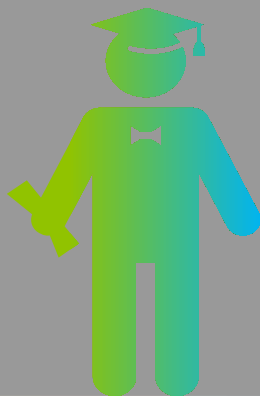
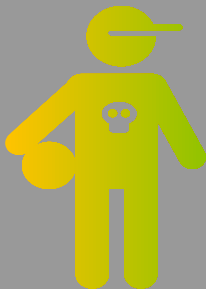


MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Infobrožúra



MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Mentálne postihnutie/znevýhodnenie je stav charakterizovaný zníženými intelektovými schopnosťami.

Mentálne postihnutie sa delí na 4 základné stupne:

- 1. Ľahké mentálne postihnutie – IQ 69- 50**
- 2. Stredné mentálne postihnutie – IQ 49-50**
- 3. Ťažké mentálne postihnutie – IQ 34-20**
- 4. Hlboké mentálne postihnutie – IQ 20 a menej**

Označenie mentálneho postihnutia stupňami

- Debilita
- Imbecilita
- Idiocia

sa v spoločnosti nepoužíva od 70. rokov 20 storočia.



ČO JE TO MENTÁLNE POSTIHNUTIE?

Mentálne postihnutie (MP) nemožno redukovať len na predstavu tzv. „symplexného jedinca“ s jednoduchším myslením či obmedzeným emočným prežívaním. V súčasnom ponímaní ide o **reálny neurovývinový stav**, pri ktorom dochádza k **poškodeniu alebo odlišnému vývinu mozgu a centrálnej nervovej sústavy**. Toto poškodenie zásadne ovplyvňuje schopnosť človeka **premýšľať, porozumieť, učiť sa, plánovať, rozhodovať sa a konať** tak, ako je to bežné u intaktnej populácie (ľudia s normointelektom).

Mentálne postihnutie teda neznamená len jednoduché myslenie, ale predstavuje **hlboký zásah do celkového fungovania osobnosti**, vrátane kognitívnych, sociálnych aj praktických zručností, ktoré sú nevyhnutné pre samostatný život v spoločnosti.

Na diagnostikovanie mentálneho postihnutia je potrebné zvážiť výrazné obmedzenia v dvoch hlavných oblastiach:

INTELEKTUÁLNE SCHOPNOSTI

ADAPTÍVNE SPRÁVANIE.



ČO TEDA LAICKY MENTÁLNE POSTIHNUTIE JE?

Predstavte si, že mozog je ako hlavný počítač, ktorý riadi všetko – reč, učenie, správanie, pohyb aj rozhodovanie.

Keď tento „počítač“ funguje dobre, všetko ide hladko. Ale ak je poškodený – čo je vlastne **mentálne postihnutie** – veci nefungujú správne. Je to ako keby riadil dvíhanie mosta:

Niekedy sa most zdvihne len do polovice,
niekedy vôbec,

inokedy sa dvíha v zlom čase alebo chaoticky. To, ako ten most funguje závisí od miery poškodenia jeho riadiaceho počítača.

Tak je to aj s dieťaťom. Keď je mozog postihnutý len mierne, zvláda bežné veci, ale pomalšie a jednoduchšie. Ak je postihnutie ťažké, zvláda len základné potreby – ako jesť, spať, dýchať.

Tieto deti potrebujú viac času, jasné pravidlá, trpezlivosť a najmä lásku.

Nie je to ich chyba – ich „počítač“ len funguje inak a potrebuje inú starostlivosť.



ADAPTÍVNE SPRÁVANIE

Adaptívne správanie znamená schopnosť človeka zvládať každodenné úlohy, ktoré sú bežné pre jeho vek a prostredie. Ide napríklad o schopnosť obliecť sa, komunikovať, porozumieť jednoduchým pokynom, starať sa o seba, dodržiavať pravidlá alebo bezpečne fungovať v bežnom prostredí.

V kontexte **mentálneho postihnutia** sa adaptívne správanie používa ako jeden z hlavných ukazovateľov na určenie, **ako vážne postihnutie ovplyvňuje každodenný život**. Nestačí len zmerať IQ – dôležité je aj to, čo dieťa alebo dospelý reálne dokáže vo svojom bežnom fungovaní.

Adaptívne správanie sa hodnotí v troch základných oblastiach:

Konceptuálna oblasť – zahŕňa reč, porozumenie, čítanie, písanie, počítanie a učenie.

Sociálna oblasť – schopnosť nadväzovať a udržiavať vzťahy, chápať pravidlá správania, reagovať primerane.

Praktická oblasť – každodenné zručnosti ako osobná hygiena, obliekanie, stravovanie, orientácia v čase a priestore, bezpečné správanie a samostatnosť.



INTELEKTUÁLNE SCHOPNOSTI

Intelekt je súbor schopností, ktoré človeku umožňujú učiť sa, myslieť, riešiť problémy, plánovať, rozumieť svetu a prispôsobovať sa každodennému životu.

Tieto schopnosti nazývame aj **intelektuálne schopnosti**.

Medzi základné intelektuálne schopnosti patrí:

- schopnosť logického myslenia a chápania súvislostí,
- pamäť a učenie sa novým veciam,
- schopnosť komunikovať a vyjadrovať sa,
- schopnosť rozhodovať sa a plánovať,
- prispôsobovanie sa zmenám a riešenie problémov.

Čo je normointelekt?

Termín **normointelekt** označuje bežnú, priemernú úroveň intelektu, teda takú, akú má väčšina ľudí v populácii. Ľudia s normointelektom zvládajú bežné požiadavky školy, práce a života bez výraznejšej pomoci. Priemerné IQ sa pohybuje okolo **90–110 bodov**.



IQ (intelligenčný kvocient) je číslo, ktoré približne vyjadruje úroveň intelektuálnych schopností človeka v porovnaní s ostatnými ľuďmi rovnakého veku.

Získava sa pomocou štandardizovaných testov a udáva, ako človek rozmýšľa, učí sa a chápe informácie.

Orientácia podľa IQ:

pod 70 – mentálne postihnutie (70-85 hraničné pásmo),

90–110 – normointelekt (priemer),

nad 130 – nadpriemerný intelekt (vysoká inteligencia).

Typy inteligencie:

Logicko-matematická – myslenie, počítanie, riešenie problémov

Jazyková – rozprávanie, čítanie, písanie

Priestorová – predstava o tvare, veľkosti, orientácia v priestore

Hudobná – vnímanie melódie, rytmu, tónu

Pohybová (telesná) – ovládanie tela, jemná aj hrubá motorika

Sociálna – rozumieť ľuďom, komunikovať

Intrapersonálna – rozumieť sebe, svojim pocitom

Prírodná – cit pre prírodu, živé tvory, systémové myslenie.



