



Názov:

**Psychologický manažment  
detského a adolescentného pacienta  
s mentálnou retardáciou**

štandardný diagnostický, preventívny a terapeutický postup

Autori:

**PhDr. Katarína Jandová, PhD.**

**Mgr. Beáta Sedlačková**

**doc. PhDr. PaedDr. Marta Zát'ková, PhD.**

Špecializačný odbor:

**Klinická psychológia**

Odborná pracovná skupina:

**Klinická psychológia pre deti a dorast**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

**Psychologický manažment detského a adolescentného pacienta s mentálnou retardáciou - štandardný diagnostický, preventívny a terapeutický postup**

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0264	25. október 2022	schválený	15. november 2022

**Autori štandardného postupu**

**Autorský kolektív:**

PhDr. Katarína Jandová, PhD.; Mgr. Beáta Sedlačková; doc. PhDr. PaedDr. Marta Zaf'ková, PhD.

**Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu**

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

**Recenzenti**

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

**Technická a administratívna podpora**

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek, MBA; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mányá, PhD., MHA; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka

**Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** „Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

mentálna retardácia, prevencia, psychologická diagnostika, manažment, terapia, liečba

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>APA</b>	American Psychiatric Association (Americká psychiatrická asociácia)
<b>CNS</b>	Centrálne nervové sústava
<b>CPPPaP</b>	Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie
<b>CŠPP</b>	Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva
<b>DSM-V.</b>	5. verzia Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
<b>EBM</b>	Evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
<b>IVP</b>	Individuálny vzdelávací plán
<b>KBT</b>	Kognitívno-behaviorálna terapia
<b>MR</b>	Mentálna retardácia
<b>NICE</b>	The National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
<b>SZP</b>	Sociálne znevýhodňujúce prostredie
<b>ŠDTP</b>	Štandardný diagnostický a terapeutický postup
<b>ŠVVP</b>	Špeciálne výchovnovzdelávacie potreby

## Kompetencie

**Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater)** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia, psychoterapia. Podporná psychoterapia.

**Lekár so špecializáciou v odbore pediatrika psychiatria (detský psychiater)** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia, psychoterapia. Podporná psychoterapia.

**Lekár bez špecializácie** - vyšetrenie pacienta, pod supervíziou tvorby individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Podporná psychoterapia.

**Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ)** - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia.

**Sestra so špecializáciou** - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Psychoedukácia a podporná psychoterapia.

**Sociálny pracovník** - prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora.

**Všeobecný lekár pre deti dorast** - prvotné posúdenie, skrining, odoslanie na ďalšiu liečbu.

**Poradenský psychológ** - CPPPaP a CŠPP - psychodiagnostické vyšetrenie, prevencia, depistáž v materskej škole, škole, spolupráca so školským zariadením.

**Liečebný pedagóg** - prvotné posúdenie, prevencia; liečebno-pedagogická diagnostika a terapia vrátane využitia rôznych druhov terapií.

**Logopéd** – logopedická starostlivosť ako nevyhnutná súčasť intervencie do oblasti rozvoja reči.

**Špeciálny pedagóg** - prvotné posúdenie, prevencia; depistáž, špeciálno-pedagogická diagnostika a špeciálno-pedagogická korekcia, reedukácia, tvorba ŠVVP, IVVP, spolupráca so školským zariadením.

**Školský psychológ** - spolupráca s rodinou a školou pri tvorbe a napĺňaní IVVP, ŠVVP, podporná psychoterapia

## Úvod

Vytvorený ŠDTP je určený pre psychologickú diagnostiku, prevenciu a liečbu osôb v detskom a adolescentnom veku s mentálnou retardáciou. Cieľom je zlepšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti o pacientov s MR v Slovenskej republike. Je určený všeobecným lekárom pre deti a dorast, klinickým psychológom, poradenským psychológom z CPPP a ČŠPP, psychiatrom a ďalším odborníkom pôsobiacim v oblasti duševného zdravia. Cieľom ŠDTP je tiež zlepšiť psychodiagnostiku MR, ako aj zlepšiť kvalitu života osôb s MR. Súčasná situácia v psychologickú diagnostiku MR nie je uspokojivá. Deti zo sociálne znevýhodneného prostredia sú často nesprávne diagnostikované ako deti s MR, a to napriek intelektovým schopnostiam v pásme priemeru alebo v hraničnom pásme. Následne sú tieto deti zaradované do špeciálnych škôl a v nich vzdelávané podľa vzdelávacích programov pre deti s mentálnym postihnutím. Problémy sú aj v oblasti prevencie (sekundárnej prevencie), s cieľom včasnej intervencie - potrebné je vyhľadávanie detí s MR, včasná podpora a efektívna terapia/starostlivosť. Problematická sa tiež javí oblasť terapie, kedy sa nedostatočne uplatňujú metódy a postupy, ktoré sú preukázateľne účinné a založené na dôkazoch (evidence-based). Mentálna retardácia negatívne ovplyvňuje akademické, behaviorálne, emocionálne a sociálne fungovanie postihnutého jedinca. Dôsledkom je potom školské zlyhávanie, problémy v oblasti vzdelávania, sociálna maladaptácia, v dospelosti emočné, vzťahové a sociálne problémy.

Termín mentálna retardácia za posledné desaťročie prechádza z hľadiska odborného teoretického a praktického vymedzenia evaluáciou, kedy zámerom sa stáva znížiť stigmatizáciu a zlepšiť pochopenie človeka s mentálnym handicapom. Vančová (2005) sa prikláňa k termínu intelektová neschopnosť (nevýkonnosť), DSM 5 a MKCH 11 používajú termín Porucha intelektu (Vývinová porucha intelektu). Základné vymedzenie fenoménu mentálne postihnutie, resp. mentálne znevýhodnenie reflektuje aj prístup autorov k štandardu, kde ako jadrové vnímame nasledovné premisy:

- Mentálne postihnutie je multidimenzionálny fenomén, ktorý implikuje psychologické, pedagogické, sociálne aj medicínske aspekty. Na jednej strane vyjadruje aktuálny stav či spomalenie duševného vývinu, na druhej strane poukazuje na to, že tento stav nie je konečný a nemenný, pričom sa predpokladá, že v súlade s dobrým vedením môže byť funkčná kapacita človeka s mentálnym znevýhodnením vyššia, ako úroveň jeho intelektovej výkonnosti.
- Z hľadiska etických štandardov prístupu k pacientovi vnímame ako vhodné používať termín človek s mentálnym postihnutím a nie mentálne postihnutý človek. Švarcová (2006) vhodným spôsobom vymedzuje fakt, že mentálne postihnutie nie je integrálnou

súčasťou človeka, ale len jedna charakteristika z mnohých ďalších osobnostných črtami vyšetrovaného človeka.

Vymedzenie mentálneho znevýhodnenia, resp. mentálneho postihnutia považujeme za potrebné v úvode definovať podľa základných všeobecných, výskumom a teóriou deklarovaných znakov uvádzaných podľa Jakabčica (2016):

1. Mentálne postihnutie je stav oneskorenia duševného vývinu, ktoré môže mať charakter celkového oneskorenia vo vývine s rovnomerným zaostávaním vo všetkých oblastiach.
2. Mentálne postihnutie je stav, ktorý je trvalý. Musíme reflektovať aj fakt, že proti chápaniu mentálneho postihnutia ako trvalého faktu sa vznášajú námietky, ktoré sa zameriavajú na tendenciu dobrej adaptovateľnosti dospelého človeka s mentálnym znevýhodnením v rámci komunitného fungovania. Mentálne postihnutie nemusí mať z hľadiska podpory celoživotné trvanie v zmysle poskytovania podpory, pričom stav ako taký pretrváva. Charakteristika trvalého stavu je akcentovaná aj v DSM-5.
3. Mentálne postihnutie je stav, ktorý je nemenný. Vplyvom výchovnej starostlivosti môžeme reflektovať podstatné zlepšenie. V DSM-5 sa uvádza, že diagnostické zhodnotenie môže rozlíšiť, či zlepšenie adaptívnych spôsobilostí (konceptuálnych, sociálnych, praktických) je dôsledkom stabilne pokračujúceho osvojovania nových spôsobilostí, alebo ide o zlepšenie vplyvom intenzívne poskytovanej podpory a cieľných intervencií.
4. Mentálne postihnutie je stav z ktorého sa nevyrastá. Z perspektívy vývinu dieťaťa je nutné uvedomenie, že samotný vývinový proces, zrenie samo o seba neprináša samo o seba zlepšenie stavu. Pozitívne výchovné zmeny sú navodené vhodne cieľnou komplexnou výchovnou intervenčnou starostlivosťou.

Z hľadiska úvodu do ŠPTP je nutné upriamiť na vzájomné spolupôsobenie jednotlivých hľadísk, ktoré vo vzájomnej interakcii vytvárajú obraz človeka s mentálnym znevýhodnením:

- Hľadisko inteligencie – jej štruktúry, posúdenia miery využitia intelektových schopností;
- Hľadisko sociálnej začlenenosti – vyjadruje závislosť osoby od iných ľudí a ktorým môžeme špecifikovať mieru nevyhnutnej špecifickej pomoci, ktorú treba poskytnúť človeku s mentálnym znevýhodnením pri procese sociálnej začlenenosti;
- Hľadisko klinické – dominancia je v definovaní klinického obrazu v zmysle diagnostickej diferenciácie jednotlivých prípadov postihnutia, môžeme v tomto bode reflektovať aj na terapeutický a prognostický aspekt;
- Hľadiska osobnostné – integruje aspekt osobnosti, osobnostných črt a ich utvárania vo vývine v čase, determinované predchádzajúcimi 3 hľadiskami.

Vychádzanie len z jedného hľadiska pri určovaní mentálneho znevýhodnenia (postihnutia) je nesprávne. Aj v zmysle ŠPTP ho akcentujeme v najširších súvislostiach, ktoré sú dané vymedzením pojmu a zahŕňajú relatívnosť tohto stavu.

Súhrnne si dovoľíme konštatovať, že všetky definície mentálneho znevýhodnenia vychádzajúce len z platformy diagnostiky inteligencie v aktuálnom období vnímame ako prekonané. Za prijateľné vnímame tie definície, ktoré vychádzajú z konceptov definovaných aktuálny stav.

