

Mentální postižení - vymezení

Osoby s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin. Navíc počet těchto osob nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku stále stoupá. Tento nárůst může být do značné míry relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence. Uvádí se, že mentální retardaci trpí asi 3% občanů, avšak podle některých pedagogicko-psychologických výzkumů je intelektově podprůměrných 10 – 15% dětí školního věku. V České republice žije přibližně 300 tisíc osob s mentálním postižením (Švarcová, 2000), dle studie ČSÚ však pouze 107 tisíc osob (Výsledky šetření o zdravotně postižených, 2007). Tyto výrazné rozdíly v odhadech jsou zapříčiněny různým přístupem k definování této skupiny.

Mentální postižení lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí (IQ pod 70), demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (Müller, Valenta, 2003). Světová zdravotnická organizace ve své 10. revizi MKN mentální retardaci rozděluje dle stupně na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Do širší skupiny osob s mentálním postižením můžeme zařadit i osoby s demencí, někdy nazývanou získaná mentální retardace. V případě demencí je mnohdy obtížné zjistit, zdali např. užívání drog ovlivnilo její rozvoj, nebo jde o kauzálně nezávislé jevy.

Užívání návykových látek u osob s mentálním postižením

Gress a Boss (1996) porovnávali prevalenci užívání drog u studentů s mentálním postižením, kteří byli zařazeni do speciálních středních škol se studenty běžných středních škol. U studentů s mentálním postižením byla zjištěna nižší prevalence užívání alkoholu (55% ve srovnání se 72%), marihuany (24% ve srovnání s 28%) a dalších drog, např. kokainu (3% ve srovnání s 5%). Srovnatelné rozdíly mezi postiženými a nepostiženými byly pozorovány také u žáků 1. a 2. stupně základních škol. Výsledky výzkumů ukazují, že osoby s mentálním postižením užívají návykové látky méně často než osoby bez postižení, avšak rozdíly mezi nimi nejsou velké. Nejrizikovější částí této skupiny jsou jedinci s lehkým mentálním postižením.

Dospělí jedinci s mentálním postižením a návykové látky

Jak již bylo uvedeno výše, osoby s mentálním postižením obecně užívají drogy méně často než lidé nepostižení. Avšak v případě, že jedinci s mentálním postižením návykové látky užívají, problémy se u nich objeví mnohem dříve než u nepostižených vrstevníků. Snížené sociální kompetence mentálně postižených vedou i při mírném užívání návykových látek k problematickému chování.

Současné trendy ve společnosti, snažící se o inkluzi osob s postižením, vedou k tomu, že stále více osob s mentálním postižením již nežije v ústavních zařízeních, ale v rodinách, v chráněném bydlení či zcela samostatně, což ovšem paradoxně vede k snazšímu přístupu k návykovým látkám.

Mezi velmi rizikovou skupinu patří osoby s mentálním postižením, které žijí v rodinném prostředí, kde dochází k častému užívání alkoholu a jiných drog. V těchto případech není neobvyklé, že člen rodiny s mentálním postižením má vážné problémy s návykovými látkami

již v období dětství. I když mentálně postižený užívá méně návykových látek než ostatní členové jeho rodiny, jeho problémy jsou často závažnější (Ford a Moore, 1999). Další rizikovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením, které se osamostatňují z rodinného prostředí nebo instituce (např. ústavu sociální péče) do chráněného bydlení. Vliv prostředí ve kterém mentálně postižený člověk žije na užívání návykových látek poprvé naznačil Edgerton (1986), když ve svém výzkumu rozdělil tyto jedince ve vztahu k užívání drog do následujících skupin:

1. jedinci, kteří v nedávné době zahájili pobyt v chráněném bydlení,
2. jedinci žijící samostatně v běžném prostředí,
3. jedinci žijící samostatně v sociálně vyloučené lokalitě a
4. jedinci, kteří jsou dlouhodobě umístěni v ústavní péči.