ČO TO VLASTNE INTELEKT A ADAPTÍVNE SPRÁVANIE LAICKY ZNAMENÁ?

Intelekt je schopnosť človeka rozmýšľať, učiť sa a spracovávať informácie – teda určitá „miera rozumových schopností“, ktorú máme od narodenia. Na základe nej sa určuje, aká je úroveň našej inteligencie. Niektorí ľudia majú nadpriemerný intelekt a vysoké IQ (napríklad Einstein, Musk či Jobs), iní majú intelekt priemerný alebo mierne podpriemerný. Pokiaľ však mozog nie je poškodený, človek by nemal výrazne zaostávať za bežným vývinom.

Adaptívne správanie je to, ako dokážeme zvládať každodenný život – teda ako náš mozog reaguje na bežné situácie a problémy. Napríklad: keď si všimneme, že máme rozviazané šnúrky, náš mozog rozpozná problém, vybaví si, ako si šnúrky zaviazať, a jednoducho tourobíme. Pre človeka so zdravým mozgom je to prirodzený a automatický proces. Ak je však mozog poškodený, aj základné úkony môžu byť pre dieťa veľmi náročné – nerozpozná problém, nevie, ako zareagovať, alebo nedokáže daný úkon vykonať.

Adaptívne správanie teda vyjadruje, ako mozog „funguje v praxi.“ Ak je mozgové fungovanie narušené, aj tieto reakcie a schopnosti bývajú oslabené.



ETIOLÓGIA – PRÍČINY VZNIKU MP

Mentálne postihnutie je multifaktoriálne podmienené znevýhodnenie a laicky by sa dalo povedať, že je to poškodenie mozgu (CNS).

To znamená, že za jeho vznikom je viacero faktorov súčasne, pričom ich delíme na 2 základné skupiny:

1. Faktory endogénne,
2. Faktory exogénne.

Endogénne faktory sú vnútorné faktory.

K ich pôsobeniu môže dôjsť už v **najranejších fázach vývoja zárodku** – napríklad vtedy, ak dôjde k **genetickej chybe** alebo k inému narušeniu správneho vývoja mozgu. Mentálne postihnutie sa môže rozvinúť aj **počas pokročilého tehotenstva**, keď je centrálny nervový systém plodu poškodený v dôsledku:

- **užívania návykových látok matkou** (alkohol, drogy, niektoré lieky),
- **ťažkých infekcií počas gravidity** (napr. toxoplazmóza, rubeola),
- **závažných úrazov alebo stresových situácií** u matky,
- alebo pri **hormonálnych a metabolických poruchách**.

V niektorých prípadoch sa centrálny nervový systém nevyvíja správne od samého začiatku a dieťa sa už narodí s poruchou, ktorá ovplyvňuje jeho poznávacie schopnosti.



Exogénne faktory sú vonkajšie vplyvy, ktoré nastanú až po narodení dieťaťa.

Medzi ne patria napríklad:

nedokysličenie mozgu pri pôrode (hypoxia následná asfyxia),
pôrodné úrazy,
závažné infekcie v ranom detstve (napr. meningitída, encefalitída),
alebo **úrazy hlavy**, ktoré poškodia mozgové štruktúry.

Tieto faktory môžu vážne narušiť vývoj mozgu dieťaťa a viesť k trvalému mentálnemu postihnutiu, najmä ak nastanú v citlivých obdobiach vývoja centrálného nervového systému.

Ďalšie informácie dostupné v tabuľkovej podobe na ďalšej strane.



1	Typ faktorov	Príklady
Pred počatím	Endogénne	<ul style="list-style-type: none"> - Genetické poruchy zdedené od rodičov - Poruchy tvorby pohlavných buniek (vajíčka/spermie)
Počas tehotenstva (prenatálne obdobie)	Endogénne	<ul style="list-style-type: none"> - Poškodenie plodu v dôsledku infekcie (rubeola, toxoplazmóza) - Užitie alkoholu alebo drog matkou (fetálny alkoholový syndróm) - Otrava, ťažké stresy alebo trauma u matky - Vrodené metabolické alebo hormonálne poruchy
Počas pôrodu (perinatálne obdobie)	Exogénne	<ul style="list-style-type: none"> - Nedokysličenie mozgu - Predčasný pôrod s komplikáciami - Poranenie mozgu pri pôrode
Po narodení (postnatálne obdobie)	Exogénne	<ul style="list-style-type: none"> - Ťažké infekcie (meningitída, encefalitída) - Úrazy hlavy alebo traumatické poškodenia mozgu - Chronická podvýživa v ranom detstve - Zanedbávanie alebo silná deprivácia (napr. extrémny nedostatok podnetov, citovej väzby)



SPÔSOBIL/A SOM SVOJMU DIEŤAŤU MP JA?

Chápem, že vás táto otázka bolí. Každý rodič, ktorý svoje dieťa miluje, sa v takejto situácii pýta, kde sa stala chyba. No pravdou je, že **mnohé príčiny mentálneho postihnutia sa jednoducho nedajú ovplyvniť** – genetika, poruchy vývoja, komplikácie počas tehotenstva, či pôrodu. Niektoré veci sa proste dejú mimo našej vôle a možností.

Ak ste v minulosti čelili závislosti alebo užívali návykové látky, je dôležité si pripomenúť: **určite ste to nerobili preto, aby ste úmyselne ublížili svojmu dieťaťu**. Závislosť nie je "voľba", je to choroba. Áno, **prvé užitie môže byť rozhodnutie**, ale človek sa **nerozhodne stať závislým**. Nikto len tak ráno nevstane a nepovie si: „*Dnes si kúpim drogu a zničím si život.*“ Ľudia siahajú po drogách často až ako po poslednej šanci – **v momentoch hlbokého zúfalstva, bolesti alebo beznádeje**.

A ak sme **nikdy nezažili ich realitu, ich traumy, ich podmienky**, nemáme právo ich súdiť.. **Za každým prvým užitím býva príbeh, ktorý väčšina ľudí radšej nevidí**.

A ak došlo k poškodeniu následkom úrazu alebo inej nešťastnej udalosti, ktorá nebola úmyselná, **neznamená to, že ste zlyhali ako rodič**. Niekedy sa jednoducho v živote stanú veci, ktoré nemáme pod kontrolou – akokoľvek by sme si priali, aby to bolo inak.

To, čo dnes skutočne záleží, nie je minulosť, ale to, **ako sa o svoje dieťa staráte teraz**. Vaša snaha, láska, vytrvalosť a obetavosť – to všetko má obrovskú hodnotu. A práve v tom je vaša sila.