Americká asociácia pre intelektové a vývinové znevýhodnenia vychádza z definície Hebera (podľa Jakabčic, 2016), ktoré mentálnu retardáciu vníma ako stav celkového zníženia intelektových schopností pod priemer, ktorý nastal v období vývinu a ktorý je sprevádzaný jednou alebo viacerými poruchami v oblasti zrenia, učenia a sociálnej prispôsobivosti. V najnovšej verzii definície AAIDD je zmena v tom, že termín mentálna retardácia nahradil termín intelektové postihnutie, porucha, nedostatočnosť. V DSM-5 sa definícia intelektového znevýhodnenia neuvádza, ale ako postihnutie (poruchu intelektu) charakterizujú tri kritériá:

- Deficity intelektových schopností
- Deficity adaptívnych spôsobilostí
- Začiatok obdobia spadá do obdobia vývinu.

V Spojených štátoch sa za posledných 40 rokov väčšina detí s MR vzdelávala v špeciálnych školách. Situácia sa zlepšovala v prospech začleňovania detí s MR, v posledných rokoch však ďalší progres nie je badateľný (Brock, 2018). V tejto súvislosti hovoríme o zlepšovaní kvality života ľudí s MR. Nevyhnutnou súčasťou je aj špecificky cieleňá intervencia a podporný servis (Schalock, 2016). Deti s MR majú v rôznej miere postihnuté rozumové, jazykové a adaptívne zručnosti. Identifikácia individuálneho rozlíšenia miery jednotlivých schopností je dôležitá pre zostavenie vhodných intervencií od raného veku (Albert, 2021).

## Prevenca

Mentálna retardácia nemusí byť vždy iba dedičná. K jej vzniku prispieva negatívne pôsobenie vonkajšieho prostredia v prenatalnom období.

V rámci **primárnej prevencie** MR je dôležité zamerať sa na programy na podporu zdravia matiek počas tehotenstva, informovať ich o nevhodnosti užívania alkoholu, cigariet, psychoaktívnych látok, o vhodnosti dodržiavania zdravej životosprávy a výživy. Potrebné je neustále zvyšovanie povedomia verejnosti.

Budúce matky môžu informovať všeobecní lekári, odborní lekári, najmä gynekológovia, zdravotné sestry. Prevenciu je vhodné okrem rodín začať realizovať aj v školách.

Prenatálna diagnostika umožňuje zachytenie prítomnosti poruchy v jej najskorších štádiách s následnou možnosťou ovplyvniť symptómy. Dieťa so suponujúcim mentálnym znevýhodnením reflektuje v rámci sledovania jeho vývinu aspekty možnej vývinovej neplynulosti, vývinového zastávania a vývinového oneskorovania aj v rámci dosahovania socializačných aspektov míľnikov. Zaošťávanie psychomotorického vývinu globálne je indikátorom možného mentálneho znevýhodnenia a informáciou o nutnosti intenzívnejšieho podporovania dosahovania týchto cieľov prostredníctvom špecializovaných centier Včasnej intervencie a špecializovaných pracovísk, ktoré vznikajú často aj na platforme občianskych združení a podporujúcich povedomie u ľudí s mentálnym znevýhodnením a ponúkajú rodičom sociálno-právnu podporu v oblasti kompenzačných stratégií. Ich úloha spočíva v oblasti intervencie do rozvoja adaptačnej a funkčnej kompetencie v kontexte procesov učenia a zrenia a intervenovania do oblasti celoživotnej vývinovej intervencie. Významnými oblasťami podpory vnímame aj informovanie a intervenovanie a edukácia rodičovských kompetencií v zmysle starostlivosti o dieťa.

V rámci **sekundárnej prevencie** môže všeobecný lekár pre deti a dorast počas preventívnych prehliadok identifikovať rizikové deti. Poradenská psychologovia z CPPP a ČŠP sa v rámci

depistážnych vyšetrení zameriavajú v materských školách na deti s oneskoreným psychomotorickým vývinom. Z hľadiska ciest starostlivosti o dieťa s mentálnym znevýhodnením je nevyhnutné reflektovať psychický stav dieťaťa a adolescentného pacienta v zmysle bio-psycho-sociálneho prístupu k pacientovi. Nutné je a adekvátne posúdenie zdravotného stavu a intervenujúceho mentálneho znevýhodnenia z perspektívy komorbidných zdravotných znevýhodnení na neurológii, psychiatrii, endokrinológii, vyšetrenie na metabolickej ambulancii. Intelektové schopnosti bývajú postihnuté nerovnomerne, častý je oneskorený rečový vývin. Mentálna retardácia môže byť súčasťou ďalších zmyslových a pohybových porúch ako kombinované postihnutie.

Častý je súčasný výskyt MR a poruchy impulzivity, pozornosti, so symptómami hyperaktivity, podobne ako u detí bez MR (Freeman, 2015).

## **Epidemiológia**

Výskyt MR v populácii sa odhaduje na úrovni 1 % v celkovej populácii. Prevalencia ťažkých porúch intelektu je približne 6 jedincov z 1000 (DSM-5; American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2012). Tento údaj potvrdzuje aj C. Mathers (2011) v metaanalýze štúdií zaoberajúcich sa prevalenciou MR. Z výsledkov vyplýva, že celková prevalencia mentálneho postihnutia je asi 1 %. V zhode so závermi iných štúdií poukazuje na vysokú heterogenitu MR. V USA sa odhaduje výskyt mentálnej retardácie 0,78 %, vývinových porúch 11,3 % a kombinovaná prevalencia mentálnej retardácie a/alebo vývinových porúch 1,49 % (Larson, 2001).

## **Patofyziológia**

Etiológia poruchy je nejednotná. Okrem genetických faktorov ide často o organické postihnutie CNS v prenatálnom a perinatálnom období alebo o metabolickú poruchu. V prípade miernej (ľahkej) mentálnej retardácie ostáva u detí až 50 % etiológie nejasnej. Avšak ani u ťažšej MR nemusí byť vždy príčina jednoznačne určená (Krejčířová, 2010).

Teórie, zaoberajúce sa dedičnosťou inteligencie, poukazujú na 70-75 % vrodenej dispozície a 25-30 % vplyvu prostredia (Krejčířová, 2010).

## **Klasifikácia**

### **Diagnostické kritéria mentálnej retardácie podľa DSM-V:**

V DSM-5 sa mentálna retardácia označuje ako porucha intelektu. MKCH-11 ekvivalentne hovorí o vývinovej poruche intelektu.

Podľa klasifikácie DSM-5 sa MR začleňuje sa medzi neurovývinové poruchy. Miesto samotného IQ sa kladie dôraz na hodnotenie funkčnosti a adaptačných schopností.

Porucha intelektu je porucha, ktorá vzniká v priebehu vývinu a zahŕňa poruchu intelektových adaptívnych funkcií v konceptuálnej, sociálnej a praktickej oblasti. Musia byť splnené nasledovné kritéria:

- A. Deficity intelektových funkcií ako je uvažovanie, riešenie problémov, plánovanie, abstraktné myslenie, usudzovanie, vzdelávanie sa v škole a učenie sa na základe skúseností, potvrdené klinickým vyšetrením a individualizovaným štandardným testom intelektových schopností.
- B. Deficity adaptívnych funkcií vedúce k neschopnosti naplniť vývinové a sociokultúrne štandardy pre osobnú nezávislosť a spoločenskú zodpovednosť. Bez trvalej podpory

obmedzuje deficit adaptívnych funkcií priebeh jednej či viacerých činností a v rámci každodenného života, ako je komunikácia, začlenenie sa do spoločnosti a nezávislá existencia, a to v rôznych prostrediach, ako je domov, škola, práca a spoločnosť.

- C. Začiatok problémov spadá do obdobia vývinu – vývin ako proces prebiehajúci v čase a navodzujúci zmeny v zmysle ontogenézy vykazuje špecifiká zaostávania a nerovnomernosti, neplynulosti a globálneho psychomotorického znevýhodnenia.

*Vývin dieťaťa s vývinovou poruchou intelektu* začína v období ranného vývinu. Znaky a intelektové deficity môžeme vnímať už v období prvých dvoch rokov života, kedy reflektujeme vývinové oneskorenie vo všetkých, alebo viacerých markeroch vývinového zaostávania. V miernejšej forme je možné jednotlivé markery motorických, jazykových a sociálnych medzníkov vnímať v obmedzenej miere, evidentne ich objektivizujeme v miernejších formách až na začiatku povinnej školskej dochádzky, prípadne v predprimárnom vzdelávaní. V prípade, že je porucha intelektu spojená aj s geneticky verifikovanou poruchou, môžu byť prítomné aj somatické zvláštnosti (napr. Downov syndróm). Poruchy intelektu býva zriedka progresívne, môžeme sa však stretnúť napr. u Rettovho syndrómu k postupnej stabilizácii a zlepšeniu adaptačných kompetencií. Poruchy intelektu reflektujeme od detstva, je stabilná, ale jej charakter sa môže vplyvom intervencie meniť. V období raného detstva reflektujeme zvláštnosti, ale definitívnu diagnostiku sa snažíme u malých detí do 5 rokov oddialiť ako vhodnú vnímame podpornú terapiu a kvalitnú intervenciu na rozvoj oneskorených kognitívnych schopností a následne reflektovať prínos a stabilitu poruchy intelektu v čase. Pri vstupe dieťaťa do školského vzdelávania zhodnotíme všetky znaky podporujúce diagnostický okruh poruchy intelektu, adaptívnych a funkčných oblastí a vyjadrujeme sa k diagnóze poruchy intelektu, jej hĺbke a určujeme predpokladaný stupeň závažnosti pre možné dizajnovanie vzdelávacej cesty dieťaťa.

