

UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Závěrečná práce

Mezinárodně uznávaný kurz LL.M.

MUDr. Ilona Divácká, MBA

KOGNITIVNÍ DEFICIT V CIVILNÍM ŘÍZENÍ

Vedoucí: Doc. JUDr. Petr Šustek, Ph.D.

Praha, 2021

Tímto prohlašuji, že jsem vypracovala tuto LL.M. závěrečnou práci samostatně, a to pouze za použití citovaných zdrojů a literatury. Tato práce nebyla použita pro získání jiného titulu.

Prohlašuji, že tato práce obsahuje 139224 znaků.

V Praze dne 16.12.2021

MUDr. Ilona Divácká, MBA

Obsah

Část první – Kognitivní funkce

1. Úvod.....	7
2. Domény kognitivních funkcí.....	9
2.1. Pojem kognitivní funkce.....	9
2.2. Paměť.....	9
2.3. Pozornost.....	11
2.4. Řeč.....	11
2.5. Gnostické a praktické funkce.....	12
2.6. Exekutivní funkce.....	12
3. Poruchy kognitivních funkcí.....	13
3.1. Poruchy paměti.....	13
3.2. Poruchy pozornosti.....	14
3.3. Poruchy řeči – afázie.....	14
3.4. Poruchy gnostických a praktických funkcí.....	15
3.5. Poruchy exekutivních funkcí.....	16
4. Kognitivní deficit.....	17
4.1. Pojem kognitivní deficit.....	17
4.2. Kvantitativní stanovení kognitivního deficit.....	17
4.3. Kvalitativní stanovení kognitivního deficitu.....	18
4.4. Neuropsychologické vyšetření a kognitivní testy.....	18

Část druhá – Relevantní právní instituty a kognitivní deficit

5. Svěprávnost.....	21
5.1. Právní způsobilost fyzické osoby.....	21
6. Podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat.....	21
6.1. Předběžné prohlášení.....	22
6.2. Nápomoc při rozhodování.....	23
6.3. Zastoupení členem domácnosti.....	24
7. Omezení svěprávnosti	26
7.1. Vymezení pojmu omezené svěprávnosti.....	26
7.2. Pojem duševní porucha.....	28
7.3. Předběžné omezení svěprávnosti.....	30
7.4. Ustanovení hmotněprávního opatrovníka v průběhu řízení o omezení svěprávnosti.....	31
7.5. Doba omezení svěprávnosti.....	31
7.6. Jednání v běžných záležitostech každodenního života.....	32
7.7. Volební právo osob s omezenou svěprávností.....	33
7.8. Omezení svěprávnosti u pacientů s poruchou řeči.....	35
7.9. Jmenování opatrovníka bez omezení svěprávnosti (opatrovnictví prosté).....	36
8. Platnost právního jednání.....	40
8.1. Neplatnost právního jednání.....	40

8.2. Schopnost činit rozhodnutí (<i>decision-making capacity</i>) a způsobilost (<i>competency</i>).....	41
Část třetí – Vybrané duševní poruchy a stavy	
9. Duševní poruchy s globálním kognitivním deficitem.....	46
9.1. Duševní poruchy vrozené.....	46
9.1.1. Mentální retardace.....	46
9.1.2. Dětský autismus.....	49
9.1.3. Dotčené právní problémy.....	50
9.2. Duševní poruchy dospělého věku.....	53
9.2.1. Mírná kognitivní porucha.....	54
9.2.2. Demence.....	54
9.2.3. Dotčené právní problémy.....	65
9.2.4. Poruchy vědomí.....	70
9.2.5 Dotčené právní problémy.....	72
10. Duševní poruchy se selektivním kognitivním deficitem.....	73
10.1. Schizofrenie.....	73
10.2. Porucha s bludy.....	75
10.3. Dotčené právní problémy.....	77
11. Závěr.....	79

Souhrn

Tato práce pojednává o tématu, které v sobě spojuje aspekty medicínské a právní a lze ji zařadit mezi práce z oblasti forenzní gerontopsychiatrie. Jedná se o téma, které je zejména v českém kontextu málo publikované a diskutované.

Kognitivní deficit má řadu definic. Jedná o úbytek duševních schopností. Kognitivní deficit může být globální nebo selektivní a v různé míře má vliv na právní jednání člověka.

V první části jsou uvedeny jednotlivé domény kognitivních funkcí, které mohou být při kognitivním deficitu narušeny. Tento výčet má dát představu o tom, které oblasti duševní činnosti jsou do pojmu kognice zahrnuty.

Druhou část tvoří výčet právních problémů, které mohou být dotčeny kognitivním deficitem.

Třetí část je zaměřena na jednotlivé duševní poruchy a stavy a analyzuje, jakým způsobem mohou být jednotlivé právní instituty aplikovány u osob, které těmito chorobami trpí. Duševní poruchy jsou doplněny vlastními kazuistikami autorky, která působí jako ambulantní psychiatr a soudní znalec se specializací na gerontopsychiatrii.

Cíle závěrečné práce

Jak se dopad kognitivního deficitu projevuje v právním jednání u osob s duševní poruchou?

Které právní instituty mohou být dotčeny kognitivním deficitem?

Část první – Kognitivní funkce

1. Úvod

V průběhu 25leté psychiatrické praxe jsem se věnovala léčbě pacientů v rámci působení v ústavním psychiatrickém zařízení, zejména pacientům s první atakou schizofrenie. Moje ambulantní psychiatrická praxe se zaměřuje na starší pacienty. Inspirací tuto specializaci na gerontopsychiatrii bylo 10leté působení v domově pro seniory. Současnou klientelu v ambulanci představují z velké části pacienti starší 65 let, dále se zaměřuji na pacienty s depresí a úzkostnými poruchami.

V souvislosti s dosavadní kariérou mne zajímala právní problematika spojená s péčí o starší pacienty a před 5 lety jsem byla jmenována soudním znalcem v oboru psychiatrie se specializací na gerontopsychiatrii. Při soudně znalecké činnosti se prakticky denně setkávám s různými právními otázkami, a proto studium práva je pro mne dalším krokem k prohloubení znalostí i v této oblasti. Znalosti získané postgraduálním studiem práva znamenají přínos v praxi soudního znalce.

Zdrojů, které se v současnosti zabývají kognitivním deficitem a jeho dopadem na právní jednání člověka, není mnoho. Příkladem budiž Doc. MUDr. P. Pavlovský, CSc. a prim. MUDr. J. Švarc, PhD.

Při jednání s orgány veřejné moci je pojem kognitivního deficitu často nejasný a nesrozumitelný. V práci je proto zpracované téma kognitivního deficitu z pohledu právního.

Doufám, že tato práce poskytne základní informaci k tématu právních aspektů kognitivního deficitu i člověku, který se věnuje zejména občanskému právu a právním institutům, které chrání jedince s kognitivním deficitem.

Smyslem této práce je přiblížit a umožnit aplikaci právních aspektů kognitivního deficitu v praxi, zejména diferenciaci globálního a selektivního kognitivního deficitu, stupně závažnosti kognitivního deficitu a jejich dopadu u duševních poruch.

2. Domény kognitivních funkcí

2.1. Pojem kognitivní funkce

Kognitivní funkce znamenají schopnost zpracovat (převážně nevědomě) a použít (převážně vědomě) informace k co nejlepšímu přizpůsobení se změnám podmínek.

Jednotlivé složky kognitivních funkcí se nazývají domény a patří mezi ně:

- paměť
- pozornost
- řeč
- gnostické a praktické funkce
- exekutivní funkce

Úroveň kognitivních funkcí se do určité míry kryje s pojmem inteligence.¹

2.2. Paměť

Paměť – paměť je schopnost zapsat, uchovat a vybavit informaci. Lidská paměť je integrovaná s dalšími funkcemi centrálního nervového systému jako je vnímání, emotivita, jednání.

Typy paměti z hlediska obsahového a procedurálního

Deklarativní (explicitní) – obsah lze vybavit a popsat verbálně. Dělí se na paměť sémantickou a epizodickou. Obsahem sémantické paměti jsou faktografické znalosti, skutečnosti, lze ji přirovnat ke slovníku. Paměť epizodická obsahuje události, zážitky, uchovává prostorové a časové údaje, které mají vztah ke konkrétní události. Obsahy mohou vznikat jednorázově i

¹ KALVACH, Z., et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, Praha: Grada, 2008, 336 s.

opakovaným učením. K fungování deklarativní paměti jsou potřeba intaktní hipokampy. Hipokampus je mozková struktura, je umístěn ve střední části spánkového laloku, podílí se na ukládání informací do dlouhodobé paměti. Postižení deklarativní paměti bývá označováno termínem amnézie.

Nedeklarativní (procedurální) paměť – její obsahy nelze popsat verbálně. Jedná se o motorické návyky (jízda na kole, plavání, řeč, písmo), priming (zlepšená schopnost poznat slova nebo předměty poté, co jsme se s nimi již v minulosti setkali), habitace (postupné ignorování nepodstatných podnětů), emoční paměť. Nedeklarativní paměťové obsahy vznikají opakovaným učením. Na těchto procesech se nepodílí hipokampus, ale mozeček, bazální ganglia a neokortex.

V souhrnu lze říci, že na obsahy deklarativní paměti se tážeme otázkami „kdo?“, „co?“, na obsahy procedurální paměti otázkou „jak?“²

Pro hodnocení kognitivního deficitu má význam zejména hodnocení deklarativní paměti.

Časová stadia paměti

Většinou se paměť z časového hlediska dělí:

Paměť ultrakrátká – zahrnuje vše, co vnímáme (senzorický registr). Vjem přetrvává jen krátce po odeznění podnětu. Je těsně spojeno s pozorností.

Paměť krátkodobá (pracovní) – trvá sekundy až desítky sekund, většina paměťových obsahů mizí, pokud není aktivně opakována, do 30 sekund.

Paměť střednědobá (recentní) – konsolidační stádium paměti, vstřípivost – opakováním podnětu dochází k jeho zapamatování, velkou roli hraje emoční podmiňování. Konsolidace paměti trvá

² HORT, J., RUSINA, R. Paměť a její poruchy, Praha: Maxdorf Jessenius, 2006, 422 s.

minuty až hodiny. Hipokampy hrají zásadní roli při vybavování již uložených paměťových stop.

Paměť dlouhodobá - uchovává dlouhodobě či trvale uložené paměťové obsahy od dětství, podílí se na ní více mozkových struktur. Pro výbavnost není nutná správná činnost hipokampu.

Z klinického hlediska rozlišujeme čtyři složky paměti -schopnost ukládat paměťové obsahy (vstípnost), schopnost udržet paměťové obsahy (retence), schopnost udržet uložené obsahy beze změny (konzervace), schopnost vybavit paměťové obsahy (reprodukce).

2.3. Pozornost

Pozornost je zaměřené vnímání, schopnost uvědomovat si vnitřní a vnější podněty. Koncentrace pozornosti je intenzita zaměření na určitý vjem. Kapacita pozornosti se vztahuje k množství informací, které jsou zachyceny během časového intervalu, počet vjemů, které je člověk současně schopen sledovat. Tenacita je stálost pozornosti. Vigilita je schopnost zaměřit se právě jen je jeden určitý podnět. K udržení pozornosti je nutná dostatečná úroveň bdělosti. Pro udržení pozornosti je důležitá motivace.

2.4. Řeč

Řeč – odhaduje se, že více než 80% populace má řečové centrum uloženo v levé hemisféře. Tato skutečnost není vždy doprovázena praváctvím. V jazykově dominantní hemisféře lze rozeznat kortikální centrum „analýzy řeči“, které se nachází v horním temporálním závitě a centrum „efektoru řeči“, který se zabývá programováním mluvidel a expresí vnitřní řeči, zaujímá dolní a zadní partie dominantního frontálního laloku. Tyto kortikální struktury jsou navzájem propojeny ve funkční systém, ve kterém hraje roli gyrus angularis, podkorová šed’ –

bazální ganglia, talamus, mozkový kmen a mozeček. Asociační oblasti v nedominantní hemisféře zajišťují mimiku, gestikulaci a modulaci řeči.³

2.5. Gnostické a praktické funkce

Symbolické funkce - sem patří schopnost číst a psát, schopnost vykonávat správně naučené volní úkony a poznávání (sluchové, zrakové, taktilní).

2.6. Exekutivní funkce

Exekutivní (řídící, výkonné) funkce – samostatné a účelné jednání, mají 4 složky:

- vůle - motivace k výkonu je základním předpokladem samostatného jednání.
- plánování (postup při činnosti, řešení problémů) – schopnost flexibilně reagovat, vytvářet alternativy a zvládat vlastní impulzivitu.
- účelné jednání – vede k cíli
- úspěšný výkon (posouzení výsledku činnosti) – hodnotí se uspokojivý výsledek činnosti.

Mezi exekutivní funkce spadá adaptivní plánování, tvorba analogií, dodržování sociálních pravidel, řešení problémů, adaptace na nečekané proměny v prostředí a slovní uvažování.⁴

Exekutivní funkce jsou odrazem činnosti frontálních laloků. Společným rysem je koordinace ostatních kognitivních procesů a zprostředkování adekvátní reakce organismů na okolí prostředí.

³ KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004

⁴ KOUKOLÍK, F.: O vztahu mozku a paměti. *Psychiatrie* 2000a,4:28.32.

3. Poruchy kognitivních funkcí

3.1. Poruchy paměti

Z klinického hlediska se dělí poruchy paměti na amnestické syndromy a demenciální syndromy.

Amnestický syndrom je dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize (dále MKN-10) definován jako nápadné zhoršení recentní paměti nebo výbavnosti při zachované bezprostřední paměti, s redukcí schopnosti učit se nové látky a s dezorientací v čase. Může být vyvolaný somatickým stavem nebo účinkem psychoaktivních látek. Amnestický syndrom je poměrně vzácný.

Mezi nejčastější příčiny amnestického syndromu patří kraniocerebrální poranění, postischemická amnézie (po kardiopulmonální zástavě, nevhodně vedená celková anestézie), po infekčních chorobách, po otravách. Další příčinou je Wernickeova encefalopatie či Korsakovův syndrom u alkoholiků s nedostatkem thiaminu, kdy dochází k poruše vybavování časového kontextu, což může vést k paměťovým omylům, nesprávnému vybavování si fiktivních vzpomínek.

U amnestického syndromu nedochází k narušení denních činností, nebývají poruchy chování, porucha je většinou časově ohraničená.

Existují také psychogenní amnézie, kdy se jedná o vytěsnění vzpomínek na nepříjemné události. Tato porucha je nyní řazena mezi disociativní poruchy, dříve označované jako hysterická konverze.

Demenciální syndromy jsou podrobněji rozebrány v kapitole demence.

3.2. Poruchy pozornosti

Poruchy pozornosti se dělí do tří skupin – hypoprosexie, hyperprosexie a paraprosexie.

Hypoprosexie je snížení pozornosti. Globální snížení pozornosti je časté u demencí a mentálních retardací. Lze ji navodit i psychofarmaky, např. neuroleptiky, kde ale souvisí s celkovým útlumem aktivity pacienta.

Hyperprosexie je zvýšení pozornosti. Bývá časté i manického syndromu, kde je však pozornost labilní, osciluje. Ke zvýšení pozornosti lze také navodit psychostimulancií, většinou ale na úkor koncentrace pozornosti.

Paraprosexie je nesprávné zaměření pozornosti. Vyskytuje se u onemocnění schizofrenního okruhu, kde je zaměřená pozornost na bludné obsahy nebo u autistů, kde se zaměření pozornosti např. na stereotypní aktivity.

3.3. Poruchy řeči – afázie

Afázie je porucha vyjadřování a chápání jazyka na podkladě poškození řečově dominantní hemisféry mozku. Vzniká při lézích mozkové kůry a s ní spojených podkorových struktur. Mezi nejčastější příznaky afázie patří porucha plynulosti spontánní řeči (fluentní nebo non-fluentní afázie), anomie (porucha pojmenování), porucha porozumění řeči, agramatismus (nesprávný gramatický tvar slov, zjednodušená větná stavba), parafázie (záměny slov nebo písmen) a verbální perseverace (opakování slov i po změně podnětu).

Afázie se z klinického hlediska dělí na:

Brocova afázie (expresivní, motorická, non-fluentní) – řeč je neplynulá, pacienti vysloví maximálně deset slov za minutu, chápání řeči je postiženo málo nebo vůbec. Je poškozené opakování řeči. Tito pacienti mívají častěji hemiparézu nebo hemiplegii. V souhrnu „nemluví, ale rozumí“.

Wernickeova afázie (receptivní, senzorická, fluentní) – řeč je plynulá, její rychlost může být obvyklá, někdy je však urychlená. Obsah řeči bývá nesrozumitelný. Mluvenou řeč pacienti nechápou. Hybné postižení je u této poruchy méně výrazné. Zjednodušeně „mluví, ale nerozumí“.

Globální afázie – obvykle k ní dochází při rozsáhlé lézi dominantní hemisféry (povodí arteria cerebri media). Řeč je redukována na jednotlivá slova, postižený může být i němý. Chápání řeči je značně omezeno. „Nemluví, nerozumí“.

Při orientačním vyšetření řeči se hodnotí spontánní řečová produkce, pojmenování (typicky narušeno u afatických pacientů), porozumění, opakování, psaní (je narušeno u většiny afázií) a čtení (je narušeno u velké části pacientů s afázií).

Porucha čtení/písma (alexie, agrafie) je často doprovodným jevem poruchy mluvené řeči (afázie).

3.4. Poruchy gnostických a praktických funkcí

Jedná se o poruchu schopnosti poznávat předměty zrakem, sluchem nebo hmatem, orientaci v prostoru. Při zrakové agnozii postižený nepozná předmět zrakem, nemůže číst, ale normálně mluví nebo píše, při sluchové agnozii nerozumí mluvenému slovu, může však mluvit. Amuzie znamená neschopnost vnímat hudbu, propazognozie neschopnost rozpoznávat obličeje, anozognozie – neschopnost uvědomit si nemoc, neglect syndrom – neschopnost vnímání jedné polovinu prostoru.

Patří sem i apraxie, tedy neschopnost vykonávat naučené koordinované pohyby při zachovalé hybnosti. Apraxie vzniká při lézích mozkové kůry. Motorická apraxie – je zachován plán, ale porušeno provedení výkonu (při oblékání si postižený špatně zapne knoflíky), konstruktivní

apraxie – neschopnost obkreslit geometrický útvar, apraxie chůze – pacient se není schopen rozejít, dojde pouze k nakročení.

Postižení selhávají například v řízení motorových vozidel.

3.5. Poruchy exekutivních funkcí

Exekutivní funkce jsou odrazem činnosti frontálních laloků. Přední části frontálních laloků zajišťují funkce nejvyšší osobnostní integrace, vědomého myšlení, sociálního chování. Prefrontální kůra tvoří 29% objemu mozkové kůry.

Je-li postižení frontálních funkcí mírné, nemusí se v klinickém vyšetření vůbec projevit a může snadno uniknout pozornosti. Příbuzní si mohou povšimnout až změny v chování pacienta, jeho mentální výkonnosti, změny osobnosti až např. při propuštění z nemocnice.

Porucha exekutivních funkcí se může projevit jako neschopnost zahájit odpovídající chování nebo zastavit nevhodné chování.

Porucha exekutivních funkcí bývá nazývána „dysexekutivní syndrom“ nebo „frontální behaviorální syndrom“. Mezi nejčastější příznaky patří deliberace primitivních reflexů (úchopový), echopraxie – opakování viděného pohybu, echolálie – opakování slyšeného, ztráta rozlišování libých a nelibých podnětů, odbržděné sexuální chování, narušené sociální chování, emoční labilita. Postižení nejsou schopni abstraktního myšlení, úsudku, plánování, mají poruchy pozornosti a paměti.