DRUHY MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA

Mentálne postihnutie môžeme rozdeliť do dvoch základných skupín:

1. Oligofrénia
2. Demencia.

Oligofrénia predstavuje *vrodené alebo veľmi skoro získané mentálne postihnutie*, ku ktorému dochádza v období pred narodením, počas pôrodu alebo v ranom detstve (do približne 2 rokov veku). V týchto prípadoch sa predpokladá, že k poškodeniu mozgu došlo už počas jeho vývinu, najčastejšie v dôsledku genetických porúch, prenatálnych infekcií, nedostatku kyslíka pri pôrode alebo iných vývojových komplikácií. Oligofrénia sa spravidla prejavuje stabilným, nemenným postihnutím intelektu a adaptívnych schopností.

Demencia naopak označuje *následne získané mentálne postihnutie*, ktoré vzniká až po období normálneho vývinu, teda po tom, čo už bol intelekt a správanie rozvinuté. Ide o degeneratívny stav, pri ktorom dochádza k *postupnému úbytku schopností*. Príčinou môže byť neurodegeneratívne ochorenie (napr. Alzheimerova choroba), úraz hlavy, mozgové nádory, infekcie alebo iné poškodenia mozgu. Demencia je progresívna a zvyčajne sa zhoršuje v priebehu času.



STUPNE MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA

Stupne mentálneho postihnutia podľa MKCH-10 sú rozdelené na základe výsledkov IQ testov a označujú sa takto:

- F70** – ľahká mentálna retardácia (IQ 50–69),
- F71** – stredne ťažká mentálna retardácia (IQ 35–49),
- F72** – ťažká mentálna retardácia (IQ 20–34),
- F73** – hlboká mentálna retardácia (IQ pod 20),
- F78/F79** – iné a nešpecifikované mentálne postihnutie.

MKCH-11, ktorá je modernejšia a funkčne orientovaná, používa pojem **porucha intelektuálneho vývinu** a zameriava sa viac na funkčné schopnosti než na samotné IQ. Stupne sú:

- 6A00** – mierna porucha intelektuálneho vývinu,
- 6A01** – stredne ťažká porucha,
- 6A02** – ťažká porucha,
- 6A03** – hlboká porucha,
- 6A04** – nešpecifikovaná porucha.



ĽAHKÉ MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Ľahké mentálne postihnutie predstavuje **mierne zníženú úroveň intelektových schopností**, pričom postihnutý jedinec si dokáže osvojiť základné zručnosti a poznatky pomalším tempom, s obmedzenou hĺbkou a často s podporou okolia.

Rozdiel oproti bežnej populácii je najviac viditeľný v oblasti:

- **kognitívnych funkcií** – porozumenie abstraktným pojmom a súvislostiam je obmedzené, myslenie je konkrétne,
- **komunikačných a sociálnych zručností** – jedinec môže nerozumieť obrazným vyjadreniam, byť dôverčivý či emočne labilnejší,
- **praktických zručností** – zvláda každodenné úlohy, ale potrebuje jednoduché návody a viac času na osvojenie.

Intelektová úroveň zvyčajne zodpovedá vývoju **9–12-ročného dieťaťa**.

Napriek obmedzeniam **môže byť pomerne samostatný**, pracovať v jednoduchom zamestnaní, cestovať, nakupovať – no zložitejšie situácie vyžadujú podporu a vedenie.

ĽMP neznamená, že človek ničomu nerozumie – **rozumie základom, ale potrebuje viac času, opakovania a konkrétnosti**. Napríklad obrazné vyjadrenia alebo zložité morálne dilemy môžu byť preňho ťažko uchopiteľné bez vysvetlenia.

Obrazné prirovnanie:

Človek s ľahkým mentálnym postihnutím je ako **navigácia v základnom režime** – vie sa dostať do cieľa, no potrebuje jednoduchšiu trasu, viac pokynov a menej rušivých vplyvov, pričom cieľ trasy musí byť v rovnakom meste.

STREDNÉ MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Stredné mentálne postihnutie znamená **výraznejšie zníženie intelektových schopností**, ktoré významne ovplyvňuje schopnosť samostatne fungovať v bežnom živote. Jedinec s týmto stupňom postihnutia **rozumie len veľmi konkrétnym situáciám**, učenie mu trvá dlho a spravidla nedosiahne úroveň úplnej samostatnosti.

Typické znaky zahŕňajú:

- **obmedzené verbálne vyjadrovanie** – reč je jednoduchá, často neúplná alebo vyžaduje doplnkový spôsob komunikácie (gestá, obrázky),
- **nízka schopnosť všeobecného porozumenia** – chápe len to, čo si môže priamo zažiť alebo vidieť,
- **praktické zručnosti** sú prítomné, ale len základné – jedinec sa naučí napr. umyť sa, obliecť, pomôcť pri jednoduchých činnostiach, ale zložitejšie úlohy zvládne len s dohľadom,
- **sociálne správanie** býva detské, impulzívne, s obmedzenou schopnosťou regulovať emócie.

Intelektová úroveň zodpovedá približne vývoju **6–9-ročného dieťaťa**, no aj v rámci tohto stupňa sú rozdiely – niektorí jedinci rozumejú jednoduchým inštrukciám, iní potrebujú trvalé usmerňovanie.

Človek so stredným mentálnym postihnutím je ako navigácia, ktorá síce funguje, ale má len veľmi obmedzené mapy a zvláda len známe, jednoduché trasy.

Potrebuje:

vopred naplánovanú cestu,
jasné pokyny krok za krokom,
a niekoho, kto ho usmerní.



ŤAŽKÉ MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Ťažké mentálne postihnutie predstavuje **závažné zníženie intelektových schopností** a výrazné narušenie funkcií v oblasti učenia, reči, sebestačnosti aj sociálneho správania. Jedinec s týmto stupňom postihnutia **nedosahuje ani základnú samostatnosť** a je **trvalo odkázaný na pomoc inej osoby**.

Typické znaky:

- **Porozumenie je veľmi obmedzené** – chápe len jednoduché, opakovane sa vyskytujúce situácie.
- **Komunikácia je výrazne narušená** – často ide o neverbálne prejavy, gestá, zvuky, základné slová.
- **Sebestačnosť je minimálna** – potrebuje pomoc pri všetkých denných činnostiach (hygiena, stravovanie, obliekanie).
- **Správanie býva impulzívne, detské, s obmedzenou reguláciou emócií.**
- **Myslenie je konkrétne a viazané na prítomnosť** – nerozumie príčinám a následkom, neorientuje sa v čase.

Vývinová úroveň:

Približne **2–6 rokov** (v závislosti od konkrétnej miery postihnutia). Mnohé deti s ŤMP nedosiahnu ani túto úroveň v plnom rozsahu – rozvíjajú sa v určitých oblastiach, iné ostávajú stagnujúce.