Pre deti reflektujúce nižší vek ako 5 rokov používame termín *celkové vývinové oneskorenie*, aj vzhľadom k tomu, ak nie sme schopní valídne zhodnotiť klinickú závažnosť vývinovej poruchy intelektu. Tento termín používame v prípade, že dieťa nedosahuje úroveň vývinových medzníkov v niektorých intelektových oblastiach. Uvedený termín je možné použiť aj v prípade, že do vyšetrenia interferuje porucha pozornosti a iná schopnosť zamerania sa na testový materiál, ktorá znemožňuje valídne vyšetrenie kognitívnych funkcií u dieťaťa. Vnímame však u dieťaťa špecifické formy problémového správania, afektívne tangovaného a inak špecifického správania, ktoré interferuje do kognitívneho vývinu, adaptačnej a funkčnej kompetencie dieťaťa v porovnaní s normotypickou populáciou rovnako starých detí.

Mentálne znevýhodnenie globálne nereflektuje len zníženie intelektovo-mnestických funkcií globálne, štruktúrou psychologického vyšetrenia sa intenzívne zameriavame na hĺbku postihnutia, kde môže ísť o menej nápadné prejavy v správaní až po také závažné narušenie, že tento človek nie je schopný samostatného a plnohodnotného fungovania.

Podľa MKCH 10, ešte aktuálne delíme kritérium intelektového znevýhodnenia na základe validizovaného psychologického vyšetrenia na:

F70 IQ 50 - 69 mierna – zodpovedá mentálnemu veku 9-12 rokov

F71 IQ 35 - 49 stredne ťažká – zodpovedá mentálnemu veku 6-9 rokov



F72 IQ 20 - 35 ťažká - zodpovedá mentálnemu veku 3-6 rokov

F73 IQ pod 20 hlboká – nedosiahnutie mentálneho veku 2 roky (MKCH-10, DSM-5).

Aktuálne trendy v oblasti posúdenia a zatriedenia pacienta do kategórie mentálneho znevýhodnenia podľa hĺbky (alebo v zmysle stupňa závažnosti podľa DSM-5) charakterizuje najvšeobecnejšie deficit intelektových funkcií a narušenie úrovne fungovania pacienta v každodenných adaptívnych funkciách v porovnaní s deťmi a adolescentmi rovnakého veku, pohlavia a sociokultúrnej skupiny. K nástupu viditeľnosti symptómov dochádza aj v závislosti na hĺbke postihnutia v priebehu sledovania dosahovania vývinových medzníkov.

Kritérium zameriavania sa na intelektové schopnosti validizuje a objektivizuje schopnosti uvažovania, riešenia problémov, abstraktného myslenia, usudzovania, učenia sa na základe inštrukcií a skúseností a na základe schopnosti učenia sa z každodenných činností. Rozhodujúce zložky psychodiagnostického vyšetrenia sa zameriavajú na porozumenie reči, pracovnú pamäť, percepčné usporiadanie, aritmetické myslenie, schopnosť racionálneho vytvorenia úsudku a rozhodovania v oblasti problémov v závislosti na efektívite myslenia. Posudzujeme kognitívnu efektívnosť. Intelektové schopnosti meriame prostredníctvom psychometricky spoľahlivých nástrojov, uvedených v štandarde nižšie, kde dôsledne reflektujeme obmedzenia pacienta. Jedinci s poruchou intelektu majú IQ skóre približne dve smerodajné odchýlky a viac pod populačným priemerom, vrátane obvyklej chyby merania. V testoch so smerodajnou odchýlkou 15 a strednou hodnotou 100 to zahrňuje skóre odpovedajúce rozmedziu 65-75 (70+-5). V zmysle interpretácie kladieme dôraz na faktory, ktoré môžu ovplyvniť výsledky testov, IQ skóre je len približným nástrojom a pomôckou odhadovania úrovne konceptuálnych funkcií ale nemusia odrážať skutočnú úroveň schopnosti uvažovať a riešiť problémy v reálnych situáciách životného fungovania v porovnaní s kohortou rovnako starých, normotypicky sa vyvíjajúcich ľudí. Zohľadňujeme kritické diagnostické posudzovanie, ktoré kladie dôraz na aspekty adaptívneho správania sa a dosahovania bazálnych spoločenských noriem v osobnej nezávislosti a samostatnom fungovaní v porovnaní s rovnako starými vrstovníkmi.

Adaptívne funkcií v sebe zahŕňajú tri oblasti samostatného fungovania: konceptuálne, sociálne a praktické.

Konceptuálna (škola, študijná a vzdelanostná) oblasť predstavuje spôsobilosti zamerané na ovládanie jazyka, čítania, písania, počítania a praktického osvojovania si skúseností na základe riešenia praktických problémov každodenného života.

Sociálna oblasť zahŕňa schopnosť uvedomiť si, čo si iný myslia, čo cítia a čo prežívajú, schopnosť kultivovania interpersonálnych vzťahov a sociálnej interakcie.

Praktická oblasť v sebe zahŕňa schopnosť postarať sa veku primerane a adekvátne sám o seba, orientovať sa v oblasti vybavovania a fungovania v kontexte sociálneho sveta na úradoch, schopnosti nakúpiť si, poznať hodnotu peňazí, postarať sa sám o seba (self-management) v zmysle návštevy lekára, organizácia a schopnosť vybaviť si náležitosti v škole a pod.

Pri hodnotení úrovne adaptívnych funkcií vychádzame z klinického pozorovania, z výsledkov individuálnych, kultúrne adekvátne a psychometricky spoľahlivých foriem posúdenia a kritického nadhľadu psychológa.

Pokiaľ vnímame, že u pacienta je narušená jedna z troch vyššie popísaných foriem správania v zmysle adaptívnych funkcií, môžeme reflektovať na výraznejšie zníženie kvality života a naplnenie kritéria hodnotenia adaptívnych funkcií.

## **Diferenciálna diagnóza**

Diagnóza vývinovej poruchy intelektu sa stanovuje na základe podrobnej anamnézy, pozorovania dieťaťa, po vykonaní bežných výkonových testov intelektového potenciálu, po vykonaní štandardných vývinových skriningov a zhodnotení psychomotorického vývinového tempa v čase. Nevyhnutnosťou je zhodnotenie aj intervencie zdravotného stavu pacienta, ktorý môže intervenovať do vyšetrenia. Odporúčame prístup fracionovaného vyšetrenia a snažíme sa klinický obraz doplniť aj o dôležité iné typy odborných vyšetrení, ktoré nám môžu klinický obraz dieťaťa s vývinovou poruchou intelektu moderovať. V predškolskom aj školskom veku vnímame ako užitočné špeciálno-pedagogické vyšetrenie, pri podozrení na pervazívnu vývinovú poruchu je vhodné verifikovať prítomnosť špeciálnym klinicko-psychologickým vyšetrením na autizmus. Na diferenciálnu diagnostiku je vhodné disponovať aj vyšetrením genetickým a metabolickým, neurologickým, psychiatrickým a endokrinologickým.

Najčastejšie sa dieťa z vývinovou poruchou intelektu môže pokladať za dieťa s autistickou poruchou, závažnou poruchou vývinu reči, dieťa s málo podnetného alebo kultúrne špecifického prostredia, či dieťa so závažnou hyperkinetickou poruchou. Dôležité je odlíšenie dieťaťa s vývinovou poruchou intelektu od dieťaťa so získaným deficitom následkom úrazu, infekcie CNS, metabolickej či inej genetickej poruchy, ktorej súčasťou môže byť intelektové znevýhodnenie.

Na základe týchto vyšetrení je následne stanovený vzdelávací, stimulačný a rehabilitačný plán, ktorého cieľom je stimulovať osobnosť dieťaťa s cieľom rozvoja adaptívnych funkcií a zlepšenia kvality života.

Klinický obraz vývinovej poruchy intelektu u detí a adolescentov je pestrý a reaktibilita týchto detí na záťaž je iná ako u zdravej populácie. Často sú súčasťou klinického obrazu poruchy afektivity, poruchy správania, hyperaktivita, agresivita, zvýšená dráždivosť, prítomné môžu byť rôzne typy neurotických prejavov, psychotická porucha býva zriedkavá.

Komorbidné diagnózy z oblasti porúch psychického vývinu rozdeľujeme podľa veku (Guttenová, 2011):

0-3 roky: často sa vyskytuje opozičná vzdorovitá porucha, separačná úzkosť, hyperaktivita, poruchy správania a autizmus.

4-7 rokov: fobické úzkostné prejavy, separačná úzkosť, poruchy správania, opozičná vzdorovitá porucha, enuréza, enkopréza, depresívna porucha, tikové poruchy, poruchy vývinu reči.

8-14 rokov: poruchy správania, opozičná vzdorovitá porucha, úzkostné a depresívne poruchy, hyperaktivita, sebapoškodzovanie, pohybové stereotýpie, dráždivosť, atypické sexualizované správanie, tikové poruchy.

15 rokov až dospelosť: poruchy správania, depresívne poruchy, bipolárne poruchy, úzkostné poruchy, tikové poruchy, atypické sexuálne správanie, psychóza.

V prípade genetického syndrómu, metabolického syndrómu spojeného s poruchou intelektu ho označujeme ako komorbídnu diagnózu k diagnóze mentálnej retardácie, resp. vývinovej poruche intelektu.

