

Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků.

Mgr. Katarína Durecová, klinická psycholožka, 3. LF UK

Lidé s mentální retardací byli po staletí předmětem různých mýtů a hrubého nepochopení. Předpokládalo se např., že nevnímají chlad, bolest a neprožívají běžné lidské emoce jako smutek či radost. Společnost v nich občas viděla trest boží za hříchy rodičů, jindy s chutí provokovala určité projevy “místních blbů” pro pobavení. Dlouho přetrvávalo dojmání se nad “nevinností a čistotou těchto věčných dětí”. Na “ty chudáčky ubohé” se dělaly velkorysé sbírky třicet let starého oblečení a bot, které nikdo nenosí. Dlouho, i v odborných kruzích, přetrvávalo chápání mentální retardace jako duševní nemoci a na člověka s mentální retardací se pohlíželo jako na nemocného- “blázna”. Tyto devalvující a dehumanizující stereotypy negativně ovlivňovaly podporu, kterou společnost poskytovala těmto lidem, následkem čehož docházelo k drastickému snižování kvality života lidí s mentální retardací a k dalšímu prohlubování jejich hendikepů.

V posledních desetiletích dochází k obrovským změnám v chápání problematiky mentální retardace.

Především se klade stále větší důraz na to, že lidé s mentální retardací jsou v první řadě lidé, se stejnými základními lidskými právy, potřebami a potenciálem pro jejich naplnění, jako lidé bez mentální retardace. To například znamená, že mají stejný rozsah běžných emocí, stejnou potřebu bezpečí, být respektován či realizovat se, stejné cíle, sny, naděje a aspirace jako zbytek populace. K tomu, aby mohli své potřeby uspokojit a rozvinout svůj potenciál mohou potřebovat určitou podporu, která pomůže zmírnit omezení a znevýhodnění dané jejich stavem. Někteří ji potřebují pouze někdy, v období výraznějšího stresu či krize, jiní po celý život. Někdo pouze v jedné oblasti života, jiní ve všech. Všichni ale především potřebují dostat **příležitosti** k tomu, aby mohli získávat zkušenosti a mohli se z nich učit vést co nejvíce plný, aktivní a co nejvíce nezávislý život. A proto hlavní otázka, kterou si v současnosti kladou odborníci v této oblasti je, **jak má vypadat optimální podpora konkrétního jedince s mentální retardací v jeho konkrétní životní situaci, abychom mu zajistili ty potřebné zkušenosti, které kvůli svým omezením a kvůli omezenému porozumění společnosti, nemůže získat “standardní cestou”**.

Co je to tedy mentální retardace?

Tímto termínem se označuje **různorodá populace. Nelze říci, že všichni lidé s mentální retardací jsou stejní, ani se nedá popsat “typický” retardovaný člověk, podobně jako nelze popsat “typického” neretardovaného člověka.** Existují ohromné rozdíly v chování a v úrovni výkonů u těchto lidí, v problémech, se kterými se potýkají, v úrovni podpory, kterou potřebují, ale také existují rozdíly v odborných přístupech k problematice mentální retardace.

Odborné definice mentální retardace nejsou jednotné. Kurčité shodě dochází při **popisu hlavních charakteristik mentální retardace**, za které jsou považovány:

1. **Významně snížená úroveň rozumových schopností** (projevuje se sníženým intelektem, zhoršenou schopností učení, problémy v oblasti paměti, pozornosti, myšlení, řeči).

2. **Obtížnější adaptace na běžné životní podmínky**, potíže v některé z oblastí komunikace, péče o sebe, v rodinném životě, v sociálních dovednostech, problémy v oblasti péče o zdraví, vzdělání (čtení, psaní, základy matematiky), trávení volného času, sebekontroly, v uplatnění se v komunitě a v zaměstnání. Určité důležité vzorce chování, které se očekávají od jedince daného věku v daném kulturním prostředí, nejsou přítomny.

