

## Mentální retardace

- hovoříme o ní, pokud dítě nebo dospělý trpí závažným postižením vývoje rozumových schopností **pre-, peri- a časně postnatální etiologie** a které ho omezují v adaptivním fungování v jeho prostředí
- pokud pouze selhává v testech IQ – nestačí, **musí selhávat i ve svém sociálním prostředí**
- pokud romské děti s IQ po 70 nejsou ve své rodině nápadné a plní všechna očekávání – nejedná se o MR

### MKN – 10

**F 70 – lehká (IQ 50 – 69)**

**F 71 – střední (IQ 35 – 49)**

**F 72 – těžká (IQ 20 – 34)**

**F 73 – hluboká (IQ pod 20)**

**F 78 – jiné MR** – těžké kombinované postižení nebo autismus a stupeň retardace

- jde o kontinuum, dělení je důležité kvůli volbě optimálního vzdělávacího a výchovného vedení
- čísla jsou spíše orientační, důležitá kvalita zvládnutí životních nároků
- postižení kognitivních funkcí – nerovnoměrné (nejvíce většinou řeč + verbální intelekt)

### 1. F 70 – Lehká MR (dříve debilita) – IQ 50 - 69

- obvykle se diagnostikuje až v předškolním věku – někdy až v školním
- v 1. roce života většinou pohybové dovednosti opožděny mírně nebo v pásmu normy; ani řeč nemusí výrazně zaostávat
- projeví se, až je nuceno řešit složitější úkoly > slabší abstrakce, logické uvažování, stereotypní myšlení (paměť a vizuomotorika bývá dobrá), mívají častěji SPU
- zvládají dobře výuku ZVŠ, jsou schopni se naučit jednoduchá zaměstnání
- jsou snadno zneužitelné v období dospívání při uvolňování z rodiny
- téměř úplná nezávislost při dobré sociální opoře

### 2. F 71 – Středně těžká MR (dříve imbecilita) – IQ 35 - 49

- většinou již v kojeneckém věku – nejpozději v batolecím – zachyceno opoždění (hlavně pohybu a řeči)
- osvojí si minimální slovní zásobu
- některé děti zvládají výuku v PŠ (základy čtení, psaní, počítání)
- v současném návrhu školského zákona je předpokládáno právo na vzdělání pro všechny děti (i s těžkou a hlubokou MR), již nebudou označovány jako „nevzdělavatelné“
- při kvalitním vedení – zvládnou sebeobsluhu a jednoduché pracovní činnosti

### 3. F 72 – Těžká MR – IQ 28 - 34

- ve většině případů – kombinované postižení (pohyb, zrak, sluch)
- mnohé se nenaučí mluvit
- kvalitní stimulace má i zde zřetelné efekty (sebeobslužné dovednosti, porozumění běžným sociálním situacím, méně problémů v chování); pod supervizí mohou vykonávat dílčí pracovní činnosti

### 4. F 73 – Hluboká MR (IQ pod 20 – dříve idiocie)

- většinou MR + velmi těžké pohybové postižení
- nemluví, porozumění velmi omezené
- reagují citlivě na taktilní podněty a zvuky; reakce na zrakové podněty omezené
- komunikace – globální – spokojenost dávají najevo relaxací, úsměvem x nespokojenost – napětí, pláč

- stejně jako u dětí s těžkou MR je cílem maximální naplnění kapacity dítěte – využití jeho silných stránek

### **Etiologie: nejednotná**

- lehké MR – variace normálního rozložení, častěji organické postižení CNS
- genetická vada, metabolická porucha
- někdy nelze určit příčinu
- některé typy podle etiologie mají společné rysy: např. Downův syndrom – lze predikovat přibližně vývoj
- základní znak – opožďování kognitivního vývoje
- je-li MR důsledkem organického postižení CNS > budou i další projevy organicity = hyperaktivita nebo pasivita, poruchy pozornosti, atd.
- MR má vliv na sociální vývoj > děti obtížně vyvolají reakce rodičů (opožďovaný úsměv, později rozlišují matku od ostatního okolí); rodiče jsou v kontaktu s postiženým dítětem více aktivní a neposilují dostatečně iniciativu dítěte
- sociální chování bývá často nepřiměřené > zdroj konfliktů pro matku
- často přidružené poruchy chování – také důsledek organicity např. impulzivita, hyperaktivita, emoční labilita, dráždivost, nízká frustrační tolerance, pasivita a apatie
- déle přetrvávají stereotypní pohyby
- na nepřirozenou stimulaci mohou reagovat sebepoškozováním či agresí (nemají složitější obrany), souvisí také s omezenými komunikačními schopnostmi dítěte
- přidružené bývají i další poruchy (pervazivní, emoční poruchy – úzkost, deprese)