4. Kognitivní deficit

4.1. Pojem kognitivní deficit

V klinické praxi se stále používá dnes již zastaralý termín organický psychosyndrom k vyjádření patologických změn duševní činnosti v důsledku poškození mozku. Termín organický znamená, že příznaky mohou být přičítány konkrétní mozkové nebo systémové nemoci. Jde o narušení mozkových funkcí s rozvojem psychiatrických příznaků, které ale nejsou způsobeny psychiatrickou nemocí, ale nepsychiatrickým onemocněním. Organický psychosyndrom zahrnuje různé příznaky - stavy zmatenosti, poruchy paměti, změny osobnosti, narušené emoční projevy, pokles intelektu.

V současné době se používá pojem kognitivní deficit. Kognitivní deficit může být globální s poklesem výkonu ve všech kognitivních doménách (např. u demence nebo mentální retardace) nebo selektivní postihující jen některé domény kognitivních funkcí (u schizofrenie). Globální kognitivní deficit je také přítomen u poruch vědomí a dalších stavů, které budou probrány v kap. 6.2.4.

Přítomnost kognitivního deficitu můžeme stanovit kvantitativně nebo kvalitativně. K vyšetření kognitivních deficitů se používají různé neuropsychologické testy.

4.2. Kvantitativní stanovení kognitivního deficitu

Kognitivní deficit je definován jako hodnota dvou a více standardních odchylek (dále SD) od běžné populační normy podle věku a podle vzdělání. Výkon v pásmu normy (průměr ± 1 SD od normy) považujeme stav bez kognitivního deficitu. Kognitivní deficit se určuje z rozdílu mezi experimentální a kontrolní skupinou.

Dle závažnosti kognitivního deficitu jej lze rozdělit na lehký, středně těžký a těžký. Za středně těžký až těžký kognitivní deficit výkon považujeme výkon -1 až -2 SD nižší oproti zdravým

dobrovolníkům. Takový pokles kognitivního výkonu je již zásadní a provázený kognitivním selháváním.

Kognitivní výkon na úrovni středně těžkého a těžkého kognitivního deficitu lze považovat za forenzně významný. Na této úrovni již postižení selhávají v základních denních činnostech, což je zřejmé na jejich každodenním fungování. Ve stádiu středně těžkého kognitivního deficitu mají jedinci výrazně narušenou schopnost právního jednání a ve stádiu těžkého kognitivního deficitu již nejsou schopni žádného právního jednání.

4.3. Kvalitativní stanovení kognitivního deficitu

Kvalitativní stanovení kognitivního deficitu zohledňuje pacientovu premorbidní výkonnost, povědomí o současném a nedávném dění, shromažďuje informace o působení pacienta v běžných podmínkách jeho života, jeho schopnost nakládat s financemi, schopnost jednání s úřady, schopnost samostatného života bez pomoci druhých osob. Srovnává se pacientův současný výkon s jeho premorbidní úrovní.

4.4. Neuropsychologické vyšetření a kognitivní testy

Neuropsychologické vyšetření používá metody jak kvalitativního, tak kvalitativního hodnocení kognitivního deficitu. Je prováděno psychologem. Cílem je přesné zhodnocení kognitivního výkonu pacienta.

Výhodou neuropsychologického vyšetření je standardizace (provádění testů standardním způsobem, možnost srovnání s jinými pacienty nebo zdravou populací), senzitivita (zachycení minimálního kognitivního postižení), reprodukovatelnost (srovnání výkonu pacienta v čase) a kvantifikace (výstupem je číselné skóre). Nevýhodou neuropsychologického vyšetření je jeho časová náročnost, sezení může trvat i několik hodin a obtížnost testů. Je potřeba vzít do úvahy věk pacienta, vzdělání, osobnostní charakteristiky, motivaci k vyšetření.

Mezi jednoduché orientační kognitivní zkoušky patří test kreslení hodin (úkolem testované osoby je nakreslit ciferník, čísla hodin a umístit ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas), sedmičkový test (odečítání čísla 7 od 100), testy řečových schopností (česká verze Mississipského testu afázie), test slovní produkce (vyjmenovat co nejvíce slov ve vymezeném čase).⁵

Celosvětově nejpoužívanější metodou ke zjištění kognitivních funkcí a k záchytu demence je Mini Mental State Examination (dále MMSE). Test zahrnuje 10 zkoušek, které hodnotí orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, četní, psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti. Nedostatkem testu je jeho malá citlivost k lehkým a počínajícím kognitivním deficitům. Maximální dosažitelné skóre v testu je 30 bodů. Skóre v tomto testu je ovlivněno dosaženým vzděláním, osoby s vyšším vzděláním mohou dosahovat normálních hodnot, přestože jsou jejich kognitivní funkce již postižené. MMSE nepostihuje exekutivní funkce.⁶ Výhodou MMSE testu je, že po zaškolení je schopen ho administrovat i střední zdravotnický personál, proto se s ním ve zdravotnické dokumentaci pacientů lze setkat nejčastěji ze všech kognitivních testů. Výkon v MMSE testu, kdy lze uvažovat o narušení kognitivních funkcí, je 24 bodů ze 30 a méně.⁷

Z testu MMSE vychází tzv. Addenbrookský kognitivní test (ACE-CZ), který je podrobnější a umožňuje posoudit i exekutivní funkce. Maximální skóre v tomto testu je 100 bodů, přičemž skóre pod 80 bodů svědčí pro demenci.⁸

⁵ RESSNER, P., RESSNEROVÁ E. Test hodin, přehledná informace a zhodnocení škál dle Shulmana, Sunderlanda a Hendriksena. *Neurologie pro praxi*, 2002, 6:316-322

⁶ FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R. „Mini – mental state“: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12 (3): 189-198.

⁷ Lezak MD, Howieson DB, Loring DL. *Neuropsychological assessment*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2004.

⁸ BERÁNKOVÁ, D. et al. Addenbrookský kognitivní test – orientační normy pro českou populaci. *Česká a slovenská neurologie*, 2015; 78/111(3): 300-305.

Dalším kognitivním testem je Montrealský kognitivní test (MoCA)⁹. V MoCA testu je dostupné následující hodnocení stupně závažnosti kognitivního postižení – 18-25 – mírné kognitivní postižení, 10-17 středně těžké kognitivní postižení a méně než 10 těžké kognitivní postižení.

Dále se používají i dotazníky aktivit denního života, které nevyplňuje pacient, ale osoba blízká a slouží k objektivizaci instrumentální a základních denních činností

⁹ www.mocatest.org

Část druhá – Relevantní právní instituty a kognitivní deficit

5. Svěprávnost

5.1. Právní způsobilost fyzické osoby

Obecnou úpravu právní způsobilosti člověka vymezuje občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb., dále o.z.) v §15:

odst.1 Právní osobnost je způsobilost mít v mezích právního řádu práva a povinnosti

odst.2 Svěprávnost je způsobilost nabývat pro sebe vlastním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (právně jednat)

Plně svéprávným se člověk stává zletilostí. Zletilosti se nabývá dovršením osmnáctého roku věku (§30 odst.1 o.z.). Svěprávnost je svázána s úrovní intelektových a volných schopností člověka.

Cílem omezení svěprávnosti je ochrana člověka, u něhož je v jeho zájmu po nabytí zletilosti právní jednání omezit. Pokud není u osoby s duševní poruchou nezbytný výraznější zásah, je třeba dát přednost mírnějším opatřením.

Základní otázkou forenzní psychiatrie je, zda duševní porucha snižuje individuální kapacitu rozumět, rozhodovat se či být schopen se za jistých okolností právního jednání.¹⁰

¹⁰ HOLZER, J.C., R. KOHN, J.M. ELLISON a P.R. RECUPERO. *Geriatric forensic psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2018. ISBN 978-0-19-937465-6.

6. Podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat

Porucha kognitivních funkcí může vést k tomu, že se člověk stává nesoběstačným a závislým na okolí. Tento fakt je řešen zejména v civilním řízení, kdy dotyčná osoba potřebuje určitou formu pomoci druhé osoby nebo osob při svém rozhodování zejména o finančních a majetkových záležitostech, o zdravotním stavu o jednání s úřady atd.. V legislativě došlo ke změně pohledu a zvýraznění osobních práv jedince, která se promítla i do Nového občanského zákoníku.

Úprava podpory při rozhodování vychází zejména z čl. 12 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením a to požadavkem, že každý má právo rozhodovat o svém vlastním životě bez ohledu na kognitivní deficit a má právo být v tomto rozhodování podporován (*supported decision-making*). Koncept podporovaného rozhodování byl poprvé použit v Kanadě po roce 1990. Výzkumy prováděné v této oblasti se zabývají určením praktických strategií a základních předpokladů podporovaného rozhodování a identifikováním aspektů spojených s osobou podpůrce (zachování neutrálního a realistického postoje, hodnocení rizika, vyvarování se nepřiměřeného ovlivňování).¹¹

V české právní úpravě se jedná o tři opatření, která mohou předcházet omezení svéprávnosti nebo jej i zcela nahradit. Osobě s duševním onemocněním je umožněno činit právní úkony s podporou jedné nebo několika osob v různých oblastech.

6.1 Předběžné prohlášení

¹¹ BIGBY, C., WHITESIDE, M., DOUGLAS, J. Providing support for decision making to adults with intellectual disability: Perspectives of family members and workers in disability support services. J. of Intellectual & Developmental Disability, 2019;44:4, 396-409.

Jedná se o právní institut zakotvený v § 38 o.z. Má charakter preventivního opatření. Toto opatření umožní člověku s rozvíjející se duševní chorobou, např. Alzheimerova nemoc, amyotrofická laterální skleróza, aby v době, kdy je ještě netrpí závažným kognitivním deficitem, mohl projevit závazně svoji vůli pro případ, že později nebude schopen spravovat svoje záležitosti. Může také určit osobu opatrovníka.

Prohlášení je možné učinit formou veřejné listiny (notářský zápis) nebo soukromé listiny (vlastnoruční zápis) opatřené datem a potvrzené dvěma svědky.

Osoba, která prohlášení učinila, jej může i odvolat.

V době, kdy pořizovatel činí předběžné prohlášení, by jeho duševní funkce měly být intaktní. Takové osobě lze doporučit, aby se nechala vyšetřit psychologem nebo psychiatrem, zamezí se tak pozdějším sporům ohledně toho, zda pořizovatel byl předběžné prohlášení schopen učinit nebo ne.

Oblasti, které může předběžné prohlášení postihovat, jsou různé – bydlení a pobyt, majetek, zdravotní a sociální péče, jednání před soudy, úřady apod. § 42 o.z. umožňuje několikerý výklad, který se týká toho, do jaké míry o povinnosti spravovat záležitosti pořizovatele a oprávnění osoby povolané rozhoduje soud a zda bude požadováno posouzení zdravotního stavu pořizovatele lékařem.¹² Za závažný zdravotní stav posuzovatele z hlediska přítomnosti duševní poruchy, kdy by měla vstoupit v platnost ustanovení předběžného prohlášení, lze považovat alespoň středně těžký kognitivní deficit, kdy je schopnost právního jednání osoby zřetelně narušena.

6.2. Nápomoc při rozhodování

¹² KITTEL, D. Předběžné prohlášení pro případ ztráty schopnosti člověka právně jednat. *Ad notam*. 2018.

Jedná se dle § 45 o.z. o soudem schválenou smlouvu mezi osobou s duševní poruchou a tzv. podpůrcem poskytování podpory. Smlouvou o nápomoci se podpůrce zavazuje podporovanému, že bude s jeho souhlasem přítomen při jeho právních jednáních, že mu zajistí potřebné údaje a sdělení a že mu bude nápomocen radami. Podpůrce nesmí ohrozit zájmy podporovaného a nesmí se na jeho úkor bezdůvodně obohatit. Podpůrce má velmi významné právo namítat neplatnost právního jednání posuzovaného.

Využití tohoto institutu je na místě, když podporovaná osoba má s podporovatelem důvěryhodné vztahy a existují mezi nimi osobní kontakty.

V níže uvedené tabulce je počet schválených a neschválených smluv o nápomoci za roky 2014-2019.¹³

Rok	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Celkem
Počet schválených smluv o nápomoci	25	64	66	43	48	38	284
Počet neschválených smluv o nápomoci	2	0	2	1	0	1	6

6.3. Zastoupení členem domácnosti

Tento institut dle § 49 o.z. je více podobný klasickému institutu opatrovnictví, tedy přenesení rozhodování na jinou osobu. Dotyčná osoba může být zastoupena členem domácnosti zejména ve věcech poskytování zdravotních a sociálních služeb a žádostí o přiznání dávek pomoci v hmotné nouzi, státní sociální podpory a sociálního zabezpečení. Zástupce dá zastoupenému na vědomí, že ho bude zastupovat a srozumitelně mu vysvětlí povahu a následky zastoupení. Zastoupený má možnost zastoupení odmítnout, k odmítnutí postačí schopnost projevit přání. Zástupce není oprávněn udělit souhlas k zásahu do duševní nebo tělesné integrity člověka s trvalými následky. Zastoupení se vztahuje na obvyklé záležitosti, jak to odpovídá životním

¹³ Lidé s postižením jako „nová menšina“ – právní výzvy a souvislosti, Sborník. Ombudsman, veřejný ochránce práv a PF UK, 2018

poměům zastoupeného. Zástupce může nakládat s peněžními prostředky na účtu zastoupeného jen v rozsahu nepřesahující výši životního minima jednotlivce (3860 Kč v r. 2021).¹⁴

Neobvyklé záležitosti je nutné řešit omezením svéprávnosti v určité záležitosti na dobu nutnou pro její vyřízení (§ 59 OZ) a jmenováním opatrovníka pro konkrétní neobvyklou záležitost nebo třeba i jmenování opatrovníka pro správu nově nabytého jmění v důsledku neobvyklého úkonu nad rámec obvyklých záležitostí opatrovance.¹⁵

Zastoupení zaniká, pokud se jej zástupce vzdá nebo pokud zastoupený odmítne, aby ho zástupce dále zastupoval. Zastoupení členem domácnosti dále zaniká, pokud soud jmenuje zastoupenému opatrovníka.

V níže uvedené tabulce jsou data za roky 2014-2019 ohledně počtu schválených a neschválených zastoupení členem domácnosti.¹⁶

Rok	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Celkem
Počet schválených zastoupení	364	568	406	139	164	144	1 785
Počet neschválených zastoupení	4	5	6	2	2	3	22

Z výše uvedeného vyplývá, že institut nápomoc při rozhodování a zastoupení členem domácnosti není příliš často využíván. Může to být z důvodu, že u některých posuzovaných osob není blízká osoba, která by mohla funkci zástupce vykonávat. Lze se také domnívat, že stále panuje obava z existence hrozby závažné újmy i u osob zcela nemajetných.

¹⁴ www.uradprace.cz/zivotni-a-existencni-minimum.cz

¹⁵ FLANDEROVÁ, M., VOJTEK, P. Mírnější a méně omezující opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat jako alternativa k omezení svéprávnosti. Právní rozhledy 10/2015.

¹⁶ Lidé s postižením jako „nová menšina“ – právní výzvy a souvislosti, Sborník. Ombudsman, veřejný ochránce práv a PF UK, 2018

7. Omezení svéprávnosti

7.1. Vymezení pojmu omezené svéprávnosti

K ideovým akcentům této právní úpravy o.z. patří, že omezit svéprávnost lze jen „v zájmu člověka“, „s plným uznáním jeho práv“ a „hrozila-li by mu závažná újma“.¹⁷ Bere zřetel na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením, která v ČR vstoupila v platnost 28.10.2009¹⁸ a Listinu základních práv a svobod – čl.5 (způsobilost mít práva), čl. 7 odst. 1 (nedotknutelnost osoby a jejího soukromí) a čl. 10 odst. 1 a 2 (zachování lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti, ochrana jména, ochrana soukromého a rodinného života).

Důvodem pro omezení svéprávnosti může být pouze duševní porucha, která není přechodná. Tato duševní porucha musí dosáhnout takového stupně, že brání člověku v určitých činnostech samostatně právně jednat. Mělo by se tedy jednat alespoň o středně těžký nebo těžký kognitivní deficit.

U omezení svéprávnosti se zohledňují subjektivní kritéria – „hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější a méně omezující opatření“ - § 55, vazba na § 39 Zákona o zvláštních řízeních soudních (dále z.ř.s.) a objektivní kritérium – jen v rozsahu, v jakém není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat - § 57, ve kterém je vymezen jen rozsah omezení, nikoliv podmínky, zda svéprávnost vůbec omezit lze. Objektivním kritériem je zohlednění zdravotního stavu posuzovaného člověka, jeho schopnost obstat v životě bez pomoci dalších osob. K posouzení těchto podmínek slouží zpráva procesního opatrovníka, sociální šetření či zpráva o aktuálních poměrech, lékařské zprávy, znalecký posudek a zhlédnutí posuzovaného soudcem¹⁹.

¹⁷ Důvodová zpráva Nového občanského zákoníku na www.obcanskyzakonik.justice.cz

¹⁸ Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, publikovaná ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb.m.s.