3. **Tyto problémy se projevují od časného dětství**. Mohou být způsobeny různými okolnostmi, které narušují vývoj mozku před narozením, v průběhu porodu a v raném dětství. Asi v jedné třetině jsou známé příčiny biologické (jako např. chromozomální abnormality, genetické faktory, poruchy metabolické, infekční nemoci apod.) ale také psychosociální (jako např. stimulačně chudé, deprivující prostředí apod.). **Ve dvou třetinách případů je příčina neznámá.**

Lidé s mentální retardací se tedy vyznačují tím, že se pomaleji učí, mají problémy s pamětí, pozorností, abstraktním myšlením a nevyhovují určitému kulturně podmíněnému očekávání toho, jak se má chovat člověk jejich věkové skupiny v daném kontextu. Neosvojili si repertoár chování, který jiní lidé v jejich věku zvládli. Děti s mentální retardací se pomaleji vyvíjejí, např. později chodí či mluví než ostatní děti v jejich věku. Mohou mít potíže se základními školními dovednostmi (čtení, psaní, počítání), v komunikaci apod. V dospělosti mohou přetrvávat problémy se sebeobsluhou, komunikací, soběstačností v různých oblastech.

Můžeme vysledovat několik základních přístupů k problematice mentální retardace:

1. Modely, které vycházejí z dlouhodobé "medicínské" tradice, tzv. **biomedicínského modelu**, vymezují mentální retardaci **jedincem samotným a zdůrazňují především jeho omezení, nedostatky a zastavení/opoždění jeho vývoje** vzhledem k přijímaným normám, které platí pro daný věk a sociokulturní prostředí. **Problémy člověka s mentální retardací jsou vysvětlovány jako samozřejmý následek přítomnosti primárního postižení, bez ohledu na interakci s prostředím, ve kterém se vyskytuje.**

Mentální retardace bývá definována jako závažné postižení vývoje rozumových schopností, ke kterému dochází v důsledku poškození mozku v raném vývoji, a toto postižení vede potom k významnému omezení v adaptivním chování v jeho sociálním prostředí. Tento model nepřikládá velký význam působení prostředí a schopnosti učit se, jako důležitým faktorům, které spoluurčují dosaženou vývojovou úroveň. V těchto přístupech se implicitně předpokládá, že lidé s mentální retardací jsou bez ohledu na svůj skutečný věk "jako děti", celoživotně společensky nedostačiví a závislí na druhých osobách a že jejich vývojová úroveň již dále neporoste. Potřebují především péči a ochranu, pokud možno ve speciálním, "hygienicky nezávadném a dobře kontrolovaném prostředí", aby byli čistí, najedení, aby nezlobili a nemohli si ublížit a aby zůstali tak jak jsou "ve svých ochranných klecích" šťastni.

2. Modely, které zdůrazňují nutnost vidět v nositeli mentální retardace **na prvním místě lidskou bytost se všemi základními lidskými atributy a teprve až pak se zajímat o mentální retardaci jako o jednu z mnoha charakteristik tohoto člověka**. Snaží se předcházet omezenému a zjednodušenému pohledu

na člověka s postižením, redukovat stereotypizace, předsudky s následnou stigmatizací a devalvací těchto lidí. Zdůrazňují univerzálnost základních lidských potřeb bez ohledu na postižení. To znamená, že **potřeby člověka s mentální retardací nezačínají na úrovni fyziologických potřeb a nekončí s potřebou bezpečí**, ale pokračují stejně jako u lidí bez postižení dál, k potřebě být uznáván a respektován, k potřebě sebeúcty a seberealizace. Pozitivní dopad těchto modelů můžeme vidět v postupné humanizaci systému služeb pro lidi s postižením.

3. Modely, které zdůrazňují **interakční povahu mentální retardace mezi jedincem a prostředím**. Zaměřují se na to, že **mentální retardace není statický problém**, který je vymezený jednotlivcem, jako nositelem absolutního znaku mentální retardace, ale je to stav relativní, který je ovlivněn také faktory prostředí. Mentální retardace je podle těchto přístupů dána **dynamickou interakcí mezi charakteristikami konkrétního jedince a charakteristikami prostředí, ve kterém se tento člověk pohybuje**.