Největší problémy s užíváním návykových látek měly osoby, které v nedávné době zahájily pobyt v chráněném bydlení (Edgerton, 1986). Jedná se o případy, kdy rodina nebo instituce ztrácí svou ochrannou a kontrolní funkci a mentálně postižený člověk z velké části přebírá odpovědnost za své každodenní rozhodování a trávení volného času. Toto osamostatňování však vede ke zvýšeným nárokům na psychiku a člověk se může s náročnými situacemi nebo nadbytkem volného času vyrovnávat právě pomocí návykových látek. V Edgertonově výzkumu uvádělo zkušenost s návykovou látkou pouze 25% osob, avšak u více než jedné třetiny z nich se jednalo o užívání problémové.

Četnější problémové užívání mezi konzumenty drog potvrzuje i studie (McGillicuddy, Blane, 1999), jež zkoumala dovednosti vyhýbat se návykovým látkám u 122 dospělých s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Do výzkumu byli zařazeni pouze jedinci, kteří byli schopni samostatně docházet nebo se přepravovat ve svém okolí, což jim umožňovalo setkat se s návykovými látkami. V posledním měsíci uvedlo užití nelegální drogy 4% dotázaných. Mezi uživateli však bylo skoro 50% uživatelů problémových. Problémoví uživatelé měli oproti ostatním respondentům vyšší IQ, avšak horší schopnost odmítání a sníženou schopnost rozeznat mezi kladnými a zápornými vzorci chování.

Specifika situace osob s mentálním postižením v ČR

Situace v ČR je v této oblasti značně komplikovaná. Osoby s mentálním postižením byly až do nedávné minulosti segregovány a velmi často umístovány v ústavních zařízeních. V rezidenčních zařízeních je klient pod stálým dohledem a přístup k návykovým látkám je značně omezen. Jinak je tomu ovšem již v rodinách či chráněném bydlení. Je zřejmé, že problém užívání návykových látek v populaci mentálně postižených je výrazný zejména u osob v hraničním pásmu intelektu a s lehkým mentálním postižením. V českém prostředí jsou žáci s hraničním intelektem a lehkým mentálním postižením, pokud nejsou integrováni v běžné základní škole, vzdělávání v základních školách praktických (dříve Zvláštní školy). Českým specifikem těchto institucí je zejména fakt, že kromě žáků s lehkou mentální retardací zde nalezneme i mnoho žáků se sociálním znevýhodněním a v neposlední řadě velkou skupinu žáků Romského etnika (obvykle tvoří 1/3 až 1/2 žáků ve třídě).

Aniž byla provedena plošná epidemiologická studie na tomto typu škol, z menších výzkumů i osobních zkušeností učitelů je zřejmé, že situaci je možné považovat za kritickou. Velmi znepokojivé avšak typické informace přinesla studie Šmídové a kol. (Hebáková a kol., 1997),

kteřá uvádí, že nejrozšířenější bylo mezi žáky užívání těkavých látek. Tento poznatek koresponduje i s výsledky jiných studií. Např. Zábranský (2003) uvádí, že tento typ užívání se koncentruje do marginalizovaných a handicapovaných skupin obyvatelstva. Podle plošného školního průzkumu (Polanský a kol., 2001, in Zábranský, 2003) mělo alespoň jednu zkušenost v životě s těkavými látkami 5% ze všech studentů a žáků, ve zkoumané základní škole praktické to však byla polovina starších žáků. Početná populace žáků s lehkým mentálním postižením a žáků se sociálním znevýhodněním není žádnou z plošných školních studií zastížena. Užívané látky jsou legální a většinou české výroby. Jedná se zejména o průmyslová rozpouštědla (toluen, trichlorethylen, benzen), benzín a další pohonné látky, těkavé látky do plynových zapalovačů a oxid dusný (náplň bombiček na výrobu šlehačky). Nejčastěji užívanou látkou v základní škole praktické byl toluen a modelářské lepidlo Sterofix. Někteří žáci měli za sebou pokusy i s jinými návykovými látkami (hašiš, pervitin), avšak jednalo se o izolované pokusy, nikoli pravidelné užívání. Znepokojující byl i fakt, že při některých rozhovorech vyšlo najevo, že žák experimentuje s látkou, aniž by tušil, že se o drogu vlastně jedná.