### **Výrazný podpriemer (hraničné pásmo)**

Diferenciálna diagnostika sa vykonáva v CPPPaP a ČŠPP alebo v ambulanciách klinickej psychológie. Pre účely posudkovej a zdravotnej starostlivosti objektivizuje psychický stav a funkčné a adaptačné kvality psychického stavu a intelektovej výkonnosti zdravotnícky pracovník - klinický psychológ, ktorý je v zmysle aktuálnej legislatívy povinný posúdiť psychický stav pacienta s vyčíslením hodnoty intelektovej výkonnosti v podobe inteligenčného kvocientu numericky vyčísleného. V zmysle klinickej praxe vykonáva klinický psychológ aj revíziu a posudkovú činnosť, kde majú nárok rodičia detí s mentálnym znevýhodnením na kompenzácie nasledovne: *Nárok na rodičovský príspevok trvá do troch rokov veku dieťaťa, najdlhšie však do šiestich rokov veku dieťaťa, ak ide o dieťa, ktoré má dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav a vyžaduje si osobitnú starostlivosť. Dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa posudzuje príslušný Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny podľa miesta trvalého pobytu alebo prechodného pobytu oprávnenej osoby na základe žiadosti, na podklade predloženej lekárskej dokumentácie o zdravotnom stave dieťaťa. Z posudkového hľadiska, posudkoví lekári Sociálnej poisťovne posudzujú dlhodobu nepriaznivá zdravotný stav dieťaťa, ktoré si vyžaduje osobitnú starostlivosť, a to na účely § 15 ods. 1d zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, t. j. na účely dôchodkového poistenia osoby, ktorá sa riadne stará o takéto dieťa od dovŕšenia 6 rokov jeho veku, najdlhšie do 18 rokov veku. Posudkoví lekári posudzujú zdravotný stav na základe doložených odborných lekárskeho nálezov s dokumentovaným stupňom závažnosti ochorenia. Sociálna poisťovňa vydá posudok o zdravotnom stave dieťaťa z vlastného podnetu na základe dát poskytnutých Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny, alebo na základe žiadosti opatrovateľa dieťaťa. Za osobitnú starostlivosť pri ťažkých psychických poruchách pacientov detského a adolescentného veku sa podľa Prílohy č. 2 - Choroby a stavy, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť" - k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, považuje podávanie liekov, dozor pre poruchy správania, asistenciu pri doprave, kontrolu dennej hygieny, náročný individuálny prístup. Ide o duševné choroby a poruchy správania, ktoré sú liečbou málo ovplyvniteľné, teda ťažké formy, a zákon sem zahrňa aj diagnózy F70 - F79 - Duševná zaostalosť.*

Problémy aktuálnej klinickej praxe sa viažu aj na dôsledné diferenciálno-diagnostické rozlíšenie pásma výrazného podpriemeru, označovaného v minulosti aj ako hraničné pásmo - IQ nad 70.

Rozdiel medzi výrazným podpriemerom a mentálnou retardáciou:

Termín „výrazný podpriemer“ označuje pásmo výkonu v použítom teste.

Termín „mentálna retardácia“ označuje diagnózu v zmysle medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Dieťa s výkonom v pásme výrazného podpriemeru nemusí byť mentálne retardované. Diagnóza MR vyžaduje viac, než iba „odmeranie“ IQ. Nízky výkon v teste totiž môže byť zapríčinený aj inými faktormi, než je mentálne postihnutie, a to napr. sociálnym znevýhodnením, kultúrnou a jazykovou odlišnosťou, poruchami iných než kognitívnych funkcií (ak neboli pri testovaní zohľadnené). Pri stanovení diagnózy MR je nevyhnutné posúdiť aj sociálne fungovanie dieťaťa v jeho prirodzenom prostredí (teda jeho sociálnu inteligenciu). Ak je v poriadku, nemôže ísť o mentálne retardované dieťa, aj keď jeho testové IQ je nižšie než 70.

V rámci diagnostiky v CPPP a ČŠPP, ale aj v ambulanciách klinickej psychológie sa preto vo vzťahu k testovému výkonu odporúča uprednostniť vyjadrenie „výkon v pásme výrazného podpriemeru“. Pri použití spojenia „výkon v pásme mentálnej retardácie“ musí byť jasné, že hovoríme o testovom výkone, nie o diagnóze.

Okrem rozpätia IQ pre jednotlivé stupne MR sa uvádza aj mentálny vek, ktorý takto postihnuté osoby dosiahnu v dospelosti. Porovnanie s výkonmi podľa vekovej skupiny, ktorej zodpovedajú, môže byť niekedy užitočnejšie než vyčíslenie IQ; môžeme sa pokúsiť urobiť ho aj v oblastiach, ktoré IQ-testy nezachytávajú (sociálne fungovanie).

Dnes rešpektujeme právo každého jednotlivca, a teda aj jednotlivca s ťažkým postihnutím, na vzdelanie, a štát je povinný mu ho primeranou formou zabezpečiť. Aj ťažko mentálne postihnutá osoba je schopná sa niečo učiť a naučiť.

Problematika tzv. hraničného pásma - termínom „hraničné pásmo“ zvykneme označovať takú úroveň intelektu, ktorá už nespadá do širšej normy, ale nedosahuje ešte pásmo podpriemeru (mentálnej retardácie), (Dočkal, 2014).

V MKCH-10 sa však už pojem „hraničné pásmo“ nevyskytuje. Deti s IQ nad 70 nepovažujeme za zdravotne znevýhodnené, čo má v oblasti školstva ten dôsledok, že ich nemožno vzdelávať podľa programu špeciálnej základnej školy, ktorý je určený žiakom s ľahkou mentálnou retardáciou (MKCH-10).

## **Poruchy učenia**

Keďže sú žiaci s poruchami učenia v školskom zákone uvádzaní medzi žiakmi so zdravotným znevýhodnením, mali by sme sa pri ich diagnostike (rovnako ako pri diagnostike MR) oprieť o medzinárodnú klasifikáciu chorôb. Poruchy učenia nesúvisia s úrovňou inteligencie, možno ich teda diagnostikovať aj u žiakov s vysoko nadpriemernou či výrazne podpriemernou inteligenciou (teda aj u tzv. „nadaných“, aj u podpriemerných a mentálne retardovaných). V rámci diferenciatno-diagnostického posúdenia je nevyhnutné oddiferencovanie problémov v učení spôsobených objektivizovanou poruchou učenia a problémami v učení, ktoré sú determinované slabou pružnosťou kognitívnych aspektov a intelektovej výkonnosti, ktorá moderuje aj proces učenia a možnú profitabilitu z neho.

Hoci sa vývinové poruchy učenia tradične označujú ako špecifické (v MKCH-10 „špecifické poruchy vývinu školských zručností“ - F81), sú známe aj zmiešané a bližšie neurčené (nešpecifikované) poruchy učenia.

Dieťa, ktoré trpí dyslexiou, dysgrafiou aj dyskalkúliou súčasne, v súvislosti s tým má pravdepodobne aj znížené psychomotorické tempo. Ak mu dáme bežný intelligenčný test, nemôže ho pri priemernej inteligencii urobiť s priemerným výsledkom, jeho IQ bude s najväčšou pravdepodobnosťou ležať v podpriemernom („hraničnom“) pásme. Hodnota IQ je znížená v dôsledku zmiešanej poruchy učenia, nie v dôsledku poruchy intelektu (Dočkal, 2014).

Podľa Federálneho registra and National Joint Committee USA (Hahn) sa vylučuje súčasné diagnostikovanie porúch učenia (learning disabilities) a intelektuálneho postihnutia.

### **Mierna a závažná neurokognitívna porucha**

Porucha intelektu je zaradená medzi neurovývinové poruchy, líši sa od neurokognitívnych porúch (napr. rozvoj Alzheimerovej choroby). Môžu sa však vyskytnúť súčasne (napr. jedinec s Downovým syndrómom po úrazovej traume hlavy).

### **Narušená komunikačná schopnosť**

Neprejavuje sa deficitom v oblasti adaptívneho správania a poruchou intelektu. Môžu sa však vyskytovať súčasne a narušená komunikačná spôsobilosť môže byť dôsledkom zníženej intelektovej kapacity.

### **Poruchy autistického spektra**

Porucha intelektu je pri poruchách autistického spektra častá, diagnostika môže byť sťažená pre poruchu sociálnej komunikácie a správania, súvisí so sťaženým porozumením inštrukcie v teste, často je potrebné vyšetrenie zopakovať.

Poruchy autistického spektra sa často vyskytujú súčasne s MR. U oboch porúch hovoríme o deficitoch v oblasti adaptívnych funkcií (Frost, 2017; Tonnsen, 2016).

### **Sociálne znevýhodnené prostredie**

Psychologická diagnostika rómskych detí pochádzajúcich zo sociálne znevýhodňujúceho prostredia (SZP) je úzko spätá so špecifikami vzdelávacieho systému tej ktorej krajiny. V systéme nášho školstva, kde popri bežných základných školách funguje celá sieť špeciálnych škôl pre deti s rôznym typom postihnutia, sú rómske deti zo SZP vo väčšine prípadov testované pred vstupom do školy kvôli posúdeniu ich školskej spôsobilosti, resp. počas prvých rokov školskej dochádzky pre možnosť zaradiť zlyhávajúce dieťa do špeciálnej základnej školy, teda školy pre deti s mentálnym postihnutím. Jediným zákonným dôvodom na zaradenie dieťaťa do špeciálnej základnej školy je mentálna retardácia (Kundráťová, 2014). Prax však ukazuje, že do špeciálnych základných škôl sú zaraďované aj deti s normálnym intelektom. Ide väčšinou o dve skupiny detí:

- deti, ktoré pre rôzne problémy nezvládajú základnú školu, hoci intelligenčnými testami bola diagnostikovaná inteligencia v medziach normy;
- deti, ktorých výsledok v intelligenčnom teste zodpovedá mentálnej retardácii, ale výkon v teste nemusí odrážať ich skutočný kognitívny potenciál. Do tejto skupiny patria popri deťoch s rôznymi typmi postihnutia aj deti zo sociálne znevýhodňujúceho prostredia, u nás to platí najmä pri rómskych deťoch (Dočkal a kol., 2004).

### **Kultúrna a jazyková odlišnosť**

Deti s kultúrnou a jazykovou odlišnosťou môžu podobne ako deti zo SZP dosahovať znížený výkon v slovenskom teste, čo si však nemožno zamieňať s MR.

Pri testovaní dieťaťa z odlišného kultúrneho a jazykového prostredia by sme preto mali používať testy, ktoré sú preň kultúrne relevantné (Sternberg, 2001), problém je však s ich dostupnosťou.

Testovanie slovenskými testami nám teda poskytne iba kvalitatívny podklad pre psychodiagnostickú úvahu. Ak ide o dieťa, ktoré neovláda slovenčinu (dieťa s odlišným materinským jazykom) môžeme použiť neverbálne testy, ale ani tie nie sú kultúrne nezávislé (Dočkal, 2006).

Aj deti ovládajúce slovenský jazyk, avšak s výrazne odlišným kultúrnym zázemím, môžu na slovenské testy reagovať inak, než ich rovesníci v štandardizačnom súbore.