¹⁹ Stanovisko Nejvyššího soudu ze dne 13. 4. 2016, č. j. Cpjn 201/2015

V subjektivních kritériích je potřeba vzít do úvahy, v jakém prostředí posuzovaný žije, jak je schopen obstarávat samostatně své záležitosti, zda je schopen obstát v chráněném prostředí, pomoci naučeného chování, za pomoci dalších osob, jak sám aktivně vystupuje a jedná, jaký má o samostatné aktivní jednání zájem, zda pro narušení či vymizení kognitivních funkcí není schopen jakéhokoliv jednání, tedy ani škodlivého pro svoji osobu.²⁰

Omezení svéprávnosti musí být jen v zájmu posuzovaného, ne ve veřejném zájmu.²¹

K omezené svéprávnosti nelze přistoupit, jen nepostačí-li mírnější a méně omezující opatření.²²

Níže uvedená tabulka uvádí data z justiční statistiky o počtu zletilých osob s omezením svéprávnosti v evidenci soudů. Nejedná se o zcela totožný údaj s evidencí obyvatel, rozdíl kolísá kolem 3%. Jedná se o stav k určitému kalendářnímu datu, zde k 31.12.²³

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Počet osob k 31.12.	38315	37635	36877	37399	41052	42487	43830

²⁰ Omezení svéprávnosti nově, shrnutí závěrů konference Omezení svéprávnosti nově – 25.5.2016 NS ČR

²¹ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 25.05.2016, sp. zn. 30 Cdo 944/2016 *Při verifikaci toho, zda v případě posuzovaného – člověka omezeného ve svéprávnosti – došlo k právně relevantní změně okolností, jež by mohla vyústit v navrácení jeho (plné) svéprávnosti, je prvořadým úkolem soudu posoudit, zda posuzovanému bez omezení jeho svéprávnosti by vskutku hrozila (i nadále) závažná újma, anebo zda postačí v jeho zájmu přikročit k mírnějším a (ve vztahu k jeho osobě tedy) méně omezujícím opatřením. Takový závěr může ovšem soud přirozeně učinit jen po proběhnuvším dokazování, v němž bude soustředit v dostatečně míře nezbytná skutková zjištění, přihlížet ke všemu, co v řízení vyšlo najevo. Jakkoliv v těchto věcech bude znalecký posudek sehrávat i nadále významnou úlohu z hlediska zprostředkování odborných závěrů o zdravotním (duševním) stavu posuzovaného, nezabývá to soud povinnosti při rozhodování přihlížet i k dalším právně významným okolnostem, přičemž všechna takto učiněná skutková zjištění je pak třeba poměřovat ve světle § 55 odst. 1, 2 o. z., tj. s ohledem na posouzení, zda v daném případě je (opravdu) nezbytné setrvat na omezení svéprávnosti posuzovaného, který se v řízení domáhá plného navrácení svéprávnosti, anebo zda lze přistoupit k té které (zákonem předvídané) mírnější a pro posuzovaného méně omezujícího opatření.*

²² Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 28.11.2017, sp.zn. 30 Cdo 836/2017. *Pro posouzení, která konkrétní forma ingerence do práv posuzovaného bude nakonec zvolena, bude výsledkem velmi pečlivého zhodnocení všech okolností případu pro přijetí rozhodnutí, zda vůbec, a pokud ano, pak v jakém rozsahu je nezbytné přikročit k omezení svéprávnosti člověka, respektive k jejímu zachování, případně zda vůbec, a pokud ano, pak za užití jakých mírnějších opatření lze přistoupit k navrácení svéprávnosti posuzovaného člověka. pro posouzení, která konkrétní forma ingerence do práv posuzovaného bude nakonec zvolena, bude výsledkem velmi pečlivého zhodnocení všech okolností případu pro přijetí rozhodnutí, zda vůbec, a pokud ano, pak v jakém rozsahu je nezbytné přikročit k omezení svéprávnosti člověka, respektive k jejímu zachování, případně zda vůbec, a pokud ano, pak za užití jakých mírnějších opatření lze přistoupit k navrácení svéprávnosti posuzovaného člověka. Závěry znaleckého posudku by neměly být přeceňovány. Je potřeba zvážit i okolnosti, které vypovídají o dosavadním způsobu života posuzovaného, zjistit osobní poměry posuzovaného, jak se projevuje v sociálním kontaktu se členy společnosti, jak se stará o potřeby své rodiny, jak hospodaří s finančními prostředky atd.*

²³ Údaje poskytl Mgr. B. Rittichová z Ministerstva spravedlnosti ČR

7.2. Duševní porucha

Na tomto místě je potřeba se zastavit u pojmu duševní porucha. V o.z. není blíže specifikováno nebo taxativně vymezeno, které duševní nemoci nebo stavy patří do pojmu duševní porucha. V § 57 o.z. je uvedeno *„duševní porucha, která není jen přechodná“*. V § 1528 odst.2 o.z. *„Kdo byl ve svéprávnosti omezen pro chorobnou závislost na požívání alkoholu, užívání psychotropních látek nebo podobných přípravků či jedů nebo chorobnou závislost na hráčské vášni představující závažnou duševní poruchu, může v rozsahu omezení pořizovat v jakékoli předepsané formě...“*. Bližší specifikaci duševní poruchy nalezneme v § 123 Trestního zákoníku (dále t.z.). *„Duševní poruchou se rozumí mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka“*.

Duševní poruchy, které mohou vést k omezené svéprávnosti by měly být výhradně duševní nemoci, které způsobují závažný kognitivní deficit.

Co se týče duševních poruch uvedených v § 1528 odst.2 o.z., závislost na alkoholu nebo psychoaktivních látkách ani patologické hráčství lze považovat za stav dlouhodobý, ale pokud nevede ke kognitivnímu deficitu, nelze u těchto osob svéprávnost omezovat.

Osoby závislé na alkoholu nebo psychoaktivních látkách mívají spíše časově omezeném snížení nebo vymizení rozpoznávacích a ovládacích schopností, ale tato problematika se dotýká t.z.. Z hlediska občanského práva nelze osoby se závislostí omezovat ve svéprávnosti, protože u nich není přítomen globální a obvykle ani selektivní kognitivní deficit. Tito jedinci jsou plně orientováni ve finančních otázkách, rozumí pojmu peněz, jsou schopni s nimi nakládat, chápou význam smluv a jsou schopni jednat s úřady. Jsou tedy plně schopni právního jednání. Problém

v ovládacích schopnostech může mít vliv na nakládání s financemi a event. uzavírání nevýhodných úvěrových smluv, což ale spíše svědčí o jejich marnotratnosti a nezdrženlivém chování než o kognitivním deficitu.

K závažnějšímu kognitivnímu poškození dochází u závislých osob při kombinaci požívání alkoholu a chorob provázejících stárnutí či kombinaci alkoholového poškození mozku a úrazů hlavy. Pak již může kognitivní deficit dosáhnout tíže demence a tím spojeného závažného narušení kognitivních funkcí s forenzním dopadem.

U patologického hráčství jako duševní porucha sama o sobě nikterak nepoškozuje mozek a tím i duševní funkce. U patologických hráčů nelze proto očekávat žádný kognitivní deficit a tím je tedy plně zachována schopnost právního jednání.

Co se týče duševních poruch uvedených v § 123 t.z., diagnostická kritéria dle MKN-10 u poruchy osobnosti uvádějí, *že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného průměru chování dané společnosti, projevuje se alespoň v jedné z následujících oblastí – poznávání, tj. vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, emotivita, ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb a ve způsobu chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací.* Z tohoto vyplývá, že se jedná o duševní poruchu, která není přechodná, je celoživotní a neměnná, přesto jedinci s poruchou osobnosti nemohou být omezeni ve svéprávnosti. Jedinci s poruchou osobnosti plně chápou význam peněz, jsou schopni s nimi nakládat, jsou schopni pochopit význam smluv a jiných dokumentů. Opět tito jedinci spíše selhávají v ovládacích schopnostech, což ale není projevem kognitivního deficitu.

V důvodové zprávě k o.z. je uvedeno, že duševní porucha postihuje zdravý člověka v různých stupních a že úkolem právní úpravy je zajistit zdravotně postiženému dostatečnou míru možnosti svobodně jednat na základě jeho vůle a možností. Je zde také zcela jasně uvedeno, že

právní úprava nenavrhuje marnotratnost jako zvláštní důvod pro omezení svéprávnosti. Na odstranění rizik spojených s marnotratností pro společné jmění manželů pamatuje zvláštní úprava v druhé části zákoníku o právu rodinném a že žije-li marnotratník sám, pak není žádný důvod zasahovat do jeho osobní svobody a omezovat možnosti jeho dispozic s majetkem.²⁴ Marnotratnost lze považovat za projev narušených ovládacích schopností, ne kognitivního deficitu.

U osob, které mají problém si vyřizovat úřední záležitosti či se dostat ke svým financím, spíše kvůli tělesné indispozici (hůře pohyblivé osoby), existují podpůrná opatření mimo rozhodování činnost soudu. Je to např. Průkaz příjemce, který vydává Česká pošta a.s., který opravňuje příjemce k přijímání zásilek a poukázaných peněžních prostředků za jinou fyzickou osob, v dokladu uvedenou²⁵ nebo Zvláštní příjemce sociálních dávek, kdy zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění je mj. občan určený rozhodnutím obecního úřadu, v odůvodněných případech může být zvláštním příjemcem ustanovena právnická osoba.²⁶

Podmínkou omezení svéprávnosti je, že k tomu dojde v souladu se zájmem člověka a jen tehdy, hrozila by mu jinak závažná újma (a nepostačí jiné méně omezující opatření). Rozhodující přitom není subjektivní náhled posuzované osoby, nýbrž objektivní zhodnocení na základě konkrétně zjištěné situace.

7.3. Předběžné omezení svéprávnosti

Dosáhnout omezení svéprávnosti člověka předběžným opatřením, tedy tzv. předběžného omezení svéprávnosti, je vyloučené²⁷. O návrhu na předběžné opatření musí soud rozhodnout

²⁴ [DZ_obcansky_zakonik_2012_21052012.doc \(justice.cz\)](#)

²⁵ [Průkaz příjemce - Česká pošta \(ceskaposta.cz\)](#)

²⁶ Zřízení funkce zvláštního příjemce dávek umožňují všechny systémy sociálních dávek, více viz Mgr. I. Drijáková, Dis. Alternativní méně omezující prostředky pomoci a podpory osob ze sociální oblasti ve sborníku Lidé s postižením jako „nová menšina“ – právní výzvy a souvislosti

²⁷ Usnesení Krajského soudu v Hradci Králové – pobočka v Pardubicích ze dne 1.10.2015. sp.zn. 23 Co 444/2015.

bezodkladně, nejdéle do 7 dnů od jeho podání (§ 75 odst. 2 o.s.ř.) a usnesení, kterým bylo nařízené předběžné opatření, je vykonatelné vyhlášením, popř. doručením tomu, komu ukládá povinnost (§ 76 o.s.ř.). Rozhodnutí o omezení svéprávnosti (§ 55 a násl. o.z.) a rozhodnutí o jmenování opatrovníka posuzovanému (§ 465 o.z.) jsou rozhodnutími ve věci samé a lze je vydat po řádně provedeném dokazování. Zákon ukládá obligatorně provést důkazy a rozsah dokazování odpovídá významu tak zásadního zásahu do práv člověka, jako je omezení svéprávnosti.

7.4. Ustanovení hmotněprávního opatrovníka v průběhu řízení o omezení svéprávnosti

Soud může v průběhu řízení o omezení svéprávnosti svěřit třetí osobě provedení určitých jednotlivých právních jednání nebo správu majetku, je-li to nutné, aby se zabránilo závažné újmě. Je tedy možné ustanovit hmotněprávního opatrovníka, pokud je prokázána potřeba prozatímní úpravy poměrů (§58 o.z.).

Soud zkoumá, zda posuzovaná osoba není schopna samostatně nakládat s vlastním jměním a majetkem, s finančními prostředky, není schopna zajistit si úhradou vlastních potřeb z důvodu duševního onemocnění. Je proto nutné zabránit újmě, která by posuzovanému mohlo vzniknout neuhrazen ním jeho nutných výdajů.

7.5. Doba omezení svéprávnosti

Soud může omezit svéprávnost nejdéle na 3 roky, pokud je zjevné, že se stav člověka v této době nezlepší, pak může soud omezit svéprávnost až na dobu 5 let (§59 o.z.).

Určitá onemocnění, např. u mentální retardace, jsou vrozená a celoživotní, proto u nich nelze za žádných okolností dosáhnout zlepšení stavu a časové omezení trvání svéprávnosti se zde jeví

jako neopodstatněné. Lze předpokládat, že další právní úprava vezme tuto skutečnost do úvahy a nebude takové osoby, resp. jejich opatrovníky, zatěžovat soudním řízením každých 5 let.

U stavů, kde lze očekávat určitou dynamiku ve vývoji onemocnění ve smyslu zhoršení, jako jsou lehká demence, nebo naopak zlepšení – např. stavy po úrazech hlavy, je interval kratší pro omezení svéprávnosti vhodnější.

7.6. Jednání v běžných záležitostech každodenního života

Rozhodnutí o omezení svéprávnosti nezavazuje člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života (§64 o.z.).

I osoba omezená ve svéprávnosti musí mít nadále možnost jít si např. nakoupit běžný nákup, oblečení, jízdenku do MHD apod.²⁸

U osob s těžkým kognitivním deficitem, např. u osob s těžkou demencí nebo těžkou a hlubokou mentální retardací, dochází často k situacím, že tyto osoby nejsou schopny ani základních každodenních úkonů jako je nakupování potravin, oblečení apod. Tyto osoby jsou obvykle závislé na péči druhé osoby, která jim pomáhá i v běžných záležitostech. Nejtěžší jedinci jsou umístěni v ústavní péči a jsou plně závislí na komplexní ošetrovatelské péči.

Oblasti, ve kterých soud rozhoduje o omezení svéprávnosti, se týkají nakládání s financemi, uzavírání smluv, jednání s úřady, schopnosti žádat o sociální dávky, schopnosti vykonávat

²⁸ NS ČR 30 Cdo 1287/2017 Každá významná okolnost, která vypovídá o dosavadním způsobu života posuzovaného člověka, o jeho každodenním jednání, o jeho přístupu k životu, respektive jakákoliv okolnost, která může přispět k posouzení vhodnosti přijetí mírnějšího a méně omezujícího opatření než je omezení jeho svéprávnosti, tedy nejen (výhradně coby favorizující) odborné závěry znalce (v nichž je především konstatována v tom kterém rozsahu zjištěná duševní porucha posuzovaného člověka či absence takové poruchy, nejde-li přirozeně o velmi významné duševní postižení, které v zásadě vylučuje volbu mírnějších a pro takto postiženého člověka méně omezujících opatření), musí být soudem při rozhodování o svéprávnosti velmi pečlivě posouzena.

manželské a rodičovské povinnosti, osvojení dítěte, styků s dítětem, pracovně-právních otázek, rozhodování o zdravotním stavu a volebního práva.

7.7. Volební právo osob s omezenou svéprávností

Volební právo je dvojí. Jednak aktivní, tedy právo volit své zástupce o různých funkcí a právo pasivní, tedy být do funkce zvolen.

Podle článku 29 Úmluvy Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením, publikované sdělením Ministerstva zahraničních věcí pod č. 10/2010 Sb. m. s.:
„Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zaručí osobám se zdravotním postižením politická práva a příležitost užívat tato práva na rovnoprávném základě s ostatními, a zavazují se zajistit, aby se osoby se zdravotním postižením mohly účinně a plně, na rovnoprávném základě s ostatními, podílet na politickém a veřejném životě, přímo nebo prostřednictvím svobodně volených zástupců, včetně práva a možnosti volit a být volen, a to mimo jiné tím, že zaručí, aby byly volební postupy, zařízení a materiály vhodné, přístupné a snadno srozumitelné a použitelné, dále i ochranou práva osob se zdravotním postižením hlasovat v tajném hlasování ve volbách a veřejných referendech bez zastrašování, kandidovat ve volbách, účinně zastávat úřad a vykonávat všechny veřejné funkce na všech úrovních řízení státu, a umožňují používání podpůrných a nových technologií, pokud je to vhodné, přičemž zaručí svobodné vyjadřování vůle osob se zdravotním postižením jako voličů a za tímto účelem v případě potřeby a na jejich vlastní žádost i asistenci při hlasování prostřednictvím osoby dle jejich vlastní volby, a budou aktivně podporovat prostředí, v němž se mohou osoby se zdravotním postižením účinně a plně, bez diskriminace a na rovnoprávném základě s ostatními, podílet na řízení veřejných záležitostí, napomáhat jejich účasti ve veřejném životě, včetně účasti v nevládních organizacích a sdruženích zapojených do veřejného a politického života země, jakož i účasti na činnosti a řízení politických stran.“

Dle stanoviska Nejvyššího soudu i Ústavního soudu je soud v řízení o omezení svéprávnosti oprávněn rozhodnout o omezení výkonu volebního práva.^{29 30}

Lze tedy konstatovat, že u osob s omezenou svéprávností je vždy potřeba postupovat individuálně a posoudit skutečnost, zda je konkrétní osoba schopna porozumět smyslu, účelu a důsledkům voleb. U aktivního volebního práva posoudit, zda může osoba poškodit své zájmy tím, že bude volit. Jiná situace je nastává u pasivního volebního práva, kde se osoba může být zvolena do funkce spojené s majetkovou nebo finanční zodpovědností, a tím může poškodit svoje zájmy.

²⁹ Stanovisko Nejvyššího soudu Cpjn 23/2016. V řízení o omezení svéprávnosti je soud oprávněn rozhodnout i o tom, zda se posuzovaná osoba omezuje ve svéprávnosti k výkonu volebního práva. II. Omezit posuzovanou osobu ve svéprávnosti k výkonu volebního práva lze jen výrokem soudního rozhodnutí (výslovně).

³⁰ S odkazem na IV. ÚS 3102/08 Dle názoru Ústavního soudu je nepochybné, že ustanovení § 4 odst. 2 písm. b) zákona o volbách do zastupitelstev obcí omezuje základní právo podle ustanovení čl. 21 Listiny a čl. 3 Dodatkového protokolu k Úmluvě. Prima facie jde tedy o zásah do základního práva. Obě citovaná ustanovení ústavního pořádku však připouštějí omezení výkonu volebního práva, a to za současného splnění dvou podmínek - za prvé podmínky formální, podle níž musí být omezení stanoveno zákonem (čl. 21 odst. 3 Listiny, věta druhá), a za druhé podmínky materiální, podle níž musí každé takové omezení být proporcionální. Každé stanovení překážek výkonu volebního práva je tudíž nutno posuzovat přísně jakožto možný zásah do všeobecnosti výkonu volebního práva. Princip všeobecného volebního práva ve smyslu "každý má právo volit" je však chápán jako ideál, k němuž se volební systémy více či méně přibližují, avšak absolutně uplatňován nebývá (Antoš, M. Principy voleb v České republice. Praha: Linde, 2008, str. 24). Institut omezení způsobilosti k právním úkonům je institutem práva občanského (ustanovení § 10 a 855 občanského zákoníku), které připouští zbavení fyzické osoby způsobilosti k právním úkonům soudem (ustanovení § 186 až 191 o. s. ř.), pokud tato osoba "pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony.". Právní věta z rozsudku: Samotné zakotvení překážky výkonu volebního práva pro osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům není protiústavní; obecné soudy totiž mohou (a musí) v rámci řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům postupovat ústavně konformně a věnovat mimořádnou pozornost i otázkám dopadů jejich rozhodnutí do veřejných subjektivních práv dotčených osob. 2. V důsledku stávající praxe obecných soudů však reálně vznikl a přetrvává protiústavní stav spočívající v tom, že způsobilosti k právním úkonům jsou zbavovány (bez ohledu na právní důsledky) i osoby, ve vztahu k nimž neexistuje legitimní společenský zájem na omezení výkonu volebního práva; to je v rozporu s principem proporcionality i s maximou, podle níž zásahy do základních práv musejí odrážet specifika každého jednotlivého případu. 3. V zájmu odstranění tohoto protiústavního stavu jsou obecné soudy při rozhodování o zbavení či omezení způsobilosti fyzické osoby k právním úkonům povinny zvlášť posuzovat i to, zda je konkrétní osoba schopna porozumět smyslu, účelu a důsledkům voleb; své rozhodnutí v této věci pak musejí řádně odůvodnit. Nerespektování této povinnosti, vyplývající nejen z ustanovení čl. 21 odst. 1 a 3 Listiny a čl. 3 Dodatkového protokolu k Úmluvě, nýbrž i z čl. 89 odst. 2 Ústavy, by nutně vedlo k závěru o protiústavnosti takového rozhodnutí. Také ve smyslu judikatury Evropského soudu pro lidská práva omezení volebního práva nesmí být zákonným důsledkem omezení svéprávnosti, ale musí být předmětem individuálního soudního přezkumu. V rozhodnutí ve věci Alajos Kiss v. Maďarsko, rozsudek č. 38832/06 ze dne 20. května 2010, soud dospěl k závěru, že odebrání hlasovacích práv, aniž by došlo k individuálnímu soudnímu posouzení, výhradně na základě mentálního postižení vyžadujícího částečné opatrovnictví, nelze považovat za slučitelné s legitimními důvody pro omezení práva volit.

7.8. Omezení svéprávnosti u pacientů s poruchou řeči

Postižení poruchou řeči jsou obvykle posuzováni po prodělání strategicky umístěného iktu. Cévní mozková příhoda zejména v oblasti arteria cerebri media vede k těžké afázii (porucha řeči). Pokud nedojde k obnovení řeči do měsíce od iktu, nedojde k němu obvykle vůbec.

