1918 in: 1932, s. 113 – 114).

Herfort vidí slabomyslnost jako chorobu, při které uvázl duševní vývoj v některém stádiu, jedincův stav pak ve vývinu buď nepokročil, či se nedokázal přizpůsobit změnám jako ostatní jedinci v jeho věku.

Strohmayer chápal slabomyslnost jako psychózu s defektem, s příčinou vrozenou nebo získanou v nejčasnějším období dítěte. Demenci pak vysvětluje jako získanou slabomyslnost na základě organických nebo funkčních chorob (Herfort, 1918 in: 1932, s. 114). Dětská demence je dle Herforta záležitostí velmi vzácnou, z většiny výzkumů vyplývá, že původní diagnóza dětská demence je stejně záležitostí vrozené slabomyslnosti.

Obrovské problémy při vypracování opravdu kvalitní vědecké klasifikace vedly některé autory k tomu, aby se odklonili od jakékoli snahy podle jednotlivých druhů zaostalosti rozumového vývoje a slabomyslnost (oligofrenii) klasifikovali podle hloubky mentálního postižení.⁴

2.4 Mentální retardace

Defektologický slovník definuje mentální retardaci jako termín, který vymezuje skupinu jedinců s nerovnoměrným či zpomaleným duševním vývojem. V naší literatuře bývá ztotožňován s termíny „oligofrenie, mentální postižení, mentální deficiencie, subnorma“ (Edelsberger, 2000, s. 302).

Poprvé byl tento termín použit na konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně roku 1959.⁵

V odborné literatuře se nejčastěji objevuje definice mentální retardace, kterou vymezil Dolejší. Ten se snaží o nejširší pojetí tohoto termínu: „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatecích

⁴ Prvními takovými byli například Ozerecký (1938) a Gurevič (1949) (Kysučan, 1982, s. 16).

⁵ Zástupci z různých oborů, které se věnovaly problematice osob s mentálním deficitem, se z důvodů nejednotnosti pojmů a terminologického vymezení shodli na zastřešujícím termínu mentální retardace. (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007, s. 12).

genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“ (1973, s. 38).

Pokud srovnáme termíny slabomyslnost a mentální retardaci, musíme konstatovat, že mentální retardace označuje širší skupinu jedinců. Dle Kysučana je slabomyslnost (oligofrenie) rozumová zaostalost, která je způsobena organickým poškozením CNS s celou řadou příčin⁶ a mentální retardace označuje rozumový deficit bez ohledu na příčiny, které toto postižení vyvolaly (1982, s. 16 – 17).

2.5 Historie

Tento pojem můžeme chápat jako vědní obor, který se zabývá zkoumáním minulosti. Akademický slovník cizích slov vymezuje termín historie jako „dějinný vývoj, souhrn minulých událostí v nějakém celku“ (Kraus, 2005, s. 308).

Postižený jedinec v dějinách prostupoval různými společenskými systémy, které svou infrastrukturou byly naprosto odlišné. V České republice je i nadále v oblasti speciální pedagogiky respektována Sovákova periodizace, která vymezuje vztah společnosti k postiženým do sedmi vývojových stupňů. Vzhledem k jistým nepřesnostem a určité nekonzistentnosti je v dnešní době spíše preferována periodizace, která byla v roce 1991 prezentována Reuvenem Kohen-Razem (Titzl, in: Vojtko, 2005, s. 5 – 6).

Podle jeho členění můžeme období transformace pohledů na postiženého jedince charakterizovat do čtyř vývojových stupňů. V první fázi docházelo k likvidaci postižených jedinců, jednalo se o dobu pohanskou, pokud bychom ji charakterizovali z časového hlediska, můžeme ji označit

⁶ Dědičné predispozice, chromozomové aberace, popř. organické poškození CNS v období prenatalním, perinatálním nebo postnatálním (Zeman, 1982, s. 16).

jako *epochu předmonoteistickou*.⁷ *Epocha monoteistická* je typická svým pohledem na jedince, který je dílem božím, tudíž podléhá božské vůli. Obrovský vliv nejprve židovství a následně křesťanství mělo za následek altruistické chování vůči postiženým. Typickým pro toto období je azylový charakter péče o znevýhodněné osoby. Na přelomu 18. a 19. století začíná nová epocha, kterou můžeme označit jako *vědecké uchopení problému*. Velká francouzská revoluce dala podnět k rozvoji nových věd a vyzdvihla vědy staré, zejména pak medicínu. Toto období můžeme označit jako dobu zdravotních institucí. Právě toto období se stává základem pro epochu existenciální autonomie, která podle Kohena-Raze začíná kolem roku 1970. Dochází k transformaci pohledu na osobu zdravotně znevýhodněnou. V této době se upouští od terminologického vymezení, které označovalo člověka jako diagnózu či případ (Titzl, in: Vojtko, 2005, s. 6 – 7).

Vhodné by mohlo být členění dějin z hlediska institucionálního, které by podle Titzla vypadalo následovně (Vojtko, 2005, s. 10 – 11):

I. „Stadium předinstitucionální.

II. Stadium institucionální:

1. Instituce nejsou rozčleněny dle cílových skupin a mají azylový charakter.
2. Instituce jsou rozčleněny dle cílových skupin a mají výchovný, případně i léčebný charakter.
3. Tendence k odklonu od speciálních institucí k podpoře života postižených v neústavním prostředí.“

Z hlediska časového můžeme o prvním období v rámci našich zemí hovořit do 13. století. Stadium první fáze institucionální péče, která má azylový charakter je typická pro období mezi 13. stoletím a vznikem prvních institucí, které mají vymezenou cílovou oblast. Jako první vznikl v roce 1786 pražský ústav pro hluchoněmé. Samozřejmě pro různé typy

⁷ Toto období je velmi problematické, je třeba poznamenat, že kurčím represím docházelo, avšak archeologické nálezy dokazují, že postižení žili ve svých společenstvích s ostatními až do své přirozené smrti. Důkazem může být např. Venuše s křivou tváří z období pavlovienu (cca 27 000 – 25 000 let BC), dále jsou dokumentovány případy dislokovaných zlomenin kostí dolních končetin včetně poškození krčku kosti stehenní. Oblast Mikulčic v době předkřesťanské nám dokládá podobný obraz. Tyto nálezy dokazují, že již v tomto období lidé uplatňovali altruistický způsob chování. Sovákova teorie a do jisté míry i teorie Kohena-Raze ve svém prvním bodu tedy nejsou uspokojivě interpretovány. (Titzl, in: Vojtko, 2005, s. 8).

„pedií“ musíme hranici mezi prvním a druhým stupněm stádia institucionálního vnímat jako velmi flexibilní. Hranicí v oblasti psychopedie bude zřejmě nejvhodnější zvolit rok 1871, kdy byl založen první ústav pro slabomyslné v rámci celého habsburského mocnářství (Valenta a Müller, 2007, s. 24). Třetí stupeň v péči institucionální, resp. „neinstitucionální“, je v dnešní době třeba chápat jako snahu nestátních, nevládních organizací, které se snaží podporovat život jedince s postižením v intaktní společnosti.

3 Nástin situace ve Francii v době Velké francouzské revoluce

Rozvoj kapitalistických společenských vztahů se stal základem pro nové myšlenkové proudy osvícenství, jež se opíralo o vědecké poznání a svým způsobem dopomohlo k postupnému rozkladu feudalismu na úrovni ideové. I když tyto myšlenkové proudy sloužily převážně zájmům buržoazie, absolutističtí panovníci byli nuceni koncipovat a realizovat určité ústupky ve prospěch lidu. Základem se stala péče o nemocné v režii státu.

Společně s rozvojem materialistické filozofie vstoupil do popředí také výzkum nervové soustavy. Francouzská materialistická filozofie navazovala na filozofii Johna Locka, jenž zastával názor, že všechny myšlenky a představy jsou výsledkem působení objektivní existence věcí na naše smyslové orgány (Störig, 2000).

V tomto období⁸ je do středu dění kladena lidská existence, jak v rovině filozofické, tak v rámci přírodovědného zkoumání. Druhá polovina 19. století je živnou půdou pro rozvoj exaktních věd. Přirozeným způsobem tak vznikají nové vědy a další obory, zejména v oblasti biologie.⁹

V roce 1883 byl založen nový vědní obor eugenika. Spočívala v podpoře biologické variability (pozitivní eugenika) a vymýcení „choroboplodných“ deviací, včetně sociálně nepřizpůsobivých jedinců (negativní eugenika). Tohoto nového vědního oboru bylo později využito, resp. zneužito, jako základ pro fašistickou teorii (Vojtko, 2005).

⁸ Je třeba hovořit o širším časovém horizontu v období 18. a 19. století.

⁹ V roce 1883 byl Francisem Galtonem založen nový vědní obor eugenika. „Spočívala v podpoře biologické variability (pozitivní eugenika) a vymýcení „choroboplodných“ deviací, včetně sociálně nepřizpůsobivých jedinců (negativní eugenika)“ (Vojtko, 2005, s. 22).

3.1 Institucionalizace

Centralizovaná zdravotní státní správa, která byla výsledkem mnohých teoretických koncepcí velkých myslitelů, měla dohlížet na zdravotní zařízení a zejména na vzdělání lékařů. Podstatné bylo zejména to, že došlo k přerodu od zdravotního zařízení, které plnilo funkci azylu k organizační struktuře, která měla v první řadě léčebnou složku. Zatímco se v teoretických spisech množily výzvy k lepšímu zacházení s duševně chorými a rozebíraly se koncepce centralizované správy ve zdravotnictví, nemajetní nemocní byli stále umisťováni v nemocničních azylech a městských káznicích, kde jim byly v nejlepším případě vyhrazeny samostatné kobky. V těchto místech, často pouze na seně, byli přikováváni řetězy ke stěnám vyhrazených prostor.

Ve státních či církevních zařízeních, které byly pouze azylovými institucemi, se v této době můžeme setkat s obdobnou situací, jen s tím rozdílem, že nemocní většinou spávali namačkáni na lůžkách ve státních zařízeních při nemocnicích. I když by se zdálo, že tato situace je o mnohem lepší, než předcházející, problém spočívá v délce pobytu a způsobu léčby. Léčení spočívalo v pouštění žilou, v podávání projímadel a dávidel. V případě, že do šesti týdnů nedošlo u jedince ke zlepšení, byl automaticky prohlášen za nevyléčitelného a přeložen do tzv. malých domků v Bicêtre, které byly určeny mužům či v Salpêtrière, určené pro ženy. V podstatě se však jednalo pouze o jakousi dobu vězení (Vencovský, 1996, s. 164).