Podle tohoto modelu, když se snažíme pochopit konkrétního člověka s mentální retardací, měli bychom prozkoumat:

- a) jeho silné stránky, tedy schopnosti, které má, co umí a také odhadnout možnosti jeho budoucího rozvoje, protože i člověk s mentální retardací se může dál učit, osvojit si nové dovednosti a rozvíjet se
- b) prostředí, ve kterém ten člověk žije, učí se, pracuje, tráví volný čas, setkává se s ostatními lidmi
- c) míru podpory, kterou bude konkrétní člověk potřebovat, aby mohl v daném prostředí úspěšně žít. Podpora může mít různé stupně-občasná, omezená, rozsáhlá, trvalá a může být takto poskytovaná po různě dlouhou dobu, podle potřeby konkrétního člověka v konkrétním prostředí.

Tento přístup výrazně ovlivnil současný pohled na možnosti lidí s mentální retardací. Pod jeho vlivem se **změnily otázky a úvahy o tom, zda vzhledem ke svému postižení člověk s mentální retardací něco může či nemůže, zda na to má či nemá právo, na otázky a úvahy o tom, za jakých podmínek, v jakém prostředí může své potřeby naplnit, jakou podporu mu k tomu musíme poskytnout a jak dlouho mu tuto podporu bude třeba poskytovat**.

V našich podmínkách přetrvávají přístupy, které jsou ovlivněny **modely prvního typu**, se všemi z toho vyplývajícími nevýhodami. Odborníci z oblasti medicíny a psychologie se při určování diagnózy mentální retardace opírají o klasifikační systém MKN-10, t.j. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize.

Podle MKN-10 je **mentální retardace (duševní opoždění) stav zastaveného či neúplného duševního/mentálního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence-tj.poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností**.

Pro definitivní diagnózu přítomnosti mentální retardace by měla být prokázána přítomnost snížené úrovně intelektových funkcí, která vede k/či je spojena se sníženou schopností přizpůsobit se denním požadavkům běžného sociálního prostředí. Snížení těchto schopností by se mělo projevit před 18 rokem.

Rozlišují se čtyři úrovně mentální retardace:

1. **Lehká mentální retardace** IQ= 50-69 byla dříve označována, v současnosti nepoužívaným devalvujícím termínem, jako "debilita". **Asi 85% všech lidí s mentální retardací se pohybuje v tomto pásmu.**

Předpokládá se, že jedinci, kteří mají IQ v tomto pásmu si mohou osvojit akademické dovednosti až na úroveň 6.-7. třídy. Mohou si dostatečně rozvinout sociální a komunikační dovednosti a také se mohou stát celkem soběstačnými a žít nezávisle jen s občasnou podporou.

2. **Středně těžká mentální retardace** (IQ =35-49). Dříve označována dalším stigmatizujícím pojmem- "imbecilita". Asi 10% lidí s MR se pohybuje v tomto pásmu. V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat základní sebeobsluhu a jednoduchou manuální práci s trvalejší podporou. Většinou si osvojí základní komunikační dovednosti, bývají mobilní. Jsou schopni úspěšně žít v chráněném prostředí.
3. **Těžká mentální retardace** (IQ=20-34) V této skupině jsou asi 3-4% lidí s mentálním postižením. Zvládají jen některé základní dovednosti sebeobsluhy a jen některé komunikační dovednosti. **Lépe rozumí než sdělují.**
4. **Hluboká mentální retardace** (IQ je pod 20). Tato úroveň byla kdysi označována jako idiocie. V této skupině jsou asi 1-2% lidí. Znamená to, že mají těžké problémy porozumět požadavkům, instrukcím, nebo jim vyhovět. Bývají výrazně omezeni v pohybu, s malou schopností pečovat o své základní potřeby. Vyžadují stálou podporu. S vhodnou formou podpory jsou však také schopni rozvinout určité základní dovednosti péče o sebe a komunikaci.

Musíme ale opět zdůraznit, že neexistuje "typický" člověk s mentální retardací, stejně jako neexistuje "typický" člověk neretardovaný. Někdo se nenaučí některé aspekty komunikace, jiný má potíže se sebeobsluhou a někdo dokonce zvládne základní školu a někdo úspěšně podniká. Neexistují specifické osobnostní ani behaviorální rysy, které se pojí s mentální retardací. Při posuzování typu a hloubky problému daného člověka je nezbytné vždy vycházet z pečlivého prozkoumání jeho konkrétního případu.