**Přidružené poruchy chování** – autostimulační automechanismy. ICD 10 – **F. 84.4 – Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby:**  
 tyto děti s MR – častěji trpí poruchami přizpůsobení a emočními poruchami – generalizovaná úzkost, deprese s převážně somatickými projevy --- poruchy spánku, nechutenství, útlum

### **Raná péče**

- pro pomoc rodinám s MR dítětem nutná časná diagnostika + programy rané stimulace, kdy je dobře možné ovlivnit zejména interaktivní styl matky s dítětem
- nyní převzané programy „PORTAGE“ – do malých kroků je rozpracován **nácvik sebeobsluhy, řeči, sociálních, pohybových a rozumových dovedností**; instruktor programu chodí do rodin s postiženými dětmi 1x týdně, i emoční podpora rodičů

### **Integrace**

- integrovaná škola (plně – tak jak jsou děti v místě bydliště zastoupeny v populaci – všechny); speciální pedagogové; každé dítě vzděláváno podle individuálního plánu – atmosféra aktivního a kooperativního učení
- pomáhá rozvoji sociálních dovedností nejen u dětí postižených, ale výborně i u dětí zdravých
- náš školní systém = segregovaný – speciální školy – přísně diferencované; ve školách integrace problémem, v MŠ – již velmi reálná úplná integrace téměř (OPRAVIT!)

### **Diagnostika**

- komplexní inteligenční test + posouzení adaptivního chování
- neuropsychologický profil dílčích schopností – východisko pro terapii a rehabilitaci
- podrobná anamnéza – vliv biologických a sociálních faktorů, informace o dosavadním vývoji

- popsat podrobně behaviorální i emocionální stav dítěte
- vyšetření by mělo být zaměřeno i na dynamické schopnosti (jakým způsobem se dítě učí), co ho nejvíce motivuje
- diagnostika rodinná – popis rodinného funkčního stylu
- na základě toho stanovit kvalitní stimulační program

#### Dif. dg:

- emoční a podnětová deprivace** (ústavy, zanedbávající prostředí) – porovnáváme výsledky testů se schopností se učit novým věcem při vyš. – deprivované se učí rychleji než odpovídá stupni defektu, nejvíce bývá opožděna řeč a nejméně jemná motorika
- SPU a specifické poruchy řeči** – oslabeny jsou jen některé výkony, jiných je průměrné
- kombinovaná postižení** – jsou-li i tělesná a smyslová postižení > adekvátní mírou schopností bývá nejvyšší dosažený výkon
- autismus** – časté v kombinaci, vycházíme z pozorování spontánních projevů
- demence** = deteriorace intelektových schopností po nejméně 1-2 letech normálního vývoje, liší se od demence dospělých – ovlivňuje vývoj > dochází ke zpomalení či stagnaci vývoje nebo regresi (u dospělých vždy regres)

#### Metody:

- do mentálního věku 3 roky: **vývojové škály**
- u starších: **komplexní inteligenční test** – výhodné ty které střídají různé úkoly a mají hodně praktických a manipulačních položek (SB, škála Arthurové) a další (kresba, hra s kostkami), WISC používáme i u dospělých s MR
- pozorování + anamnéza** (odlišení od smyslově postižených – upravujeme vyš. tak abychom minimalizovali vliv postižení)
- pozor na vliv únavy, motivace, separační úzkosti, neklidu či apatie > jen když jsme ho zaujali je výsledek validní
- Transdisciplinární herní diagnostika** – v týmu psycholog, neurolog, pediatr, speciální pedagog, logoped, sociální pracovník atd., pozorují volnou a řízenou hru s různými pomůckami, o samotě, s rodičem, s jiným dítětem apod., hodnotí se na základě posuzovacích škál s orientačním věkovým zařazením projevů, zaměřuje se na dynamické askety myšlení a učení > *jak se dítě učí, které smysly používá, na které podněty reaguje, co ho nejvíce motivuje, u čeho vydrží, jak složitou činnost vyvine, jak řeší problémy, jak vstupuje do interakce s okolím, jak reaguje na emoce druhých, jak sděluje své potřeby, jak používá komunikaci, jaká je frustrační tolerance, jak je přizpůsobivé, když dojde ke změně, co ho ruší, co ho inhibuje, sebeobsluha, sociálně adekvátní chování, chování ve skupině, stupeň dosažené separace.....(toto vše je důležité zohlednit i v běžném vyšetření!)*
- důležitá je diagnostika motivační – individuální hierarchie odměn (jídlo / hračka / pochvala / houpání...)
- adaptivní chování: z anamnézy, nebo přesněji - **Vineladnská škála sociální zralosti** (3-9 let česká verze) – zjišťuje stupeň dosažené sociální nezávislosti a odpovědnosti – 8 oblastí: celková soběstačnost, soběstačnost v jídle, v oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikace, motorika, sociální začlenění (při hrách). Položky skórujeme na základě rodičů či jiných osob. Výsledky se převádí na věkové skóre.