Duševně nemocní z řad šlechty a církve měli možnost být ubytováni v lékařsky vedených „penzionech“, kde měli určitou možnost pohybu a vhodné hygienické podmínky (Vencovský, 1996, s. 164).

Samozřejmě, že podobná situace byla i v jiných evropských zemích. Avšak ve Francii se společenské rozpory vyhroutily do té míry, že bylo třeba se uchýlit k radikálnímu řešení.

Revoluce v roce 1789 změnila nejen strukturu společnosti, ale dosáhla výrazně změny v systému lékařské péče o duševně nemocné. Situace v různých zařízeních by se dala celkově charakterizovat jako nepřijatelná a ve většině případů neslučitelná se životem. Právě na takovou,

postupně neudržitelnou situaci poukazovali již před revolucí Jacques René Tenon, Joseph Daquin a Jean Colombier.

René Tenon ve svém spise *Melanges sur les hospitaux de Paris* ostře kritizoval nevětrané kobky, kde nemocní hromadně umírali na infekční onemocnění způsobené ve velké míře ranami od strážců. Svým způsobem můžeme považovat Tenona, stejně jako Daquina, svými myšlenkovými názory jako jakési předchůdce Pinelovy doby. Daquinovou zásluhou došlo k budování psychiatrických nemocnic, kde byli navíc lékaři odborně vzdělávání pro další práci s duševně nemocnými (Vencovský, 1996, s. 160).

3.2 Revoluční léčba Philippa Pinela

Radikální změna v pohledu na zdravotnickou péči o duševně choré, kterou je možno označit bez nadsázky psychiatrickou revolucí, je spjata s působením lékaře Philippa Pinela.

Philippe Pinel promoval na lékařské fakultě univerzity v Toulouse roku 1773. Po studiích odešel do Montpellieru, kde se dále věnoval studiu botaniky a zoologie. V Paříži se dostal do společnosti, kterou vedla vdova po filozofovi Helvetiovi, tam se seznámil s Cabanisem, Condorcetem, Lavoisierem, Franklinem a dalšími intelektuály, kteří formovali jeho filozofické názory určitým směrem. Na návrh Cabanisův byl Pinel dne 25. srpna pověřen konventem, aby provedl reformu zdravotnické péče o duševně choré v Paříži. Do své funkce nastoupil 11. září 1793 a ještě téhož dne, nedbaje výhrad a námitek předsedy revolučního výboru města Paříže Couthona, osvobodil prvních dvanáct duševně chorých, umístěných v podzemních kobkách věznice v Bicetre. Samozřejmě je třeba toto období vnímat jako velmi komplikované, v roce 1793 uzavřely revoluční orgány lékařské fakulty pro jejich nepřátelský postoj k revoluci. A právě i zde měli obrovský význam právě Cabanis a Pinel, díky jejich iniciativě došlo k zakládání nových škol pro lékaře. Jejich aktivita tak ve Francii přispěla k překonání oddělení chirurgie od medicíny. V těchto nově vzniklých školách se kladl důraz zejména na praktickou výuku a právě těmito „výzkumům“ u lůžek nemocných vděčíme za nejzajímavější poznatky v oblasti neurologie, potažmo psychiatrie. Po dvouletém organizačním úsilí

v Bicêtre se Pinel odebral 13. května 1795 do psychiatrické věznice v Salpêtrière, kde také zavedl lidsky důstojný ošetrovatelský režim (Vencovský, 1996, s. 170).

V těchto dvou zařízeních pro nemajetné strávil Pinel v podstatě celý svůj život. Výsledkem jeho zkušeností byl spis *Traité Médico-philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie*, vydaný poprvé roku 1801 (Zeman, 1939, s. 10). Po obdržení dekretu, který Pinela pověřoval léčením duševně chorých v tomto zařízení, se podobně seznámil s provozem „léčebny“ a s pomocí vrchního dozorce M. Pussina připravil reformní program. Nejprve se postaral o dvacet ze čtyřiceti nemocných ve sklepení. Jako jediné omezovací opatření připravil dvě kazajky. Což bylo na dobu, ve které se nacházíme naprosto revoluční. Během svého dvouletého působení pak postupně osvobodil i ostatní nemocné (Vencovský, 1996, s. 174).

Ústav si Pinel představoval jako samostatnou organizační jednotku s posláním nejen léčebným, ale především ošetrovatelským a také výukovým. Prostory ústavu by měli být členěny na „neklidné“ a „klidné“, podle onemocnění jedinců. Samozřejmě, že uvolnění spoutaného režimu mělo jistá pravidla, Pinel v podstatě tvrdí, že s nemocnými je třeba jednat nesmlouvavě, ale chovat se k nim jako k lidem, kteří mají v ošetrovateli důvěru.

Taktéž jeho terapeutický režim byl něčím naprosto převratným. Kladl důraz na izolovanost jedinců, protože jejich domácí prostředí může působit nevhodně na jejich duševní poruchu. V dnešní době se od těchto myšlenek ustoupilo již velmi dávno, zejména však v západní Evropě má rodinná výchova přednost před výchovou institucionální.

K jakési „inovaci“ došlo také v oblasti příjmu potravy, ale hlavně v rozvoji psychických potřeb jedinců. V případě odmítání potravy zavedl využívání žaludeční sondy do žaludku. Velmi negativně se vyjádřil zejména k léčení duševně nemocných náhlým ponořením do vody. Na druhou stranu se mu využití opiátů zdálo velmi vhodné, ba přímo přínosné pro práci s postiženými (Vencovský, 1996, s. 172).

Dle Pinelových názorů byl převratný zejména význam „léčby prací“. Sám se věnoval vypracování pracovní terapie pro duševně choré, ve kterých

vycházel z jejich věku, pohlaví, povolání, tělesného stavu, klinických příznaků aj.

3.2.1 Pinelova klasifikace

3.2.1.1 Klasifikace duševního onemocnění

Ve své publikaci člení duševní choroby na (Zeman, 1939, s. 10):

- „Melancholii,
- Manii s deliriem,
- Manii bez deliria,
- Demenci a
- Idiocii.“

3.2.1.2 Klasifikace idiocie¹⁰

Vezmeme-li v úvahu psychopedické hledisko, umožnily jeho nové postoje k pacientům vyčlenit slabomyslnost jako specifické onemocnění, značně rozdílné od psychóz. Sám Pinel chápal idiocii jako psychické onemocnění, u kterého se vyskytuje opoždění v rozvoji rozumových a afektivní schopností (Kysučan, 1982, s. 70 – 71).

Pro oblast psychopedie má velký význam studie, která se zabývá klasifikací termínu idiocie. Pinel rozlišuje 4 druhy idiotického chování (Valenta a Müller, 2007, s. 21):

- V první řadě hovoří o stavu blízkému zvířeti.
- Dalším je stav, při kterém jsou zachovány některé pojmy a fyzické potřeby.
- Jako *hloupost* označil stav, při kterém jsou zachovány na jistém stupni rozum a řeč.
- Poslední kategorii tvořila *imbecilita* – stav, při kterém můžeme u subjektu pozorovat postupný úbytek dříve existujících rozumových schopností.

Pojem idiocie dle Pinelovy terminologie musíme vykládat jako všechny stavy výraznější slabomyslnosti.

¹⁰ Termín idiocie Pinel chápal jako všechny stavy výraznější slabomyslnosti (Kysučan, 1982, s. 70).

3.2.1.3 Z hlediska etiologického

V rámci etiologie rozeznával příčiny vnitřní a vnější, přičemž k vnitřním příčinám patřily genetické predispozice. Vnější tvořily zejména zanedbaná výchova, rodinné neštěstí či onemocnění a úrazy (Vencovský, 1996, s. 164).

K pochopení významu Velké francouzské revoluce je Deklarace práv člověka a občana z roku 1789. Již v prvním článku můžeme objevit, že lidé se rodí a zůstávají svobodnými a rovnými ve svých právech. Avšak již čtvrtý článek nasvědčuje, že svoboda spočívá v tom, že každý může činit vše, co neškodí druhým (Kysučan, 1982, s. 72 – 73).

K revolučnímu zlomu a „znovu objevení“ duševně nemocných přispěl právě Pinel. Prospěšnost pro celek byla směrodatná k určitému sociálnímu postavení. Tím, že Pinel vytrhl duševně choré z jejich kobek, kde byli charakterizováni jako osoby na okraji společnosti, a dal jim naději ve formě práce, je v podstatě uskutečnil prospěšné pro celek. I když tento celek nemůžeme vidět ve formě státu, ale jen v malých komunitách, které žily v Bicêtre a Salpêtrière.

3.3 Ostatní „revolucionáři“ ve Francii

Osobnost Pinelova formátu by však neměla zastiňovat další teoretiky a praktiky období revolucí ve Francii. Zejména Jean Etienne Dominique Esquirol se zasloužil o nejširší koncepci klasifikačních systémů v tomto období.

3.3.1 Jean Etienne Dominique Esquirol

Bez nadsázky jej můžeme označit jako nejslavnějšího Pinelova žáka. Slabomyslnost vnímal jako zvláštní stav, v němž intelektuální schopnosti nebyly nikdy vyvinuty.¹¹ Právě jemu vděčíme vymezení idiocie jako stavu

¹¹ V tomto vidí problém např. Sedláček, který označil tuto definici za neúplnou, protože slabomyslnost dle jeho názoru není vždy vrozená. (Sedláček, 1907, s. 27).

(nikoli nemoci), kterou charakterizoval úbytkem, popřípadě nedostatkem rozumových schopností.

3.3.1.1 Klasifikace

V oblasti duševních poruch vymezil Esquirol 4 různé kategorie (Valenta a Müller, 2007, s. 21):¹²

- Lypemánie (deprese)
- Monománie
- Demence
- Imbecilita a idiocie

3.3.1.2 Klasifikace slabomyslnosti podle stupně postižení

Podle stupně postižení Esquirol vymezil tři stupně, idiocii, imbecilitu a rozumové opoždění. Termín imbecilita byl v jeho pojetí chápán jako lehčí forma slabomyslnosti. A pro nejmírnější formu postižení použil termín rozumové opoždění (Kysučan, 1982, s. 71).

3.3.1.3 Klasifikace podle doby vzniku

Podle doby vzniku členil slabomyslnost na vrozenou a získanou. Přičemž stav, který označil jako idiotický, považoval za vrozený a termín rozumová opoždění použil pro slabomyslnost získanou. Velmi problematickým se ukázal termín imbecilita. Tento hraniční termín byl Esquirolelem označen v jistých případech jako vrozený a jindy jako získaný (Kysučan, 1982, s. 71).