Diagnóza mentální retardace je tedy stanovena, když člověk vykazuje významně podprůměrnou úroveň intelektových funkcí, t. j. IQ=69 a méně a současně se u něj projevují deficity či poruchy schopnosti přizpůsobit se svému prostředí, tj. deficity adaptivního chování a tyto symptomy se u něj projeví před 18. rokem věku.

Stanovení úrovně intelektových schopností

Podle MKN-10 by mělo být IQ stanoveno **standardizovanými, individuálně aplikovanými inteligenčními testy**, determinovanými místními kulturními normami.

Inteligenci nelze jednoznačně a jednoduše charakterizovat. Je tvořena různými schopnostmi, které se nerozvíjí všechny souměrně, ale mohou být mezi nimi obrovské rozdíly. Obsahuje schopnost logicky uvažovat, plánovat, řešit problémy, učit se rychle, učit se ze zkušeností. Na celkovou úroveň inteligence usuzujeme na základě prozkoumání řady různých více či méně specifických schopností a dovedností.

Určitý odhad úrovně mentálních schopností lze sice učinit i systematickým bedlivým pozorováním chování a rozhovorem, ale je zde vysoké riziko subjektivního zkreslení toho, co vnímáme a jak to interpretujeme, riziko vnášení vlastních norem a kritérií. Takto získané poznatky nejsou postačující pro objektivní a přesnou míru inteligence.

Proto by vždy úroveň inteligence měla být stanovena **standardizovanými postupy**. K tomuto účelu musíme používat **inteligenční testy**. U nás jsou běžně používané **Wechslerovy soubory**. Tyto testy jsou tvořeny různými otázkami a úkoly, které byly vybrány, aby reprezentovaly různé dimenze inteligence jako znalosti, usuzování, paměť, schopnost abstrakce apod. Intelligenční kvocient, který je odvozený od výkonu jedince v testu, potom teoreticky ukazuje na celkovou intelektovou kapacitu jedince.

Standardizované IQ testy však také mají své problémy. **Odhady opravdového intelektového potenciálu jedince na základě intelligenčních testů nejsou zdaleka perfektní.** Proč?

Protože **testy samy nejsou dostatečně spolehlivé a validní měřicí nástroje.**

Výsledek testu může být ovlivněn také některými **charakteristikami vyšetřujícího**. Negativní vliv na výsledek může mít způsob jak vyšetřující komunikuje, jak vytváří raport, jeho předsudky a stereotypy v osobních postojích, nedostatečné zkušenosti, chybný způsob postupu při zadávání testu apod.

Charakteristiky prostředí jako např. teplota, hluk, světlo, rušení mohou negativně ovlivnit výkon zkoumaného.

Na straně **vyšetřovaného** mohou působit faktory jako např. přechodné zdravotní problémy, teplota, nachlazení, bolest, hlad, situační úzkost, psychická porucha, smyslová porucha, nedůvěra k vyšetřujícímu. Důležitým faktorem, který může působit na výkon je také psychosociální prostředí, ze kterého dotyčný pochází, zkušenosti, které má, jazyk, kterým mluví.

Psycholog, který hodnotí úroveň intelektového výkonu musí při vypracování svých závěrů vzít do úvahy všechny zmíněné faktory.

Působení těchto faktorů je rizikové zvláště pro pásmo lehké retardace. Tato diagnóza může být potom chybně stanovena primárně na základě kulturních rozdílů, jazykové bariéry, nepohody v testové situaci, či předpojatosti vyšetřujícího.

Proto při rozhodování, do které skupiny by se měla osoba zařadit, musíme být opatrní a nedělat závěry a dlouhodobé předpovědi jenom na základě intelligenčních testů samotných, zvláště ne u lidí v horních pásmech retardace. Samozřejmým předpokladem je, že by vyšetřující psycholog, (psychiatr nemá kvalifikaci pro administraci intelektových testů), měl mít kvalitní výcvik v práci s potřebnou metodikou, adekvátní supervizi a zkušenosti s danou kategorií klientů. Měl by umět vytvořit optimální prostředí, test administrovat individuálně, vzít do úvahy znevýhodnění komunikací, psychosociální faktory apod. Také by měl užívat **především multifaktorové testy**, které vyšetřují více než jeden kognitivní aspekt.