## **Diagnostika s akcentom na vývinové špecifiká**

Komplexné vyšetrenie si vyžaduje diagnostiku intelektovej kapacity a adaptívnych funkcií. Je potrebné identifikovať genetickú alebo negenetickú príčinu, vyhodnotenie somatických ochorení (detská mozgová obrna, epilepsia...). Zisťovanie pre – a perinatálnej anamnézy, telesné a genetické vyšetrenie, metabolický skrining, vyšetrenie CNS, zhodnotenie komorbídne sa vyskytujúcich duševných, emocionálnych a behaviorálnych porúch (DSM-V).

Dôležité je dôkladné zhodnotenie symptómov, vytvorenie klinického obrazu, aby sa vylúčili iné komorbídne diagnózy.

Stanovenie diagnózy MR je teda založené na komplexnom hodnotení/posúdení dieťaťa. Súčasťou psychologického vyšetrenia je odobratie podrobnej anamnézy - zdravotnej, osobnej, rodinnej, z rozhovoru s rodičom. Potrebné informácie sa získavajú aj skúmaním zdravotnej dokumentácie pacienta.

Komplexná psychologická diagnostika si vyžaduje viacero sedení. Psychologické testy je vhodné použiť aj neštandardným spôsobom, ako súčasť získavania klinického obrazu o kognitívnych schopnostiach dieťaťa. Diferenciálna diagnostika MR je často zložitá, ovplyvňujú ju pridružené diagnózy a symptómy (problémy s rečovým vývinom, pozornosťou, impulzivita, organické poškodenie).

**Anamnéza** - medzi dôležité anamnestické informácie patrí užívanie alkoholu, fajčenie, užívanie drog u matky v prenatálnom období, prežívanie stresu matkou v priebehu tehotenstva, rizikové tehotenstvo. Dôležité sú aj informácie o pôrodnej váhe/dĺžke, nízke Apgar skóre, o popôrodnej adaptácii, o spôsobe pôrodu, o komplikáciách počas pôrodu, informácie o popôrodnom krvácaní, popôrodnej adaptácii, o kriesení dieťaťa, o umiestnení dieťaťa do inkubátora. Pýtame sa na úrazy hlavy, infekcie CNS. Zaujímame sa aj o psychosociálne faktory (vzťahy v rodine, kvalita rodinného prostredia).

Podrobne zisťujeme anamnestické údaje z raného detstva - psychomotorický a rečový vývin, iné zdravotné komplikácie, evidenciu v odborných ambulanciách, hospitalizácie dieťaťa, zvláštnosti vo vývine. Sledujeme fyzické znaky, abnormality (prípadný fetálny alkoholový syndróm, genetické poruchy).

V priebehu vyšetrenia sledujeme správanie dieťaťa, komunikačné schopnosti v súvislosti s diferenciálnou diagnostikou narušenej komunikačnej schopnosti.

V diagnostickom procese je dôležité zohľadňovať limity spôsobené telesným alebo zmyslovým postihnutím. Používame aj neštandardné diagnostické postupy - úprava jednotlivých testových položiek tak, aby sa minimalizovali vplyvy postihnutia (zväčšenie materiálu, úlohy administrované cez iný zmyslový kanál, hľadanie vhodného spôsobu dorozumievania sa s dieťaťom, overiť si porozumenie inštrukcii). Vhodná je kombinácia úloh z viacerých testov. Dieťa s MR môže byť zvýšene unaviteľné, dráždivé, úzkostnejšie, slabšie motivované, ťažšie

sa sústreďí. Neurologické poškodenie CNS vplýva tiež na priebeh testovania a výsledok diagnostiky (Svoboda, 2021).

### **Diagnostika v ranom detstve**

V ranom detstve využívame pre posúdenie odchýlok od vývinu vývinové škály, s ktorými môže pracovať nielen psychológ, ale aj špeciálny pedagóg. Pomocou nich sa podrobne zhodnotí úroveň jednotlivých oblastí vývinu. Využívajú sa u rizikových novorodencov, t. j. detí s pozitívnou pre- peri- a postnatálnou anamnézou.

Medzi najčastejšie využívané patrí Mníchovská funkčná vývinová diagnostika, Bayleyovej vývinová škála a Gesselove vývinové škály. Prostredníctvom vývinových škál môžeme už vo veku batolaťa spoľahlivo vyjadriť podozrenie na odchýlky od vývinu.

Mníchovská funkčná vývinová diagnostika je veľmi precízne vypracovaný vývinový test, ktorý sa zameriava na vývin dieťaťa z globálneho pohľadu. Orientuje sa na odhalenie narušení vo vývine. Na základe výsledkov, ktoré sa diagnostikou získajú, možno zostaviť plán stimulácie dieťaťa. Je osobitne spracovaná pre deti do prvého roka, pre deti v 2. a 3. roku života. Zameriava sa na osem oblastí vývinu dieťaťa, a to oblasť sedenia, lezenia, chodenia, percepcie, uchopovania, reči, porozumenia reči a sociálneho správania. V 2. a 3. roku života sa orientuje na oblasti jemnej motoriky, vnímania, vývinu aktívnej reči, porozumenie reči, hrubej motoriky, samostatnosti a sociálneho správania.

Gesselove vývinové škály sú vytvorené pre deti vo veku od jedného mesiaca do 3. roka života. Ich hlavným cieľom je odhaliť a získať informácie o poruchách vo vývine dieťaťa, jeho temperamente, sociálnych skúsenostiach, emocionálnom vývine, dráždivosti, frustračnej tolerancii a v neposlednom rade aj o charaktere vzťahov s rodičmi.

Gesselova vývinová škála je rozdelená na tieto oblasti - adaptívne správanie, hrubá a jemná motorika, reč a sociálne správanie Bayleyovej vývinová škála je spracovaná pre deti vo veku od prvého mesiaca do 3,6 roka. Táto škála je rozdelená na tri časti - mentálnu stupnicu, motorickú stupnicu a záznam o správaní dieťaťa (Svoboda. Krejčířová, Vágnerová, 2001). Uvedené škály poskytujú nielen odborníkovi, ale aj rodičovi obraz dieťaťa so zdôraznením jeho slabých a silných stránok.

### **Testy s aktuálnymi slovenskými normami používané pri diagnostike intelektu (Dočkal, 2014):**

#### **WJ IE – Woodcock-Johnson International Edition (Ruef a kol., 2003)**

Batéria neobsahuje všetky subtesty medzinárodnej edície (chýba najmä subtest *Formovanie konceptov* zameraný na fluidnú inteligenciu, ktorý je napr. v českej verzii zahrnutý). Zato sa medzi schopnosti myslenia započítava aj sluchová diskriminácia, čo môže interpretáciu získaných výsledkov posunúť. Oproti tretej revízii WISC je výhodou oddelenie úloh riešených na čas (tzv. kognitívna efektívnosť) od ostatných kognitívnych subtestov. Slovenskú štandardizáciu začiatkom milénia koordinoval A. Furman.

Slovenské normy sú vypracované pre vekové skupiny od 5 do 70 rokov.

### **WISC-III SK** (Wechsler, 2006)

Test je určený pre deti vo veku 6 - 17 rokov. Slovenské normy boli vytvorené adaptáciou českých noriem na základe výsledkov porovnávacieho výskumu, ktorého sa zúčastnila reprezentatívna, ale relatívne malá skupina slovenských detí.

### **SON-R 2½-7** (Tellegen a kol., 2009)

Neverbálny test inteligencie určený pre deti predškolského veku. Slovenskú štandardizáciu viedla D. Kopčanová. Normy sú k dispozícii pre deti od 2,5 do 7,5 rokov. Príručka však obsahuje normy počítané pre zlúčenú skupinu detí, ktoré sa zúčastnili slovenskej a českej štandardizácie, nie sú teda celkom vyhovujúce.

### **BRIEF Hodnotenie exekutívnych funkcií u detí** (česká verzia - Ptáček, 2011)

Hodnotenie exekutívnych funkcií s českými normami - od 5 do 18 rokov - výsledkom a cieľom testovacej batérie nie je diagnostika intelektu, je však cenným nástrojom na porozumenie exekutívnych procesov, ktoré sú determinované kognitívnym spektrom.

### **Orientačné testy, bez platnej štandardizácie** (Dočkal, 2014)

Pri týchto testoch chýbajú normy pre slovenskú populáciu, slovenské preklady nie sú overené, testy neboli na slovenskej populácii štandardizované, normy pochádzajú z USA. Nemožno ich teda využiť na stanovenie IQ. Poskytujú však niektoré subtesty, ktoré v iných testoch nie sú, a pomocou ktorých môžeme lepšie preniknúť do spôsobu, akým dieťa myslí, pomáhajú nám vytvoriť klinický obraz.

### **TIP - Test intelektového potenciálu** (Říčan, 1971)

Test vychádza z koncepcie g-faktoru, môže slúžiť ako krátka náhrada Ravenovho testu. Určený je pre deti vo veku 12 - 16 rokov, české normy majú vyše 40 rokov.

### **Farebné progresívne matice** (Raven a kol., 1991)

Príručka, ktorú zostavila K. Vonkomerová, obsahuje normy pre deti vo veku 5 - 12 rokov - nemecké z r. 1978, britské z r. 1982, československé z r. 1983 a americké z r. 1986.

### **Štandardné progresívne matice J. C. Ravena**

Slovenské normy pre 10 - 18-ročných (Ferjenčík, Hromý, 1989) majú viac ako 25 rokov. Príručka uvádza aj britské normy z r. 1979 a percentilové normy pre dospelých, pri ktorých sú síce uvedení autori, ale bez krajiny pôvodu a roku vzniku.

### **APM - Ravenove progresívne matice pre pokročilých** (Raven a kol., 1991b)

Orientačné normy pre žiakov 8. ročníka ZŠ, 4. ročníka gymnázia a študentov technickej vysokej školy vypracovala K. Vonkomerová; štandardizačné skupiny sú iba z Bratislavy. Príručka obsahuje aj normy pre 11 - 16-ročných - britské z roku 1979 a americké z roku 1986, okrem toho nedatované nemecké normy pre 15-ročných a americké a rumunské normy pre vysokoškolákov z polovice osemdesiatych rokov.

**Viedenský maticový test** vydaný Psychodiagnostikou a.s. (Forman, 1992) upravil J. Vonkomer. Príručka obsahuje rakúske normy pre 14–18 ročných z roku 1979. Vydavateľstvo



Hogrefe Testcentrum ponúka verziu s českými normami zo začiatku tohto tisícročia (Forman, 2002).