Predstavme si dievča s ťažkým MP, ktoré nevie hovoriť, ale vie dať najavo, že má radosť, bolesť alebo potrebuje pomoc – úsmevom, plačom, pohybom rúk. Vie si zapamätať, že po zvonení ide obed, ale ak sa niečo zmení, nerozumie, čo sa deje. Pri jedle potrebuje pomoc, často aj pri držaní príboru. Ak je unavená, môže sa rozčúliť a kričať, lebo nevie povedať, čo cíti.

HLBOKÉ MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Hlboké mentálne postihnutie je **najťažší stupeň intelektového obmedzenia**, pri ktorom je vývin nervovej sústavy natoľko narušený, že jedinec **nedosahuje ani základné kognitívne a funkčné schopnosti**. Je úplne odkázaný na nepretržitú pomoc a starostlivosť iných osôb **vo všetkých oblastiach života**.

Typické znaky:

Porozumenie je minimálne – reakcie sú viazané najmä na fyzické podnety (dotyk, zvuk, zmenu prostredia).

Komunikácia je prevažne neverbálna – jedinec vyjadruje potreby najmä plačom, zvukmi alebo mimikou.

Samostatnosť prakticky neexistuje – potrebuje pomoc pri kŕmení, hygiene, presune, obliekaní aj pri základných fyziologických funkciách.

Pohybové schopnosti bývajú výrazne obmedzené – niektorí jedinci sú imobilní, iní sa pohybujú len s pomocou.

Správanie je zväčša reflexívne a opakujúce sa, môže ísť o stereotypné pohyby alebo základné reakcie na známe podnety.

Vývinová úroveň:

Približne **pod úrovňou 2 rokov** – niekedy len niekoľkomesačné vývinové funkcie. Vývin býva veľmi spomalený alebo stagnuje. Kognitívne funkcie sú minimálne rozvinuté, učenie je obmedzené na jednoduché návyky za veľmi dlhý čas.

Predstavme si chlapca s hlbokým MP, ktorý nevie sedieť bez opory, nereaguje na oslovenie menom, ale usmeje sa pri známej melódii. Na podnety reaguje zdanlivo nekoordinovane – rozplače sa pri hlasnom zvuku, upokojí sa pri kolísaní. Nevie sa sám napíť, nakŕmiť ani vyjadriť bolesť či nepohodu inak než plačom alebo napätím tela.

Porovnanie stupňov mentálneho postihnutia

Kategória	Ľahké MP	Stredné MP	Ťažké MP	Hlboké MP
Vývinová úroveň	cca 9–12 rokov	cca 6–9 rokov	cca 2–6 rokov	pod 2 roky
Komunikácia	Jednoduché vety, rozumie bežnej reči	Jednoduchá reč alebo obmedzená slovná zásoba	Neverbálna alebo minimálna verbálna komunikácia	Plač, zvuky, mimika – výrazne narušená komunikácia
Samostatnosť	Čiastočne samostatný, potrebuje len občasnú podporu	Zvláda základné úkony s dohľadom	Veľmi obmedzená samostatnosť, potrebuje pomoc takmer vo všetkom	Úplne odkázaný na pomoc iných osôb
Porozumenie a učenie	Učí sa pomalšie, potrebuje konkrétne príklady a opakovanie	Chápe len konkrétne, známe situácie, nové veci si osvojuje veľmi pomaly	Nerozumie súvislostiam, učí sa veľmi pomaly základné návyky	Učenie minimálne alebo žiadne, reakcie prevažne reflexné
Obrazné prirovnanie (navigácia)	Navigácia v základnom režime – potrebuje jednoduchú trasu a viac inštrukcií	Navigácia s obmedzenými mapami – zvláda len známe trasy, potrebuje časté vedenie	Navigácia, ktorá zvládne len jednu trasu s neustálym dozorom	Navigácia, ktorá bez vonkajšieho zásahu vôbec nefunguje



MÁ DIEŤA/JEDINEC S HLBOKÝM MP VEDOMIE?

Je to ošemetná a zároveň veľmi ľudská otázka.

Pri téme hlbokého mentálneho postihnutia často rezonuje – ticho, medzi riadkami alebo úplne napriamo. Pýtajú sa ju rodičia, opatrovatelia aj odborníci. A hoci odpoveď nie je vždy jednoznačná, pokúsim sa ju vysvetliť citlivo a zrozumiteľne.

Oficiálne rozlišujeme dva základné typy vedomia:
– **primárne vedomie**, ktoré zahŕňa základné vnímanie podnetov, prežívanie emócií a reakcie na prítomné dianie,
– a **vyššie vedomie**, ktoré je spojené so sebareflexiou, uvedomovaním si samého seba v čase, schopnosťou chápať súvislosti a rozhodovať sa na základe zložitých informácií.

U detí alebo dospelých s hlbokým mentálnym postihnutím **môže byť prítomné práve to primárne vedomie** – veľmi jednoduché, zmyslové, okamžité. Nejde o vedomie v zmysle aktívneho myslenia, ale o **základné prežívanie**: niektoré deti reagujú na známe hlasy, dotyk, svetlo či hudbu. Vyjadrujú spokojnosť alebo nepohodu – plačom, mimikou, napätím tela.

Nie je ľahké prijať, že dieťa možno nerozumie svetu tak, ako by sme si priali. No aj bez slov, bez reči a bez porozumenia môže cítiť **blízkosť, bezpečie a lásku**. A to sú hodnoty, ktoré nevyžadujú IQ – stačí srdce a prítomnosť.

VZDELÁVANIE JEDINCOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTIM

Deti s mentálnym postihnutím sa vzdelávajú podľa Štátneho vzdelávacieho programu (ISCED 1 pre žiakov s mentálnym postihnutím).

Vzdelávanie môže prebiehať v

- **špeciálnych mš, zš (ŠMŠ, ŠZŠ), špeciálnych triedach** alebo
- **formou individuálnej integrácie v bežných školách**, a to pomocou individuálneho vzdelávacieho programu (IVP).

Po ukončení povinnej školskej dochádzky môžu pokračovať v štúdiu na:

- odbornom učilišti
- praktickej

V prípade ťažkého alebo hlbokého postihnutia môže byť vzdelávacia cesta ukončená po dovŕšení povinnej školskej dochádzky, bez ďalšieho vzdelávania.

Pri výbere formy vzdelávania je kľúčové zohľadniť individuálne potreby dieťaťa a konzultovať rozhodnutie s odborníkmi.

Je dôležité vedieť, že forma a spôsob vzdelávania (napr. integrácia vs. špeciálna škola) neovplyvňujú konečný stupeň dosiahnutého vzdelania ani ďalšie možnosti vzdelávacej cesty.

Viac informácií o vzdelávaní detí so znevýhodnením nájdete v našej infobrožúre venovanej téme PAS.

Podľa zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) nemôžu žiaci s mentálnym postihnutím dosiahnuť vyšší stupeň vzdelania ako primárne vzdelanie.