3.3.1.4 Symptomatická klasifikace

Velmi přínosná v jeho tvorbě je symptomatická klasifikace, která vychází z faktu, že hloubka mentálního poškození je charakterizována na úrovni řečové, proto při klasifikaci vrozených forem slabomyslnosti¹³, dospěl k následovnému podrobnějšímu členění (Kysučan, 1982, s. 71):

¹² Tyto termíny je třeba chápat jako stupně vrozené slabomyslnosti.

¹³ Do této kategorie spadá imbecilita a idiocie.

- Imbecilové prvního stupně (používají běžnou řeč).
- Imbecilové druhého stupně (používají řeč s omezenou slovní zásobou).
- Idioti prvního stupně (řeč na úrovni krátkých slov a frází).
- Idioti druhého stupně (řeč na úrovni jednoslabičných slov a výkřiků).
- Idioti třetího stupně (bez náznaků řeči).

Nespokojil se však s tím, že řeč je jediným charakteristickým rysem, podle kterého se dá klasifikovat slabomyslnost. Jeho následující výzkum se zaměřil zejména na emocionální stránku těchto osob. Z tohoto pohledu pak členil slabomyslné na dvě skupiny (Kysučan, 1982, s. 72):

- a) Poslušné a poddajné.¹⁴
- b) Osoby s nerovnoměrným rozvojem schopností a s většími odchylkami v chování.

Esquirol svým velmi precizním zkoumáním v podstatě vybudoval základy klinického výzkumu a vytvořil základnu pro budování klasifikačních systémů v Evropě.

3.3.2 Jacques Étienne Belhomme

Jak již bylo zmiňováno výše, dle Belhomma (1800 – 1880) je slabomyslnost záležitostí poruchy instinktů, tyto dle jeho názoru nebyly nikdy vyvinuté (Sedláček, 1907, s. 27). Tato teorie tvoří také základ pro jeho následující klasifikaci (Kysučan, 1982, s. 73):

- a) Pod termínem „*úplní idioti*“ charakterizoval Belhomme jedince, kterým naprosto schází instinkt sebezáchovy.
- b) *Částečnými idioty* nazval osoby, které mají instinkty, avšak při jídle si počínají jako zvířata.
- c) Osoby, které se podřizují svým instinktům a potřebám bez toho, aniž by používali rozum, označil Belhomme jako *imbecily 1. skupiny*.
- d) Jedinci, kteří jsou částečně ovlivnitelní a po systematickém působení jsou schopni vykonávat manuální práci, nazval *imbecily 2. skupiny*.

¹⁴ Tito jedinci mají menší paměťovou kapacitu, proto nejsou schopni pojmout větší obsah vědomostí. (Kysučan, 1982, s. 72).

- e) *Imbecilové 3. skupiny* jsou jedinci, u kterých sice intelekt nedosáhl přiměřené normy, avšak jsou schopni samostatně uvažovat a plnit různé úkoly.

3.3.3 Paul Sollier

Paul Sollier (1861 – 1933) považoval slabomyslnost za poruchu vnímání. Bezděčné vnímání je narušeno u jedinců s idiocií, v případě částečné idiocie je charakteristická slabost ve vnímání a jedinci trpící imbecilitou jsou typičtí svou nestálostí ve vnímání (Kysučan, 1982, s. 74).

3.3.3.1 Klasifikace

Sollier člení duševní znevýhodnění na (Sedláček, 1907, s. 29):

- *Idiocii*, takto jsou označeny osoby „blbé, nevzdělatelné a mimospolečenské.“
- *Imbecilitu*, zde spadají osoby „tupé, ale vzdělatelné s přiměřeně vyvinutými pudy.“ Jsou to tedy osoby, které můžeme dle dobové terminologie označit jako mravně zvrhlé či protispolečenské.

4 Situace v Evropě

Situace v ostatních zemích vypadala obdobně jako ve Francii před příchodem osvícených odborníků. Jako příklad můžeme uvést písemný doklad německého psychiatra Dr. Reila, který již v roce 1820 charakterizoval péči o duševně nemocné takto: „Zavíráme nešťastné choromyslné jako zločince do věznic a hnusných sklepů a necháváme je tam přikované na řetězech ve vlastním neřádu hníti. Ukazují se lidu dychtivému a ošetřovatel je dráždí k obveselení diváků. Klid a pořádek závisí od biče, řetězu a vězení. Ošetřovatelé jsou bezcitní, barbarští a nedbalí lidé, kteří ve svém umění ošetřovat duševně choré nešli dále přes kruh, který opisují svým karabáčem“ (Vencovský, 1996, s. 199 – 200).

Takový byl stav ošetřování duševně nemocných v období raného novověku. U nás samozřejmě nebyly takovéto poměry žádnou výjimkou.

Určitý přerod v první polovině 19. století zaznamenáváme díky činnosti dr. Guggenbühla. Tento založil v roce 1840 ústav pro kreteny a idioty v Abendbergu ve Švýcarsku, tento ústav se stal vzorovým zařízením, které motivovalo k vytvoření podobných institucí v Německu, Francii, Anglii, Nizozemí nebo v Americe (Kysučan, 1982, s 77).

5 Vývoj v Českých zemích

5.1 Institucionální výchova jako podklad pro ucelenou klasifikaci v 19. století

Období konce 18. a počátek 19. Století je charakterizováno bouřlivým rozvojem materialistického světového názoru, vyzdvihující krom síly i možnosti rozumu. Tento názor, reprezentovaný tzv. osvícenským absolutismem měl ohlas v celé Evropě. Rozpadající feudální řád, díky novým „osvíceným reformám“, dal podnět k růstu nových hospodářsko-spoločenských vztahů. I na našem území docházelo k postupným reformám, zejména v oblasti zdravotnictví. Ke zformulování celkové klasifikace a ucelené diagnostice mohlo dojít, až když vznikl institucionální podklad.

Císař Josef II., ovlivněn zejména Dr. G. van Swietenem¹⁵, začal provádět reformu zdravotní péče v rakouských zemích, tedy i na našem území.

Revoluční Evropa se měnila doslova ze dne na den, proto se nelze divit, že rakouská monarchie nemohla zůstat pozadu. Již v roce 1816 založil Gothard Guggenmoos ústav pro kretény v rakouském Halleinu u Salzburgu. Jakýmsi vzorem pro rakouské země se stal „léčebně pečovatelský a vyučovatelský ústav“ Levana, jenž otevřel J. D. Georgens roku 1856 v Badenu u Vídně (Černá, 2008, s. 27).

Pokud se zaměříme na naše území, první instituce tohoto typu vznikla v roce 1871. Do jejího čela se postavil Karel Slavoj Amerling, zřizovatelem byl Spolek paní sv. Anny. Původní název „ústavu idiotů“ Hephata byl v roce 1898 změněn na Ernestinum.

¹⁵ Osobní lékař Marie Terezie (Janík, 1987, s. 197).

Do všech ústavů byly zpočátku přijímány především děti rodičů vládnoucí třídy, z toho vyplývá, že většina mentálně postižených zůstávala i nadále bez potřebné péče.

5.1.1 Karel Slavoj Amerling

Karel Slavoj Amerling (1807 – 1884) studoval jako ústavní lékař v Ernestinu somatické abnormality jedinců. Přestože jeho výzkumy mají pro dnešní výzkum pouze historický význam, přesto se jeho diagnostika ubírala správnou cestou. Zvýšená pozornost, kterou věnoval zejména studiu chrupu, nehtů, vlasových vírů a také poruchám řeči, byla doplněna odbornou terminologií a fotografiemi jedinců (Kysučan, 1982, s. 95 – 97).

Pokud se zaměříme na jeho zprávy napsané v letech 1875 a 1883, můžeme v nich objevit problematickou pasáž, která se týká právě klasifikace slabomyslných. Kategorizace je vymezena v obou zprávách, stává pro nás spornou zejména v tom, že obě díla se neshodují ve své terminologii. Navíc musíme vzít v potaz Amerlingův spis, který byl datován rokem 1884. Dva měsíce po jeho sepsání Amerling umírá. V roce 1936 došlo ke zveřejnění tohoto díla zásluhou Josefa Zemana.

Všechna jeho členění jsou založena na vnějších fyzických znacích. Vzal tak v potaz, že zdravou populaci lze členit podle typu a tvaru hlavy do dvanácti kategorií a „idioty, kretény či zrůdy“ v tom případě můžeme chápat jako odchylku od těchto dvanácti „norem“ (Zeman, 1928, s. 4).

5.1.1.1 Fyziologická klasifikace K. S. Amerlinga

Na základě pozorování a příslušného výzkumu dospěl k závěru, že slabomyslné lze členit podle vnějších znaků do sedmi skupin (Černá, 2008, s. 31):

- *Karadoxní typ* jedinců je charakterizován pěknou horní polovinou těla, ale mají znetvořené ruce i nohy. Jsou-li však dynamicky a dlouhodobě cvičeni, překonají „zanedbanou vegetativní polovici mozku“.
- *Atleti* mají nevábné vzezření a odpuzují výstředním chováním. Jsou velmi těžkopádní, svéhlaví a vzteklí. Mají však velmi rádi hudbu.

- *Afroditi* či spíš krtinci kolísají v pohlavním cítění. Nejsou úplně blbí a dají se pneumojatricky (léčením duše) získat.
- *Monymové* jsou vysokolebí a jejich mluva je těžko ovladatelná. Jsou však vychovatelní ve věcech denně nezbytných pro život, dokonce zvládají symbolické představy či drobné práce na zahradě.
- *Manosomové* jsou zakrslí s širokými dlaněmi a chodidly. Projevují se přemoudře, jsou však velmi vnímaví a lze je seznámit s výchovným scénářem dokonce na celý rok.
- *Evaseurní* typ jedinců můžeme charakterizovat jako „idioty po nemoci“, kteří nebyli dobře vyléčeni. Je zde předpoklad pro výchovu k důstojnému bytí.
- Jako *hermafroditi* jsou označovány osoby s pohlavními orgány vyvinutými jinak než u zdravých jedinců.
- *Epileptici*.

Amerling si všímá zejména somatických znaků postižených osob, jeho typologie je v praxi hůře uchopitelná, protože fyziologické vyjádření není přesně terminologicky zpracované. Přínosnější se jeví záznamy dětí v Amerlingově péči, u každého jedince si značil rodinnou anamnézu či zájmy a záliby dítěte. V zásadě míra mentální retardace není směrodatná ke třídění tohoto postižení

O různé hloubce slabomyslnosti hovoří jen při srovnávání idiotů a epileptiků, právě hloubka slabomyslnost je jediným rozlišovacím prvkem mezi oběma termíny.