Ze studie vyplynulo, že žáci navštěvující základní školu praktickou, tedy děti s lehkou mentální retardací a se sociálním znevýhodněním následující:

1. Vzhledem ke svému postižení jsou žáci s lehkým mentálním postižením a se sociálním znevýhodněním bezbrannější proti drogám, jsou-li jim vystaveni.
2. Žáci základní školy praktické začínají s drogou v mladším školním věku či dříve, ve věku předškolním.
3. Přes individuální přístup není možné upravit režim závislých dětí. Snížená koncentrace, únava a abstinenci příznaky nutí školu buď porušovat školní řád i běžné normy (např. tím, že nechají dítě zafetovat), nebo dítě ze školy vyloučit.
4. Romové i neromské děti s mentálním postižením mají jiné vzorce prožívání životního času. Žijí přítomností a nemají ve zvyku příliš plánovat a projektovat budoucnost. Nezabývají se tím, co s nimi droga udělá za pět, deset let.
5. Žáci nechápou ohrožení drogou v pravém slova smyslu. Souvislost mezi užíváním a závislostí nevztahují na sebe.
6. Věří v mýty týkající se drog. Nechápují rozdíl mezi měkkou a tvrdou drogou a o některých látkách ani nevědí, že jsou drogami.
7. Morální sankce typu „co“ a „proč“ to či ono nesmím jsou vnější, nestávají se vnitřním korektivem, tedy svědomím v pravém slova smyslu. Na otázku, proč by neměli brát drogy, odpovídají „protože je to zakázané“ nebo „to by mě táta zabil“.
8. Pokud žák přichází ze sociálně znevýhodněného prostředí, je spolupráce školy, pedagogicko-psychologické poradny či speciálně pedagogického centra, sociálních pracovníků a jiných profesionálů s rodiči problematická i v případech, že je vážně ohroženo zdraví dítěte.
9. Hlavní proud současné primární protidrogové prevence má na tuto populaci nulový dopad. Informace v tištěné podobě tyto děti a mladiství nečtou, na přednášky se nesoustředí, abstrakce typu: „droga je látka způsobující návyk“ pro ně nemají smysl. Je nutné vyjít z jejich konkrétního světa a konkrétní zkušenosti (Hebáková a kol., 1997).

Lidé s mentálním postižením a zneužívání návykových látek

Lidé s mentálním postižením mohou potřebovat zvýšenou individuální podporu ze strany drogových/adiktologických služeb při:

- Vyhýbání se rizikovým situacím a viktimizaci
- Hledání dobrovolnických činností nebo jiné formy smysluplného uplatnění, v případě, že nejsou schopni vstoupit na volný trh práce
- Rozvoji sebeobsluhy a předprofesních dovedností – např. domácí práce, používání veřejné dopravy, vhodné oblékání
- Rozvoji sociálních a komunikativních dovedností
- Hledání možností trávení volného času
- Získávání informací o svých právech, vhodných sociálních službách, finanční podpoře, na kterou mají nárok a zaměstnání
- Vyhledávání vhodných přátel

Lidé s lehkým mentálním postižením mohou své postižení dobře skrývat. Tito lidé mohou mít např. velmi dobré sociální a komunikativní dovednosti a přesto velké problémy s pamětí, samostatným rozhodováním, plánováním a učením. Tyto je nutné odlišit od obdobných příznaků způsobených užitím návykové látky.

Při práci s klientem s mentálním postižením je nutné prověřit, zdali si uvědomuje negativní důsledky svého chování (např. užívání návykových látek). Samotné vysvětlení jak návykové látky ovlivňují ostatní aspekty života člověka, může být dostatečnou motivací pro jedince s mentálním postižením ke změně chování.