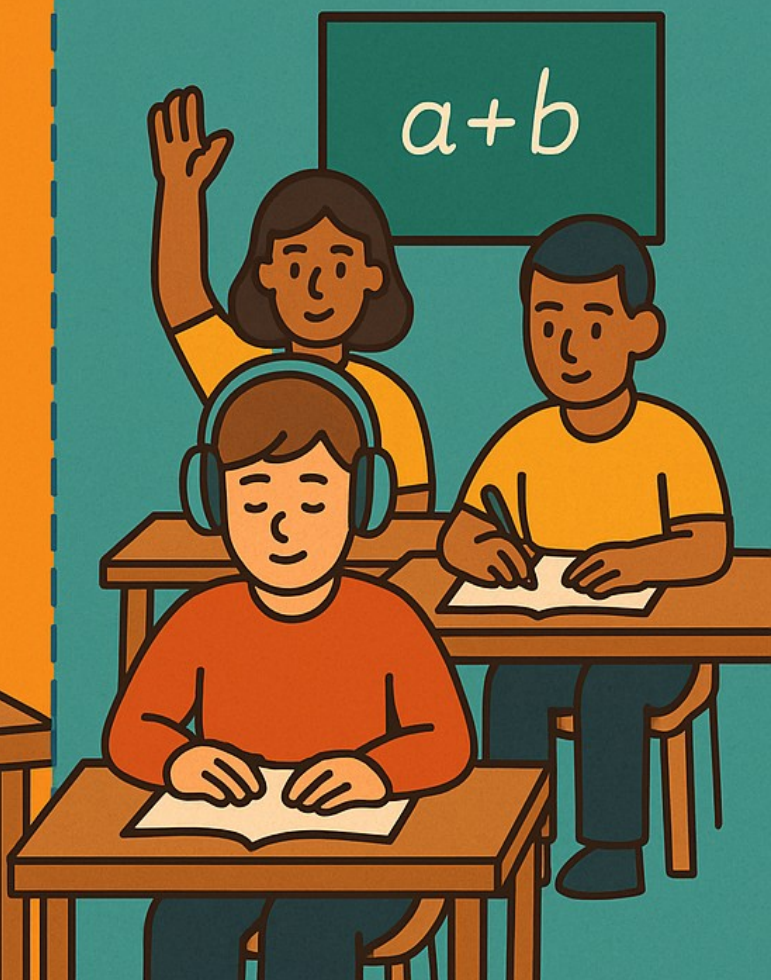


VZDELÁVANIE JEDINCOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

ŠPECIÁLNA ŠKOLA



INTEGROVANE



Každé dieťa s mentálnym postihnutím je jedinečné – má svoje vlastné silné stránky, potreby, tempo učenia aj spôsoby, akým vníma svet. Pri výbere formy vzdelávania je preto kľúčové zohľadniť práve túto individualitu. Nezáleží na tom, či sa dieťa vzdeláva v špeciálnej škole alebo integrovane v bežnej triede – obe formy sú rovnako hodnotné a správne, pokiaľ rešpektujú potreby konkrétného dieťaťa a vytvárajú mu bezpečné a podnetné prostredie na učenie a rozvoj.

TERAPIE PRE DETI S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

Deti s mentálnym postihnutím často potrebujú popri vzdelávaní aj cielenú terapeutickú podporu, ktorá im pomáha rozvíjať zručnosti dôležité pre každodenný život, komunikáciu a sociálne vzťahy. Výber a forma terapie závisí od stupňa postihnutia, individuálnych potrieb dieťaťa a odporúčaní odborníkov.

Najčastejšie formy terapie zahŕňajú:

Logopédiu – zameranú na rozvoj reči, porozumenia a alternatívnych foriem komunikácie (napr. posunky, obrázkové systémy).

Psychologickú terapiu – podporuje emocionálny vývin, zvládanie frustrácie, sebaaprijatie a správanie.

Špeciálnopedagogickú intervenciu – pracuje na rozvoji kognitívnych funkcií, zrakového a sluchového vnímania, pamäti, pozornosti a praktických zručností.

Fyzioterapiu a ergoterapiu – pomáhajú pri rozvoji pohybových schopností, koordinácie, sebestačnosti a zapájania sa do bežných činností.

Muzikoterapiu, arteterapiu či canisterapiu a iné podporné formy terapií – formy podpory, ktoré uľahčujú nadväzovanie kontaktu, znižujú stres a prinášajú radosť cez zážitok.

Dôležité je, aby boli terapie dlhodobé a systematické, individuálne prispôbované a prebiehali v spolupráci s rodičmi. Úzka spolupráca s odborníkmi z centier poradenstva, či zo špeciálnych škôl pomáha zabezpečiť, že podpora bude zmysluplná, realistická a v súlade s potrebami konkrétného dieťaťa.



- Vždy sa poraďte s odborníkmi z **Centra poradenstva a prevencie** alebo zo špeciálnej školy, kam dieťa chodí.
- Terapie nemajú byť záťažou, ale **prirodzenou súčasťou** života dieťaťa – ideálne formou hry alebo bežných činností.
- Všímajte si, **na čo dieťa reaguje pozitívne**, a skúste to zakomponovať do terapií (hudba, pohyb, dotyk, rutiny...).
- Dôležitá je **pravidelnosť** a **trpezlivosť** – pokrok býva pomalší, ale každé malé zlepšenie je úspech.
- Nie je dôležité „dohnať“ iné deti, ale pomôcť **vašemu dieťaťu napredovať podľa jeho možností**.
-



PRÍKLADNÝ ZOZNAM ZARIADENÍ:

Názov	Terapie / služby	Web
SCPP Topoľčany	Logopédia, špeciálna pedagogika, raná intervencia	www.scpptopolcany.sk
ŠCPP Trnava	Semináre, poradenstvo, špec. podpora MP	www.dictnava.sk
DSS Integra (BA, Senec)	Arteterapia, muzikoterapia, pohybová terapia, canisterapia	www.dssintegra.sk
CSS DEMY Trenčín	Rehabilitácia, pracovná terapia, voľnočasové aktivity	www.demytrenclin.sk
Vstúpte, n.o. Malacky	Sociálne a pracovné programy, terapeutické činnosti	www.vstupte.org
ZPMP Nové Zámky	Terapie, ambulantné služby, chránené dielne	www.3lobit.sk

V tabuľke vyššie sa nachádza stručný výber príkladov rôznych typov zariadení a organizácií, ktoré pôsobia na Slovensku v oblasti podpory detí a osôb s mentálnym postihnutím. Zahrnuté sú centrá poradenstva, domovy sociálnych služieb aj občianske združenia, ktoré poskytujú odborné terapie, poradenstvo či praktickú pomoc.