**I-S-T 2000 R** - najnovšia verzia známeho Amthauerovho testu, ktorú zostavili B. Brocke, D. Liepman a A. Beauducel. Česká verzia (Amthauer a kol., 2005) sa už niekoľko rokov používa. Slovenskú verziu sme overili a štandardizovali, normy pre 13-19-ročných už sú vytvorené.

**Stanford-Binet IV** (Thorndike a kol., 1995) je určený pre vek 2 - 24 rokov, pripojené sú americké normy z roku 1986.

**K-ABC** (Kaufman, Kaufman, 1999) vychádza z inej teoretickej koncepcie než väčšina ostatných testov. Americké normy pre 2,5 - 12,5 ročné deti sú z roku 1983.

**I-S-T 70** (Amthauer, 1993) v úprave J. Vonkomera, nemecké normy pre 12 - 50-ročných sú z roku 1973. Nedostatočnú reliabilitu verbálnych subtestov zistila K. Chrenová (2002).

**IDS** Inteligenčná a vývinová škála pre deti vo veku 5 - 10 rokov - obsahuje len české normy.

**IDS-P** - Inteligenčná a vývinová škála pre predškolské deti - obsahuje len české normy.

## **Liečba**

### **Terapia mentálnej retardácie**

Diagnostikovaná vývinová porucha intelektu v detstve je celoživotná. V dospelosti sa spája s výrazným narušením pracovného, akademického a sociálneho fungovania.

Vývinová porucha intelektu, resp. podľa aktuálnej MKCH 10 terminologicky aktuálne mentálna retardácia je vývinové postihnutie, a preto je zrejme, že aj jednotlivé psychické procesy a celkový motorický vývin prechádzajú určitým procesným vývinom, ktorý závisí od stupňa a závažnosti mentálneho znevýhodnenia. Čím intenzívnejšia je závažnosť mentálneho postihnutia, tým intenzívnejšie zasahuje do životného fungovania a tým je náročnejšie terapeuticky ťažšie ovplyvniteľná.

Proces vývinu prebieha v čase a navodzuje zmeny aj u normotypicky vyvíjajúcich sa detí, proces vývinu detí s mentálnym znevýhodnením a diagnostikovanou vývinovou poruchou intelektu prebieha v kontexte istým špecifik, vo fázach psychického vývinu.

Tieto procesy nie sú izolované, ale tvoria funkčný celok, v ktorom sa vzájomne ovplyvňujú. Preto je dôležité rešpektovať skutočnosť, že stimuláciou jednej oblasti sa nepriamo stimulujú ostatné (napr. stimulovaním pozornosti sa môže zlepšovať pamäť a potom aj reč dieťaťa).

Medzi psychické procesy patrí vnímanie, predstavy a fantázia, pozornosť, myslenie a reč a na ne nadväzujúce vôľové procesy, motivácia a emócie. Motoriku rozdelíme na hrubú, jemnú a grafomotoriku.

U detí s mentálnym postihnutím majú kognitívne procesy nielen nižšiu úroveň, ale aj svoje špecifiká. Napriek variabilite príznakov v závislosti od etiológie, stupňa a typu mentálnej retardácie majú tieto psychické procesy u mentálne postihnutých aj spoločné črty.

Medzi základné charakteristiky stimulácie detí s mentálnym znevýhodnením vnímame ako dôležité rešpektovať nasledovné špecifiká, resp. postupy (Zaťková, 2021):

- čím je mentálne znevýhodnenie hlbšie, tým intenzívnejšie oslovujeme aspekty senzorickej integrácie,
- podnety poskytujeme na dostatočne dlhý čas,
- podnety musia byť pre dieťa zrozumiteľné,
- vhodné je počkať na reakciu dieťaťa na daný podnet,
- musíme vhodným spôsobom sprostredkovať dieťaťu informáciu o detailoch, spoločných znakoch v porozumení podnetom,
- pri stimulácii a senzorickej integrácii, relaxácii, kognitívnej stimulácii rešpektujeme prechod od jednoduchšieho k zložitejšiemu,
- základom práce je nastavenie si cieľa v podobe plánu stimulácie, prostriedkov využitých pri stimulácii.

**V prípade, že sa nám pri stimulácii a liečbe nedarí, je nevyhnutné prejsť na nižšiu úroveň alebo zmeniť podnetový materiál.**

### **Multisenzorické prístupy v terapii u detí s vývinovou poruchou intelektu**

Multisenzorické prístupy sú psychoterapeutické, liečebno-pedagogické koncepty a metódy, ktoré sa zameriavajú na zmyslové vnímanie. Predpona multi- znamená mnoho, čo upriamuje pozornosť na to, že tieto prístupy venujú pozornosť niekoľkým zmyslovým systémom súčasne. Uvedomujeme si a aj v texte vyššie uvádzame, že deti s vývinovou poruchou intelektu sú aj v zmysle komorbidných diagnóz zvýšenie predráždené, s nerovnomerným vývinovým tempom. Multisenzorické prístupy focusujú svoje psychologické pôsobenie v kontexte zmyslového vnímania a spracovania zmyslami vnímaných informácií. Multisenzorický prístup sa v náprave kognitívnych deficitov u detí s mentálnym znevýhodnením vykazuje ako jedna z ciest úspešnej intervencie, ktorá harmonizuje celý proces zmyslového poznávania smerom k vyššej jednote používania konceptov senzorickej na podporu zrelosti kognitívnych funkcií. Pod zastrešujúci pojem multisenzorické prístupy zaraďujeme, okrem všeobecného senzorickeho náhľadu, aj konkrétne terapeutické (a terapeuticko-liečebno -výchovné) koncepty a metódy: bazálna stimulácia (Fröhlich, 1998); senzorickej integrácia (Ayres, 2005); Snoezelen (Filatová – Janků, 2010; Ponechalová – Lištiaková, 2010; Filatová, 2014) a multisenzorické miestnosti (Fowler, 2008; Fábry Lucká, 2014); senzomotorický stimulačný program (Hornáková, 2003). Užitočnosť multisenzorických prístupov (Pagliano, 2012) vychádza z predpokladu neuroplasticity mozgu a centrálnej nervovej sústavy, s cieľom zmeny a zvyšovania funkčnosti jednotlivých centier v mozgu meniť sa na základe skúseností a interakcií s okolím (Doidge, 2007).

Medzi problematické oblasti patrí u detí s vývinovou poruchou intelektu (Ayres, 2005):

- hyperaktivita alebo hypoaktivita,
- oneskorenia vo vývine globálne,
- oneskorenia vo vývine reči a jazyka,
- problémy so svalovým tonusom a koordináciou pohybov,
- ťažkosti v učení v škole – školské zručnosti si vyžadujú výkony zrežovania úkonov na komplexnom prepojení viacerých oblastí v mozgu. Napr.: prepojenie vizuálnej a motorickej pamäte alebo zvukového vnímania a grafomotorického prevedenia slov.

Terapia senzorickej integrácie Ayresová (2005) hovorí, že dieťaťu s problémom v senzorickej integrácii špecializovaná terapia pomôže dosiahnuť to, čo je prirodzené. Deje sa to prostredníctvom interakcie s prostredím, ktoré poskytuje príležitosti pre zrakové vnímanie, zvuky, vône, chute, tiaž, dotykové stimuly, cez pohyb sa aktivuje vysielanie informácií zo svalov a šliach. Poskytovanie potrebných podnetov vzbudí adaptívne odpovede, ktoré sú pre senzorickej integráciu potrebné.

Kimball (1988, podľa Kinnealey, Miller, 1993) popisuje terapiu senzorickej integrácie ako proces vychádzajúci z nasledujúcich princípov:

- aktívna participácia klienta,
- na klienta orientovaná aktivita,
- individualizovaný proces vzhľadom na vek, typ poruchy, vývinovú úroveň a reakcie klienta,
- zmysluplné činnosti vyžadujúce adaptívne odpovede, senzorickej stimulácia ako súčasť aktivít,
- zlepšovanie neurologického spracovania a organizácie namiesto zameriavania sa na čiastkové funkcie,
- terapia vedená terapeutom, ktorý má pokročilý tréning v špecifických technikách SI.

### **Snoezelen ako terapeutická metóda u detí s vývinovou poruchou intelektu**

SNOEZELLEN začal ako relaxačný koncept miestností poskytujúcich nádhernú a jedinečnú zmyslovú skúsenosť pre dospelých s postihnutím. Neskôr bol rozšírený aj u detí so špeciálnymi potrebami, najmä s autizmom a iným mentálnym či telesným postihom, v integračných centrách, nemocniciach, rehabilitačných centrách, centrách pre duševné zdravie. Louise Haggar a Roger Hutchinson charakterizujú Snoezelen ako „splnomocňujúci prístup“, teda citlivý a vnímavý, nedirektívny v atmosfére bezpečia a istoty.

Medzi základné princípy Snoezelen patrí špeciálne vytvorené prostredie bez rušivých vplyvov, bezpečná a príjemná atmosféra, rešpekt, ovzdušie pohody, radosti, experimentovanie s predmetmi rozvíjajúcimi senzorickej kvality v kontexte tvorivého individuálneho terapeutického prístupu v starostlivosti o dieťa s neurovývinovou poruchou.

Snoezelen je určený pre širokú škálu detí i dospelých:

- Vývinové poruchy (autizmus, poruchy učenia a pod.)
- Mentálne postihnutie
- Telesné postihnutie
- Zmyslové postihnutie
- Viacnásobné postihnutie
- Poruchy správania (hyperaktivita)
- Poúrazové poškodenia mozgu
- Psychické choroby
- Starecká demencia /Alzheimerova demencia
- Chronická bolesť
- Bežná populácia, a to najmä pri odbúravaní stresu

Celá koncepcia Snoezelen je založená na celostnom prístupe, naplňuje potreby prijatia a porozumenia klienta v atmosfére dôvery a uvoľnenosti. V Snoezelen sa spájajú terapeutické prvky s prvkami špeciálno-pedagogickými, liečebno-pedagogickými a psychoterapeutickými. Pri intervencii do okruhu problémového, hyperkinetického, alebo menej funkčného modelu správania sú vhodné najmä biele miestnosti, ktoré sú vytvorené za účelom relaxácie. Eliminujú podnety prichádzajúce z vonkajšieho prostredia – sú odhlučnené a majú zastreté okná. V miestnosti preferujeme prítmie, príjemnú vôňu a primeranú teplotu. Optimálna je pokojná hudba. Vizualizujú sa pomaly sa pohybujúce farebné projekcie na stene s motívmi, ktoré majú tendenciu vizuálne zaujať a zároveň upokojiť, napríklad delfíny, more, oblaky, stromy a iné prírodné motívy alebo abstraktné meniace sa obrazce, napríklad olejové škvrny (Ponechalová, Lištiaková, 2010; Lucká, Stražilová, 2011).