Posouzení úrovně adaptivního chování

Pro definitivní diagnózu mentální retardace nestačí jenom stanovit hypotézu o úrovni intelektových výkonů, ale potřebujeme získat přesnější informace o současné úrovni schopností adaptace, tj. o dovednostech, které potřebujeme pro běžný život. Člověk, který má sníženou úroveň intelektových výkonů do pásma mentální retardace, ale není omezený v oblasti adaptivních dovedností, nesmí být diagnostikován jako člověk s mentální retardací!

Mezi odborníky existují **rozpory při definování pojmu adaptivní chování** a proto dochází také k problémům v jeho hodnocení a následkem toho také k problémům při diagnostickém rozhodování ohledně mentální retardace.

Mezinárodní klasifikační systémy vymezují tuto oblast také dosti nejasně. Většinou bývá obecně **definována jako schopnost úspěšně zvládat běžné životní nároky a schopnost vyhovět normám zralosti, učení, osobní nezávislosti a sociální odpovědnosti, které jsou očekávány od jedince jeho věkové skupiny v konkrétním sociokulturním prostředí**. Adaptivní chování bývá vymezováno řadou dovedností: **konceptuálních** (např. receptivní a expresivní jazyk, čtení, psaní, apod.), **sociálních** (např. interpersonálních, řízení se pravidly, zákony, manipulovatelnost, sebehodnocení, odpovědnost apod.), **praktických** (např. každodenní aktivity jako oblékání, cestování, vaření, braní léků, zacházení s penězi apod.)

Americká asociace mentální retardace (AAMR) vymezuje následovně oblasti, ve kterých se prokazuje úroveň konkrétních adaptivních dovedností: komunikace, sebeobsluha, vedení domácnosti -bydlení, sociální interakce, trávení volného času, péče o zdraví, bezpečnost, sebeřízení, vzdělání, využití komunitních zdrojů, práce.

Nebyl dosud vytvořen takový test, který by měřil všechny dimenze adaptivního chování. Každá škála se zaměřuje na určitou oblast adaptivního chování. Nebyly dosud ani vytvořené přesné normy toho, jak má vypadat konkrétní adaptivní chování v určité oblasti u osoby daného věku a sociokulturního prostředí. (Možná bychom se podivili, kdyby se změřili naše kompetentnosti stejnými testy.)

Při posuzování úrovně adaptivních dovedností se používá rozhovor, pozorování a nezbytnou součástí musí být také standardizované vyšetření, které umožní objektivnější úsudek. Měření těchto dovedností není primárně předmětem psychiatrického vyšetření, protože se zde zaměřujeme na definování úrovně rozvoje pozitivních dovedností, t.j. toho, co jedinec aktuálně dovede, ne na definici deficitů. Na posouzení by se měli proto podílet další profesionálové, jako např. **psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci, logopedi, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a také lidé, kteří s daným jedincem přichází běžně do kontaktu (kromě blízkých, také spolupracovníci v zaměstnání, asistenti apod.)**. Je důležité získat informace z co nejvíce zdrojů, aby se zvýšila jejich objektivnost a spolehlivost.

Byly vytvořeny stovky různých škál, které měří adaptivní chování. U nás se běžně používá **Vinlandská škála sociální zralosti**. Tato škála pokrývá oblast porozumění a komunikace, běžných každodenních dovedností (domácnost, sebeobsluha), dovednosti spojené se životem ve společnosti, motorické dovednosti, akademické dovednosti apod.

V našich podmínkách nebyly bohužel přeloženy a standardizovány další škály, které se ve světě běžně používají a měří více oblastí, včetně míry osobní nezávislosti, úrovně fyzického vývoje, ekonomické aktivity (nakupování, placení účtů apod.), porozumění hodnotě peněz, porozumění času, dochvilnost, cestování, pracovní dovednosti,

sebeřízení, odpovědnost, uvědomování bezpečí apod. V poslední době se vyvíjejí škály, které se cíleněji zaměřují na přesnější posouzení **oblasti sociálních dovedností a sociální kompetentnosti**. Patří sem měření sociální percepce, dovednosti rozpoznávat a interpretovat sociální klíče, emoce druhých lidí a jejich úmysly, dále dovednosti anticipace následků po určitém jednání, posuzování sociální zranitelnosti člověka, naivity a důvěřivosti, manipulovatelnosti apod., dále se zkoumá schopnost vycházet s druhými lidmi, schopnost navázat kontakt, jasně komunikovat, kooperativní chování, apod.