DIAGNOSTICKÝ PROCES U JEDINCOV S MP

Mentálne postihnutie (MP) sa diagnostikuje na základe výrazného zníženia intelektových schopností a obmedzení v adaptívnych zručnostiach – teda v schopnosti samostatne fungovať v bežnom živote (napr. komunikovať, obliekať sa, učiť sa, nadväzovať vzťahy)

KTO?

Diagnostiku MP vykonáva **odborný tím**:

- **klinický psychológ** (realizuje inteligenčné testy a hodnotí adaptívne správanie),
- **špeciálny pedagóg** (pozoruje vývin, schopnosti učenia a praktické zručnosti),
- **neurológ alebo psychiatr** (ak je potrebné vylúčiť iné poruchy alebo poškodenie CNS).

AKO?

- **Pozorovanie dieťaťa** v rôznych situáciách (doma, v škôlke, v poradni).
- **Rozhovor s rodičmi** – dôležité sú informácie o vývine, správaní a schopnostiach dieťaťa.
- **Štandardizované testy** – najmä inteligenčný kvocient (IQ) a hodnotenie adaptívneho správania (napr. testy ABAS-II, Vineland, SON-R...)

Diagnostika nie je nálepkou – je **nástrojom, ako porozumieť dieťaťu a lepšie mu pomôcť**.

Skorá diagnostika zvyšuje šancu na efektívnu podporu a rozvoj.

Klinický psychológ je jediný odborník, ktorý môže túto diagnózu oficiálne zapísať do zdravotnej dokumentácie ako súčasť psychologického nálezu.

Špeciálny pedagóg alebo školský psychológ môžu MP predpokladať alebo identifikovať riziko, ale nie formálne diagnostikovať.

Diagnóza MP sa podľa medzinárodných klasifikácií (napr. ICD-10 / ICD-11 alebo DSM-5) opiera o viac ako len IQ – musí byť prítomné aj funkčné obmedzenie v každodennom živote.

V školskom systéme je pre uznanie MP dôležitý najmä **odborný posudok z Centra poradenstva a prevencie (CPPaP alebo ČŠPPaP)**, kde je spravidla prítomný psychológ, ktorý diagnózu oficiálne potvrdí a navrhne opatrenia do IVP.



MÁM PODOZRENIE, ŽE MOJE DIEŤA MÔŽE MAŤ MP:

1. Zachovajte si nadhľad a pokoj

Niekedy sa ukáže, že vývin je síce pomalší, ale v norme. Inokedy dieťa potrebuje špeciálnu podporu – a vtedy je oveľa lepšie začať skoro, ako čakať „či to prejde“.

2. Porovnajte vývin so základnými míľnikmi

Nejde o porovnávanie s inými deťmi na ihrisku, ale so **vývinovými normami**. Každé dieťa je iné, ale ak sú oneskorenia výrazné a dlhodobé, je vhodné ich preveriť.

3. Pozorujte konkrétne prejavy

Zapisujte si, čo vás znepokojuje:

- vývin reči (nerozpráva, nerozumie bežným vetám),
- samostatnosť (neoblieka sa, nehrá sa funkčne),
- učenie a pamäť (neučí sa veci primerane veku),
- správanie (veľké výbuchy, nerozpozná hranice),
- - porozumenie okoliu (nechápe pokyny, súvislosti).

Neodkladajte to – včasné zistenie ≠ nálepka.



4. Obráťte sa na odborníkov:

- **Pediater** – môže vás odporučiť ďalej
- **Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie(CPPPaP)**
- **Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP)**
- **Detský psychológ, klinický psychológ alebo neurológ**

Títo odborníci vedia pomocou štandardizovaných nástrojov posúdiť vývin dieťaťa a odporučiť ďalší postup

Zistenie mentálneho postihnutia nie je koniec. Je to **klúč k tomu, aby ste dieťaťu mohli zabezpečiť podporu, ktorú naozaj potrebuje**. Čím skôr sa začne pracovať na rozvoji schopností, tým väčšiu šancu má na kvalitnejší život.



ČO NEFUNGUJE

Rodičia detí s mentálnym postihnutím prirodzene hľadajú všetky dostupné možnosti, ako svoje dieťa posunúť dopredu. Mnohí zažívajú frustráciu, zmätok a nejasné odpovede – a niekedy sa ocitnú vo svete „terapií“ a „zázrakov“, ktoré sľubujú veľa, ale prinášajú málo.

1. ALTERNATÍVNE LIEČBY A TERAPIE

Pojmy ako **detoxikácia, kvantová terapia, MMS, homeopatia, odstraňovanie parazitov** či „čistenie mozgu“ znejú možno vedecky, no v skutočnosti **nejde o odborné ani overené terapeutické prístupy.**

2. DRAHÉ PROGRAMY A NEUROTRENING

Stretnúť sa môžete s ponukami ako neurofeedback, oxygenoterapia či „tréning mozgu“, ktoré pôsobia odborne a sľubujú výrazné zlepšenie. V skutočnosti však **pri mentálnom postihnutí nemajú overený účinok**, sú často veľmi drahé a využívajú nádej rodičov ako marketingový nástroj. Najmä pri ťažších formách MP sú sľuby o „zvýšení IQ“ zavádzajúce – cieľom terapie má byť **zlepšenie kvality života, nie zmena diagnózy.**



3. POVÝŠENIE POMOCNÝCH TERAPIÍ DO ROVINY PRIMÁRNYCH

Canisterapia, hipoterapia, muzikoterapia, arteterapia a iné – sú často vnímané ako „milé“ a príjemné, a môžu mať psychologický alebo relaxačný účinok.

Nie sú však:

- určené na rozvoj reči, porozumenia alebo kognície,
- náhradou za logopédiu, špeciálnu pedagogiku či ergoterapiu.

✓ Tieto terapie môžu byť výborným doplnkom – **ale nie hlavným pilierom rozvoja.**

4. SKÁKANIE Z TERAPIE NA TERAPIU

Mnohí rodičia sa v snahe pomôcť dieťaťu s mentálnym postihnutím uchýľujú k širokej škále intervencií bez jednotného systému, často pod tlakom neistoty a nádeje. Výsledkom býva **nadmerná záťaž pre dieťa**, ktoré nemá dostatočný priestor na stabilitu a osvojovanie zručností, **psychické a fyzické vyčerpanie rodiča** a následný **pocit neúspechu**, aj napriek dobrej intencii.

Efektívna intervencia si vyžaduje **čas, kontinuitu a realistické očakávania**. V mnohých prípadoch platí, že **menej je viac** – pokiaľ ide o cielené, funkčne zamerané a dlhodobo udržateľné aktivity.



Prečo nefunguje neurofeedback?