Tito pacienti nemohou být zahrnuti do diagnózy vaskulární demence vzhledem k obtížné vyšetřitelnosti. Kritéria demence jsou založena na prokázání poruchy několika kognitivních domén, což nelze u afatických pacientů vyšetřit. Nelze u nich obvykle administrovat žádné kognitivní testy, protože většina jejich položek je založena na řečové komunikaci.³¹

U těchto pacientů je tedy doporučeno získat informace od informanta, osoby, která pacienta dlouhodobě zná. Srovnává se výkon v paměti a inteligenci nyní a před 10 lety dle reference informanta.³²

Stále ještě nebyl vyvinut robustní test, který by spolehlivě hodnotil afázii po prodělaném iktu.³³

Tyto osoby potřebují k projevení své vůle a právního jednání druhou osobu, která zprostředkuje je kontakt s okolím. Obvykle se jedná o osobu, která je postiženému člověku blízká, zná jeho potřeby, zná jeho předchozí přání, je informována o jeho životě.

V úvaze o tom, zda u takto postiženého člověka přistoupit k méně omezujícím opatřením nebo k omezení svéprávnosti bude proto individuální. Bude záviset na zbylé schopnosti komunikace postiženého s okolím.

³¹ NAGARATHAM, N., MCNEIL, C. Dementia in the severely aphasic: Global aphasia without hemiparesis – A stroke subtype simulating dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 1999, vol. 14, no. 2.

³² JORM, A.F., KORTEN, A.E. Assessment of cognitive decline in elderly by informant interview. *Brit J. Psychiatry*. 1988; 152: 209-213.

³³ ROHDE, A. et al. Diagnosis of aphasia in stroke populations: A systematic review of language tests. *PLoS One*, 2018 Mar 22;13(3)

7.9. Jmenování opatrovníka bez omezení svéprávnosti (opatrovnictví prosté)

Tento institut zakotvený v § 465-471 lze v praxi použít jen v některých případech.

Přelomovým případem byl případ posuzované, která byla 35 let zbavena způsobilosti k právním úkonům na podkladě lehké až středně těžké mentální retardace a řadu let žila v ústavní péči a její kolizní opatrovník navrhoval navrácení její svéprávnosti, soud posuzovanou neomezil ve svéprávnosti ani přes závěr znalce, že posuzovaná naprosto není schopna obstarávat si ani základní životní záležitosti, ba naopak samostatným jednáním by si mohla přivodit těžkou újmu, že není schopna finančního hospodaření, nerozumí pojmu majetku, jeho správě ani přijímání závazků, není rovněž schopna porozumět významu institutu manželství. Hmotněprávní opatrovník působící dlouhodobě v této funkci vyjadřoval jménem posuzované nesouhlas se závěry nalézacího soudu. Nelze se např. spoléhat na to, že je člověk v dané době umístěn v ústavní péči. Nejenže z ní může být propuštěn za podmínek, které neumožní dostatečně rychlou reakci soudu, ale může ji – třeba i bez schválení či dokonce vědomí pracovníků ústavu – krátkodobě či dlouhodoběji opustit a v této době činit právní jednání. Stejně tak se za ním může do ústavu dostavit třetí osoba a k právnímu jednání jej přimět, ať již mimoděk, či záměrně. Lze si představit celou škálu právních jednání, která by takto mohl člověk učinit a jejichž právní povaha by byla značně problematická, ať již by se jednalo o smluvní závazky (nákup zboží, úvěrová smlouva), dispozici s majetkem, realizaci volebního práva (pod vlivem jiné osoby), či uzavření manželství.³⁴

³⁴ Ústavní soud, IV. ÚS 1580/16. Obdobně přistupuje k potřebnému standardu ochrany práv i zákonodárce, který v důvodové zprávě k příslušným ustanovením občanského zákoníku sice poukazuje na možnost ustanovit člověku opatrovníka i bez omezení svéprávnosti, kterou ovšem vztahuje výhradně k § 469 občanského zákoníku, tj. na případy, kdy člověku, jemuž působí zdravotní stav při správě jmění nebo hájení práv obtíže, jmenuje soud opatrovníka, avšak vždy na jeho vlastní návrh (K § 465 až 471 občanského zákoníku, dostupná na <http://obcanskyzakonik.justice.cz>). Pro srovnání lze uvést, že poměrně přímočarou definici obsahoval rovněž § 1 císařského nařízení ze dne 28. 6. 1916 č. 207/1916 ř. z., řád o zbavení svéprávnosti, který byl na našem území účinný od 1. 8. 1916 do 31. 12. 1950: „Osoby starší sedmi let, jež pro duševní chorobu nebo slabomyslnost nejsou způsobilé, aby samy obstarávaly své záležitosti, mohou býti úplně zbaveny svéprávnosti. Zletilé osoby, jež nejsou sice nezpůsobilé, aby samy obstarávaly své záležitosti, potřebují však pro

Opatrovník je zmocněn k výkonu práv a povinností v takovém rozsahu, aby byly zajištěny všechny oprávněné zájmy opatrovance (ekonomické zajištění, zdravotnická péče, sociální služby). Ostatní práva zůstávají nedotčena (např. volební právo, rodičovská práva).

Opatrovník naplňuje opatrovancova prohlášení a dbá ji jeho dřívějších názorů.

Jedná se o mírnější omezující opatření. Je vhodný pro případy, kdy zdravotní stav, a nikoliv duševní porucha působí člověku potíže při správě jmění a hájení práv. *Dle Kotradyho jako příklad lze uvést papeže Jana Pavla II, který do posledních chvil svého života byl dobré mysli, zrazovalo ho však tělo. Takový člověk je zpravidla schopen podat návrh na jmenování opatrovníka, ne však již člověk, který trpí duševní poruchou.*³⁵

Vhodným se může tento institut jevit i u osob v bezvědomí, kde ovšem procesní předpis znemožňuje jmenování opatrovníka prostého osobě, která sama nepodala návrh (§ 45 zákona č. 292/2013 Sb.)³⁶ Člověku, který pro svou duševní poruchu fakticky není schopen žádného právního jednání (jde např. o imobilního těžce duševně nemocného člověka), nelze navrátit jeho svéprávnost a za účelem ochrany jeho zájmů mu jmenovat opatrovníka.³⁷

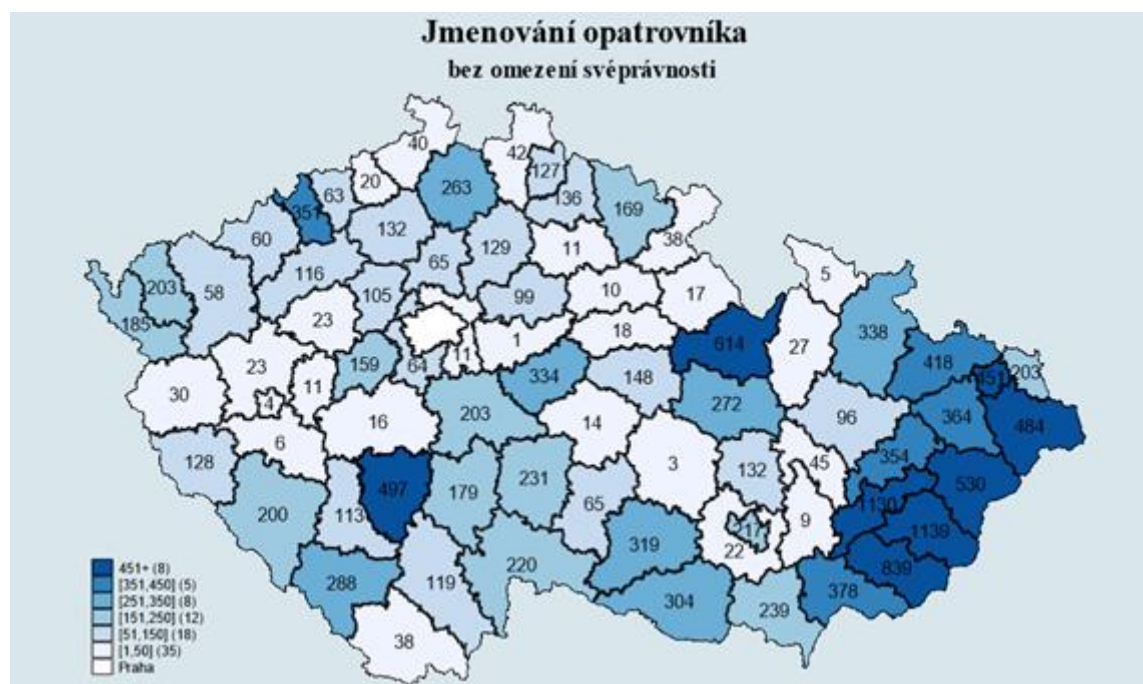
duševní chorobu nebo slabomyslnost k řádnému obstarávání svých záležitostí podpůrce, mohou býti částečně zbaveny svéprávnosti.“

³⁵ KOTRADY, P. Opatrovnictví bez omezení svéprávnosti. Právní rozhledy 6/2017, s. 205.

³⁶ HRUBÁ, E. Využití institutu prostého opatrovníka bez omezení svéprávnosti člověka. Právo a rodina; 6/2016.

³⁷ Rozhodnutí Nejvyššího soudu k opatrovnictví bez omezení svéprávnosti – ze dne 28. 11. 2017, sp.zn. 30 Cdo 836/2017

Níže uvedená mapa uvádí počet rozhodnutí soudů o jmenování opatrovníka bez rozhodnutí o omezení svéprávnosti, jedná se o součet hodnot celkem za roky 2014-2020.



U osob s těžkým kognitivním deficitem lze uvažovat o opatrovnictví prostém. Jednalo by se o např. o osoby s těžkou mentální retardací. Tyto stavy jsou vrozené, s nepříznivou nebo celoživotně neměnnou prognózou, u kterých nelze očekávat zlepšení. Nelze zde také očekávat zneužití takto postižených osob v otázkách finančních, smluvních či majetkových.

U pacientů s těžkou demencí, je potřeba zdůraznit, že u nich může být zachována schopnost podpisu. Tito pacienti jsou někdy schopni se podepsat, někdy ne. Schopnost se podepsat může být matoucí pro laickou veřejnost, včetně právních zástupců, notářů, kteří ne vždy důkladně prověřují schopnost osoby, kterou mají před sebou, z hlediska jejích narušených kognitivních schopností. Proto může dojít k situacím, kdy jsou pacientům s těžkou demencí předloženy listiny, které oni podepíší. Většina pacientů s těžkou demencí je schopna říci svoje jméno nebo reagují na oslovení, orientace osobou je zachována jako poslední z modalit orientace. Těžce dementní jedinci jsou schopni prakticky na každou kladenou otázku odpovědět ano,

aniž by chápali kontext situace či problému. Omezení svéprávnosti není již od ledna 2012 zaznamenáno v občanském průkaze, takže lze tuto skutečnost jen těžko bezpečně ověřit. Pokud by následně byla zpochybněna platnost dokumentu podepsaného těžce dementním člověkem, je zřejmé, že u soudu tato žaloba uspěje. Nicméně takový soudní proces je vždy zátěží pro zúčastněné osoby, proto institut omezení svéprávnosti se jeví jako vhodnější.

Ověřování podpisů v sociálních ústavech či v léčebnách dlouhodobě nemocných lze považovat za potenciálně problémovou záležitost. Proto je vhodné vést tyto situace v patrnosti a event. si z nich učinit podrobnější zápis pro případ, že dojde později ke zpochybnění takového právního jednání. Určitým řešením je požádat lékaře v sociálním o vyjádření ohledně schopnosti pacienta činit právní jednání. Taková lékařská zpráva by měla obsahovat i zdůvodnění, proč se lékař domnívá, že je jedinec schopen či neschopen činit právní jednání, ne prosté konstatování faktu.

Až 80% pacientů hospitalizovaných v nemocnici může trpět deliriem. Tedy kvalitativní poruchou vědomí, která zásadním způsobem narušuje schopnost pacienta vnímat své okolí, chápat, co se kolem něj děje. Delirium je často nerozpoznáno i zdravotníky, může být je velmi těžko detekovatelné laiky. U 50 % pacientů delirium nasedá na demenci, proto je zcela sporné, zda by dokumenty zásadního významu měly být v nemocnici u starších osob vůbec podepisovány.³⁸

³⁸ Liptzin,B. et al. Testamentary capacity and delirium. International Psychogeriatrics (2010), 22:6, 950-956.

8. Platnost právního jednání

Na právní jednání je třeba spíše hledět jako na platné než jako na neplatné (§ 574 o.z.). Právním jednáním se rozumí projev vůle, který osoba zakládá, mění nebo ruší svá práva nebo povinnosti. Právním jednáním taková osoba vstupuje do právního vztahu. Právní jednání může být učiněno písemně, nebo ústně - vyjádřeno slovně, nebo i nevýslovně – příkývnutím nebo i jen mlčky, strpěním něčeho.

Jde tedy o úkon, při kterém má jednající osoba v úmyslu právně jednat a dosáhnout nějakého cíle.

8.1. Neplatnost právních jednání

Není-li osoba plně svéprávná, je neplatné právní jednání, ke kterému není způsobilá. Neplatné je i právní jednání osoby jednající v duševní poruše, která ji činí neschopnou právně jednat (§581 o.z.).

První věta upravuje neplatnost jednání u osob, u nichž bylo soudem rozhodnuto o omezení svéprávnosti, věta druhá na osoby, které trpí duševní poruchou a ta je činí neschopné právně jednat, avšak tyto osoby nejsou soudem omezeny ve svéprávnosti.

Při znaleckém hodnocení platnosti či neplatnosti právního jednání nemůže často znalec vyšetřit dotyčnou osobu v reálném čase, protože se může jednat o zemřelého. Ústavní soud dospěl k závěru, že skutkové okolnosti, které již odezněly, nelze následně prokázat s absolutní jistotou, ale vždy půjde o otázku určité míry pravděpodobnosti.³⁹

³⁹ *Nález Ústavního soudu ze dne 20.8.2014 sp.zn I. ÚS 173/13. Dosavadní vysoký důkazní standard pro prokázání jednání v duševní poruše, vyžadující, aby skutkový závěr soudu byl učiněn „zcela jednoznačně“ a „bez jakéhokoliv náznaku pravděpodobnosti“, narušuje spravedlivou rovnováhu mezi relevantními protichůdnými zájmy a ve svém důsledku porušuje právo na ochranu majetku osoby s duševním postižením, pokud byl posuzovaným jednáním negativně zasažen její majetek. Je-li důkazní standard požadovaný pro prokázání určité skutečnosti nepřiměřeně vysoký, je v jeho důsledku nepřiměřeně vysoké i důkazní břemeno kladené na účastníka řízení, čímž dochází k porušení jeho práva na rovnost účastníků řízení ve smyslu čl. 37 odst.3 Listiny základních práv a svobod.*

Při posuzování způsobilosti již zemřelých osob k jednotlivému právnímu aktu je znalecova role podstatně snížena. Znalec vychází pouze ze spisového materiálu, ze svědeckých výpovědí. Znalec se zaměřuje na zdravotnickou dokumentaci, která je nejbližší k rozhodnému období posuzovaného právního jednání.⁴⁰

8.2. Schopnost činit rozhodnutí (*decision-making capacity*) a způsobilost (*competency*)

Úhel pohledu na schopnost člověka činit rozhodnutí může být jak medicínský, tak právní. Z medicínského pohledu byla testována schopnost činit rozhodnutí v různých oblastech, jako je schopnost dát souhlas s účastí v klinické studii, schopnost činit finanční a majetková rozhodnutí. K vyhodnocení se používají různé testové metody, škály, dotazníky, které jsou předkládány jak osobám nemocným, tak osobám, které o nemocných poskytují objektivní informace.

Appelbamu a Grisso definují schopnost činit rozhodnutí (*decision-making capacity*) jako schopnost porozumět relevantním informacím a zvážit důvodně předvídatelné následky rozhodnutí. Na druhou stranu – způsobilost (*competency*) je právní pojem, který se vztahuje k schopnosti právního jednání⁴¹

Schopnost dát souhlas byla podrobena rozsáhlému zkoumání nejprve v oblasti informovaných souhlasů s klinickým hodnocením². Účastníkům výzkumu byl předložen fiktivní informovaný souhlas a posléze jim byly kladeny dotazy. Hodnotitelé zkoumali jejich schopnost porozumět předložené informaci (*understanding*), pochopit, jak se daná informace dotýká pacienta, jeho zdraví, možných dopadů léčby (*appreciation*), schopnost zdůvodnit vybranou variantu léčby,

⁴⁰ BRICHČÍN, S.: Soudně psychiatrická expertíza z pohledu znalecké praxe, Bulletin advokacie č. 4/1998, s. 4 a násl.

⁴¹ APPELBAUM, P., GRISSO, T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988; 319:1635-8.

porovnat možní způsoby léčby (*choice*) a sdělit rozhodnutí a zdůvodnit, proč si pacient vybral danou léčbu (*reasoning*). Vše v souhrnu se nazývá schopnost činit rozhodnutí, tedy decision making capacity.

Informovaný souhlas pacienta s event. léčbou je podmíněn: (1) poskytnutím adekvátní informace, která se týká navrhované léčby, alternativních možností léčby a rizik (element informace), (2) svobodným rozhodnutím (element dobrovolnosti), (3) schopností činit rozhodnutí (element způsobilosti).⁴²

Co se týče dementních pacientů, lze předpokládat určitou korelaci mezi jejich celkových skóre v MMSE testu a schopnosti činit rozhodnutí ohledně zdravotního stavu. Skóre nižší než 20 bodů predikují nezpůsobilost dát souhlas, skóre 20-24 má nízkou prediktivní hodnotu a skóre nad 24 predikují nízkou míru nezpůsobilosti.⁴³

K obdobným výsledkům došli i jiné publikace - pacienti s MMSE skóre vyšším než 23 byli schopni dát souhlas, skóre 20-22 představuje „šedou zónu výkonu“, kdy je sporné, zda je pacient schopen nebo neschopen dát kompetentní souhlas a MMSE nižší než 19 znamená, že pacient není schopen dát souhlas. Tato tři pásma odpovídají tomu, jak jsou definována v literatuře pásma mírné kognitivní poruchy, lehké a středně těžké demence. Pacienti s mírnou kognitivní poruchou a lehkou demencí jsou schopni dát souhlas, pacienti se středně těžkou a těžkou demencí již ne.⁴⁴

⁴² MARSON, D., DYMEK, M., GEYER, J. Informed consent, competency, and the neurologist. *Neurologist*. 2001;7:17-26.

⁴³ SESSUMS, LL., ZEMBRZUSKA, H., JACKSON, JL. Does the patient have medical decision-making capacity? *JAMA*. 2011; 306: 420-7.

⁴⁴ KARLAWISH, J. Measuring decision-making capacity in cognitive impaired individuals. *Neurosignals* 2008;16(1):91-98.

MMSE test má svoje limity, někteří autoři ho nedoporučují jako vhodný prediktor nekompetentnosti.⁴⁵⁴⁶

Některé publikace uvádějí, že MMSE skóre vyšší než 26 bodů dovoluje bezpečně identifikovat pacienty, kteří jsou plně schopni vyjádřit souhlas a není potřeba žádné další vyšetřování nebo že pacienti s MMSE skóre nižším než 17 jsou nejsou schopni dávat souhlas.⁴⁷⁴⁸

Tzv. šedá zóna rozhodování se zde tedy rozšiřuje na MMSE skóre mezi 17 a 26, proto je potřeba každého pacienta zhodnotit individuálně i v kontextu jeho celkového zdravotního stavu a fungování v rámci běžných denních aktivit.

Za jasné kritérium při posuzování schopnosti právního jednání, je stupeň demence. Osoby s lehkou demencí neselhávají v běžných denních činnostech a jsou schopny rozhodovat a posoudit své jednání, bývá zachován úsudek a orientace v meziosobních vztazích. Osoby se středně těžkou a těžkou demencí již selhávají v základních denních činnostech, proto již nejsou schopni samostatného jednání a tím i právních úkonů.⁴⁹⁵⁰

Konceptuální model finanční kapacity zahrnuje 3 základní úrovně:

- 1) základní porozumění nakládání s financemi (declarative knowledge) – schopnost poznat mince a bankovky, spočítat je, rozumět pojmům jako je úroková míra, půjčka, mít povědomí o své osobní finanční situaci.

