Využití preterapie u klientů s mentálním postižením

Dominika Vykydalová

Bakalářská práce
2011

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Dominika VYKYDALOVÁ**
Osobní číslo:	**H080156**
Studijní program:	**B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Téma práce:	**Využití preterapie u pacientů s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmu a teoretických východisek z oblasti preterapie u pacientů s mentálním postižením.
Príprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního a kvantitativního výzkumu pomocí rozhovoru a dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, vcetne jejich interpretace.
Prezentace výsledku výzkumu, jejich shrnutí a doporucení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla; KOLÁČKOVÁ, Jana. Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 351 s. ISBN 807367002X

POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství. Vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2

PROUTY, Garry; PÖRTNER, Marlis; WERDE, Dion Van. Preterapie. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 197 s. ISBN 8071789496

SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Vyd. 1. Praha : Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., přeprac. Praha : Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Ivana Marášková**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **20. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2011**

Ve Zlíně dne 20. ledna 2011

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 24.2.2011 Dominika Vyhlídalová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:
(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.
(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá metodou preterapie, která je založena na principu zrcadlení. První část se zabývá důležitými prvky preterapie, jsou zde uvedeny její pozitivní výsledky, východiska preterapie v přístupu zaměřeného na člověka a informace o preterapii v zahraničí a v České republice. Druhá část obsahuje vysvětlení pojmu mentální retardace, etiologii, charakteristiku jednotlivých stupňů a psychické zvláštnosti lidí s mentální retardací. V praktické části jsou uvedeny informace o smíšeném výzkumu a výsledcích z něho vyplývajících.

Klíčová slova: mentální retardace, preterapie, psychologický kontakt

ABSTRACT

This thesis deals with the method pre-therapy, which is based on the principle of reflection. The first part deals with the important elements of pre-therapy, there are shown positive outcomes, resorts in person-centred approach and information about pre-therapy abroad and in the Czech Republic. The second part explains the concept of mental retardation, etiology, characteristics of different levels and psychological traits of people with mental retardation. The practical part includes information about qualitative and quantitative results of research and resulting therefrom.

Keywords: mental retardation, pre-therapy, psychological contact

“Pokud chceme porozumět člověku, musíme se snažit uchopit jeho způsob vnímání reality, rozumět mu empaticky. To, co člověk vnímá, je hlavní determinantou jeho osobního prožívání a chování.“

OBSAH

PODĚKOVÁNÍ ..... CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
ÚVOD **11**
I TEORETICKÁ ČÁST **12**
1 PRETERAPIE **13**
1.1 NOSNÉ PRVKY PRETERAPIE 13
1.1.1 Kontaktní reflexe 13
1.1.2 Kontaktní funkce 15
1.1.3 Kontaktní chování 16
1.2 POZITIVNÍ VÝSLEDKY UŽITÍ PRETERAPIE 17
1.2.1 Typy klientů, u kterých se dá použít preterapie 18
1.3 PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ČLOVĚKA PODLE CARLA ROGERSE (1902-1987) 19
1.3.1 Podmínky terapie podle Rogerse 20
1.4 PRETERAPIE V ZAHRANIČÍ A V ČESKÉ REPUBLICE 21
1.4.1 Kurzy preterapie v nabídkách organizací (2011) 21
2 MENTÁLNÍ RETARDACE **24**
2.1 ETIOLOGIE 26
2.2 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍ RETARDACE 28
2.2.1 Lehká mentální retardace (F70) 28
2.2.2 Středně těžká mentální retardace (F71) 29
2.2.3 Těžká mentální retardace (F72) 29
2.2.4 Hluboká mentální retardace (F73) 30
2.3 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ 31
2.3.1 Emocionální vývoj jedinců s mentálním postižením 33
II PRAKTICKÁ ČÁST **34**
3 VÝZKUM **35**
3.1 CÍL VÝZKUMU 35
3.2 VÝZKUMNÝ VZOREK 36
3.3 METODY A TECHNIKY VÝZKUMU 37
3.4 REALIZACE VÝZKUMU 39
3.5 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT 40
3.5.1 Kvantitativní výzkum TOMÁŠ 40
Tabulka č. 2 Dotazník B, Tomáš 42
3.5.1.1 Vyhodnocení rozdílů v dotaznících 43
3.5.2 Kvalitativní výzkum – Zúčastněné pozorování TOMÁŠ 44
3.5.2.1 Můj první kontakt s Tomem 44
3.5.2.2 Videonahrávky 44
3.5.3 Kvantitativní výzkum PETRA 46
3.5.3.1 Vyhodnocení rozdílů v dotaznících 48
3.5.4 Kvalitativní výzkum – Zúčastněné pozorování PETRA 49