- Neurofeedback neučí nové zručnosti, nerozvíja adaptívne správanie ani reč – čo sú práve oblasti oslabené pri mentálnom postihnutí.
- Nie je zameraný na učenie, porozumenie či kognitívny rozvoj v hlbšom zmysle.
- Pri MP neexistuje silný dôkaz, že by neurofeedback zlepšil funkčné schopnosti.
- Vyžaduje desiatky sedení (často 30–60), každé za 20–40+ eur.
- Náklady sa rýchlo vyšplhajú na stovky až tisíce eur, bez istoty výsledku.
- Kvalita sa líši – niektorí poskytovatelia nemajú psychologické ani neurologické vzdelanie.
- Mnohé prístroje sú komerčné a neprešli overením v medicíne.
- Diagnostika je často založená na neštandardných EEG „mapách mozgu“, ktorých interpretácia je veľmi sporná.

✓ Neurofeedback *môže* mať zmysel:

- pri ADHD, úzkostných poruchách, nespavosti – ak je vedený odborníkom a v kombinácii s inou terapiou.
- pri MP má **veľmi obmedzené uplatnenie**, a preto **nie je odporúčaný ako hlavný terapeutický prístup**.

Prečo nefunguje oxygenoterapia (HBOT)?

Oxygenoterapia je liečba **inhaláciou zvýšenej koncentrácie kyslíka**.

Niektoré centrá prezentujú oxygenoterapiu ako terapiu slúžiacu na stimuláciu mozgu pri mentálnom postihnutí, problémom je fakt, že:

- Neexistuje dostatok kvalitných výskumov potvrdzujúci efekt oxygenoterapie pri mentálnom postihnutí (nie celkové využitie oxygenoterapie),
- Nebol preukázaný dlhodobý a udržateľný pozitívny účinok v porovnaní s finančnou a priestorovou náročnosťou terapie.

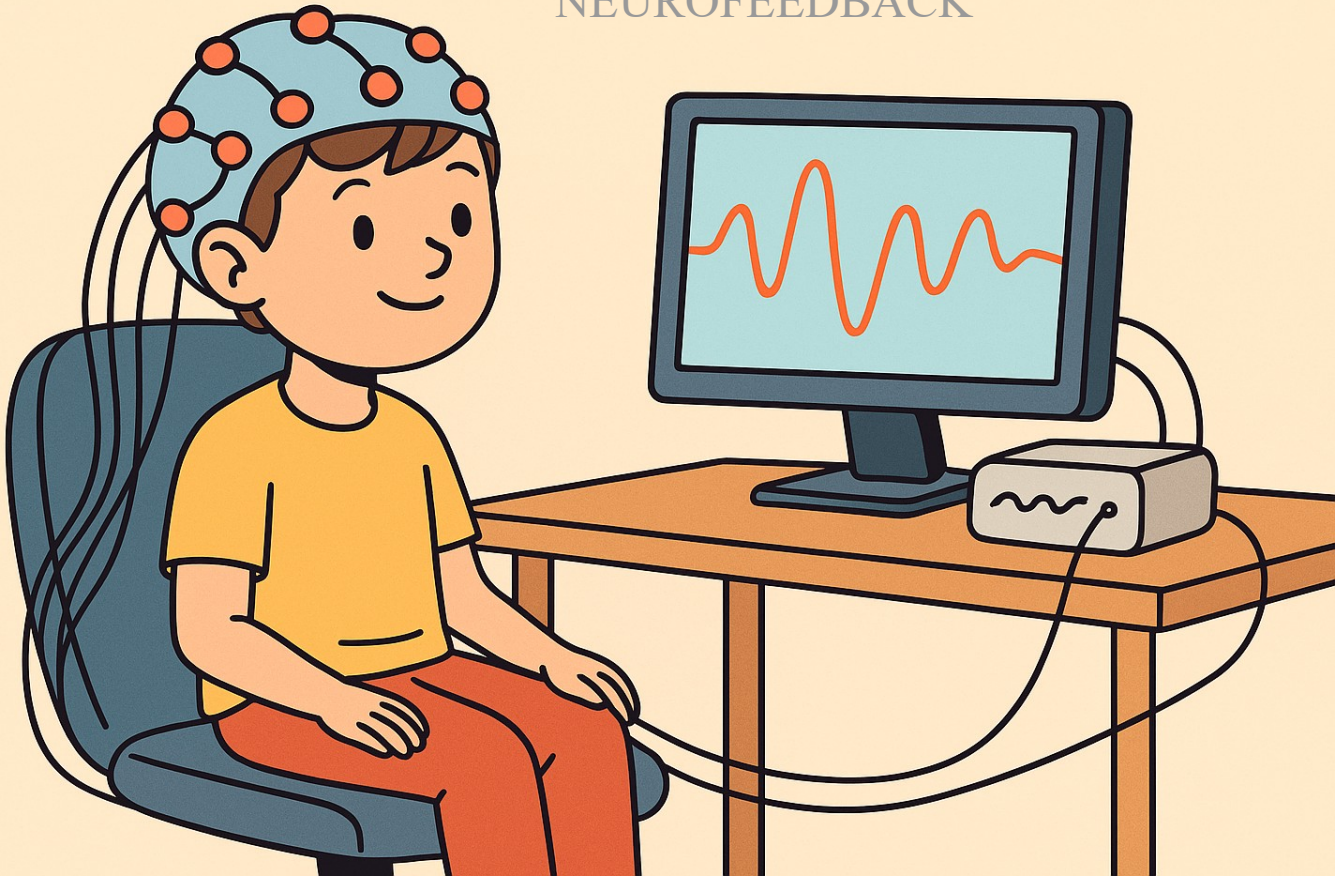
Môže mať zmysel **len ako podporná liečba pri konkrétnych sprievodných diagnózach** (napr. hypoxicko-ischemické poškodenie mozgu po pôrode, ktoré má jasný obraz v dokumentácii).

Používa sa pri:

- hypoxii (nedostatok kyslíka v tele),
- úrazoch, popáleninách, otravách CO,
- diabetických ranách, dekubitoch, hojení tkanív.



NEUROFEEDBACK



HBOT



KAŽDODENNÝ ŽIVOT

Deti s mentálnym postihnutím potrebujú vo svojom svete **jasnosť, opakovanie a predvídateľnosť**.

Čím stabilnejšie sú situácie, tým lepšie im rozumejú – a tým viac sa v nich môžu učiť.

- Domáci režim a vizuálna podpora sú preto kľúčové prvky každodenného fungovania.
- Deti s MP potrebujú počuť a zažiť jednu vec veľa-krát, v rovnakej forme.
- Opakovanie by malo byť zmysluplné, pokojné a nie nátlakové.
- Obrázky, symboly, gestá alebo predmety pomáhajú dieťaťu **pochopiť, čo sa deje**.

Režim, opakovanie a vizuálna podpora sú **tri piliere rozvoja dieťaťa s MP doma**.