Snoezelen použitím svetelných a zvukových prvkov navodzuje zmyslové zážitky, ktorých primárnym intervenčným efektom je relaxačný alebo aktivačný vplyv – vytvárajú záujem, navodzujú spomienky a usmerňujú vzťahy. Snoezelen priestor podporuje pocit pohody. Využíva sa ako terapeutické médium pri liečbe psychických problémov (úzkosť, anorexia, stres), fyziologických problémov (depresia), alebo ADHD, problémov s pozornosťou a motiváciou (Mertens, 2006).

Mertens (2006) a Filatová, Janků (2010) upozorňujú na fakt, že Snoezelen sa odlišuje od konceptu multisenzorických miestností, keďže v Snoezelen miestnosti ide o definované a kontrolované, regulované senzorické podnety. Dôležité je jasné stanovenie psychoterapeutických cieľov práce v Snoezelen miestnosti, ktoré prirodzene vychádza aj z profesijných kompetencií odborníka, ktorý v Snoezelen miestnosti s klientom pracuje. Psychoterapeut alebo liečebný pedagóg musí vedieť, z akého východiskového predpokladu pri svojej práci vychádza – prečo Snoezelen prostredie používa a aké zmeny u klienta očakáva. U pacientov s mentálnym znevýhodnením je cieľom našej práce často cieľom intervencia do problémového, hyperkinetického, alebo menej funkčného modelu správania, intervencia do procesu skľudnenia pri zvýšenej emočnej dráždivosti a podpora celkovej osobnosti pacienta s mentálnym handicapom.

### **Kognitívne behaviorálna terapia**

V terapii vývinovej poruchy intelektu sa používa okrem iných prístupov **kognitívno-behaviorálna terapia (KBT)**. Ako uvádzajú Didden, Korzilius, Oorsouw a Sturmey (2006), ktorí analyzovali prínos KBT v práci s mladými ľuďmi s mentálnym znevýhodnením reflektujeme, že uvedené postupy sa vykazujú ako efektívne v oblasti korekcie nežiadúceho správania. Terapia prebieha vždy v súlade s inými somatickými ochoreniami, genetickými syndrómami a pridruženými poruchami. Podľa Elliot - Place (2002) behaviorálne techniky sú založené na dvoch hlavných typoch učenia, a to klasického a operačného. Konkrétne operačné podmieňovanie zohráva dôležitú úlohu pri problematickom správaní, nakoľko na jeho vytváraní a udržiavaní sa podieľajú následky.

Podľa Buckovej (1999) je behaviorálna terapia založená na aplikovanej behaviorálnej analýze. Táto je účinná aj pri ťažkej a hlbokjej mentálnej retardácii. Spočíva v usmerňovaní detí ako jesť, upraviť sa, dodržiavať osobnú hygienu. Tieto úlohy sú podľa princípov operačného odmeňovania rozdelené do malých krokov. Napr. pri nácviku jedenia sa deti učia chytiť lyžičku, vložiť ju do úst, hrýzť a prehltnúť jedlo. Zvládanie každého kroku sprevádza posilnenie. Ide o podobné postupy ako v terapii autizmu.

Cieľom terapie by malo byť začlenenie dieťaťa s MR do spoločnosti, zlepšenie kvality jeho života. Súčasťou procesu je i snaha o vzdelávanie detí s MR integrovanou formou v bežných školách - začlenením, podľa IVP. Najčastejšie používanými technikami v terapii MR sú individuálne nácvikové techniky zamerané na dosahovanie prijateľného sociálneho správania, nácvik základných zručností a návykov (jedlo, obliekanie, komunikácia, správanie v spoločnosti na ulici, platenie peniazmi, šport). Ďalším okruhom je zameranie sa na tlmenie nežiaducich prejavov (sebapoškodzovanie, nežiaduce správanie, vyvolávajúce pozornosť okolia).

Bucková (1996) popisuje jednotlivé postupy behaviorálnej modifikácie. Ide o osvojenie si nového správania behaviorálnym reťazením a tvarovaním. Znižovanie výskytu nežiaducich prejavov správania odporúča pomocou vyhasínania a averzívnu kontrolou správania - trestom. Rozvíjanie a upevňovanie správania odporúča pomocou podmieneného posilňovania, prerušovaného posilňovania, tréningu kontroly podnetov a tréningov zovšeobecnenia podnetu a reakcie.

Možné je tiež použiť relaxačné metódy, techniky muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie. Skupinová terapia sa môže využívať najmä pri nácviku sociálnych zručností. Pri deťoch s MR je najprirodzenejšou technikou hra. Práve u detí s MR môže byť jedinou možnosťou ako vyjadriť a spracovať emócie, prípadné psychické problémy. Významnou súčasťou liečby sú nácvikové programy pre rodičov (Langmeier, 2000).

Rodič dieťaťa s MR sa stáva pomocným terapeutom. Žiaduce je podporovať rodičovské kompetencie, poskytovať rodine podporný servis, aby dokázali vhodne viesť dieťa s MR.

V odbornej literatúre sa v rámci kognitívnej terapie MR najčastejšie spomína nácvik zvládania hnevu (Sturmeý, 2004).

### **Programy podpory pre rodičov (NICE, 2015)**

#### **Zásady:**

1. Zapojenie rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov do vypracovania a poskytovania plánu podpory a intervencie pre deti, mladých ľudí a dospelých s MR.
2. Poskytovanie informácií o podpore a intervenciách zrozumiteľným spôsobom, aby im naozaj porozumeli.
3. Poskytovanie sociálno-právneho poradenstva pre rodičov - komunikácia s Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, so súdmi vo veci opatrovnictva, pomoc pri vypĺňaní žiadostí o sociálne dávky, nácvik komunikácie s úradmi.
4. Identifikácia, hodnotenie a uspokojovanie potrieb rodičov v oblasti starostlivosti, fyzického a duševného zdravia.
5. Psychologická podpora rodičom detí s MR.
6. Podpora pri zvládaní výchovných problémov detí s MR.
7. Zvážiť formu podpory celej rodiny, ak v nej existuje rizikové správanie, či už u dieťaťa s MR alebo iných členov.
8. Nácvik sociálnych zručností a emocionálnej podpory, aby dokázali podporiť deti s MR (podľa NICE, 2015).

Rodičovské programy podporujú rodičov, aby dokázali lepšie porozumieť a zvládať problémové správanie detí. Umožňujú včasné zachytenie problému, aby sa nestal chronickým a dlhodobým. Zanedbanie problémov by mohlo viesť k väčšiemu zaťaženiu a vyčerpaniu rodiny a následne zvýšenej potrebe odbornej starostlivosti. Vzdelávacie programy pre rodičov zahŕňajú výcviky na podporu komunikačných a sociálnych zručností detí. Sú navrhnuté tak, aby pomohli rodičom a opatrovateľom porozumieť deťom, reagovať na a podporovať ich efektívnejšie, s cieľom znížiť a zvládnuť správanie, ktoré je problematické (NICE, 2015).

Tréningové programy pre rodičov (NICE, 2015):

- sa uskutočňujú v skupinách 10 až 15 rodičov,
- zameriavajú sa na rozvoj komunikácie a sociálneho fungovania u dieťaťa,
- zvyčajne pozostáva z 8 až 12 sedení v trvaní 90 minút,
- postupuje sa podľa terapeutického plánu,
- sú prístupné (napr. konajú sa mimo bežného pracovného času alebo v komunitnom prostredí v zariadeniach poskytujúcich starostlivosť o deti),
- využívajú sa praktické materiály na zabezpečenie úspešnej realizácie programu.

**V terapii MR je teda vhodné sa zamerať na:**

- Medikamentóznou terapiu v závislosti od komorbídnych diagnóz.
- KBT behaviorálne techniky na základe EBM - zamerané na nácvik správania osobnostných a sociálnych spôsobilostí:
  - pozitívne posilňovanie,
  - negatívne posilňovanie,
  - princíp trestu, vyhasnutia, kontinuálneho posilňovania,
  - odstraňovanie negatívnych vzorcov správania,
  - sebainštruktáž.
- Modelové prehrávanie - nácvik vhodných foriem správania.
- Práca v skupine - pracovná rehabilitácia.
- Arteterapia
- Muzikoterapia
- Programy pre rodičov.
- V dospelom veku je optimálne vytvorenie chráneného bývania, navštevovanie denného stacionára, práca v chránených dielňach.

Včasné a intenzívne intervencie v ranom veku môžu zlepšiť úroveň adaptívnych funkcií dieťaťa. Za optimálny prostriedok, ktorý pomáha začleniť dieťa do prostredia, sa považujú harmonické vzťahy v rodine (Langley, 2021; Floyd, 2016). Narodenie dieťaťa s vývinovými poruchami predstavuje pre rodinu záťaž a adaptácia trvá rôzne dlho (Pedersen, 2015). V tejto súvislosti je vhodné podporné vedenie celej rodiny pacienta s MR. Zvýšenú pozornosť je potrebné venovať partnerskému vzťahu rodičov, ktorý je vystavený vyššej miere záťaže, súrodencom a vzťahu rodič-dieťa. Po narodení dieťaťa s MR stúpa riziko rozvodu rodičov (Namkung 2015).

## Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Na zabezpečenie optimálnej starostlivosti o dieťa s MR je potrebný multidisciplinárny prístup (rodič, psychológ, špeciálny psychológ, učiteľ, psychiatier, liečebný pedagóg, logopéd, neurológ, iní lekári špecialisti, fyzioterapeut). Rodič je členom multidisciplinárneho tímu, dôležitá je jeho spolupráca pri nastavení čo najvhodnejšej starostlivosti o dieťa s MR.