5.1.1.2 Etiologická klasifikace

Z hlediska etiologie rozlišuje u všech typů idiotismu vnější a vnitřní příčiny. Přičemž „zlá tupost“ je následkem (Černá, 2008, s. 32):

- „Válečných nepokojů,
- zanedbání země, řek, bažin a lesů,
- epidemie infekčních chorob (neštovice),
- dědičné příčiny a

- nezodpovědné sexuální chování.¹⁶

Po Amerlingově odchodu nastal ve zkoumání možností klasifikačních systémů u slabomyslných jistý odstup. Až na konci 19. století se k tomuto tématu vyslovili další pedagogové, kteří mají v dějinách psychopédie významné místo.

5.1.2 Josef Šauer z Augenburgu

Učitel z nízkých poměrů, žijící v letech 1845 – 1917 (Zeman, 1933, s. 114), hledal mnohé způsoby, jak pomoci svým slabším spoluobčanům. Právě Šauer stál u zrodu zřízení pomocné školy v Praze v roce 1896 (Černá, 2008, s. 37). O rok později vychází jeho publikace *Paedagogika*, kde se v oddíle *Dodavek* věnuje výchově „blbých“.

Dle jeho terminologie je patrné, že klade velký důraz na rozdílnost osob trpící blbostí a slabomyslností. Přičemž osoby spadající do obou kategorií mohou trpět kretenismem (Šauer, 1897, s. 491).

5.1.2.1 Klasifikace

- *Slabomyslnost*, osoby spadající do této kategorie nemohou dosáhnout duševního rozvoje na stejné úrovni, jako jejich vrstevníci. Proto pro ně Šauer navrhuje zřídit zvláštní (pomocné) školy. Pokud se takto nestane, doporučuje vychovatelům individuální přístup k dítěti (Šauer, 1897, s. 491).
- *Blbost* člení Šauer na dvě kategorie, do první spadá blbost čilá a do druhé blbost ochablá (Šauer, 1897, s. 491).¹⁷
 - Blbost čilá se projevuje hyperaktivitou jedince, nízkým prahem bolesti a častým sebepoškozováním.

¹⁶ Odsuzuje zejména onanii a tzv. nepu, „čímž nazývá plnění manželských povinností po narození dvou až tří dětí, po nichž každé vynechání menzes vyvolává u ženy strach z těhotenství už nežádoucího“ (Černá, 2008, s. 32).

¹⁷ Zde můžeme vidět kontinuitu s dnešním členěním osob s mentálním postižením na typ eretický a apatický (Švingalová, 1998, s. 43).

- Blbost ochablá je na první pohled charakteristická nepřítomným pohledem a celkovou nekoordinovaností pohybů v jakékoli činnosti.

Blbost však může být členěna na zřejmou a skrytou:

- Skrytá blbost je patrná až po dlouhodobém pozorování a objevuje se zejména při samoobsluze, v oblasti matematických schopností jedinci zaostávají a mohou být nebezpeční sami sobě či ostatním jedincům.

5.1.2.2 Etiologická klasifikace

Kromě výše vymezených systémů charakterizoval ještě jedno členění, a to dělení blbosti z hlediska etiologie, na formu vrozenou a získanou.

Šauer vyzdvihl potřebu komplexní péče o osoby s mentálním postižením. Péče by měla být zajištěna jak v oblasti lékařské, tak v oblasti výchovné. Z jeho práce vyplývá, že si uvědomuje úskalí a nevýhody institucionální péče, proto by se jedinci takto umístění měli stýkat i s osobami zdravými. Avšak u výše zmíněné klasifikace vyzdvihl ústavní péči nad péčí rodinnou (Šauer, 1897, s. 492).

Kategorie slabomyslných je v jeho díle odsunuta stranou na úkor jedinců trpících blbostí. Právě blbým věnuje kapitolu ve svém díle Paedagogika, kde se věnuje jak terminologickému vymezení, tak výchově i statistice ústavů na území Rakousko-Uherska.¹⁸

5.1.3 Jan Kapras

Jan Kapras (1847 – 1934) ve své publikaci Stručný nástin duševních vad vymezil celé spektrum duševních vad. Do kategorie „vady sebevědomí“¹⁹ zařadil kromě paranoidního stavu, melancholie i

¹⁸ Oficiální název: V Říšské radě zastoupená království a země a země svaté Štěpánské koruny uherské. Jednalo se o státní útvar existující od roku 1867 do roku 1918, který vznikl přeměnou Rakouského císařství (Habsburské monarchie) na základě tzv. Rakousko-uherského vyrovnání v únoru 1867 (Čapka, 1999, s. 522 – 523).

¹⁹ Sebevědomí chápeme jako vědomí a uvědomování si vlastního já ve světě (Kapas, 1899, s. 59).

slabomyslnost. Slabomyslnost²⁰ vymezuje jako duševní chabost, která se uplatňuje na široké stupnici od hraničních termínů omezenost a blbost.

Právě u slabomyslnosti jej zaujala míra „duševní chabosti“, pro kterou vytvořil třístupňovou škálu (Kaprás, 1899, s. 59 – 62):

- *Obmezenost* je charakteristická pro děti, které „nejsou sice ještě notoricky duševními slabochy, ale přes svou tupost, lenost, bezstarostnost, lhostejnost, štítění se učení a projevy nízkých i zločinných chutí mohou vychovatele o rozum připravit“.
- Vyšší stupeň omezenosti je označován jako *slabost ducha*, jedná se o poruchu, která se projevuje ve všech duševních úkonech, a proto zasahuje celou osobnost. Jedince pak můžeme charakterizovat jako lhostejného, bez ostychu, bez zvědavosti, který na základě nedostatečné smyslové chápavosti má málo rozvinutou řeč po všech stránkách. Takto postižené osoby můžeme označit také jako výstřední ve všech oblastech, zejména v uspokojování sexuálních potřeb.
- Nejzávažnějším stupněm vrozených deficitů je pak *blbost (idiotie)*, kterou Kaprás pojmal jako úplnou zakrslost duševního vývoje. Náznaky, které mohou značit tento deficit, můžeme dle jeho názoru objevit již při sání kojence. Pro tento stupeň je typické nevšímavé chování a lhostejnost, která způsobuje deficit v oblasti rozumové a citové. Řeč je označována jako zvířecí, blekotavá, či se nevyvinula vůbec.
 - Jako podstupeň tohoto postižení označuje Kaprás ještě *blbost apatickou*, neboli duševní nulitu. Jedinec takto postižený je charakteristický svým chováním, které je ovládáno pudy a duševní úrovní, rovnající se zvířeti. Takto postižené osoby jsou nápadné svou necitlivostí na podněty a tím, že nejsou schopni uvědomovat si vlastní existenci.
 - *Kretenismus* pak považuje za zvláštní druh blbosti, který se projevuje „zakrslostí“ jak duševní, tak tělesnou.

Zde již můžeme vycítit jemnou snahu o typologii nám jistě dozajista známou, a to členění slabomyslnosti na debilitu, imbecilitu a idiocii, i když se zatím neobjevují právě pod těmito názvy (Černá, 2008, s. 39). Nelze si

²⁰ Je nutné opět chápat jako vadu vrozenou, nikoli získanou.

totiž nevšimnout paralel, které se objevují mezi jeho dílem a díly francouzské školy. Sám Kapras ve svých textech cituje zejména z francouzských myslitelů, jakými je např. Esquirol a Sollier.

V 19. století tak byly položeny základy psychopedického oboru, další posun ve vývoji můžeme vidět až v momentě, ve kterém si lékaři, učitelé a právníci uvědomili, že výchova, vzdělání a rozvoj slabomyslných je celospolečenskou záležitostí.

5.2 Klasifikační systémy ve 20. století

Kritika pedagogických koncepcí J. F. Herbarta měla za následek změnu pohledu na lidského jedince v jeho různých životních obdobích. Právě tento nový pohled, který ovlivnil metody práce, diagnostiku, a potažmo i vlastní klasifikaci, se objevuje zejména na počátku 20. století.

Není proto divu, že se v českých zemích objevuje reformní pedagogické hnutí, které vidělo svou novou koncepci v naturalismu, estetismu či pozitivismu.

V tomto období se psychopedické klasifikaci věnovali zejména Karel Herfort, František Čáda a Jan Mauer. Každý z těchto odborníků se na speciálně pedagogickou terminologii díval ovšem z různého pohledu, Herfort zpracoval pohled medicínský, Čáda se věnoval mimo jiné oblasti sociální a psychologické a v rámci pedagogické praxe působil Jan Mauer. V této části je podstatné vymezit také vliv Konráda Sedláčka a Alfreda Bineta, jehož testy inteligence daly podklad pro klasifikaci, která se uplatnila v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí a úmrtí.

5.2.1 Význam testů inteligence ve 20. století

Ve vztahu k osobám s mentální retardací se do praxe dostává členění podle výše dosaženého inteligenčního kvocientu. Rozumová schopnost čili inteligence je velmi obtížně definovatelný termín. Gates uvádí, že „inteligence je schopnost myslet, učit se a na základě těchto procesů se adaptovat na požadavky prostředí“ (Černá, 2008, s. 77). Ve vztahu ke klasifikačním systémům je inteligence, resp. její absence, měřitelná.

Inteligenci však nelze měřit přímo. Usuzujeme na ni z aktuálního výkonu jedince.

Na přelomu 19. a 20. století sledujeme tendence měřit a kvantifikovat odchylky od normy. Již v roce 1895 francouzský psycholog Alfred Binet vydal první standardizovaný test měření lidské inteligence. Terman přišel s návrhem a myšlenkou IQ, s tzv. podílem mentálního věku s věkem biologickým, na základě těchto poznatků začalo docházet ke členění jedinců podle dosaženého IQ do konkrétního vzdělávacího systému, které odpovídalo jeho specifickým potřebám.

Binetova testovací škála se cíleně zaměřovala na vyhledávání žáků, kteří vyžadují zvláštní pedagogickou pomoc (Černá, 2008, s. 78). Tato pomoc je zaměřena jak na žáky s mentálním deficitem, tak na žáky s nadprůměrnou inteligencí. Na našem území se v odborných publikacích můžeme s testovací škálou Alfreda Bineta setkat již ve druhém desetiletí 20. století. Význam Binetova systému vyzdvihl zejména Jan Mauer, který jej považoval za jeden z prvků, ke kterému je přihlíženo při přijímání jedinců do pomocného školství (Mauer, 1917).