⁴⁵ DUNN, LB., NOWRANGI, MA., PALMER, BW, et al. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments. *Am J Psychiatry* 2006;163:1323-1334.

⁴⁶ GILBERT, T., BOSQUET, A., THOMAS-ANTERION, C., BONNEFOY, M., LE SAUX, O. Assessing capacity to consent for research in cognitively impaired older patients. *Clin Interv Aging*. 2017; 12:1553-1563.

⁴⁷ KIM, SYH., CAINE, ED. Utility and limits of the mini mental state examination in evaluating consent capacity in Alzheimer's disease. *Psychiatr Serv*. 2002; 53 (10): 1322 – 1324.

⁴⁸ PUCCI, E., BELARDINELLI, N., BORSETTI, G., RODRIGUEZ, D., SIGNORINO, M. Information and competency for consent to pharmacological clinical trials in Alzheimer disease: an empirical analysis in patients and family caregivers. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2001; 15(3): 146-154.

⁴⁹ PAVLOVSKÝ, P. Občanské právo a soudní psychiatrie. *Psychiatrie pro praxi*. 2010;11(4)

⁵⁰ PAVLOVSKÝ, P., ŠRUTOVÁ, L. Znalecké posuzování platnosti závěti. *Čes. Slov. Psychiatrie* 2003; 99: 2

- 2) Procesní znalost (procedural knowledge) – schopnost rozměnit peníze, vybrat peníze z bankomatu, zaplatit v platebním automatu, vyplnit platebních příkaz.
- 3) Rozhodování (judgement) – schopnost činit finanční rozhodnutí v každodenních i nových a neobvyklých situacích.⁵¹

U pacientů v této studii byly hodnoceny následující finanční schopnosti: pojmenování a spočítání mincí/bankovek, orientace ve finančních pojmech, hotovostní platba, porozumění bankovním výpisům a nakládání s bankovním účtem, rozeznání podvodného jednání a investování. Pacienti s lehkou Alzheimerovou demencí byli definováni jako osoby s MMSE $\geq$ 20 bodů, průměr MMSE byl 23,5 bodu, pacienti se středně těžkou demencí měli vstupní kritérium pro MMSE skóre $\geq$ 9 a $<$ 20, průměr MMSE byl 16,0 bodů, zdravé kontroly MMSE 29,2 bodu. Pacienti s lehkou demencí měli zachovanou schopnost základní povědomosti o penězích, jejich spočítání, pojmenování, ale ve všech ostatních schopnostech měli výrazně horší výsledky než zdravé kontrolní osoby. Pacienti se středně těžkou demencí selhávali ve všech oblastech nakládání s financemi. Lze tedy shrnout, že už u pacienti s lehkou demencí mají narušení komplexních finančních aktivit – bankovní transakce, převody peněz, placení složenek apod. Pacienti se středně těžkou demencí mají narušeny veškeré schopnosti nakládání s financemi.

Doporučení pro schopnost pořizovat pro případ úmrtí vychází ze soudní pře Banks v. Goodfellow (1870).⁵²

⁵¹ MARSON, D.C., SAWRIE, S. et al. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer's disease: A conceptual model and prototype instrument. Archives of Neurology, 57, 877-884.

⁵² Banks v. Goodfellow (1870). LR5 QB, 549. John Banks se narodil v roce 1811 nebo 1812. Měl sestru Margaret Banks, v jejíž prospěch sepsal závěť v r. 1838, když mu bylo 26 nebo 27 let. John Banks ve věku 29 nebo 30 byl poprvé umístěn v lokálním psychiatrickém zařízení, vlastnil již poměrně velký majetek. V té době trpěl fixním bludem vůči muži jménem Featherstone Alexander. V roce 1846 se jeho sestra vdala za muže jménem Thomas Goodfellow. V roce 1847 Margaret Banks zemřela krátce po narození své dcery Margaret Banks Goodfellow. V roce 1860 zemřel Featherstone Alexander. Od r. 1863 trpěl John Banks epileptickými záchvaty a ve stejném roce odkázal svůj majetek své neteři Margaret. V roce 1865 John Banks zemřel. Margaret zemřela 2 roky poté bezdětná a její majetek zdědil její nevlastní bratr z otcovy strany, který nebyl příbuzným Johna Bankse. Závěť napadl u soudu synovec Johna Bankse s tvrzením, že John Banks neměl kapacitu činit závěť. Závěť Johna Bankse byla soudem

Jedinec, který je schopen pořizovat pro případ smrti:

- Rozumí podstatě závěti a jejím dopadům
- má představu o rozsahu majetku, se kterým je nakládáno v závěti
- Ví, kdo je jeho očekávaným dědicem a nesmí mít bludy, které by mohly být zaměřené proti těmto osobám.

Z pohledu právního jedná o koncepci sebeurčení a koncepci asistovaného sebeurčení. V odborné literatuře jde o tzv. podporované rozhodování (supported decision-making) a ulehčené rozhodování (facilitated decision-making). Dalším modelem rozhodování je náhradní rozhodování (substituted decision-making) v nejlepším zájmu dotčené osoby.⁵³

Výše uvedené modely jsou doporučením pro hodnocení právního jednání.

shledána platnou s odůvodněním, že sice trpěl bludy, ale tyto bludy neměly vliv na jeho nakládání s majetkem. Bludy Johna Bankse nebyly namířeny proti jeho dědicům, ale proti zcela cizí osobě, kterou byl Featherstone Alexander.

⁵³ DEVI, N. Supported decision making and personal autonomy for persons with intellectual disabilities: Article 12 of the UN Convention on the rights of person with disabilities. Journal of Law, Medicine and Ethics. 2013, 41(4), s. 792-806.

Část třetí – Vybrané duševní poruchy a stavy

9. Duševní poruchy s globálním kognitivním deficitem

Globální kognitivní deficit vede k takové změně stavu člověka, že se člověk stává nesoběstačným a závislým na pomoci okolí. Pokles výkonu je ve všech kognitivních doménách. K těmto stavům může dojít již při narození – u mentální retardace nebo během života jedince – u demencí či stavů spojených s poškozením mozku.

9.1. Duševní poruchy vrozené

9.1.1. Mentální retardace

Mentální retardace je vývojová porucha rozumových schopností. U postižených se projevuje snížením v oblasti kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností. Ke vzniku mentální retardace dochází v prenatálním, perinatálním a časném postnatálním období.

Rozlišují se následující stupně mentální retardace dle MKN-10:

Lehká mentální retardace – IQ 50-69, dříve debilita. U jedinců s lehkou mentální retardací je lehce opožděn psychomotorický vývoj, mají malou slovní zásobu, sníženou schopnost předvídat a poznat nebezpečí. Myšlení je mechanické, nesamostatné, povrchní, nepřesné, bez rozlišení podstatného. Opoždění je patrné již v předškolním věku, zcela zřejmé ve školním věku. Při dobrém vedení jsou tyto jedinci schopni absolvovat zvláštní školu (dnes základní škola praktická) i zvláštní učební obor. Jsou schopni pochopit jednoduché kauzální souvislosti. Dosahují úrovně asi 12letého zdravého dítěte. Jsou však zvýšeně sugestibilní, mají sklon ke zkratkovitým reakcím. Postižení lehkou mentální retardací tvoří asi 70% všech mentálních retardací.

Středně těžká mentální retardace – IQ 35-49, dříve imbecilita. Jedinci se středně těžkou mentální retardací mají nápadně opožděný vývoj psychomotorický a zřetelně opožděný vývoj řeči. Jsou schopni se naučit základním hygienickým návykům. Jsou schopni vykonávat jednoduchou práci pod dohledem. Tyto děti nejsou vzdělatelné, ale vychovatelné. V dospělosti dosahují úrovně 6letého dítěte. Středně těžkou mentální retardací trpí asi 20% všech mentálně retardovaných.

Těžká mentální retardace – IQ 20-34, dříve prostá idiocie. Jedinci mají určitou snahu o komunikaci, mohou se naučit několik smysluplných slov. Mohou být vychováni k elementárním hygienickým návykům. Nejsou schopni sociálního zapojení, obvykle jsou závislí na trvalé péči.

Hluboká mentální retardace – IQ do 19, dříve vegetativní idiocie. Postižení jedinci nerozeznávají blízké osoby, nekomunikují, neudržují čistotu. Obvykle jsou umístěni v trvalé ústavní péči. Hluboká mentální retardace se vyskytuje asi u 5% celkového počtu mentálních retardací.⁵⁴

Dříve používaný a dnes již anachronický pojem oligofrenie (slabomyslnost) byl používán pro mentální retardaci vrozenou či časně získanou, tedy do dvou let života. Jestliže došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se již o demenci.

Stupeň mentálního retardace se stanovuje na základě struktury inteligence a schopnosti adaptačního chování. Číselnou hodnotu IQ je potřeba pojímat jako orientační, Především je potřeba vzít do úvahy, jak posuzovaný zvládá životní nároky ve svém sociálně kulturním prostředí. U zdravého jedince rozumových schopností od dětství přibývá až do věku 16-17 let.

⁵⁴ HORT, V. Dětská a adolescentní psychiatrie, Praha: Portál, 2000, 496 s

Od 24 let rozumové schopnosti začínají ubývat (asi o 0,4 IQ ročně). Tento úbytek je kompenzován zkušeností.⁵⁵

Orientačně rozeznáváme v populaci následující inteligenční pásma⁵⁶:

IQ	Označení	Výskyt v populaci v %
131 a více	výrazný nadprůměr	2,2
121-130	nadprůměr	6,7
111-120	lehký nadprůměr	16,1
90-110	průměr	50,0
80-89	podprůměr	16,1
70-79	slaboduchost	6,7
50-69	lehká mentální retardace	2,2
35-49	středně těžká mentální retardace	
20-34	těžká mentální retardace	
19 a méně	hluboká mentální retardace	

Mezi příčiny vzniku mentální retardace patří:

- v prenatální období (těhotenství) - dědičné (hereditární) faktory – geneticky podmíněné poruchy metabolické (fenylketonurie, homocystinurie), specifické genetické poruchy (trisomie 21.chromozomu – Downův syndrom). Dále mohou působit infekční onemocnění matky – zarděnky, syfilis, toxoplazmóza, patogenní činitele – alkohol, drogy, nevhodné léky, rentgenové záření.
- V perinatálním období (během porodu a krátce po něm) – nedonošenost, nízká porodní váha, novorozenecká žloutenka

⁵⁵ ZVOLSKÝ, P. Obecná psychologie, Praha: 1994,190 s.

⁵⁶ Vymětal, J.: Lékařská psychologie, Praha: Portál 2003, 400 s.

- V postnatálním období – traumata a záněty mozku, krvácení do mozku, nádorová onemocnění mozku. Svou roli mohou sehrát i sociální faktory – deprivace v ústavní péči i v rodině.

U postižených s Downovým syndrom, což je jedna z nejznámějších poruch způsobených chromozomální aberací, dochází k předčasné manifestaci neurodegenerativních onemocnění. Ve věku 45 let bývá 16% jedinců s Downovým syndromem dementních a neurodegenerativní onemocnění bývá příčinou morbidit a mortality u těchto pacientů, věk počátku neurodegenerativního onemocnění bývá 55 let a méně. Pro srovnání u pacientů s Alzheimerovou chorobou začíná onemocnění o 10 let později, tedy ve věku 65 let.⁵⁷

9.1.2. Dětský autismus

Dětský autismus je nejzávažnější ze skupiny pervazivních vývojových poruch. Nejčastější komorbiditou dětského autismu je mentální retardace, a to přibližně ve 2/3 případů, proto je uváděn v přehledu chorob, které postihuje globální kognitivní deficit.

Prevalence autismu je udávána 2-20/10 000 dětí. Porucha je častější u chlapců. Etiologie autismu je neznámá. Dětský autismus se projevuje před třetím rokem dítěte.

Klinický obraz je charakterizován psychopatologií v těchto oblastech:

- Kvalitativní narušení sociální interakce – nezájem o kontakt s lidmi, slabá odpověď na emoce jiných lidí. Jedinci nejsou schopni přizpůsobit chování sociálnímu kontextu.
- Narušená komunikace a hra – opožděný vývoj řeči a její nedostatečné sociální užívání. Autisté si nejsou schopni hrát.

⁵⁷ SHEEHAN, R., ALI, A, HASSIOTIS, A. Dementia in intellectual disability. Curr Opin Psychiatry 2014; 27(2):143-148.

- Omezené, stereotypní chování a zájmy – obsedantní lpění na neměnnosti života a prostředí pacienta, dodržování rituálů, odpor ke změnám prostředí.

Výskyt neurodegenerativních poruch u autistických pacientů není vyšší než v běžné populaci. Dokonce se uvažuje o tom, že onemocnění autistického okruhu mohou být protektivní vůči neurodegenerativnímu onemocnění.⁵⁸

9.1.3. Dotčené právní problémy

Návrh na omezení svéprávnosti je v současnosti obvykle podáván osob s mentální retardací krátce po dosažení plnoletosti. Děje ze dvou důvodů. Rodičům takových osob není umožněno bez omezení svéprávnosti za osoby mentálně retardované plně právně jednat s úřady, žádat o sociální dávky, o invalidní důchod, nakládat s potřebnými financemi. Druhým důvodem je ochrana mentálně retardovaných osob před zneužitím finančním nebo majetkovým, aby jim někdo nedal podepsat nějakou půjčku, převod energií, úvěru.

U těchto osob je rozsah omezení svéprávnosti dán závažností stavu. Jedinci s lehkou mentální retardací rozumí pojmu peněz, jsou do určité míry schopni nakládat s financemi, většinou ve formě kapesného. Jsou zvýšeně ovlivnitelní při uzavírání smluv, protože nezhodnotí důsledky dokumentů, může jim hrozit závažná újma. Jejich schopnost jednat s úřady, vyřídit si sociální dávky, žádat o invalidní důchod apod. je omezená, obvykle potřebují pomoc druhé osoby. U jedinců v horním pásmu lehké demence lze uvažovat o mírnějších omezujících opatřeních jako je nápomoc při rozhodování nebo zastoupení členem domácnosti. U osob ve spodním pásmu lehké mentální retardace je vhodným právním institutem omezení svéprávnosti.

⁵⁸ OBERMAN, L.M., PASCUA-LEONE, A. Hyperplasticity in autism spectrum disorder confers protection from Alzheimer's disease. *Med Hypotheses* 2014; 83(3): 337-342.

Jedince se středně těžkou mentální retardací jsou „vychovatelní, ale ne vzdělatelní“. Obvykle nerozumí pojmu peněz a nejsou schopni s nimi nakládat. Nejsou vůbec schopni uzavírat smlouvy, jednat s úřady. Nejsou schopni žádného právního jednání. Omezení svéprávnosti je u nich zcela na místě.

S jedinci s těžkou a hlubokou mentální retardací je komunikace zcela bazální a jejich porozumění jakýmkoliv pojmům jako jsou peníze, smlouvy, sociální dávky atd. je nulové. Nepíší, nepočítají, nejsou schopni podpisu. Omezené svéprávnosti je zde opět zcela na místě, plně indikováno by zde bylo i opatrovnictví prosté.

Je potřeba zdůraznit, že se jedná ve všech stupních mentální retardace o stav, který je vrozený, léčbou neovlivnitelný a nelze v průběhu života očekávat zlepšení, spíše s postupujícím věkem kombinaci s případným neurodegenerativním onemocněním, jak bylo uvedeno výše a tím další zhoršení kognitivního deficitu.

Zejména u těžké a hluboké mentální retardace by bylo opatrovnictví prosté vhodným právním institutem, ale v tuto chvíli procesní předpis znemožňuje jmenování opatrovníka prostého osobě, která sama nepodala návrh, jak již bylo uvedeno v kap. 5.3.8. Výhodou u těchto osob by bylo, že u opatrovnictví prostém není potřeba opakovaně podstupovat po 3-5 letech soudní řízení, jako je tomu u omezení svéprávnosti. Tito jedince jsou zcela neschopni jakéhokoliv právního jednání, nemohou si způsobit problémy aktivitou, ale spíše pasivitou. Velmi často se jedná o osoby žijící v ústavech sociální péče, takže ochrana takového člověka před nějakým těžko představitelným zneužitím je zajištěna i tímto způsobem. U lehké a středně těžké mentální retardace nelze opatrovnictví prosté doporučit, protože je jsou schopni aktivního právního jednání a tím si mohou způsobit újmu, tento institut by ne neochránil dostatečně.

Mezi normálním intelektem a mentální retardací stojí slaboduchost. Tito jedinci mohou být vzdělávání v běžných školách, ale jejich prospěch nebývá dobrý. V dospělém životě selhávají

v náročnějších složitějších úkolech. Na tyto osoby by mohly cílit právní instituty jako Je nápomoc při rozhodování a zastoupení členem domácnosti.

I osoba omezená ve svéprávnosti je způsobilá mít práva. Může nakládat se svým majetkem. Opatrovník může vykonávat jen tzv. běžnou správu takového jmění. Částka, se kterou jedinci s lehkou mentální retardací mohou obvykle disponovat se pohybuje v řádu stokorun, maximální tisíců korun měsíčně.

Až do r. 2000 byl občanům zbaveným způsobilosti k právním úkonům odebrán občanský průkaz. V současnosti může mít občanský průkaz i občan, jehož svéprávnost je omezena.⁵⁹ Od r. 2012 není v občanském průkaze uvedeno, že je osoba omezená ve svéprávnosti. Může proto dojít k situaci, že osoba omezená ve svéprávnosti uzavře smlouvy, aniž by bylo možné identifikovat, že k tomu nemá oprávnění. Výrazně se tím oslabuje jistota účastníků těchto vztahů a ochrana třetích osob.

Opatrovníkem osoby s mentální retardací bývá obvykle rodinný příslušník - rodiče, sourozenci. V případě absence rodiny a u osoby žijící samostatně bývá jmenován veřejný opatrovník.

Pokud je osoba s mentální retardací umístěna v ústavu sociální péče, může být tento ústav opatrovníkem. Zde může docházet k problému, že ústav – a zároveň opatrovník - poskytující pobytovou službu, podepisuje za uživatele smlouvu o poskytnutí sociální služby. V takovém případě je vhodné uživateli služeb uzavírajícímu smlouvu zajistit opatrovníka ad hoc ustanoveného soudem nebo příslušným obecním úřadem.⁶⁰

Co se týče otázky volebního práva, jeho přiznání lze předpokládat nejspíše u osob s lehkou mentální retardací a to ještě v oblasti aktivního volebního práva. U osob s těžší mentální

⁵⁹ § 2 odst. 3 zákona o občanských průkazech č. 328/1999.

⁶⁰ Dle §91 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

retardací lze předpokládat, že budou disponovat volebním právem *de iure*, ale *de facto* budou vykonávat vůli jiné osoby.

U dětského autismu nastupuje otázka schopnosti právního jednání, pokud je kombinována s mentální retardací. Autismus je přitěžujícím faktorem pro stupeň mentální retardace, jedná se o kombinované postižení. Právní instituty se zde uplatňují podobně jako u jednotlivých stupňů mentální retardace.

9.2. Duševní poruchy dospělého věku

9.2.1 Mírná kognitivní porucha

Dříve byl v souvislosti s poruchami paměti hojně používaný pojem benigní stařecká zapomnětlivost (Kral⁶¹). V současné době je řadou autorů existence této klinické jednotky zpochybňována. Každý starší člověk, který trpí subjektivní poruchou paměti, by měl být odborně vyšetřen.