Při poskytování informací o návykových látkách je vhodné využít vizuální podpory, např. fotografie návykových látek, fotografie rizikových způsobů užívání, atp.

Lidé s mentálním postižením mají často potíže s abstraktními koncepty, včetně pojmů týkajících se návykových látek (např. abstinence, droga) a jejich slovní zásoba je v tomto ohledu limitovaná. Při adaptaci služeb pro tuto skupinu je proto nutné provést úpravy v tištěných materiálech i ve verbální komunikaci s klientem směrem ke konkrétním myšlenkovým operacím.

Pro dostupnost služby je nutné upravit veškeré formuláře, které musí klient vyplňovat. Tyto by měly být buďto zjednodušeny, nebo by měl být k dispozici pracovník, který s vyplněním vypomůže. Porozumění textu je třeba opakovaně prověřovat. (SAMHSA, 2008)

Při komunikaci s klientem s mentálním postižením je vhodné se řídit následujícími pravidly:

- 1) Udržujte při komunikaci oční kontakt, ale zároveň umožněte osobě s postižením kontakt přerušit. Můžeme tak sledovat, zda vám člověk s mentálním postižením rozumí.
- 2) Při komunikaci používejte krátká slova, krátké věty, jednoduchá souvětí. Svoje myšlenky vyjadřujte jasně. Neužívejte cizí slova. Snažte se vyhnout zkratkám a žargonu. Používejte pomocné otázky, kterými se můžete ujistit, že vám klient rozumí.
- 3) Vyhýbejte se abstraktním pojmům (abstinence, droga, motivace). V případě, že to není možné, objasněte je konkrétními příklady nebo vhodnými přirovnáními.
- 4) Mluvte pomalu. Snažte se, aby tempo vaší řeči klienta nezahlučovalo. Buďte trpěliví a dopřejte partnerovi dostatek času na odpověď. Zvláště, když hovoříte s člověkem, který má vadu řeči a používá alternativní způsoby komunikace.
- 5) Dbejte na to, aby vaší řeč srozumitelným a čitelným způsobem provázela mimika a řeč těla.

- 6) Ověřte si, zda vám člověk s postižením rozumí, jestli s tím, co říkáte souhlasí, nebo ne. Někdy se stačí jen zeptat. „Rozumíte?, Potřebujete vysvětlit toto ještě jednou?“ atd. Při rozhovorech je vhodné nechat klienta přeformulovat položenou otázku vlastními slovy.
- 7) Mějte na paměti, že lidé s mentálním postižením jsou většinou velmi sugestibilní (tzn., že nekriticky přijímají myšlenky druhých. Sugestibilními otázkami je možné velmi lehce člověka s mentálním postižením ovlivnit a manipulovat s ním.)
- 8) Dospělého člověka s postižením oslovujte přímo. Pokud má s sebou asistenta nebo doprovod (rodiče, vychovatele nebo přítele) obraťte se na jeho doprovod jen v tom případě, pokud je to nezbytné.
- 9) Při komunikaci používejte řeč dospělých, klientovi vykejte. I když používáme jednoduché věty, neznamená to, že musíme používat zdvořiliny, mluvit nahlas nebo zbytečně dlouho a triviálně.
- 10) Pamatujte na to, že lidé s mentálním postižením se v neznámém prostředí orientují s velkými těžkostmi. Osoba s mentálním postižením má problémy v směrové orientaci, těžkosti mu působí i číslice (římské číslice nemusí znát vůbec). Tedy, když chceme osobu s mentálním postižením za někým poslat, je lepší, když ji doprovodíme. Protože nezdá se, že i když osoba s postižením danou místnost najde, má obavy do ní vstoupit. (srov. Jurkovičová, 2010)

Úkol:

Lidé s mentálním postižením jsou velmi heterogenní skupina. Která skupina osob s mentálním postižením je nejvíce ohrožena závislostním chováním? Vysvětlete důvody jejich ohrožení.