Tyto škály jsou užitečné, ale ani ony nevypovídají přesně o schopnostech nezávislého života daného jedince. Někteří si vedou mnohem lépe, než jak lze čekat podle škál a jiní nikoliv. Na základě výsledku vyšetření adaptivního chování nemůžeme předpovídat ani možnosti dalšího vývoje daného člověka, tedy jeho potenciál. Výsledek spíše odráží aktuální výkon, vymezuje přítomné dovednosti, tedy vypovídá o tom, co klient typicky dělá ale není mírou behaviorálního potenciálu daného jedince.

Lidé s MR se často nenaučili adaptivnímu chování ne proto, že mají dané postižení ani ne proto, že nemají potřebnou kapacitu, ale proto, že nebyla příležitost tyto dovednosti procvičovat a rozvíjet.

Vyšetřovaný člověk může mít tedy mnohem vyšší potenciál než jak ukazuje vyšetření. Jedním z důvodů může být právě to, že lidé s mentální retardací byli často vystaveni atypickému životnímu prostředí, které často uměle bránilo či zpomalovalo rozvoj daného člověka a v některých případech přímo poškozovalo již rozvinuté adaptivní dovednosti (př. nucení klienta močit do pleny, i když je schopen si dojet na toaletu, z důvodů větší praktičnosti pro organizaci oddělení.) Mezi další faktory v prostředí, které mohou blokovat vývoj a zhoršovat úroveň fungování mentálně retardovaného člověka patří: zanedbávání, zneužívání, nedostatek podnětů, nevhodné modely socializace, nevhodné výchovné přístupy, omezování příležitostí, infantilizace apod.

Prostředí má velkou moc, může podpořit nebo zabrzdit vývoj a růst. U lidí s mentální retardací se např. často zdůrazňuje, že nejsou schopni předvídat následky svého jednání, že špatně ovládají své emoční reakce. Otázka je, zda měli příležitost se tyto dovednosti naučit. **Přisuzuje se jim vysoká sugestibilitnost, ale je otázka, zda je to přirozený symptom mentální retardace, anebo je to následek infantilizace, podceňování a výchovy k nízké sebedůvěře, závislosti a poslouchání.**

Člověk s mentální retardací je **pozitivně ovlivněn individualizovanou podporou a prostředím, které klade důraz na nezávislost, účast na vzdělávání a životě v komunitě, poskytuje možnost volby, rozhodování, kontrolování hlavních oblastí života. Také jeho potenciál se může bez ohledu na úroveň postižení dál rozvíjet.** Připomeňme si, že mentální retardace není statický problém, ale dynamický stav.

Získané hodnoty intelektových a adaptivních schopností jsou pouze přibližným odhadem stupně postižení. **Vypovídají o aktuálním stavu, mohou se v průběhu doby změnit a hlavně i zlepšit jako výsledek učení a rehabilitace.**

Proto je důležité odklonit se od zaběhnutého modelu, orientovat se pouze na jedince s mentální retardací, na vnímání komplexní interakce-obou faktorů osobních i prostředí. Musíme vždy bedlivě zkoumat konkrétního jedince v kontextu jeho konkrétního prostředí a komunity, ve které žije.

Aby se určilo, zda jedinec má či nemá mentální retardaci vyžaduje se komplexní rozhodnutí, které integruje informace o současném intelektuálním fungování a adaptivním chování. Protože tyto informace jsou

vždy neúplné je nezbytné zajistit kvalitního odborníka v dané oblasti a dobrou přípravou na aplikaci testů a se znalostí problematiky mentální retardace.

Mentální retardace a mentální onemocnění

Mentální retardace není tělesnou chorobou a navzdory tomu, že je uvedena v psychiatrických klasifikačních systémech není ani duševní (mentální) nemocí.