Mírná kognitivní porucha je charakterizován snížením kognitivního výkonu. Postižení mají poruchu paměti, pozornosti, zpomalené řešení problémů, hledají slova, narušené vizuo-prostorové funkce. Mají ovšem zachovanou soběstačnost a nemají narušené běžné denní aktivity, jsou samostatní, nepotřebují pomoc okolí.

Asi 10-15% pacientů s mírnou kognitivní poruchou přechází ročně do demence.

Na tomto místě je potřeba zmínit ještě jeden používaný pojem a to subjektivní kognitivní pokles. Jedná se o pacientem subjektivně pocíťovaný pokles v některé z kognitivních domén, obvykle o poruchu krátkodobé paměti nebo pozornosti. Při podrobnějším vyšetření se ale nenalezne odpovídající objektivní klinický korelát.

9.2.2. Demence

Demence je skupina chorob, která vzniká až po vytvoření základů kognitivních funkcí, tedy po 2.-5. roce života. Existují tedy i dětské demence. Četnost výskytu demencí stoupá s věkem. Jedná se tedy o choroby vyššího věku.

⁶¹ KRÁL, V.A. Senescent forgetfulness: benign and malignant. Can Med Assoc J 1962; 86: 257–260

Věk je nejsilnějším rizikovým faktorem demence. Dle Zprávy o stavu demence České alzheimerovské společnosti z r. 2016⁶² ve věku nad 65 let postihuje demence jednoho ze 13 lidí, ve věku nad 80 let je každý pátý člověk dementní. Vzhledem ke zvyšujícímu se věku v populaci, se stále více lidí se dožívá vysokého věku a tím i demence.

Demence je syndrom, tedy soubor příznaků, který vzniká následkem onemocnění mozku. Má chronický nebo progresivní charakter. U demencí jsou postiženy následující vzájemně propojené a ovlivňující se okruhy:

- Kognitivní funkce
- Behaviorální a psychologické příznaky demence
- Aktivita denního života.

V ČR jsou v běžné praxi v současnosti používána kritéria pro demenci dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize⁶³. Již byla schválena a v blízké době vstoupí v platnost MKN-11, kde bude demence řazena pod kapitolu „neurokognitivní poruchy“.

Diagnostická kritéria demence dle MKN-10:

G1. Jsou přítomna následující kritéria:

- (1) Pokles paměti je nejnápadnější při učení se novým informacím. V těžších případech může být postiženo i vybavování již dříve naučeného. Zhoršení se týká stejně verbální, jako nonverbální látky. Úbytek by měl být objektivizován spolehlivými údaji jiné osoby, doplněnými pokud možno neuropsychologickými testy nebo kvantifikovaným vyhodnocením kognitivních funkcí.

⁶² www.alzheimer.cz/publikace/zpravy-o-stavu

⁶³ <https://mkn10.uzis.cz>

(2) Pokles dalších kognitivních schopností je charakterizován úpadkem úsudku a myšlení, např. při plánování, organizování a všeobecném zpracování informací. Důkazy o tom by měly být v ideálním případě získány od jiné osoby a doplněny, je-li to možné, neuropsychologickými testy nebo kvantifikovaným objektivním vyhodnocením. Může tak být zjištěno snížení předchozí vysoké úrovně výkonu.

G2. Povědomí o prostředí je zachováno po dobu dostatečně dlouhou k tomu, aby bylo možné jednoznačně prokázat příznaky kritéria G1.

G3. Úbytek emoční kontroly a motivace nebo změna v sociálním chování se projevují nejméně jedním z následujících příznaků:

- (1) Emoční labilita
- (2) Podrážděnost
- (3) Apatie
- (4) Obhroublost ve společenském vystupování.

G4. Pro stanovení spolehlivé klinické diagnózy by mělo být kritérium G1 přítomno nejméně po dobu 6 měsíců.

Jak je opakovaně zdůrazněno v diagnostických kritériích, je potřeba objektivizovat skutečné fungování pacienta od jiných osob, které jej znají. Jako pro všechny závažné psychické poruchy, i u demence je charakteristický malý náhled nebo ztráta náhledu pacienta na vlastní chorobnost (anosognosie). Při vyšetření je zcela běžné, že pacient sděluje, že v domácnosti funguje zcela samostatně, vaří, uklízí, chodí nakupovat, jezdí na návštěvy za vnoučaty apod. Při objektivizaci těchto sdělení od jiných osob se dozvídáme, že tomu tak již dávno není, že pacient není schopen bez doprovodu vyjít z domu, nikam netrefí, domácnost vůbec neudrží, není schopen si obstarat jídlo, nedodrží hygienu atd.

Při hodnocení stupně demence je vždy potřeba posoudit premorbidní (předchorobní) výkon konkrétního člověka a srovnat ho se současným výkonem. Např. u člověka, který si nikdy nepořídil počítač, nelze při hodnocení tíže demence zohlednit to, že nyní na počítači nepracuje, že nepoužívá internet, že nemá internetové bankovníctví. U takové osoby je potřeba se zaměřit na to, jakým způsobem nakládal se zdroji informací a komunikoval před chorobou a jak to dělá nyní. U člověka, který celý život nevařil, lze jen těžko klást dotazy a zohledňovat při stanovení stupně demence, zda vaří i nyní, ale dotazy by měly směřovat např. k tomu, jakým způsobem si jídlo opatřuje, kam chodí nakupovat, zda mu jídlo někdo nosí.

Otázky kladené osobě, která poskytuje objektivní informace, by měly být směřovány na každodenní fungování pacienta a změnu od jeho běžného fungování dříve, tedy v období, kdy netrpěl příznaky demence. Je potřeba hledat, zda je pacient méně schopen vykonávat některé úkony, dělá chyby nebo potřebuje pomoc.

Kognitivní výkon může být ovlivněn i např. depresí. Existuje pojem „pseudodemence“, kdy jedinec jeví známky kognitivního postižení jako je zpomalení, nevykonnost, které mohou klinicky působit jako příznaky demence, ale jedná se o příznaky deprese.

Dle závažnosti lze demence dělit na:

Lehká demence – stupeň poklesu paměti je takový, že je na překážku denním činnostem, ale ne tak závažný, aby znemožňoval soběstačný život. Hlavní postiženou funkcí je učení se nové látce. Postižení jsou obvykle orientováni v čase, byť např. s pomocí kalendáře, zápisků, poznámek. Jsou schopni zjistit, jaké je dnešní datum. Postižený jedinec má narušené tzv. instrumentální denní činnosti (*instrumental activities of daily living*). Jsou to činnosti, které nejsou nezbytně nutné pro základní přežití, spíše představují schopnosti, kterými úspěšně

jedinec funguje v dané komunitě.⁶⁴ Mezi instrumentální denní činnosti patří schopnost nakládat s financemi, samostatně nakupovat, samostatně spravovat bankovní účet, platit složenky, schopnost dodržovat termíny schůzek, objednat se u lékaře, samostatné užívání předepsaných léků. Co se týče používání mobilního telefonu, postižení v tomto stádiu demence jsou obvykle schopni zadat do telefonu nové číslo, napsat sms, vyhledat potřebný kontakt, zavolat na něj. Při práci na počítači jsou schopni psát maily, vyhledat si informace na internetu. Jsou schopni plně ovládat domácí spotřebiče, které znají, mohou mít problém s ovládáním nových spotřebičů. Dojdou si nakoupit, spočítat si přibližně cenu nákupu, orientují se v cenách běžných i dražších věcí. Obstarají si jídlo, pokud vždy vařili, vaří dál nebo si zajistí donášku jídla nebo na jídlo někam docházejí. Postižení s lehkou demencí jsou schopni zajistit si dopravu z jednoho místa na druhé, najdou si sami spojení, jezdí MHD bez doprovodu, event. zavolají taxi nebo jinou formu dopravy. Pokud mají domácí zvířata, jsou schopni se o ně postarat. Stále se věnují svým koníčkům, docházejí např. do klubu důchodců, kde se účastní aktivit, výletů atd. Dochází již ovšem ke ztrátě schopnosti řídit motorová vozidla. Jsou schopni si plně zajistit základní denní činnosti, které jsou vysvětleny níže.

Středně těžká demence – stupeň poklesu znamená vážný handicap pro soběstačný život.

V paměti se uchovává jenom hluboce vštípená nebo velmi dobře známá látka. Nové informace jsou vštěpovány pouze příležitostně a na velmi krátkou dobu. Postižení si nejsou schopni vybavit základní informace o místě, kde se nacházejí, o tom, co nedávno dělali nebo jména známých lidí. Často nejsou schopni vycházet samostatně z domu, protože by netrefili zpět, potřebují doprovod zejména na nová nebo vzdálenější místa. Pokud vyjdou z domu nebo z bytu, obvykle chodí jen na blízká místa, kam mají cestu naučenou z dřívějšíka, např. do obchodu. Obvykle nejsou orientováni časem, neznají datum, měsíc, neodhadnou roční období. U jedinců

⁶⁴ REUBEN, D.B., SEAMAN, T.E., KEELER, E, et al. The effect of self-reported and performance- based functional impairment on future hospital costs of community-dwelling older person. Gerontologist 2004; 44(3):401-407.

se středně těžkou demencí jsou již narušeny základní denní činnosti (*basic activities of daily living*) – koupání/sprchování, dodržování hygieny a péče o svůj vzhled (holení, účes), oblékání se, použití WC, ovládání močení a stolice, schopnost přesunu a chůze, samostatné jídlo a pití. Postižení jedinci již nejsou schopni bez připomínání nebo pomoci samostatně se dostat do vany/sprchy, omýt si celé tělo, osušit se, připravit si holicí potřeby, samostatně se oholit, najít hřeben a učesat se. Mají problém s přiměřeným používáním toalety, aby ji vůbec v bytě našli, posadili se a vstali, správně se oblékli a očistili, často mají problém s udržením moči a stolice. Mají problém si vybrat oblečení přiměřené počasí nebo plánované události, potřebují pomoc při oblékání, aby si oblékli oděv ve správném pořadí (např. tričko pod svetr a ne na něj, pyžamo sundat a ne si přes něj obléci denní oděv). Nejsou schopni samostatně navštěvovat lékaře, ať se to týče schopnosti si schůzku domluvit, tak k lékaři trefit nebo zajistit si tam dopravu. Co se týče jídla, obvykle jedinci se středně těžkou demencí již nejsou schopni si jídlo uvařit, nedojdou si ani nakoupit suroviny. Pokud nakupují, tak obvykle pořád stejné věci. Kuchařky zapomínají, jak se co vaří. Mají problém s identifikací data spotřeby, jedí prošlé potraviny. Postižení někdy ještě mohou používat mobilní telefon, ale jsou spíše jen schopni hovory přijímat nebo volat jen na omezený počet předvolených čísel. Nakládání s financemi je problematické, přestávají se orientovat v cenách. Nejsou schopni pochopit složitější dokumenty. Stávají se zvýšeně ovlivnitelnými a zneužitelnými, dělají rozhodnutí, která nejsou v jejich zájmu, protože již nedomyslí důsledky svého jednání. Začínají mít problém s poznáváním známých lidí, někdy je zaměňují (např. dceru považují za svoji matku).

Těžká demence - stupeň ztráty paměti je charakterizován úplnou neschopností vstřípit do paměti nové informace. Zůstávají fragmenty dříve získaných informací. Postižení se jsou schopni najíst např. jen lžící. Jídlo si vůbec neobstarají, ani si nejsou vědomi, že by měli jíst, což vede často k výraznému úbytku na váze nebo naopak zapomínají, že již jedli a jídla se opakovaně dožadují nebo tvrdí, že žádné jídlo nedostávají. Nepoužívají vůbec spotřebiče,

neohřejí si jídlo, neuvaří si čaj. Nejsou schopni se postarat o hygienu, musí je do koupelny dovést druhá osoba, umýt je, osušit, dovést je na toaletu a pomoci s očištěním. Často nepoznávají blízké příbuzné nebo je zaměňují za osoby, které již zemřely. Nejsou orientováni ani ve vlastním bytě. Osoby s těžkou demencí obvykle vyžadují celodenní dohled a péči, bývají umístěny v ústavní péči.

V souhrnu lze říci, že jedinci s demencí se liší od jedinců s mírnou kognitivní poruchou v tom, že u dementní jedinci mají nejenom poruchu paměti, ale již i narušené běžné denní činnosti. Pacienti s lehkou demencí selhávají v instrumentálních denních činnostech a mají plně zachované základní denní činnosti. Jedinci se středně těžkou demencí mají narušené instrumentální denní činnosti a selhávají nebo potřebují pomoc v základních denních činnostech. Jedinci s těžkou demencí zcela selhávají v instrumentálních i základních denních činnostech.⁶⁵

⁶⁵ MCCOLLUM, L, KARLAWISH, J. Cognitive impairment evaluation and management. Med Clin N Am 104, 2020, 807-825.

Dle etiologie lze demence rozdělit následovně⁶⁶:

DEMENCE ATROFICKO-DEGENERATIVNÍHO PŮVODU • Alzheimerova choroba • Korová demence s Lewyho tělisky • Demence při Parkinsonově chorobě • Frontální a frontotemporální demence včetně Pickovy choroby • Huntingtonova choroba • Progresivní supranukleární obrna a další
SEKUNDÁRNÍ (SYMPTOMATICKÉ) DEMENCE A. Ischemicko – vaskulární demence • Vaskulární demence s náhlým začátkem • Multiinfarktová demence • Převážně podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba) • Smíšená korová a podkorová vaskulární demence • Demence při status lacunaris a další
B. Ostatní sekundární demence • Demence infekční etiologie (progresivní paralýza, demence u AIDS) • Demence prionové (Creutzfeldtova-Jakobova choroba) • Metabolické demence (demence při jaterní a uremické encefalopatii, pelagra, Wilsonova choroba) • Demence na podkladě normotenzního hydrocefalu • Demence traumatické etiologie • Demence intoxikační etiologie (alkoholové demence, farmakogenní demence) • Demence na podkladě tumorů včetně paraneoplastických demencí • Ostatní (demence při epilepsii, na podkladě kolagenózy)

Demence neurodegenerativního původu neboli neurodegenerativní onemocnění jsou charakterizována pozvolným úbytkem neuronů v mozku nebo míše, přičemž neurony zanikají a jsou nahrazovány glií. Z hlediska ultrastrukturálního se neurodegenerativní onemocnění dělí na amyloidopatie (Alzheimerova choroba), synukleinopatie (demence s Lewyho tělisky, Parkinsonova choroba a mnohotná systémová atrofie) a tauopatie (progresivní supranukleární obrna, frontotemporální lobární atrofie), bližší specifikace jednotlivých onemocnění přesahuje již rozsah této práce.

⁶⁶ RABOCH. J., ZVOLSKÝ P. Psychiatrie. Galén, Praha, 2001, upraveno

Neurodegenerativní onemocnění se nemusí vyskytovat izolovaně, u jednoho pacienta se mohou překrývat různé etiopatogenetické jednotky, což může být příčinou rychlejšího průběhu choroby a také atypického klinického obrazu.⁶⁷⁶⁸

Neurodegenerativní onemocnění chápeme jako specifické proteinopatie, tedy dochází k ukládání patologických bílkovin a zániku neuronů. Během života pacienta se klinicky určuje diagnóza na úrovni „možná (possible)“ nebo „pravděpodobná (probable)“. Definitivní diagnóza – „potvrzená (definite)“ je neuropatologická, tedy lze ji přesně stanovit až po smrti pacienta.

Demence je závažné onemocnění, jehož výskyt se s věkem zvyšuje. Prevalence (podíl počtu jedinců trpících danou nemocí k počtu všech jedinců ve sledované populaci) všech typů demence, Alzheimerovy demence a vaskulárních demencí ve věku 50 let a vyšším byla 697 na 10.000 jedinců, 324 na 10.000 a 116 na 10.000. Prevalence všech typů demence u osob starších 100 let (6592 na 10.0000) byla 244 x vyšší než u osob ve věkové kategorii 50-59 let (27 na 10.000). Počet lidí s demencí se zdvojnásobuje každých 5 let. Prevalence je vyšší u žen než u mužů. Prevalence demence je vyšší v Evropě a Severní Americe než v Asii, Africe a jižní Americe.⁶⁹

Celosvětově se odhaduje, že demence je diagnostikována u 1.8% lidí ve věku 60 let, 5,1% v 70 letech, 15,1% v 80 letech a 37,3% v 90 letech věku.

Všichni pacienti s podezřením na kognitivní deficit by měli projít zobrazovacím vyšetřením mozku, které upřesní etiologii demence a odhalí event. patologii (např. nádor). Doporučovaným

⁶⁷ KAŇOVSKÝ, P. Diferenciální diagnostika neurodegenerativních chorob doprovázených demencí. Interní medicína – mezioborové přehledy 2003/4.

⁶⁸ ROHAN, Z., MATĚJ, R., RUSINA, R. Překrývání neurodegenerativních demencí. Česk Slov Neurol N 2015; 78/111 (6): 641-648.

⁶⁹ CAO Q, TAN CC, et al. The prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. J Alzheimers Dis., 2007, 73(3): 1157-1166.

standardem je magnetická rezonance mozku bez kontrastu, event. finančně méně náročnější computerová tomografie bez kontrastu. Dalším diagnostickým vyšetřením je lumbální punkce. Tato vyšetření jsou hrazena ze zdravotního pojištění. V klinickém výzkumu se používá pozitronové emisní tomografie.

Výčet nejčastějších demencí:

Alzheimerova choroba

Jedná se o nejčastější formu demence vůbec, tvoří až 70% všech demencí. Rozlišuje se forma s časným začátkem se začátkem příznaků do 65 let věku a pozdní forma nad 65 let věku. Jako pro ostatní neurodegenerativní demence je i zde typický plíživý začátek s postupným zhoršováním kognitivních funkcí, který v pozdějších letech vede k úplné ztrátě soběstačnosti a schopnosti komunikace s okolím.

V etiopatogenezi se uplatňuje zejména ukládání β amyloidu, excitotoxicita a degenerace τ -proteinu, dochází k zániku postižených neuronů. Na CT mozku nacházíme zpravidla difúzní atrofii mozkové kůry, na MRI mozku postižení hippocampu. MMSE test je vhodným orientačním vyšetřením, ovšem selhává u pacientů s premorbidní nadprůměrným intelektem. Užitečnější je podrobné neuropsychologické vyšetření, které dobře diferencuje alzheimerovské demence od ostatních.

Základní léčbou pacientů s Alzheimerovou chorobou jsou inhibitory acetylcholinesteráz (donepezil, rivastigmin, galantamin) a memantin. Inhibitory acetylcholinesteráz jsou určeny pro léčbu lehké až středně těžké demence (preskripční omezení MMSE 25-13), memantin pro středně těžké až těžké demence (MMSE 13-6).

Demence s Lewyho tělísky (DLBD)

Jedná se patrně o druhou nejčastější demenci. Choroba je charakterizována difúzní mozkovou atrofií a na mikroskopické úrovni se v mozcích pacientů nacházejí Lewyho tělíska. V mozcích pacientů s DLBD se často nacházejí alzheimerovské patologické změny. Klinicky se projevuje fluktuací pozornosti a kognitivních funkcí, zrakovými halucinacemi a motorickou parkinsonskou symptomatologií.

Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba je neurologické onemocnění, které se v populaci vyskytuje v prevalenci 1:1000. Asi 10% pacientů onemocní před 40. rokem věku. Základní trias symptomů je bradykineze (omezení volního pohybu), rigidita (zvýšení svalového napětí) a třes. Kromě toho většina pacientů trpí psychickými poruchami – demencí, depresí. Přítomnost demence u pacientů s Parkinsonovou nemocí byla dříve uváděna ve frekvenci zhruba 10-15%. Poslední údaje jsou ovšem zcela jiné. Rozsáhlá epidemiologická studie ve Skandinávii zjistila, že po 8 letech průběhu choroby trpí demencí 78% pacientů s Parkinsonovou chorobou. Demence u Parkinsonovy choroby se uvádí jako smíšeného typu, přičemž na počátku onemocnění dominuje kognitivní a exekutivní dysfunkce.⁷⁰

Stejně tak i v dalších publikacích je uváděno, že poškození kognitivních funkcí postihuje 20-50% pacientů s Parkinsonovou chorobou a longitudinální studie odhalily demenci až u 80% pacientů s Parkinsonovou chorobou⁷¹, zejména při průběhu choroby delším 20 let⁷². Rizikové faktory jsou pokročilý věk, vyšší věk začátku onemocnění, omezená kognitivní rezerva,

⁷⁰ AARSLAND, D., ANDERSEN, K., et al. Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease. An 8-year prospective study. Arch Neurol 2003; 60:387-392.

⁷¹ GOLDMAN GJ., VERNALEO BA, et al. Cognitive impairment in Parkinson's disease: a report from a multidisciplinary symposium on unmet needs and future directions to maintain cognitive health. npj Parkinson's Disease 2018, 4:19. Dostupné na www.nature.com/npjparkd

⁷² HELLY, MA, REID W, et al. The Sydney multicenter study of Parkinson's disease: the inevitability of dementia at 20 years. Mov. Disord. 23, 837-844, 2008.

halucinace a převažující porucha chůze.⁷³ Z kognitivních domén jsou postiženy hlavně exekutivní funkce, pozornost, vizuospeciální funkce a rychlost zpracování⁷⁴. Příznaky se u pacientů liší, u některých mohou převažovat poruchy paměti, u jiných nepaměťové dysfunkce, což může souviset i s komorbiditami jako je Alzheimerova choroba nebo vaskulární postižení. Sociální izolace, deprese a tělesná onemocnění mohou zhoršovat demenci jak u běžné populace, tak u pacientů s Parkinsonovou chorobou.

Od r. 2006 je povoleno pro léčbu demence u Parkinsonovy choroby kognitivum rivastigmin. V ČR je hrazen rivastigmin ze zdravotního pojištění u pacientů s MMSE 25-13 bodů.

Frontotemporální demence

Frontotemporální demence se vyznačuje především postižením frontálních funkcí s poruchami chování, změnami osobnosti. Porucha paměti nemusí být na začátku onemocnění v popředí klinického obrazu. Patří sem Pickova choroba, která se rozvíjí plíživě, záhy dochází ke ztrátě náhledu, výrazné poruše exekutivních funkcí.

Vaskulární demence

Cévně podmíněné demence tvoří asi 20% všech demencí. Můžeme je rozdělit na 3 základní skupiny - strategicky umístěný infarkt, multiinfarktová demence, subkortikální ischemická leukoencefalopatie – M. Binswanger.

Kognitivní funkce jsou u vaskulární demence postiženy nerovnoměrně. Na rozdíl od Alzheimerovy demence, která probíhá jako pozvolné progredující onemocnění a výrazným narušením paměti, vaskulární demence může mít skokovitý průběh, v klinickém obraze dominuje pomalejší a nevýkonné myšlení, apatie, narušení exekutivních funkcí (plánování a

⁷³ EMRE, M, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's Disease. *Mov. Disord.* 22, 1689-1707, 2007.

⁷⁴ WILLIAS-GREY, CH, FOLTYNIE, T. et al. Evolution of cognitive dysfunction in an Parkinson's disease cohort. *Brain* 130, 1787-1798, 2007.

organizování, řešení problémů, narušené abstraktní myšlení, zahájení a přerušení komplexních pochodů). Probíhá tedy pod obrazem tzv. subkortikální (podkorové) demence.

U poměrně velké části pacientů se zjišťuje směs znaků Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence, hovoříme pak o smíšené demenci.

9.2.3. Dotčené právní problémy

Diagnóza mírné kognitivní poruchy obvykle nemá forenzní význam. Přesto i na tyto jedince bývá podán např. návrh na omezení svéprávnosti v situacích, kdy se ve svém chování odchýlí od své obvykle normy.

U osob s mírnou kognitivní poruchou nelze uvažovat o omezení svéprávnosti, obvykle ani o nápomoci při rozhodování či zastoupení členem domácnosti. Jejich běžné fungování v každodenním životě, nakládání s financemi i majetkem, orientace v cenách běžných i dražších věcí jsou obvykle zachovány. Tyto osoby jsou tedy plně schopny právního jednání.

U osob s demencí je naprosto klíčové, o jaké stádium demence se jedná. Z tohoto důvodu byla velmi podrobně uvedena charakteristiku jednotlivých stádií demence v kapitole 6.2.2.

Osoby s lehkou demencí mají většinou narušené instrumentální denní činnosti. Jsou schopni se orientovat v zacházení s penězi, mají představu o cenách běžných věcí, odhadnout cenu dražších věcí. Pokud je na tyto osoby podán návrh na omezení svéprávnosti, stává se, že jejich svéprávnost nebývá omezena vůbec, protože tyto osoby většině oblastí, které omezení svéprávnosti pokrývá, rozumí. Lze u nich spíše uplatnit mírnější omezující opatření.

Situace se ale zcela mění u osob se středně těžkou demencí, tedy u osob selhávajících v základních denních činnostech. Tyto osoby se již jen těžko orientují v cenách běžných věcí, uvádějí například, že rohlík stojí 20 haléřů, auto 50.000 Kč, jak si to pamatují ze svého mládí. Osoby se středně těžkou demencí se stávají závislými na svém okolí a snadno podléhají jeho

vlivu. Jsou schopni samostatně vycházet z domu či bytu jen na krátké vzdálenosti, čímž se jejich závislost dále prohlubuje. Pokud se současně u těchto osob zhoršuje i jejich tělesný zdravotní stav, dochází často k jejich izolaci v domácím prostředí. Omezení svéprávnosti je u těchto osob na místě v případě, že hrozí poškození jejich zájmů. K takové situaci může dojít, pokud taková osoba žije zcela osamoceně, nemá děti ani jiné příbuzné. Pak se snadno takový člověk může stát terčem zneužití. Osoba se středně těžkou demencí si může škodit svojí aktivitou i pasivitou. Aktivitou, pokud neuváženě podepisuje smlouvy různým podomním obchodníkům, šmejdům, telefonním prodejcům. Stává se, že zhoršeného stavu využijí druhé osoby a nechají si na sebe napsat třeba byt dementního člověka, chatu, nakládají neoprávněně s jeho penězi. Pasivitou, pokud nehradí poplatky za byt, nereagují na upomínky splátek dluhu, nevyzvedávají si doporučené dopisy atd.

Soudnímu znalci je často kladena orgány veřejné moci otázka, kdy je možné poznat, že je člověk natolik dementní, že není schopen právního jednání. Je to právě ve stádiu středně těžké demence. I laikovi (za laika lze považovat člověka bez zdravotnického vzdělání) musí být jasné, že člověk, který si není schopen jít sám nakoupit, uvařit, sám se neumyje, netrefí k lékaři, ztrácí se v MHD, není duševně pořádku. Navíc obvykle při srovnání jeho premorbidního výkonu s tím současným, je vidět zřetelný rozdíl. U člověka, který má problém s počítáním v základních číslech, nepozná mince, ani bankovky, lze jen těžko předpokládat, že je schopen nakládat se svým majetkem.

Laici obvykle vedou s takovou osobou konverzaci společenskou. Na rozdíl od odborníků nekladou konkrétní a cílené otázky a neobjektivizují a neověřují si odpovědi. Proto se setkáváme s tvrzením, že osoba se středně těžkou demencí se chovala úplně normálně, odpovídala stejně jako dříve, nebylo na ní nic divného. Laik se spokojí s tvrzeními, která se vůbec nezakládají nemusí zakládat na pravdě – že dotyčná osoba vaří, pere, nakupuje, chodí do

divadla, přičemž při objektivizaci se odborník dozví, že tomu tak již několik let není, že dotyčná osoba posledního půl roku neopustila byt, dva roky nevaří, pračku postit neumí také několik let.

Osoby s těžkou demencí jsou již zcela závislí na ošetrovatelské péči, ať je již poskytována rodinou nebo profesionálními pracovníky. U těchto osob je zcela narušena paměť, orientace, nelze s nimi plnohodnotně komunikovat, protože neporozumí a sami se nejsou schopni vyjádřit. U těchto osob je opět omezení svéprávnosti na místě v případě, že jsou nějakým způsobem ohroženy jejich zájmy.

U osob s demencí ve stádiu středně těžkém a těžkém nelze očekávat výraznější zlepšení stavu.

Jakým způsobem se stanovuje stádium demence? Obvykle je potřeba nechat osobu vyšetřit i odborníka – psychologa, psychiatra, geriatra nebo neurologa. Odborník má možnost stanovit diagnózu a stádium demence na základě vlastního vyšetření, při kterém používá kognitivní testy uvedené v kap. 4.4.

I přesto, že odborník by měl být schopen pacienta vyšetřit s velkou mírou jistoty, autorka sama se jako soudní znalec setkala s případem, kdy posuzovaná demenci umně simulovala. Takové případy jsou však zcela výjimečné.

Vlastní kazuistika simulující posuzované

55-letá žena, rozvedená, v minulosti podělala 3 cévní mozkové příhody (2013, 2016 a 2018). V roce 2013 byl posuzovaná vyšetřena psychiatrem se závěrem larvovaná deprese a porucha přizpůsobení. V r. 2016 byla vyšetřena neuroložkou se závěrem Demence smíšená (u Alzheimerovy choroby a vaskulární), bylo jí nasazeno kognitivum – donepezil. Zároveň začala docházet do psychiatrické ambulance, kam byla doporučena praktickou lékařkou po smrti dcery, bylo nasazeno antidepresivum. Psychologické vyšetření z 11/2016 se závěrem IQ 60-70 s tím, že se jedná o pravděpodobný souběh depresivní poruchy a poruchy kognitivních funkcí. Byla hospitalizována na psychiatrii 02-07/2017 se závěrem Smíšená kortikální a subkortikální demence, MMSE 19/30 bodů, do medikace přidáno další kognitivum - memantin. Další hospitalizace na psychiatrii proběhla v 11/2017 před nástupem posuzované do vězení pro zločin podvodu, proběhla dvě psychologická vyšetření – první se závěrem hranice těžkého stádia demence, MMSE 11/30 bodů. Výsledek tohoto vyšetření byl zpochybněn, protože posuzovaná se na oddělení chovala normálně, luštila křížovky, požadovala příbalový leták léků, používala bez problémů mobilní telefon, pracovala na šicím stroji. Proto bylo provedeno druhé psychologické vyšetření vedoucím psychologem se závěrem, že pacientka simuluje poruchu paměti, bez známek dementního syndromu. Posléze byla posuzovaná ve vězení 11/2017-10/2018, CT mozku bez patologie. Po propuštění byla opět v psychiatrické ambulanci vedena jako Demence smíšená. Psychologické vyšetření v 04/2019 s IQ 69. V 05/2019 byla posuzovaná znalecky vyšetřena z důvodu probíhajícího řízení o omezení svéprávnosti se závěrem Demence smíšená, plně rozvinutá demence. Autorka této práce – znalkyně vyšetřila posuzovanou v 12/2020, MMSE 28/30, posuzovaná zcela bez příznaků demence, spolupracovala, byla schopná komunikovat bez problémů telefonicky i sms, plně se orientovala v běžných i vyšších finančních částkách, znalkyně tedy stav posuzované uzavřela jako Mírnou kognitivní poruchu a nepodpořila návrh na omezení svéprávnosti. Lze tedy uzavřít, že tato posuzovaná simulovala duševní poruchu – demenci v situacích, kdy se jí to hodilo – když žádala o invalidní důchod, když nechtěla nastoupit do vězení. Její duševní schopnosti se naplno obnovili ve chvíli, když v r. 2020 žádala o svěření syna do péče. Jelikož je zhola nemožné, aby se dementní pacient uzdravil, znalkyně předpokládá, že posuzovaná umně simulovala duševní chorobu a ošálila tak několik ošetřujících lékařů, psychologů a znalce.

Pacienti s demencí jsou ohroženi změněnou způsobilostí k právním úkonům (termín úkon je zde používán, jelikož se jedná o publikaci, která vychází z období před platností o.z.) ve srovnání s jinými duševními chorobami. V české studii z roku 2013, tedy před platností o.z., bylo do Psychiatrické nemocnice Kroměříž v letech 2012-2013 mělo omezenou způsobilost k právním úkonům 10,1% přijatých pacientů všech diagnóz, pacientů s demencí to bylo 22,0% přijatých pacientů. U osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům převažoval soukromý opatrovník (67,0%) oproti veřejnému opatrovníkovi (33,0%).⁷⁵

Co se týče volebního práva u osob s demencí, pokud je dotyčná osoba schopná se orientovat alespoň hrubě v současné politické situaci, zná jména nejvyšších ústavních činitelů, je schopna vysvětlit, v čem volby spočívají, lze ji považovat za schopnou výkonu aktivního volebního práva. Již osoby se lehkou demencí mohou mít problém s výkonem veřejné funkce, proto pasivní volební právo u těchto osob by nemělo být zachováno.

Dementní osoby podléhají snadno nátlaku osob, které o ně pečují, jsou zvýšeně sugestibilní. Dochází pak k situacím, kdy starší dementní člověk podepíše darovací smlouvu, závěť či podobný dokument, který je posléze zbytkem rodiny zpochybněn a posléze dojde na žalobu na neplatnost tohoto právního jednání. Poté je v kompetenci znalců – psychiatrů, jaký měla duševní porucha dopad na právní jednání.⁷⁶

Ve starší literatuře je uváděno, že při posuzování právní způsobilosti již zemřelých osob je cenným indikátorem duševní poruchy případný pitevní nález mozkových anatomických změn.⁷⁷ Podle novějších publikací závažnost patologický změn na mozku neodpovídá závažnosti demence. Britská studie uvádí, že třetina osob, u nichž nikdy nebyla demence

⁷⁵ LUŽNÝ, J., Dedek, M. Způsobilost k právním úkonům u seniora s demencí. *Geriatrics* 3/2013;11-115.

⁷⁶ ŠVARC, J. Svěprávnost a její omezení. Neplatnost právního jednání. *Psychiatrie pro praxi* 2014;15(2).

⁷⁷ Brichtáin, S.: Soudně psychiatrická expertíza z pohledu znalecké praxe, *Bulletin advokacie* č. 4/1998, s. 4 a násl.

diagnostikována, má podobný stupeň patologických změn mozku jako pacienti s prokázanou Alzheimerovou demencí.⁷⁸

9.2.4. Poruchy vědomí

Vědomí je stav bdělosti. Bdělost je stav centrální nervové soustavy, která je schopna adekvátně a optimálně reagovat na změny. Spánek je fyziologická změna vědomí.

Poruchy vědomí rozdělujeme na kvantitativní, podle intenzity somnolence (stav zvýšené ospalosti), sopor (pacient reaguje jen na bolestivé podněty a nelze jej již vzbudit) a koma (vyhasínají základní reflexy) a kvalitativní, kdy je vigilita zachovaná, ale jsou narušené jiné psychické funkce – vnímání, myšlení, paměť, afektivita, patří sem zejména delirium.

Kvantitativní poruchy vědomí

Z hlediska dlouhodobosti a závažnosti má význam zejména koma. Lidé v komatu leží se zavřenýma očima, nejsou si vědomi sebe ani okolí, nejsou bdělí. Stav trvá alespoň hodinu. Pokud nedojde k zotavení do čtyř týdnů, může dojít k přechodu do vegetativního stavu.

Perzistentní čili přetrvávající vegetativní stav byl v r. 1972 definován jako „*nepřítomnost jakékoliv adaptivní odpovědi na zevní prostředí, nepřítomnost jakéhokoliv důkazu fungujícího sebeuvědomování, které by přijímalo nebo vydávalo informace u nemocného, jenž má dlouhé stavy bdělosti.*“ Tento stav může trvat dny až měsíce, lze předpokládat zotavení, často ovšem s neurologickým nebo psychickým poškozením. Při protrahovaném průběhu hovoříme o permanentním vegetativním stavu, kde se již nepředpokládá možnost zotavení. Pacienti ve vegetativním stavu mohou dýchat bez přístrojů, neudrží moč ani stolici. Mohou být probuzeni např. bolestivým podnětem ze spánku, otevrou oči, mohou grimasovat, pohybují končetinami,

⁷⁸ BRAYNE, C., RICHARDSON K., MATTHEWS F.E., et al. Neuropathological Correlates of Dementia in Over-80-Year-Old Brain Donors from the Population-Based Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) Study. *Journal of Alzheimer's Disease* [online]. 2009, **18**(3), 645-658 [cit. 2021-11-28]. ISSN 18758908. Dostupné z: doi:10.3233/JAD-2009-1182

vydávají zvuky, usmívají se. Příčinou tohoto stavu jsou těžká poranění lebky a mozku, např. při dopravních úrazech, otravy, nedostatek kyslíku při srdeční zástavě.

Dalším pojmem je minimální stav vědomí. Tito lidé jsou nějakým způsobem bdělí, kolísavě si uvědomují sebe nebo okolí, mohou otevírat a zavírat oči, objevují se známky účelného chování, nejsou však schopni komunikovat.

Syndrom uzamčení (locked-in syndrome) je vzácný stav, kdy pacient je bdělý a uvědomuje si jak sebe, tak okolí, ale není schopen o tom podat zprávu nebo jen omezeně, např. pohybem víček. Nemocní jsou při vědomí a bdělí. Stav je důsledkem poškození mozkového kmene v oblasti Varolova mostu (krvácení, nádor), končí obvykle po nějaké době smrtí.

Kvalitativní poruchy vědomí

Delirium - jedná se o organickou duševní poruchu, která se projevuje psychologickými a behaviorálními příznaky způsobenými poruchou činnosti mozku. Delirantní pacient má dlouhodobě sníženou pozornost na zevní podněty, myšlení je dezorganizované až inkoherentní, trpí poruchami vnímání (halucinace), psychomotorická aktivita může být snížena nebo zvýšena. Příznaky se vyvíjejí během krátké doby (hodiny) a kolísají v průběhu dne. Příčiny jsou různé – metabolický rozvrat, abstinenční stavy (delirium tremens při odnětí alkoholu), systémové infekce, pooperační stavy. Delirium může trvat dny, ale i měsíce.

Uvádí se, že delirium se vyskytuje na u 10-15% pacientů na somatických a chirurgických odděleních, věk nad 60 let výrazně zvyšuje riziko rozvoje deliria. 33-66 % delirií zůstává nedagnostikováno. Je to tím, že u většiny lékařů přetrvává obraz deliria s psychomotorickým neklidem, ale zcela opomíjené jsou formy a s psychomotorickým útlumem.

9.2.5 Dotčené právní problémy

Osoby s dlouhodobě narušeným vědomím jako je minimální stav vědomí vegetativní stav by měly být právě těmi typickými osobami, u nichž bude uplatněn institut prostého opatrovnictví. Ale jak již bylo uvedeno v kap. 5.3.8., neděje se tak, protože člověk v bezvědomí není sám schopen podat návrh. U těchto osob nelze předpokládat, že by byly schopny právního jednání.

Delirium připadá do úvahy v situacích, kdy se osoba nachází např. v nemocnici a zde je jí předložen k podpisu nějaký dokument. Dříve tradovaný pojem „lucidní interval“, kdy člověka v dlouhodobě trpící duševní chorobou náhle procitne a na několik hodin opět nabyde svých předchorobných duševních schopností, je dnes již považován za obsolentní⁷⁹. Delirium je natolik závažný stav, že všechna právní jednání, která jsou učiněna v období jeho trvání, jsou neplatná.