5.2.1.1 Binetova stupnice z roku 1911

Význam Binetovy osobnosti spočívá v tom, že byl schopen využívat při práci s dětmi stejného věku nezávislého kritéria, kterým byla inteligenční kompetence. Vývoj lidské osobnosti, pokud probíhá v pořádku, umožňuje jedincům rozvíjet své schopnosti a řešit obtížnější úkoly. Měření inteligence tedy prokazuje, zda je dítě vzhledem ke svému věku napřed nebo pozadu.

Binet sestavil sérii testovacích úkolů, které odstupňoval podle věku dětí, ve kterém většina dětí dokázala úkol splnit. Zaměřil se na věkové hranice 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9 let (Mauer, 1917, s. 28). Takto stanovené hranice vytvořily základ jeho „žebříčku inteligence“, tedy „stupnici vytvořené sériemi testů zvyšující se obtížností, začínající na nejnižší pozorovatelné intelektuální úrovni a končící na úrovni průměrné, normální inteligence“ (Gardner, 1999, str. 20).

V praxi jeho testy vypadaly tak, že když žák správně vykonal a zodpověděl všechny testy např. pro 6. rok věku, pak je jeho duševní vývoj, resp. mentální věk, na úrovni 6 letého dítěte „normálního“. Pokud však dítě

správně odpoví na 5 testů z „vyšší“ skupiny (např. pro děti 7, 8 a 9 let), je k jeho mentálnímu věku za každých 5 splněných testů přičten 1 mentální rok.

Po období druhé světové války, kdy byly Binetovy testy zneužity pod zástěrkou fašistické ideologie a lidé s nižším IQ včetně jejich rodičů, byli likvidováni, či v lepším případě sterilizováni, začíná období, kdy se testové metody jeví jako relativně prospěšné pro společnost.

V dnešní době je mentální věk nahrazen koncepcí mentálního kvocientu, inteligenčního kvocientu neboli IQ a Binetovy stupnice položily základ moderních testů inteligence. Mentální věk se tak postupně stává základem pro bodování IQ (Gardner, 1999).

5.2.1.2 **Binetova klasifikace** (Mauer, 1917, s. 29)²¹

- *Blbost*, se vymezuje od slabomyslnosti tím, že osoba takto postižená, nedokáže napodobovat ostatní jedince.
- *Slabomyslnost*:
 - Nejnižšího stupně se liší od blbosti tím, že jedinci umí napodobovat ostatní.
 - Střední stupeň je charakterizován mentální úrovní tříletého dítěte.
 - Nejvyšší stupeň je charakterizován mentální úrovní pětiletého dítěte.
- *Nedoumnost*
 - Nejnižší stupeň je charakterizován mentální úrovní sedmiletého dítěte.
 - Střední stupeň nedoumnosti je charakterizován mentální úrovní devítiletého dítěte.
 - Nejvyšší stupeň je charakterizován vyšší mentální úrovní, než je mentální úroveň devítiletého dítěte, avšak jeho mentální věk nekorresponduje s fyziologickým věkem jedince.

²¹ Pro stupně duševního nedostatku, které vymezil Binet a Goddard, využíváme českých ekvivalentů, které ve své klasifikaci uvedl Mauer, jehož publikace se blíže věnuje významu Binetových testů.

5.2.2 Prof. MUDr. Karel Herfort

Herfort (1871 – 1940), z pozice lékaře, byl v první řadě orientován biologicky, konkrétněji morfologicky – zajímal se o stavbu a tvar těl organismů a jejich částí. Kromě toho se podrobněji věnoval studiu dědičnosti, není proto divu, že jeho první studie, která byla zaměřena na výzkum slabomyslných, je silně ovlivněná např. patologickou anatomií, patologickou embryologií, zaměřuje se zejména na etiologii a symptomatologii (Černá, 2008, s. 44).

Poznatky ze svých cest uplatnil zejména v roce 1902, kdy se stal ředitelem Ernestina a nabyté zkušenosti využil k tomu, aby ústav reformoval. Svým způsobem navázal na Karla Slavoje Amerlinga, avšak jeho dokumentaci a fotodokumentaci zdokonalil zejména poznámkami o schopnostech chovanců, jejich dovednostech či případných pokrocích.

Všechny podklady získané výzkumem v Ernestinu, ať už rodokmeny, údaje o vzdělávání, poznámky o schopnostech a dovednostech, podrobné údaje o rodině či písemné projevy jedinců, se staly základem pro publikaci Vrozené a časně získané choroby duševní.

Kromě vymezené klasifikace se věnoval také vymezení slabomyslnosti. Slabomyslný je tedy ten, kdo se na základě nemoci zastavil na určitém stupni duševního vývoje, jeho intelektové schopnosti se dál nerozvíjely a nedokázal se přizpůsobit okolnostem, které od něj společnost očekávala. Jedincem normálním je tedy označen někdo, kdo je schopný přizpůsobovat se daným situacím v prostředí a čase (Herfort, 1932a, s. 113 – 114).

5.2.2.1 Kritéria klasifikace

Herfort si velmi dobře uvědomuje terminologickou nejednotnost a vědeckou diferenciaci klasifikačních systémů, avšak snaží se logické vymezení a jednoduchou klasifikaci zejména z důvodů praktických. Nejvhodnější se pro něj zdálo hledisko vzdělavatelnosti.

5.2.2.2 Členění dle míry vzdělavatelnosti

Podle míry vzdělavatelnosti vytvořil tři kategorie, kde slabomyslné charakterizoval jako (Herfort, 1909 in: 1932, s. 31):

- Slabomyslné, kteří nejsou vzdělání či školní výchovy schopní, tyto označil jako *idioty*, či *blbce*.
- Slabomyslné, kteří jsou vhodní pro edukaci, označil jako *imbecilní*, avšak pokračoval v dalším členění této kategorie na:
 - Imbecily, kteří mohou vykonávat pracovní činnosti, nejsou však vhodní pro edukaci. Tuto kategorii vymezil termínem *imbecilita těžší, čili imbecilita*.
 - Imbecily, kteří jsou schopni edukace a práce. Tato kategorie je pak označena jako *imbecilita lehčího stupně či debilita*.

Výše zmíněné členění mělo velmi praktické hledisko, názorně totiž ukazovalo, který z jedinců má být zařazen do pomocné školy a který ne (Eisová, 1983, s. 10).

5.2.2.3 Kvantitativní členění podle stupně postižení inteligence

Herfort vymezuje tři stupně (Herfort, 1932a, s. 110):

- Těžká forma, sem spadají idioti, blbci či zakrnělí.
- Střední forma zahrnuje imbecilitu, slabomyslnost středního stupně.
- Do lehké formy spadají osoby trpící debilitou.

5.2.2.4 Klasifikace dle klinických symptomů

Ve své klasifikaci vyšel Herfort z teze, že snížená inteligence je pouhým symptomem různorodých klinických jevů. Vzhledem k tomu, že dobová diagnostika uměla odhalit jen některé z těchto jevů, můžeme v této době hovořit zejména o kretenismu, mongolismu a familiární amaurotické idiocii (Herfort, 1932a, s. 110).

Kretenismus²² charakterizoval jako záležitost místní, z čehož vyplývá, že počítal pouze s jeho endemickým výskytem. Takto postižení jedinci mají malou postavu, četné vývojové vady, poruchy pohlavních orgánů a nízkou inteligenci. Herfort na základě výzkumu MUDr. Stanislava

²² Kretenismus je popisován již od starověku. Lidé s poruchou štítné žlázy bývají popisováni jako „volatí“. Jejich vysoký výskyt byl zejména v oblasti Alp, u nás byl lokální výskyt vyřešen až jodidací kuchyňské soli, která byla zavedena v letech 1947 – 1953.

Vomely věděl, že tato nemoc souvisí s deficitem jódu a tím nedostatečné činnosti štítné žlázy (Herfort, 1920 in: 1932, s. 132).

Podle Herfortových výzkumů není třeba u mongoloidní idiocie²³ vypočítávat individuální znaky, protože fyzické znaky mongolismu jsou u všech jedinců natolik totožné, že nemůže dojít k jejich záměně. Herfort ve své práci zdůrazňuje malou, otlou postavu s ohebnými klouby, krátké prsty horních končetin a hlavně krátkou hlavu s širokým kořenem nosním a šikmým postavením očních štěrbin (Herfort, 1920 in: 1932, s. 133).

Onemocnění, které je dnes označováno jako GM2, Tayova-Sachsova nemoc či gangliosidóza²⁴, bylo Herfortem nazváno jako familiární amaurotická idiocie, více se však o ní Herfort nezmiňuje.

5.2.2.5 Členění dle etiologie

Slabomyslnost, rozdělil na dvě velké skupiny:

- Vrozená slabomyslnost,
- slabomyslnost získaná v prvních letech života.

Podle tohoto členění pak vymezuje vlastní definice termínu slabomyslnosti. Jedná se o velkou skupinu vrozených a v prvních letech získaných stavů duševní zakrnělosti (Herfort, 1909 in: 1932, s. 31).

Samozřejmě, že z pozice lékaře byly pro Herforta důležité zejména medicínské aspekty. Všimá si především vnějších znaků slabomyslnosti, rozeznává různé druhy ušního boltce, porovnává tělesné proporce osob slabomyslných a normálních jedinců v různých věkových stádiích. Je si však vědom, že osobnost je jednota tělesného a duševního, tyto komponenty se podle jeho názoru nedají oddělit, proto pokud dochází k určitému vrozenému poškození, odrazí se tento jev i na stavu tělesném. Proto jeho

²³ „Downův syndrom (mongolismus) tvoří dnes kolem 10% osob s mentální retardací. Jako první jej popsal John Langdon Haydon Down (1828 – 1896), podle jehož příjmení získal syndrom jméno. Downův syndrom vzniká následkem chromozomové aberace – nadpočetného 21. chromozomu“ (Švingalová, 1998, s. 51).

²⁴ Jedná se o vzácné onemocnění, které se objevuje u dětí, které jsou po narození zdravé a projevuje se mezi čtvrtým a desátým měsícem. Dětem postupně ochabuje svalstvo a stávají se malátnými. Díky tomuto slábnutí děti chřadnou a umírají již mezi 2. – 3. rokem. Příčinou jsou zřejmě anatomické změny mozkových buněk (Defektologický slovník, 1978, s. 151 – 152).

práci je možné hodnotit jako komplexní přístup jak v diagnostice, tak v klasifikaci duševního onemocnění.