Farmakoterapia u pacientov s MR bude uvedená v ŠDTP z odboru psychiatria.

Súčasťou manažmentu pacienta je aj zabezpečenie terapie. Vhodná je individuálna podporná psychoterapia ambulantnou formou, terapia v prostredí školy prostredníctvom školského psychológa. Forma, trvanie a intenzita terapie závisí od klinického obrazu, komorbidít a ostatných špecifik pacienta.

### Základný postup pri organizácii starostlivosti o pacienta s MR:

Poradenského psychológa v CPPPaP a ČŠPPP môže rodič vyhľadať s dieťaťom sám, alebo k nemu môže byť odoslaný všeobecným lekárom pre deti a dorast, materskou školou, školou alebo iným lekárom. Potrebná je cieleňá psychologická diagnostika, pri ktorej sa tiež využíva multidisciplinárny prístup a zohľadňujú sa informácie od viacerých odborníkov. Nie je potrebné odporúčanie od iného špecialistu. Pacienti s MR sú v starostlivosti klinického psychológa (pracovníka v systéme zdravotníctva) pre účely posudkových činností, kde aktuálne aspekty čerpania kompenzačných prostriedkov zo štátneho rozpočtu sú viazané na vyšetrenie klinického psychológa s numerickou klasifikáciou IQ a objektivizáciou mierou funkčnej a adaptačnej kapacity.

## Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit a revíziu štandardu odporúčame po skončení plánu obnovy, pri zavedení MKCH 11.

## Literatúra

1. Albert, P.; Romski Rose, M.; Sevcik, R. A.; Morris, R. D. Patterns of Cognition, Communication, and Adaptive Behavior in Children With Developmental Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2021. 126, 4, 324-340.
2. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. CDC.: Protecting the health of people with intellectual and developmental disabilities. 2012.
3. Ayres, A. J. 2005. *Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges* (25th anniversary ed., and updated / by Pediatric Therapy Network; photographs by Shay McAtee. Los Angeles, CA: Western Pediatric Services, 2005. ISBN 978-0-87424-437-3.
4. Brock, M. E. Trends in the educational Placement of Students With Intellectual Disability in the United States Over the Past 40 Years. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2018. 123, 4, 305-314.
5. Bucková, M. Behaviorálna modifikácia: Teória a prax, Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra, 1996, 245s, ISBN 80-8050.225-8
6. Černochová, J.; Goldman, P.; Král, P.; Soukupová, T.; Šnorek, V.; Havlů, V. WAIS-III - Wechslerova intelligenčná škála pro dospelých. Nové prepracované vydanie, Hogrefe-Testcentrum, Praha 2010.
7. Didden, R.; Korzilius, R.; Van Oorsouw, W., Sturmey, P.: Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mild Mental Retardation: Meta-Analysis of Single-Subject Research. *Am J Ment Retard* (2006) 111 (4): 290-298. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[290:BTOCB\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[290:BTOCB]2.0.CO;2)
8. Dočkal, V. online: [vudpap.sk/wp-content/uploads/2019/01/vudpap-informacie-pre-odborn%C3%BDch-Pasma-schopnosti.pdf](http://vudpap.sk/wp-content/uploads/2019/01/vudpap-informacie-pre-odborn%C3%BDch-Pasma-schopnosti.pdf)
9. Dočkal, V. et al. WISC-III - Wechslerova intelligenčná škála pre deti, adaptované slovenské vydanie. Testcentrum – Hogrefe, Praha, 2006.
10. Dočkal, V. Intercultural differences in intelligence in the mirror of European WISC-III standardizations. *Studia Psychologica*, 2006, 48, 3, 213-228.
11. Dočkal, V.: Meranie inteligencie. Komplexný poradenský systém prevencie a ovplyvňovania sociálnopatologických javov v školskom prostredí, *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 2014, 3, 6-28.
12. DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. Hogrefe - Testcentrum. Praha 2015.
13. Elliott, J.; Place, M. Dítě v nesnáziach – prevence, příčiny, terapie. Grada, Praha. 2002.
14. Fábry Lucká, Z. 2017a. *Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v muzikoterapii*. In LESSNER LIŠTIÁKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 94-113.

15. Fábry Lucká, Z. 2017b. *Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v psychomotorickej terapii*. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 74-93.
16. Friedlová, K. 2016. *Skriptum pro akreditovaný vzdelávací program Základní kurz Bazální stimulace®*. 17. vydanie. Frýdek-Mýstek: Institut bazální stimulace, 2016. 30 s.
17. Flynn, J. R. 1987. *Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure*. Psychological Bulletin, 101. p. 171-191.
18. Floyd, F. J.; Costigan, C. L.; Richardson, S. S. Siblings Relationships in Adolescence and Early Adulthood With People Who Have Intellectual Disability. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2016. 121, 5, 383-397.
19. Freeman, N. C.; Gray, K. M.; Taffe, J. R.; Cornish, K. M. Development of a New Attention Rating Scale for Children With Intellectual Disability: The Scale of Attention in Intellectual Disability (SAID). American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2015. 120, 2, 91-109.
20. Frost, M. K.; Hong, N.; Lord, K. Correlates of Adaptive Functioning in Minimally Verbal Children With Autism Spectrum Disorders. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2017. 122, 1, 1-12.
21. Gioia, G.A.; Isquith, P.K.; Guy, S.C.; Kenworthy, L. BRIEF – Škála hodnotení exekutívnych funkcií u detí. Hogrefe – Testcentrum, Praha. 2011
22. Hahn, L. E.: Definitions of specific learning disability and laws pertaining to learning disabilities in the United States.
23. HORŇÁKOVÁ, M. 2003. *Senzomotorický stimulačný program*. In *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2003. ISBN 80-968927-6-2. s. 80-84.
24. HOMEYER, L. E., MORRISON, M. O. 2008. *Play therapy : Practice, issues, and trends*. In American Journal of Play. ISSN 1938-0402, 2008, vol. 1, no. 2, p. 210-228.
25. Krejčířová, D., Říčan, P. *Dětská klinická psychologie*. Grada, Praha. 2010.
26. Kundrátová, B. Diagnostika detí zo sociálne znevýhodňujúceho prostredia. Komplexný poradenský systém prevencie a ovplyvňovania sociálnopatologických javov v školskom prostredí, Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 2014, 3, 74-85.
27. Langley, E.; Totsika, V.; Hastings, R. P.; Bailey, T. Family Relationships and Their Associations With Perceptions of Family Functioning in Mothers of Children With Intellectual Disability. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2021. 126, 3, 187-202.
28. Langmeier, J.; Balcar, K.; Špitz, J. *Dětská psychoterapie*, Portál, Praha, 2000.
29. Larson, S. A., et al.: Prevalence of Mental Retardation and Developmental Disabilities: Estimates From the 1994/1995 National Health Interview Survey Disability Supplements. American Journal on Mental Retardation, 2001, 106, 231-252.
30. Lucká, Z., Stražilová, J. 2011. *Snoezelen v domove sociálnych služieb*. In KOVÁČOVÁ, B. (Ed). 2011. *Výchova vs. terapia – hranice, možnosti, riziká*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2011. ISBN 978-80-223-3006-0. s. 38-42.
31. Mathers, C.: Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. Research in Developmental Disabilities. 2011, 32, 419-436
32. MKCH-10: online <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>
33. Namkung, E. H.; Song, J.; Greenberg, J. S.; Mailick, M. R.; Floyd, F. J. The Relative Risk of Divorce in Parents of Children With Developmental Disabilities: Impacts of Lifelong Parenting. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2015. 120, 6, 514-526.
34. National Institute of Health and Excellence. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. NICE Guideline [NG11], May 2015 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>
35. National Institute of Health and Excellence. Learning disability: behaviour that challenges. Quality standard [QS101], October 2015 <https://www.nice.org.uk/guidance/qs101> (accessed 24 July 2019)
36. Pedersen, A. L.; Cnric, K. A.; baker, B. L.; Blacher, J. Reconceptualizing Family Adaptation to Developmental Delay. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2015. 120, 4, 346-370.
37. Pivalizza, P: Intellectual disability in children: Management, outcomes, and prevention.
38. Pivalizza, P.; Lalani, R. S: Intellectual disability in children: Definition, diagnosis, and assessment of needs.
39. Pivalizza, P.; Lalani, R. S: Intellectual disability in children: Evaluation for a cause.
40. Ponechalová, D., Lištiaková, I. 2010. *Snoezelen pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra*. Bratislava: Autistické centrum Andreas. ISBN 978-80-970549-8-4.
41. Pěolková, M. 2012. *Starostlivosť o pacientov s poruchou vedomia konceptom bazálnej stimulácie*. In CHALUPOVÁ M., IŠTOŇOVÁ, M., JUDIČÁKOVÁ, M. (Eds.). *Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2012. ISBN 978-80-555-0512-1. s.10-17.
42. Pokorná, V.: *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Portál, Praha. 2010.
43. Praško, J.; Možný, P; Šlepecký, M.: *Kognitivně behaviorální terapeie psychických poruch*. Triton, Praha. 2007.
44. Schalock, R. L.; Verdugo, M. A.; Gomez, L. E.; Reinders, H. S. Moving Us Toward a Theory of Individual Quality of Life. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2016. 121, 1, 1-12.
45. Sternberg, R. J. *Úspěšná inteligence*. Grada, Praha. 2001.
46. Sturmey, P. Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. Clinical Psychology & Psychotherapy, 4, 222-232. 2004.
47. Svoboda, M. (ed.), Krejčířová, D., Vágnerová, M.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Portál, Praha. 2021.
48. Tonnsen, B. L.; Boan, A. D.; Bradley, C. C.; Charles, J.; Cohen, A.; Carpenter, L. A. Prevalence of Autism Spectrum Disorders Among Children With Intellectual Disability. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2016. 121, 6, 487-500.
49. Zaťková, M.: *Štruktúra neverbálneho intelektu u detí s neurovývinovou poruchou*. Habilitačná práca, FSVaZ UKF Nitra. 2021.



**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília. Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2022.

**Vladimír Lengvarský**  
minister zdravotníctva