⁷⁹ PAVLOVSKÝ, P., ŠRUTOVÁ, L. Demence, lehké kognitivní poruchy a způsobilost k právním úkonům. Čes. a slov.Psychiatr., 96, 2000, No.5, 248-250

10. Duševní poruchy se selektivním kognitivním deficitem – forenzně významné

Mezi psychické poruchy se selektivním kognitivním deficitem lze zařadit onemocnění schizofrenního okruhu a poruchu s bludy. Selektivní kognitivní deficit postihuje jen některé domény kognitivních funkcí.

10.1. Schizofrenie

Schizofrenie je duševní porucha, která je charakterizovaná narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Dle diagnostických kritérií MKN-10 jsou hlavními příznaky ozvučování myšlenek, bludy kontrolování, halucinace hlasů, neustálé bludy jiných typů. Definice bludu dle prof. Myslivečka je považována za jednu z nejvýstižnějších: *„Blud je mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný chorobně věří a má patický vliv na jeho jednání.“* Bludné přesvědčení je podporováno dalšími psychopatologickými fenomény – iluzemi (nemocný přidává neskutečné vlastnosti tomu, co skutečně vnímá a věří chorobně, že to odpovídá skutečnosti), halucinacemi, vzpomínkovými klamy (subjektivní zpracování smyslové zkušenosti), tedy poruchami smyslového vnímání. Halucinace jsou klamné vjemy, které vznikají nezávisle na vnějším podnětu a o jejich realitě je nemocný přesvědčen.

V r. 1980 navrhl T. J. Crow klasifikaci příznaků schizofrenie do dvou okruhů:

- a. Pozitivní příznaky – nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí. Sem patří bludy, halucinace, dezorganizace řeči a hrubě dezorganizované nebo katatonní chování.

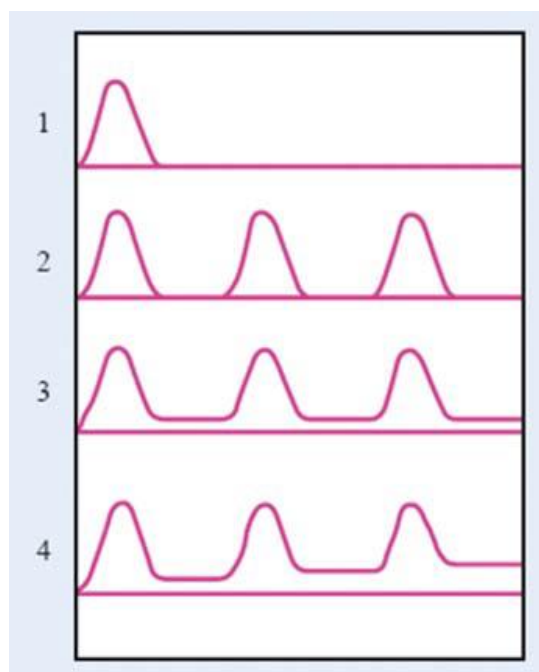
- b. Negativní příznaky – oslabení nebo ztráta normálních funkcí. Mezi negativní příznaky zahrnujeme oploštělou emotivitu, poruchu plynulosti a produktivity řeči (ochuzení řeči) a poruchu schopnosti iniciovat cílevědomé jednání (abulie).

V r. 1896 v pátém vydání své učebnice psychiatrie shrnul Emil Krepelin onemocnění s těmito příznaky do jediného okruhu, který nazval „*dementia praecox*“. Tvůrcem termínu schizofrenie je Eugen Bleuler (1911). U nemocných dochází k narušení kognitivních funkcí ve smyslu kognitivních deficitů. Nejčastěji postiženými doménami jsou paměť, pozornost, řeč, exekutivní funkce a inteligence. Věk začátku onemocnění je nejčastěji konec 2. až polovina 3. decénia, u žen začíná později než u mužů.

Nejvýraznější kognitivní deficity nacházíme u pacientů, kteří mají chronický průběh onemocnění a dlouhodobě nepříznivou odpověď na léčbu.⁸⁰

Typické příklady vývoje schizofrenie⁸¹

1. První epizoda, žádné kognitivní poškození 13 %;
2. Více epizod, žádné nebo minimální poškození 30 %;
3. Poškození po první epizodě s následným příležitostným zhoršením symptomů 10 %;
4. Prohlubující se poškození při každé exacerbaci symptomů 47%



⁸⁰ CIOMPI, L. Catamnestic-long term stud on the course of life and aging of schizophrenics. Schizophr Bull 1980;6:606-618. In Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002:354.

⁸¹ SHEPHERD, M., WATT, D., FALLON, I. The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome prediction in a representative sample of schizophrenics. Psychol Med Monogr, 1989; 15 (suppl.):1-46.

U schizofrenních pacientů lze detekovat kognitivní deficity izolované až po globální poškození, které splňuje kritéria pro demenci. V případě, že je u pacienta přítomen globální kognitivní deficit a jsou zároveň problémy v oblasti běžných denních aktivit, pak jsou naplněna kritéria typická pro kortikální demenci. Příkladem kortikální demence je Alzheimerova choroba.

U chronických schizofrenních pacientů byl zaznamenán pokles v MMSE testu 2 body na dekádu života. Tedy pokles je velmi pozvolný ve srovnání s poklesem u Alzheimerovy choroby, kde činí 3-4 body za rok.⁸²

Vlastní kazuistika devastujícího průběhu schizofrenie

21-letý muž, svobodný, bezdětný se základním vzděláním, střední školu nedokončil. Od dětského věku byl sledován pro psychické onemocnění, 4x byl hospitalizován na dětském psychiatrickém oddělení, 7x na psychiatrickém oddělení pro dospělé. Během hospitalizací na dětské psychiatrii byl diagnosticky uzavírán jako porucha autistického spektra, v adolescenci jako porucha osobnosti, později s nástupem příznaků I.řádu (slyšení vlastních myšlenek, bludy nepřiměřené v naší kultuře) v r. 2018 jako Hebefrenní schizofrenie. U posuzovaného došlo k poklesu IQ ze 135 bodů v r. 2012 na 95 bodů v r. 2018 (!), tedy výraznému poklesu kognitivních funkcí. V době znaleckého vyšetření z důvodu probíhajícího řízení o omezení svéprávnosti v r. 2019 již u posuzovaného zcela zřetelný postprocesuální defekt, sociálně selhával, nestaral se o finanční záležitosti, nebyl schopen si vyřídít invalidní důchod, žil jako bezdomovec. Tímto příkladem chce autorka demonstrovat, v jak mladém věku a s jak devastující intenzitou může schizofrenie probíhat.

⁸² MORRIS, J.C, EDLAND, S., CLARK, C., GALASKO, D., KOSS, E., MOHS, R., VAN BELLE, G., FILLENBAUM, G., HEYMAN, A. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Part IV. Rates of cognitive change in the longitudinal assessment of probable Alzheimer's disease. Neurology 43:1993;2457–2465

10.2. Porucha s bludy

Do onemocnění schizofrenního okruhu lze zahrnout u Poruchu s bludy, dříve onemocnění nazývané paranoia. Jedná se o nemoc, kdy se rozvíjí jediný blud nebo několik propojených bludů s velmi rozmanitým obsahem, které jsou obvykle trvalé a někdy celoživotní. Jiná definice uvádí, že se jedná o chorobné iluze při nenarušené intelektuální schopnosti pacienta. Jedná se o poměrně řídkou chorobu, která začíná typicky ve středním nebo starším věku. Dle obvyklých literárních zdrojů u těchto pacientů nedochází ke kognitivnímu deficitu, přesto porucha s bludy má významný vliv na běžné fungování postižených. Podle některých zdrojů i u těchto pacientů může docházet k určitým poruchám paměti a exekutivních funkcí ve srovnání se zdravou populací. V uváděné studii měly testované osoby výsledek v MMSE testu $27,6 \pm 2,4$, tedy normální kognitivní výkon.⁸³

Poruchu s bludy nelze zcela vyléčit, což jde často na vrub nízkému náhledu postižených a nespolupráci na léčbě. Léčba poruchy s bludy je obtížná a prognóza nemoci nepříznivá.⁸⁴

Vlastní kazuistika pacientky s poruchou s bludy

Pacientka je žena, matka 2 synů, vysokoškolačka. V r. 2012 byla pacientka hospitalizovaná na psychiatrii se závěrem Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Do psychiatrické ambulance docházela sporadicky, předepsané léky neužívala. V květnu 2016 PČR informovala ambulantní psychiatryni, že pacientka podává různá oznámení a stížnosti. Ze zprávy PČR vyplývá, že pacientka k r. 2016 uskutečnila 50 oznámení a to prostřednictvím PČR, Policejního prezidia, Ministerstva vnitra, Útvaru pro ochranu prezidenta ČR, Ministerstva spravedlnosti, GIBS, OVK atd. V oznámeních uvádí, že je týrána jak ona, tak i její děti, že je mučena neznámými hlasy, že je okrádána v místě bydliště. Z pohovoru s jejími syny vyplynulo, že má letité spory se sousedy, na chalupě odposlouchávána svojí 80letou sousedkou, tvrdí, že na ni nalétávají vrtulníky. V dubnu 2016 jí byla

⁸³ Deficits in Executive and Memory Processes in Delusional Disorder: A Case-Control Study. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067341>

⁸⁴ Kroftová S., Michálková M., Zítková K. Paranoia, jak ji známe dnes. Psychiatr.praxi 2012;13(2):75-77.

bytovým družstvem udělena výstraha před vyloučením z družstva pro porušování domovního řádu, předpisů o protipožární ochraně a nedodržování stanov družstva. Posuzovaná od r. 2012 dlouhodobě nepracovala, vystřídala 10 zaměstnání, byla evidována na Úřadu práce i více než rok, odmítala si vyříditi invalidní důchod. V r. 2016 ambulantní psychiatryně proto podala návrh na omezení svéprávnosti s tím, že se jedná o Poruchu s bludy. Stejný byl i závěr znaleckého psychiatrického vyšetření. V r. 2017 byla posuzovaná hospitalizována na psychiatrii pro údajné napadení, ale byla bez jakýchkoliv viditelných známek zranění. Psychologickým vyšetřením nebyla potvrzena diagnosa schizofrenie a závěr z této hospitalizace byl Smíšená porucha osobnosti (paranoidní, disociální, narcistická). IQ pacientky v té době bylo 97 bodů, což vůbec neodpovídá premorbidní úrovni vzdělání (VŠ), ale spíše postprocesuálnímu defektu při schizofrenním onemocnění. Z rejstříku soudu I.stupně bylo zjištěno, že ohledně její osoby probíhá v tohoto soudu velké množství soudních sporů (celkem je vedeno 55 spisů). Pacientka byla soudem I.stupně omezena ve svéprávnosti a odvolala se. Odvolací soud rozsudek změnil na základě toho, že posuzovaná byla schopna doložit dohodu o pracovní činnosti, uvedenou práci vykonávala a uzavřela dohodu o hmotné odpovědnosti, byla schopna převést si svůj byt do osobního vlastnictví, zřídit si datovou schránku. Odvolací soud shledal, že podmínka konkrétně hrozící vážné újmy není splněna, pouhé latentní nebezpečí nepostačuje. Pacientka se v psychiatrické ambulanci od r. 2018 již neobjevila.

10.3. Dotčené právní problémy

Na nemocné se schizofrenií může být podán návrh na omezení svéprávnosti, obvykle z důvodu jejich neutěšeného nakládání s financemi a majetkem, kdy může dojít až k bezdomovectví.

Nemocní se schizofrenií, u nichž byl identifikován kognitivní deficit, obvykle mají omezenou schopnost nakládání s financemi, mohou výrazně v této oblasti výrazně selhávat. Kognitivní deficit ale nedosahuje té míry, aby významu peněz vůbec nerozuměli a nemohli s nimi vůbec nakládat. Pokud jsou v této oblasti omezeni, nakládají s penězi ve formě kapesného.

I uzavírání smluv a jednání s úřady bývá do určité míry zhoršené a narušené, ale opět to obvykle neznamená, že by nemocní schizofrenici vůbec nerozuměli dokumentům. Zde se projevuje, že u schizofrenních pacientů většinou nedochází ke globálnímu kognitivnímu deficitu, ale

k selektivnímu. Schizofrenní pacienti si spíše škodí pasivitou v právním jednání, nepřebíráním záležitostí, malým zájmem o úhradu nákladů na bydlení. Invalidní důchod či sociální dávky za ně musí vyřídít druhá osoba, protože kvůli svému malému zájmu o cokoli tak sami neučiní.

Pacienti s poruchou s bludy mají prakticky normální kognitivní výkon. To má za následek, že podávaný návrh na omezení svéprávnosti se u nich nesetkává s úspěchem. Navrhující požadují, aby se nemocný léčil, ale tohoto nelze dosáhnout, protože podmínky pro poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta podle zákona o zdravotních službách jsou poměrně přísné a většina uvedených případů je nenaplní⁸⁵.

Co se týče nakládání s penězi a neuvážené uzavírání smluv, toho se obvykle pacienti s poruchou s bludy nedopouštějí, protože se o svoje peníze bojí, jsou podezřívaví vůči cizím osobám a jejich nabídkám. Často obtěžují různé instituce svými stížnostmi na domnělé křivdy, jsou schopni podat stovky stížností měsíčně, několikrát za týden dojít podat trestní oznámení na policii. Toto chování nelze právní cestou omezit. Omezení svéprávnosti tak u osob s poruchou s bludy nelze obvykle dosáhnout.

⁸⁵ Zákon o zdravotních službách, č. 372/2011

11. Závěr

Tato práce si v úvodu vytýčila následující cíle - dopad kognitivního deficitu na právní jednání osob s duševní poruchou a stanovení právních institutů dotčených kognitivním deficitem.

V občanském zákoníku jsou vymezeny právní instituty, které se týkají osob s duševní poruchou s kognitivním deficitem, v podpůrných opatřeních při narušení schopnosti zletilého právně jednat (Hlava I, Oddíl 2) a neplatnosti právního jednání (Hlava V, Oddíl 6).

V práci byly podrobně rozebrány jednotlivé právní instituty s odkazem na přelomové judikáty. Byl proveden rozbor právních institutů, jako např. opatrovnictví prosté, jejichž praktická aplikace v současném právním systému nebyla dosud plně využita.

Pro právní praxi práce standardizovala pojem kognitivního deficitu. Byla vymezena kritéria, které stanovují kognitivní deficit pro použití v právní praxi v prvním bodě a tato kritéria jsou v rámci druhého cílového bodu průsečíkem mezi psychiatrickou a právní praxí a jsou právě tím bodem, který hledáme.

Tato práce určuje základní ukazatele, které umožní právníkovi správně identifikovat osoby s kognitivním deficitem a přiřadit k nim právní institut a psychiatrovi pomůže rozpoznat právní instituty, které se mohou týkat jeho pacientů s duševní poruchou. Jelikož tato práce konkretizuje prolínající se právní instituty a duševní poruchy, považujeme vytýčené cíle v úvodu této práce za splněné.

Summary

This work set its objectives early in the introduction. The objectives were to investigate the impact of cognitive deficit on the legal conduct of persons with mental disorders and to determine the legal institutes affected by cognitive deficits.

The Civil Code defines the legal institutes affecting persons with mental disorders and cognitive deficits in the supporting measures for the impairment of the adult's ability to act legally (Title I, Section 2) and the invalidity of legal acts (Title V, Section 6).

The individual legal institutes have been focused on in detail in this work with references to breaking law cases. The work analyzed legal institutes such as guardianship without limitation of legal capacity, of which practical application has not yet been fully implemented and used in the current legal system.

The work has standardized the term of cognitive deficit for legal practice. The criteria that determine cognitive deficits for use in legal practice have been defined in the first point. These criteria described in the second point are the intersection between psychiatric and legal practice, which is exactly what we are looking for.

This work shows the basic indicators that will enable the lawyer to correctly identify persons with cognitive deficit and potentially match them to correct legal institutions. The work will help the psychiatrist correctly identify legal institutions that may be considered and then applied to a patient with mental disorders. As this diploma work details the intertwining legal institutes and mental disorders, we consider the stated goals in the introduction of this work to be fulfilled.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

A. Komentované zákony

MACKOVÁ, A. *Zákon o zvláštních řízeních soudních: komentář s důvodovou zprávou a judikaturou*. Praha: Leges, 2016. Komentátor. ISBN isbn978-80-7502-122-9.

Občanský zákoník: změny občanského zákoníku od ... : rejstřík : redakční uzávěrka ... Ostrava: Sagit, 2012-. ÚZ. ISBN isbn978-80-7488-308-8.

Trestní předpisy: redakční uzávěrka .. Ostrava: Sagit, 2010-. ÚZ. ISBN 978-80-7488-424-5.

Zdravotní služby: redakční uzávěrka .. Ostrava: Sagit, 2011-. ÚZ. ISBN 978-80-7488-409-2.

B. Učební texty a monografie

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-247-4826-9.

FRYŠTÁK, M. *Znalecké dokazování v trestním řízení*. 2., podstatně přepracované a doplněné vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2021. Právní monografie (Wolters Kluwer ČR). ISBN isbn978-80-7676-063-9.

GOETHAL, Ch. *Forensic psychiatry and psychology in Europe: A cross-border study guide*. Switzerland: Springer, 2018. ISBN 978-3-319-74662-3.

HOLZER, J.C., R. KOHN, J.M. ELLISON a P.R. RECUPERO. *Geriatric forensic psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2018. ISBN 978-0-19-937465-6.

HORT, J., RUSINA, R. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN isbn978-80-7345-004-5.

HORT, Vl.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

JIRÁK, R. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-268-4.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KOUKOLÍK, František. *Možek a jeho duše*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014. Makropulos. ISBN 978-80-7492-069-1.

LEZAK, M.D., HOWIESON, D.B., LORING, D.L. *Neuropsychological assessment*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2004.

MACH, Jan. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II: odpovědnost ve zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. Judikatura (Wolters Kluwer ČR). ISBN isbn978-80-7357-739-1.

PREISS, M., PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN isbn80-247-0843-4.

PREISS, M., PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN isbn80-247-1460-4.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-7262-140-8.

RUSINA, R., MATĚJ, R. *Neurodegenerativní onemocnění*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN isbn978-80-204-5123-1.

ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN isbn978-80-7552-321-1.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-271-0378-2.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-x.

ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Dot. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80_7066-955-1.

C. Použité právní předpisy

Zákon o občanských průkazech č. 328/1999 Sb.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon o zdravotních službách, č. 372/2011 Sb.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Zákon o zvláštních řízeních soudních č. 292/2013 Sb.

D. Soudní rozhodnutí

Nález Ústavního soudu ze dne 12. 7. 2010, sp. zn. IV. ÚS 3102/08

Nález Ústavního soudu ČR ze dne 20.8.2014, sp.zn. I. ÚS 173/13

Stanovisko Občanskoprávního a obchodního kolegia Nejvyššího soudu ze dne 13. dubna 2016,
sp. zn. Cpjn 201/2015

Usnesení Krajského soudu v Hradci Králové – pobočka v Pardubicích ze dne 1.10.2015.
sp.zn. 23 Co 444/2015.

Stanovisko Občanskoprávního a obchodního kolegia Nejvyššího soudu ČR ze dne 15. února
2017, sp. zn. Cpjn 23/2016

Rozhodnutí Ústavního soudu ČR ze dne 5.12.2016, sp.zn. IV. ÚS 1580/16

Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 28.11.2017, sp.zn. 30 Cdo 836/2017

Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 29.11.2017, sp.zn. 30 Cdo 1287/2017