5.2.3 Jan Mauer

Jan Mauer žil v letech 1878 – 1937. Význam jeho spisů a výzkumů spočívá zejména v tom, že se zasloužil o rozšíření pojmu pedopatologie na všechny „úchylné“ děti. Právě sem zahrnul jak děti „slepé, slabozraké, neslyšící, nedoslýchavé, ale také slaboduché. Mauer si uvědomuje nedostatky v názvosloví a vlastním třídění dětí „duševně úchylných“. Sám na základě vlastního studia zahraničních a českých autorů člení děti „duševně úchylné“ na slaboduché a citově abnormální. Druhou kategorií se dnes zabývá etopedie. Kritériem, které od sebe rozdělovalo obě kategorie, byla duševní slabost (Mauer, 1917, s. 2).

V roce 1917, kdy Jan Mauer napsal publikaci Jak poznati duševně úchylné děti a kterak je učiti v pomocné škole, byly již ustáleny tři stupně slaboduchosti (Mauer, 1917, s. 2):

- Blbost (idiotie)²⁵,
- slabomyslnost (imbecilita),
- nedoumnost (debilita).

5.2.3.1 Míra vzdělavatelnosti

První kategorie slaboduchých, „blbci“, nebyly podle Mauera vzdělavatelní, proto byli vyloučeni z pomocných škol a označeni jako slaboduší I. stupně. Obě zbylé kategorie, slabomyslní a neoumní, jsou vhodné pro výchovu a vzdělání v pomocné škole. I přes v praxi značně využívané začleňování slabomyslných (imbecilů) do pomocných škol, je teoretický postoj Mauera spíše negativní. Slabomyslnost by měla být v kompetenci ústavů. Velmi problematická je pak kategorie „lehká slabomyslnost“, která má nejasné hranice a proto je obtížné žáka zařadit do vhodné instituce.

²⁵ České ekvivalenty k pojmům idiotie, imbecilita a debilita přiřadil prof. Kuffner. (Mauer, 1917, s. 2).

Charakteristika žáků vhodných pro výchovu a vzdělání je velmi problematická, zejména proto, že Mauer ve svém popisu kombinuje prvky, které v dnešní době sleduje spíše etopedie. „Rozeznat žáky duševně vratké od duševně slabých bývá těžko, ba bez podrobného šetření psychiatrického nemožno“ (Mauer, 1917, s. 3). Obecně však Mauer nazval děti vratké jako vrtkavé a žáky duševně slabé jako malátné, avšak při hlubším popisu charakteristik obou skupin můžeme v obou zmíněných kategoriích nalézt dnes již ustálené typy mentální retardace. S kategorií malátných můžeme spojit typ torpidní a vrtkavé bychom mohli nazvat typem eretickým.

Jako kritérium pro klasifikaci je u Mauera patrná vzdělavatelnost. Má-li tento prvek sloužit jako kritérium, je třeba objasnit, o jaké vzdělání se jedná. Děti, které nejsou schopny se v přijatelném prostředí za poskytnutí přiměřených podnětů naučit číst, psát a počítat nemůžeme ze vzdělání vyloučit, jsou totiž schopné praktického vzdělání, které uplatní ve svém životě.

Kritéria přijímání žáků do pomocných škol byly různé v určitých oblastech. V praxi však na našem území²⁶ setrvalo dítě minimálně 2, někdy 3, roky v obecné škole, pokud však ročník dvakrát popřípadě třikrát opakovalo, bylo pro nedostatek schopností přeřazeno do pomocné školy nebo třídy. Pokud však dítě prokazuje výrazné nedostatky v duševní sféře, může být do pomocné školy přeřazeno ihned. K tomu je však potřeba lékařské a pedagogicko-psychologické vyšetření dítěte (Mauer, 1917, s. 16 – 17).

5.2.3.2 Biologické a psychologické aspekty

Výše zmíněné členění je v první řadě důležité pro další práci s dětmi se specifickými potřebami.

Z hlediska vzdělavatelnosti Mauer popsal pouze poslední dvě skupiny. O dětech idiotických se Mauer ve svém podrobnějším popisu nezmiňuje.

- Děti slabomyslné (imbecilní) jsou charakteristické už svým vzezřením, ke kterému je přiřazena duševní zaostalost. Tvar jejich lebky, obličeje, výraz tváře, pohyby, komunikace a pomalý vývoj

²⁶ Termín „naše území“ je třeba chápat v rámci Čech, Moravy a Slezska. V době, kdy publikace však území nadále spočívá pod svrchovaností Rakousko-Uherska.

je přiřazuje do této kategorie a odlišuje tak od tětí nedoumných (Mauer, 1917, s. 22).

- Děti nedoumné (debilní) jsou společně s dětmi duševně vratkými označeni jako „lehce abnormální“ a od „normální“ populace je odlišuje tím, že jim chybí vůle, mají mechanickou a často jednostrannou paměť, jsou mravně slabí a někdy až „mravně tupí“. Děti nedoumné nelze odlišit od „zdravé“ populace na základě tělesných znaků (Mauer, 1917, s. 22 – 24).

V praxi tato skupina žáků, při přijímání do pomocné školy, prochází řadou úkolů a testů, z nichž nejznámější jsou např. test od Demoora, Ziehena, Fuchse, Sherlocka. Nejvíce však pomocné školy využívají testy, které stanovil Sante de Sanctis a Binet-Simonovy testy (Mauer, 1917, s. 27).

5.2.3.3 Závěry Mauerovy klasifikace

V samotném členění si je vědom, že stanovit přesné hranice mezi těmito stupni je v podstatě nereálné. Další členění, např. rozdělení idiotie na hlubokou, nižší, střední, prostou či lehčí, nebo strukturalizovat slabomyslnost na řád 1., 2. a 3., Mauer vidí v podstatě za zbytečnost, která navíc vede k velkým zmatkům. Další členění považuje za pouhé slovní hříčky, na kterých v praktickém využití nezáleží. Kriticky se staví k jakémukoli členění zejména proto, že jednotliví autoři tvoří klasifikaci podle jiného hlediska. Poukazuje proto na nutnost vytvořit systém kritérií, podle kterých by bylo možno vytvořit ucelenou klasifikaci (Mauer, 1917, s. 22 – 26).

5.2.4 František Čáda

Filozof, filolog a psycholog působící na filozofické fakultě české univerzity v Praze, žil v letech 1865 – 1918 (Cach, 2000, s. 2). Čáda se věnoval zejména problému socializace. Jeho výzkum vychází z empirické psychologie opírající se o experiment. Nezajímal se pouze o filozofii, ale také o přírodní jevy, psychologii a pedagogiku dítěte, zejména pak dědičnost a vývoj mozkové kůry.

Spolupodílel se na ustavení České zemské komise pro ochranu dětí a péči o mládež v Království českém v roce 1908 a organizačně vedl výbor, který pořádal tři české sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné v letech 1909, 1911 a 1913 (Černá, 2008, s. 51).

Čáda si byl vědom potřeby nové reformy v péči o postižené. Do popředí staví stát, který jako jediný by měl tu moc ovlivnit humanitní pohled na situaci, soukromé orgány viděl jako doplňkový systém hlavního úsilí státu či země.

Péče o děti a mládež by měla být uskutečňována na základě zachytného systému, který Čáda publikoval v roce 1916, přičemž kategorizaci, kterou použil, strukturoval podle věku²⁷ dětí, podle typu a podle doby trvání²⁸ abnormalit.

5.2.4.1 Typologie lidské společnosti

Členy lidské společnosti Čáda charakterizoval jako osoby (Eisová, 1983, s. 37):

- Řádné²⁹,
- antisociální individua, před kterými je třeba se chránit příslušným trestním aparátem, vězením, popřípadě vyloučením³⁰,
- asociální individua.

Poslední kategorii tvoří jedinci, které společnost trpí a nevyhrazuje jim potřebnou péči, jedná se o osoby abnormální. Kategorii „asociální individua“ můžeme rozčlenit na tři podskupiny:

- Jedinci tělesně postižení,³¹
- druhou podskupinu tvoří jedinci mravně narušení,³²
- poslední skupina je charakterizována osobami s abnormalitami v oblasti nervové a duševní.

²⁷ Péče měla být věnována dětem do jednoho roku věku, následně dětem v předškolním období, resp. do šestého roku věku, dětem v období školního věku, resp. do 14 let a dětem a dorostu v poškozeném věku, resp. do 24 let (Černá, 2008, s. 52).

²⁸ Dle Čády mohou být děti postiženy krátkodobě a trvale. (Černá, 2008, s. 53).

²⁹ Pod tímto termínem je třeba chápat intaktní společnost.

³⁰ Dnes můžeme takovéto jedince označit jako psychosociálně ohrožené.

³¹ Jejich výchovou, vzděláním a péčí se zabývá somatopedie.

³² Problematikou mravního narušení se dnes zabývá speciálně pedagogický obor etopedie.

Z této kategorizace vyplývá, že skupina „abnormálních jedinců“, je široká oblast, která ve svých důsledcích nemůže být od prvků v ní nashromážděných oddělena. Čáda si uvědomoval provázanost kombinovaného postižení a nesnažil se o striktní kategorizaci v oblasti mentálního postižení. Svým způsobem pouze upozorňoval na rozvrstvenost populace a velký záběr péče s mládeží.

5.2.4.2 Klasifikace dle vymezených rozdílů

Avšak při vymezení termínu slabomyslnost přijímá obě široké skupiny, ve kterých odborníci člení slabomyslné podle rozdílů (Cach, 2000, s. 86), tyto rozdíly jsou:

- „Kvalitativní (rozdíly mezi imbecilem a idiotem).
- Kvantitativní (stupňové)“, podle těchto stupňů lze vytvořit stupnici, např. „idioti lehčího rázu, individua ve vývoji (psychickém i fyzickém) opožděná, děti méně nadané nebo neukázněné“ (Cach, 2000, s. 86).

5.2.4.3 Klasifikace dle stupňů

Slabomyslnost můžeme na základě stupňů rozdělit do tří oblastí. Tyto stupně se víceméně kryjí s již ustáleným konceptem členění slabomyslnosti. Čáda však využívá rozdílné české ekvivalenty (Cach, 2000, s. 86):

- „Vývoj zakrnělý,
- vývoj zpožděný,
- hluboce abnormální.“

5.2.4.4 Klasifikace podle míry postižení

Slabomyslnost může ovlivnit celkový vývoj jedince, jak po stránce fyzické či psychické. Dle míry postižení pak Čáda člení slabomyslnost na (Cach, 2000, s. 86):

- Slabomyslnost, která zasahuje celý vývoj,
- částečnou slabomyslnost.