Někdy dochází k zaměňování těchto dvou kategorií, pravděpodobně v důsledku podobnosti názvů mentální retardace a mentální onemocnění, také může plést uvádění mentální retardace v psychiatrických manuálech a možná je to pozůstatek minulosti, kdy se na lidi s mentální retardací, dívali jako na blázny a byli "léčeni" na chronických psychiatrických odděleních. **I v současnosti se občas zachází s lidmi s mentální retardací jako kdyby byli nemocni.** Když se tyto dvě skupiny zaměňují, vede to k chybným předpokladům, ke špatnému plánování služeb, k diskriminaci. Mentální retardace není v zásadě medicínský problém, ale souvisí s nimi.

Mentální retardace není nemoc ale stav, který je důsledkem toho, že se duševní vývoj jedince zastavil, zaostává či je neúplný. Biomedicínský model ji definuje jako důsledek poškození mozku v rané ontogenezi. K tomuto stavu mohlo dojít v důsledku různých biologických či psychosociálních příčin, tedy např. i následkem onemocnění jako encefalitida apod. **Ale nemůžeme onemocnět mentální retardací.**

Naopak **člověk s mentální retardací může onemocnět stejnými tělesnými i duševními nemocemi** jako člověk bez mentální retardace. Mezi časté problémy patří mozková obrna, epilepsie, smyslové poruchy, aj. Mohou mít vývojové poruchy jako autismus anebo celé spektrum dalších psychických nemocí. Výsledky výzkumů ukazují, že riziko onemocnění psychickou poruchou je u lidí s mentální retardací 3-4x vyšší než u populace bez retardace.

Nemoc je proces, má svůj průběh, je přechodný, předchází jí období zdraví, může se léčit, zlepšit, může skončit úzdavou úplnou či s následky, nemoc se může se opakovat.

Mentální retardace je stav, který není přechodný, ale provází člověka po celý život. Člověk s mentální retardací není nemocný, není pacient, pokud nemá jiné nemoci. Mentální retardaci nemůžeme léčit tak, jako se léčí nemoce. Neexistuje tedy lék ani terapie, která by mentální retardaci vyléčila a došlo by k "uzdravení z mentální retardace". Medikace nemá vliv na intelektový vývoj, nelze ho urychlit léky. Tento stav pouze můžeme kompenzovat, částečně napravit tím, že systematicky podporujeme rozvoj schopností a dovedností adaptovat se na nároky společnosti, ve které žije. Člověk s mentální retardací má celoživotní vývojové potřeby. Cíle jsou tedy primárně vývojové, a to podpořit daného jedince tak, aby rozvinul své schopnosti do největší možné míry tak, aby se snížila jeho závislost a zvýšila kompetentnost. Lidé s mentální retardací potřebují snadno pochopitelné informace, edukaci, výcvik, aby mohli být začleněni do společnosti a žili co nejvíce nezávisle. Nepotřebují lékaře ale vývojové terapeuty, edukaci, příležitosti a podporu přizpůsobenou jejich potřebám.

Několik poznámek k problematice omezování způsobilosti

Stanovení opatrovníka, který bude rozhodovat o důležitých oblastech života druhého člověka je závažná a problematická událost. Tímto rozhodnutím se nutně omezuje nezávislost a důstojnost dospělého člověka s mentální retardací, a tento se stává **ještě zranitelnějším v rukou svých opatrovníků, kteří mají moc nad životem svěřeného člověka**. Nabízí se otázka, proč se nezkoumá také způsobilost opatrovníků k opatrovnictví, (tedy k ochraně zájmů a dobra svěřeného člověka), např. jejich vlastní rozhodovací procesy, dovednosti řešení problémů, sugestibilita, naivita, asertivnost, impulzivnost, agresivnost, vypočítavost, altruismus apod. Co svědčí o tom, že dovedou nakládat s majetkem dotyčného v jeho nejlepším zájmu? Co chrání člověka zbaveného způsobilosti před sugestibilitou opatrovníka či před zneužíváním moci mu svěřené k vlastním zájmům?