AKO KOMUNIKOVAŤ S DIEŤAŤOM S MP PODĽA STUPŇA

Ľahké mentálne postihnutie:

Dieťa rozumie jednoduchým vetám, vie sa vyjadriť v krátkych súvetiach.

Komunikačné odporúčania:

- Používajte **jednoduchý, konkrétny jazyk** (nie metaforu alebo abstrakcie).
- Overujte si porozumenie otázkami typu: „Vieš, čo tým myslím?“
- Používajte vizuálne podnety – obrázky, gestá, názorné ukážky.
- Dajte mu čas na odpoveď, **neprerušujte ho**.
- Posilňujte sebvýjadrenie – pýtajte sa na jeho názor („Ako si to myslel?“).



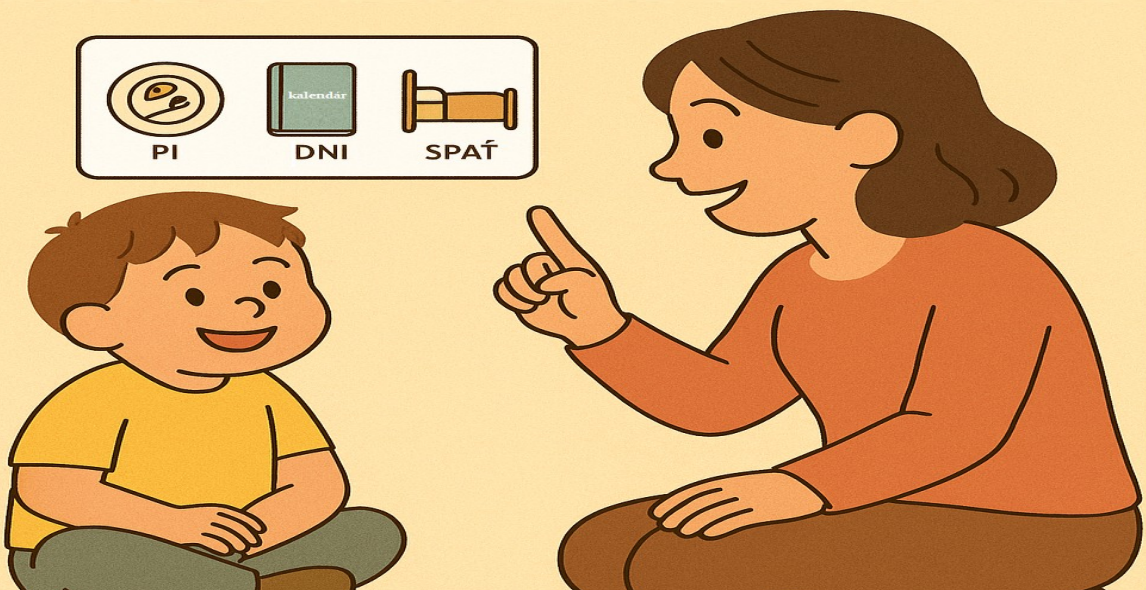
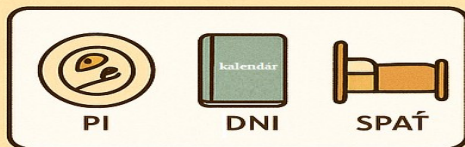
Stredné mentálne postihnutie:

Dieťa rozumie základným slovám a jednoduchým vetám, vyjadruje sa obmedzene.

Komunikačné odporúčania:

- Hovorte **krátkymi vetami** (napr. „Pod’ sem.“, „Sadni si.“, „Ideme papat’.“).
- Ukazujte rukou, **spojte slovo s pohybom** („Pi!“ + ukážete na pohár).
- Opakujte slová častejšie – podporíte ich osvojenie.
- Používajte **komunikačné obrázky** (napr. VOKS, PECS).
- Oceňte akýkoľvek pokus o komunikáciu – aj posunkom, gestom alebo zvukom.

Ako komunikovať s dieťaťom so stredným MP



Ťažké a hlboké mentálne postihnutie:

Dieťa nehovorí, má minimálne reakcie, nie vždy jasne rozlišuje podnety.

Komunikačné odporúčania:

- Vytvárajte **predvídateľné rutiny**, kde si dieťa spojí konkrétny podnet s udalosťou.
- Hovorte **jednoducho, pokojne, pomaly** – hoci vám nemusí odpovedať, **vníma rytmus a tón**.
- Sledujte jeho telesné prejavy (napätie, úľava, pohyb hlavy) – môžu byť formou spätnej väzby.
- Komunikácia je najmä **o prežívaní, dotyku, hlase, spoločnom čase**.

Ako komunikovať s dieťaťom s hlbokým MP



Abbeduto, L. & Rosenberg, S. (1993). *Language and Communication in Mental Retardation: Development, Processes, and Intervention*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Beirne-Smith, M., Patton, J. R., & Kim, S. (2005). *Mental Retardation: An Introduction to Intellectual Disability*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Braddock, D., Hemp, R., Parish, S., & Westrich, J. (1998). *The State of the States in Developmental Disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Crissey, M. S. & Rosen, M. (1986). *Institutions for the Mentally Retarded: A Changing Role in Changing Times*. Austin, TX: Pro-Ed.

Das, J. P. & Baine, D. (Eds.). (1978). *Mental Retardation for Special Educators*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Dunbar, R. E. (1991). *Mental Retardation*. New York, NY: Franklin Watts.

Edgerton, R. B. (1979). *Mental Retardation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hemp, R., Braddock, D., & Westrich, J. (1998). Medicaid, managed care, and developmental disabilities. In D. Braddock, R. Hemp, S. Parish, & J. Westrich (Eds.), *The State of the States in Developmental Disabilities* (pp. 67–89). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Keyes, D. (1966). *Flowers for Algernon*. New York, NY: Harcourt, Brace & World

Orieščiková, H. (2020). *Špeciálna pedagogika jednotlivcov s mentálnym postihnutím*. Ružomberok: VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku.

Smith, J. D. (1988). *Pieces of Purgatory: Mental Retardation in and Out of Institutions*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Company.

Statpedu. (2015). *Vzdelávací program pre žiakov s mentálnym postihnutím*. Bratislava: Štátny pedagogický ústav. Dostupné na: https://www.statpedu.sk/files/sk/deti-ziaci-so-svvp/deti-ziaci-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/vzdelavacie-programy/vzdelavacie-programy-ziakov-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/zakladne-vzdelavanie-primarne-vzdelavanie-nizsie-stredne-vzdelavanie/vp_pre_ziakov_s_mentalnym_postihnutim.pdf

VÚDPaP. (2022). *Dieťa s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v edukačnom a poradenskom procese*. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. Dostupné na: <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2022/06/Dieta-s-lahkym-stupnom-mentalneho-postihnutia-v-edukacnom-a-poradenskom-procese.pdf>