5.2.4.5 Klasifikace podle druhu péče

Čáda slabomyslné člení na dvě velké skupiny podle druhu péče, která je pro konkrétní kategorii vhodnější (Cach, 2000, s. 87):

- Medicínská výchova a péče, pro jedince, kteří spadají do této kategorie je, dle Čádova výzkumu, vhodnější speciální ústavní výchova. Do této skupiny spadají děti hluboce abnormální (idiotické).
- Pedagogická výchova a péče je určena pro jedince, které je možno vzdělávat a vychovávat ve zvláštních školách.³³

Čádovým cílem byla socializace všech jedinců, proto navrhoval další zřízení, která měla jedince uplatnit, či připravit na život, po absolvování školní či ústavní výchovy. Vyzdvihoval proto potřebu dalších škol, které by navazovaly na školy předcházející, pracovní ústavy a pracovní kolonie. V těchto zařízeních by mohly být uplatněny všichni jedinci, které Čáda zahrnul do skupiny „asociální individua“.

Celkově se odborníci shodnou (Cach, 2000, s. 36), že Čádovi šlo zejména o „emancipaci dítěte“, která má podklad ve filozofické, psychologické a nápravněsociální oblasti.

5.2.5 Konrád Sedláček

Sedláček (1876 - 1939) chápe mentální postižení jako širokou škálu, která začíná duševní nicotou a zahrnuje v sobě všechny těžké i lehké formy blbosti a slabomyslnosti. Kretenismus považuje za komplikovanou formu idiotismu, která se navíc projeví „tělesnou zrůdností“. Můžeme říci, že vychází ze stejných kritérií mentální retardace jako Mauer. Tímto kritériem je vzdělatelnost a vychovatelnost.

5.2.5.1 Klasifikace slabomyslnosti podle projevů chování³⁴

Sedláček rozlišuje slabomyslnost na dvě velké formy:

- Torpidní (apatickou, cituprázdnou),
- eretickou či agilní (vznětlivou, pohybovou).

³³ V této době je ustálený a plně využívaný termín „pomocná“ škola místo oficiálního termínu zvláštní škola, který se již v této době ustálil v zahraničí (Cach, 2000, s. 87).

³⁴ Ve smyslu idiocie.

Oba termíny je třeba chápat jako protiklady. Torpidní typ vzniká na základě mozkové deprese, při které jsou lidské pudy a energie natolik oslabené, že jedinec je schopen minimální pohyblivosti. Celkové reakce osobností s torpidním typem slabomyslnosti jsou zpomalené, namáhavé a bezúčelné. Čich a chuť dle Sedláčkova názoru nemají pro takto znevýhodněné jedince žádný smysl. Druhý typ, eretický čili agilní, je charakterizován jako následek podráždění mozku, který se stal permanentním. Dominantní u těchto lidí je tedy pud, který je nutí neustále se pohybovat, zpívat a smát.

5.2.5.2 Etiologická klasifikace

Duševní abnormalita je Sedláčkem vymezena dvěma kategoriemi (1907, s. 5):

- Vrozená³⁵, zde, v době těhotenství, hrají důležitou roli dědičné vlivy, alkohol, nervový stav rodičů či venerické nemoci,
- nabytá³⁶, tuto způsobuje zejména horečnaté onemocnění³⁷, zápal mozku, poranění hlavy, epilepsie či nedostatečná výživa.

Z hlediska etiologie můžeme slabomyslnost členit na (Sedláček, 1907, s. 10):

- „Symptomatickou, jejíž kořeny hledáme v abnormálním organismu,
- idiopatickou, kde nelze vady organismu dokázat.“

Sedláček z hlediska příčin vymezil dvě formy slabomyslnosti, které mají svůj původ v lymfatickém systému (1907, s. 10):

- První skupina je vyznačována malou postavou a lebkou, s malým nosem, naběhlými rty a tlustým jazykem, klenutým patrem, s nohama postiženými křivicí, ale s dobrou povahou.
- Druhou formou je kretenismus.

³⁵ Též označovaná jako primární (Sedláček, 1907, s. 6).

³⁶ Též označovaná jako sekundární (Sedláček, 1907, s. 6).

³⁷ Osýpky, spála, neštovice, tyfus, růže, šarlach (Sedláček, 1907, s. 5).

5.2.6 World Health Organization

V roce 1945 na Konferenci OSN došlo ke schválení a vytvoření nezávislé mezinárodní zdravotnické organizace, kterou o rok později v New Yorku podepsalo 61 států, včetně Československa. Dnes se oficiálně den, ve kterém byly oficiální ratifikační listiny uloženy v kanceláři generálního tajemníka OSN, nazývá Světovým dnem zdraví. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen WHO) se zaměřuje na realizaci programů k potírání a úplnému odstranění některých nemocí (Kavka, 1989).

5.2.6.1 Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

Mimo hlavní poslání WHO, kterým je např. omezování úmrtnosti, podpora správné životosprávy, omezování rizik, které vyplývají z ekologických či ekonomických podmínek, rozvoj zdravotních systémů či odpovídajících zdravotních strategií, schvaluje revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.³⁸

Vrátíme-li se ke klasifikačním systémům, které vymezuje MKN, je nutné zdůraznit, že v polovině 20. století převládá, jako základní kritérium a hlavní filosofie, klasifikování nemocí pomocí etiologie. Pouze u některých onemocnění se postupně uplatňuje členění podle jednotlivých projevů.³⁹

MKN ve své 10. revizi ještě dnes rozčleňuje osoby s mentálním postižením v první řadě podle míry dosaženého intelektu a následně až podle sociálního upotřebení. Kritika tohoto systému měla řadu odpůrců již při prvním publikování Binetova testu. Lidé s mentálním postižením se stávají kategoriemi. V rámci ohraničení těchto kategorií v podstatě nemají prostor uplatnit aspekty své tvůrčí či praktické inteligence

³⁸ Dále jen MKN.

³⁹ U některých onemocnění se postupně uplatňují členění dle jednotlivých projevů (Mezinárodní statistická klasifikace, 1996).

5.2.6.1.1 Klasifikace dle IQ

Klasifikace stupňů mentální retardace podle WHO z roku 1966 (Kysučan, 1982, s. 18):

„Oligofrenie (310 – 315):

- | | |
|-----|--|
| 310 | Mírná duševní zaostalost. Slaboduchost. Patří sem hraniční stav slaboduchosti, IQ 68 – 85. |
| 311 | Lehká slabomyslnost (oligofrenie), debilita. Patří sem – IQ 52 – 67. |
| 312 | Středně těžká slabomyslnost (oligofrenie), imbecilita. Patří sem – IQ 36 – 51. |
| 313 | Těžká slabomyslnost (oligofrenie), prostá idiotie. Patří sem – IQ 20 – 35. |
| 314 | Těžká slabomyslnost (oligofrenie), těžká idiotie. Patří sem IQ pod 20. |
| 315 | Oligofrenie blíže neurčená.“ |

Výše uváděný termín oligofrenie čili slabomyslnost je třeba vnímat jako duševní stav, který je způsoben organickým poškozením CNS, k němuž došlo následkem celé řady příčin (Kysučan, 1982, s. 16).

Klasifikace a začleňování jednotlivých osob do kategorií se uskutečňuje na základě výsledků, které jedinci dosáhnou v IQ testu. Jedná se o test standardizovaný a všem jedincům by měl být podáván pouze za takových podmínek, ve kterých je schopen získat pouze nejspolehlivější data.

5.2.6.1.2 Inteligenční kvocient jako míra vzdělavatelnosti a vychovatelnosti

Toto vymezení je důležité zejména pro speciální pedagogy, inteligenční kvocient poukazuje na míru vzdělavatelnosti a vychovatelnosti, proto se v této době můžeme v praxi setkat stále ještě s vymezením a kategorizací dětí podle starších klasifikačních systémů, kterým je přiřčeno nový význam. Z hlediska vzdělavatelnosti a vychovatelnosti můžeme v tomto období klasifikovat mentální postižení takto:

- *Idiot* – nevychovatelný, nevzdělávatelný,
- *Imbecil* – vychovatelný, nevzdělávatelný,
- *Debil* – vychovatelný, vzdělávatelný.

Z čistě praktického hlediska, podle zařazování žáků do zvláštních a pomocných škol, můžeme jedince s „vadným rozumovým vývojem“ rozčlenit do dvou skupin. I když jsou jedinci postiženi vesměs kombinovaným postižením, je třeba pečlivě zvážit, do které skupiny bude žák zařazen. Obecně však můžeme říci, že do pomocných i zvláštních škol byly přijímány děti debilní, s hraničním pásmem imbecility, s motorickou zaostalostí, silnou krátkozrakostí a vadnou výslovností. Další skupinou byly děti oligofrenní k hraničnímu pásmu imbecility, s poruchami chování a agramatickou řečí. Dále zde mohli studovat jedinci s Downovým syndromem po hranici imbecility s nevyvinutou řečí a kretením slabě nedoslýchaví s vadnou řečí na stupni debility (Predmerský et al., 1964, s. 12 – 13).

Z výše uvedeného plyne, že děti označené kategorií imbecilní a idiotické nebyly schopné vzdělávání, proto jen jistá část rozumově vadných dětí mohla být úspěšně resocializována. Do zvláštní školy pak byly zařazeny ty děti, které nezvládaly povinnou školní docházku, ale přitom jeho intelekt nebyl snížen natolik, aby po ukončení docházky nemohl pokračovat v přípravě na budoucí povolání. Pomocná škola byla určena pro žáky, kteří se nehodili do zvláštní školy, ale zároveň nemuseli být osvobozeni od povinné školní docházky.

Klasifikace přijatá Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1968, pracuje již s termínem mentální retardace a rozlišuje čtyři kategorie, k nimž přiřazuje i pásmo lehkého podprůměru, které je označované jako lehká mentální retardace.

Tabulka 1 (Švingalová, 1998, s. 38):

„Mentální retardace	Při směrodatné odchylce 16	Při směrodatné odchylce 15
Hluboká (profound)	IQ: 0 – 22	IQ: 0 – 19
Těžká (severe)	IQ: 23 – 39	IQ: 20 – 35
Střední (moderate)	IQ: 40 – 54	IQ: 36 – 51
Mírná (mild)	IQ: 55 – 69	IQ: 52 – 67
Podprůměr	IQ: nad 70“	

Jednotlivé stupně a jejich hranice nejsou striktně vyznačené, důvodem je zejména to, že se ve většině případů nejedná o postižení rovnoměrné a ve všech bodech stejně intenzivní. Intelekt nemůže vystihnout celou podstatu a variabilitu lidské osobnosti.