Negativním důsledkem zbavení způsobilosti je kromě zvýšení rizika zneužívání, také další omezení příležitostí pro dotyčného jedince rozvinout právě ony dovednosti, kvůli jejichž absenci jim byla způsobilost odňata. Nabízí se další otázka, jak se bude postupovat, abychom se nedostali do bludného kruhu typu, nemáte talent na jazyky, tak se vám zakáže chodit na jazykový kurz, protože to je zbytečné vyhazování peněz, zakáže se vám jezdit do ciziny, protože se nedomluvíte a když už, tak to někdo bude říkat za vás a vy raději mlčte. Pravdou je, kdybyste jezdili a mluvili ze začátku rukama nohama, s podporou slovníku, druhých lidí a systematického procvičování v kurzu, po nějaké době byste jazyk zvládli. Kdyby vás zbavili těchto příležitostí, nenaučíte se nic. Proto, když omezíme způsobilost, měli bychom si současně položit otázku, **jak bude zajištěno, že se dotyčný člověk bude učit být kompetentnějším, než je v současnosti?** Mělo by se zajistit, že se automaticky bude paralelně podporovat rozvoj těch dovedností, kvůli kterým mu způsobilost byla odňata. Např. podporovat to, aby se učili porozumět svým právům a zákonům, které je ovlivňují, aby se učili uvědomovat si následky svého rozhodnutí, učili se svá rozhodnutí komunikovat apod. Nemělo by to celé skončit tím, že se dotyčný zbaví způsobilosti a konec, už jsme ho ochránili a pěkně jsme mu pomohli.

Montrealská deklarace (Montreal declaration on intellectual disabilities, Montreal, 2004, zdroj internet) zdůrazňuje, že lidé s mentální retardací, pro které je obtížné rozhodovat se o svých životech, mají dostat podporu, tzn. nedělat rozhodnutí za ně, ale podporovat je v rozhodování a v komunikování svých rozhodnutí. Podle této deklarace by ke zbavení způsobilosti mělo dojít pouze na určitou omezenou dobu a periodicky toto rozhodnutí přezkoumávat. Toto rozhodnutí by se mělo vztahovat pouze na určitou specifickou oblast rozhodování, poté, co bylo prokázáno, že ani s podporou nelze ponechat právo rozhodovat se.

Pouhá přítomnost mentální retardace není postačujícím důvodem ke zbavení způsobilosti k právním úkonům. Většina lidí s mentální retardací je totiž schopna zvládnout své životy jen s mírnou neformální asistencí.

Při posuzování způsobilosti narážíme na problém vágního vymezení a definování pojmu způsobilost. Není jasně vymezeno, co způsobilý člověk dělá a co nedělá. Pro posuzování způsobilosti se používají běžné testy a postupy, které se užívají při diagnostice mentální retardace, nemáme standardizovanou baterii testů pro posuzování způsobilosti.

V odborných textech se zdůrazňuje, že způsobilost není záležitost černobílá, t.j. buď způsobilý jste anebo způsobilý nejste. Člověk nebývá nezpůsobilý ve všech oblastech svého života, to platí zvláště pro lidi s IQ v pásmu lehké mentální retardace. Být nezpůsobilý k jedné záležitosti neznamená automaticky nezpůsobilost k záležitosti jiné.

Způsobilost je specifická pro daný úkol a oblast. Je tvořena sérií schopností v různých oblastech života, z nichž některé přítomny jsou a některé ne. Posuzování způsobilosti by mělo být specificky "šito na míru určitému kontextu a účelu".

Na posouzení tak komplexní a nejasně definované záležitosti, jako je způsobilost, nestačí jenom názor jednoho odborníka, který provede povrchní, zběžné, rutinní vyšetření a na jeho základě se vyjádří k této záležitosti, a navíc se většinou ani na problematiku lidí s mentální retardací nespécializuje. **Aby byla způsobilost odborně co nejlépe posouzena, je třeba tým odborníků, kteří mají odbornost v hodnocení lidí s mentální retardací, např. psychiatr, psycholog, speciální pedagog, logoped, pracovní terapeut a sociální pracovník. Na základě jejich posudků, můžeme dojít k objektivnějšímu pohledu na závažnost mentální retardace, lépe vytipujeme ty specifické oblasti, ve kterých bude potřebovat podporu či supervizi a ochranu opatrovníka a také lépe posoudíme míru potřebné podpory či ochrany.**