V dnešní době jsou již jednotlivé kategorie reprezentovány určitými typickými znaky, přičemž odborníci vychází z předpokladu, že všechny vybrané kategorie od sebe můžeme odlišit na základě odchylek v neuropsychickém vývoji, somatickými vadami, poruchami motoriky, poruchami psychických procesů, poruchami citů a vůle, možnostmi výchovy a socializace či po stránce komunikace a řeči (Švingalová, 1998, s. 39).

5.2.7 60. léta 20. století

Již koncem 50. let minulého století se v západní Evropě a USA při klasifikaci a diagnostice mentálních poruch vědci opírají zejména o testové metody. Ostatní metody, zejména anamnéza, longitudinální pozorování, charakteristika sociálního prostředí a vtahů, záznamové archy či různé druhy zkoušek, byly podle dobové literatury využívány již od roku 1936 v SSSR a následně i v Československu (Maydlová, 1959, s. 10).

V této době, díky rozvoji medicíny a ostatních věd dochází k ráznému členění diagnostiky a klasifikace v oblasti lékařské a pedagogicko-

psychologické. Lékařské koncepce vychází z výzkumů, které se zaměřují na organické, fyziologické a biochemické příčiny oligofrenie. Naopak pedagogicko-psychologické koncepce jsou zaměřeny na projevy chování, klasifikaci či jiné projevy jedince (Maydlová, 1959, s. 10 – 11).

Uplatnění reflexní teorie a základy neurologie v psychologii a pedagogice měly zásadní vliv na výzkum mentálního postižení. Ve vztahu k vývoji klasifikačních systémů se dostáváme do multidimenzionální oblasti. Veškeré nově vznikající klasifikační systémy závisí zejména na výzkumu vyšší nervové činnosti (Maydlová, 1959, s. 14).

Metody zkoumání, doplněné o biologický základ mohou být nyní směrodatné k dalšímu dokreslení klasifikačních koncepcí. Každopádně vědci se shodují na tom, že dosavadní komplikovanost v oblasti klasifikace mentálních defektů by měla být pouze motivací k dalším výzkumným činnostem a přepracování dosavadních koncepcí, které se, vzhledem ke svému jednostrannému zaměření, mohou zdát nevyhovující.

6 Závěr

„Všeobecně můžeme říci, že vedle nálezů, které vymezují osobnost, může být tolik druhů oligofrenických osobností, s kolika oligofreniky se setkáme“ (Jankovichová, in: Švingalová 1998, s. 37.) Vzhledem k této skutečnosti není divu, že během druhé poloviny 20. století došlo k vytvoření velkého množství klasifikačních systémů, kterých v 80. letech 20. století můžeme napočítat více než padesát. Stalo se tak zejména proto, že pedagogové, lékaři, sociologové a jiní odborníci začali vycházet z toho, že člověk je jedinečná osobnost a nelze ji klasifikovat jen na základě jednoho kritéria.

Je patrné, jakým způsobem se vzhledem k vývoji medicíny, pedagogiky a psychologie postupně vyvíjela terminologie a s ní spojená klasifikace mentální retardace. Na konci 18. století je slabomyslnost členěna např. dle charakteristiky řeči (Esquirol), popřípadě podle úrovně pozornosti (Sollier). Zatímco v 19. století se setkáváme s odlišnými koncepcemi, které se vztahují zejména na oblast etiologickou, fyziologickou či symptomatologickou. Dvacáté století je reprezentováno osobnostmi, které i přes své specifické zaměření, nahlížely na klasifikační systémy spíše z komplexního hlediska a uvědomovaly si složitost vymezení dle jednotlivých kritérií, proto není neobvyklé, že díky svým výzkumům vytvářeli hned několik klasifikačních systémů. Vzhledem k těmto postupně se utvářejícím názorům, že osobu jako jedinečnou bytost nelze začlenit do určitého systému, např. podle způsobu vyjadřování či fyziologických dispozic, bylo vytvořeno členění dle míry inteligenčního kvocientu, které má hodnotnou váhu dodnes.

Pokud se zaměříme na nejnovější, desátou, revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí, je její klasifikace stále postavena na hodnocení mentální retardace z hlediska „úrovně intelektu“. Ve většině případů je u osob s mentálním postižením stále hodnocena jejich „pomalost, pasivita, nesamostatnost, nedostatečnost či ovlivnitelnost“, avšak žádný z klasifikačních systémů nehodnotí kladné stránky osob s mentálním deficitem, tzn. jejich kreativitu, nadšení, spontaneitu, emocionalitu, samostatnost, iniciativu či vlastní názor.

Vytváříme tak jakési negativní očekávání, ve vztahu k jejich možnostem, všude tam, kde svým způsobem rizika převažují nad zisky.

Klasifikační systémy mohou v mnohých směrech ulehčovat situaci celé společnosti, avšak neměly by utlačovat, znevýhodňovat a poškozovat jedince s jakýmkoli postižením.

7 Použité zdroje

BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. 2007. *Psychopedie : Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.

CACH, J. 2000. *František Čáda a mezioborové vztahy i experimenty*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2000. 131 s. ISBN 80-246-0026-9.

ČAPKA, F. 1999. *Dějiny zemí Koruny české v datech*. 3. vyd. Praha : Libri, 1999. 1001 s. ISBN 80-7277-000-4.

ČERNÁ, M. 2008. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

DOLEJŠÍ, M. 1973. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1. vyd. Praha 1973. 183 s. Bez ISBN.

EDELSBERGER, L. (ed.) 2000. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany : H & H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

EDELSBERGER, L. (ed.) 1978. *Defektologický slovník*. 1. vyd. Praha : SPN, 1978. 480 s. Bez ISBN.

EISOVÁ, A. 1983. *Kapitoly z dějin psychopedie*. 1. vyd. Praha : SPN, 1983. 60 s. Bez ISBN.

GARDNER, H. 1999. *Dimenze myšlení*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. 400 s. ISBN 80-7178-279-3.

HERFORT, K. 1920. *Psychopatologie dětství, nová věda lékařská*. In: Soubor prací univ. prof. MUDr. Karla Herforta. Uspoř. J. Zeman, s. 275 – 282. Praha : Spolek pro péči o slabomyslné, 1932. 352 s. Bez ISBN.

HERFORT, K. 1909. *Úvod do studia dítěte slabomyslného*. In: Soubor prací univ. prof. MUDr. Karla Herforta. Uspoř. J. Zeman, s. 7 – 34. Praha : Spolek pro péči o slabomyslné, 1932. 352 s. Bez ISBN.

HERFORT, K. 1932a. *Vrozené a časně získané choroby duševní*. In: Soubor prací univ. prof. MUDr. Karla Herforta. Uspoř. J. Zeman, s. 110 – 121. Praha : Spolek pro péči o slabomyslné, 1932. 352 s. Bez ISBN.

HERFORT, K. 1927. *O příčinách idiotie*. In: Soubor prací univ. prof. MUDr. Karla Herforta. Uspoř. J. Zeman, s. 122 - 137. Praha : Spolek pro péči o slabomyslné, 1932. 352 s. Bez ISBN.

JANÍK, A. 1987. *Veřejnost a duševně nemocný*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1987. 190 s. ISBN 08-073-87.

KAPRAS, J. 1899. *Stručný nástin duševních vad dětských*. Praha, 1899. 125 s. Bez ISBN.

KAVKA, S. 1989. *Světová zdravotnická organizace*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1989. 176 s. Bez ISBN.

KOZÁKOVÁ, Z. 2005. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého Olomouc, 2005. ISBN 80-244-0991-7.

KRAUS, J.; PETRÁČKOVÁ, V. 1997. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha : Academia, 1997. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.

KRAUS, J. 2005. *Nový akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 879 s. ISBN 80-200-1351-2.

KREJČÍŘOVÁ, O., HUTYROVÁ, M. 2006. *Speciální pedagogika 6*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 53 s. ISBN 80-244-1214-4.

KYSUČAN, J. 1982. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Olomouc : Pedagogická fakulta univerzity palackého, 1982. 135 s. Bez ISBN.

MAUER, J. 1917. *Jak poznati duševně úchylné děti a kterak je učiti v pomocné škole*. 1. vyd. Praha : K. Stiegelmaier, 1917. 122 s. Bez ISBN.

MAYDLOVÁ, Z. 1959. *K současnému stavu laboratorního experimentálního výzkumu oligofrenií a k otázkám klasifikace mentálně defektních osob*. Otázky defektologie. 1959, roč. 1, s. 10 – 15. Bez ISBN.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize : diagnostická kritéria pro výzkum : duševní poruchy a poruchy chování. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.

PREDMERSKÝ, V.; DOUTLÍ, V.; KALIBÁN, V. 1964. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha : SPN, 1964. 180 s. Bez ISBN.

SEDLÁČEK, K. 1907. *Zachraňte slabomyslné*. 1. vyd. Prostějov : nákladem Učitelské jednoty okresu prostějovského, 1907. 112 s. Bez ISBN.

STÖRIG, H. 2000. *Malé dějiny filozofie*. 7. vyd. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2000. 630 s. ISBN 80-7192-500-4.

ŠAUER, J. 1897. *Paedagogika*. 1. vyd. Praze : nákladem Dědictví sv. Prokopa, 1897. 493 s. Bez ISBN.

ŠVINGALOVÁ, D. 1998. *Vybrané kapitoly z psychopedie : určeno pro čtyřsemestrové a šestisemestrové rozšiřující studium speciální pedagogiky / Vybrala a doplnila texty Dana Švingalová*. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita, 1998. 113 s. ISBN 80-7083-282-7.

VENCOVSKÝ, E. 1996. *Psychiatrie dávných věků : (od Hippokrata k Pinelovi)*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1996. 222 s. ISBN 80-7184-226-5.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. 2007. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha : Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.

VOJTKO, T. (ed.) 2005. *Postižený člověk v dějinách I. : vybrané přednášky k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 48 s. ISBN 80-7041-007-8.

ZEMAN, J. 1939. *Dějiny péče o slabomyslné*. 1. vyd. Praha : Spolek pro péči o slabomyslné, 1939. 54 s. Bez ISBN.

ZEMAN, J. 1933. *Pedopathologický slovníček*. 1. vyd. Praha : Spolek pro péči o slabomyslné, 1933. 138s. Bez ISBN.

ZEMAN, J. *Péče o děti abnormální*. Náchod : B. Chrastina, [1908]. 88 s. Bez ISBN.