3.5.4.1 Můj první kontakt s Petrou 49
3.5.4.2 Videonahrávky 49
3.6 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ 50
ZÁVĚR 51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 52
SEZNAM TABULEK 55
SEZNAM PŘÍLOH 56

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce PhDr. Mgr. Ivaně Maráškové za vždy vstřícný přístup, odborné rady, návrhy a připomínky, které mi poskytla při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat rodičům dětí s mentálním postižením, kteří souhlasili se zapojením svých dětí do mého výzkumu, mým nejbližším a konkrétně Věrce Moussawi za psychickou podporu.

Ve Zlíne 2.5.2011

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala **„Použití preterapie u lidí s mentální retardací“**. Ještě před rokem pro mě pojem preterapie nic neznamenal. Bylo to pro mě jen slovo bez určitého obsahu. Teprve v rámci vyučovacího předmětu ve druhém ročníku jsem se blíže obeznámila s metodou preterapie a jejím využitím v praxi.

;Jako člověka se sociálním cítěním mě nenechává lhostejný fakt, že v našich ústavech existují klienti, kteří jsou i přes veškerou kvalitní pomoc, izolováni svým postižením a v důsledku toho ochuzeni o každodenní lásku nejbližších, které si často sami nevážíme.

Ve své práci jsem si stanovila dva základní cíle:

1) **popsat reakce osoby s mentální retardací při použití preterapie**
2) **zjistit na základě interakce mezi mnou a klientem případné změny v chování klienta**

Má bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické, přičemž první část obsahuje dvě kapitoly a praktická kapitolu jednu.

V první kapitole vysvětluji pojem preterapie, od kontaktních reflexí přes kontaktní funkce až ke kontaktnímu chování. Dále zde uvádím pozitivní výsledky preterapie, východiska z metody přístupu zaměřeného na člověka a nakonec mapuji organizace poskytující kurzy preterapie u nás.

Ve druhé kapitole seznamuji s definicí a etiologií mentální retardace, uvádím charakteristiky jednotlivých stupňů a v závěru se zaměřuji na psychické zvláštnosti jedinců s mentální retardací.

Praktickou část mé bakalářské práce uvádí třetí kapitola, jejímž obsahem je samotný výzkum v zařízení Domova dětí a mládeže s mentálním postižením Sírius v Opavě. Zde vás seznamuji s výzkumnými vzorky, metodami výzkumu, jeho samotnou realizací a v závěru s vyhodnocením získaných dat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PRETERAPIE

Preterapie nabízí ty metody, které umožní opětovně nastolit psychologický kontakt a tvoří nevyhnutelnou podmínku psychoterapeutického vztahu pro klienty s narušeným kontaktem, kteří jsou často považováni za neterapeutizovatelné. Rozdíl v kontaktu s realitou u klientů s mentálním postižením a klientů chronicky schizofrenní je takový, že u první skupiny lidí není kontakt s realitou ustaven (nebo jen velmi omezeně), proto se musí vztah s realitou teprve utvořit, zatímco u druhé skupiny se musí znovu navázat. (Pörtner, 2009)

1.1 Nosné prvky preterapie

1.1.1 Kontaktní reflexe

„Kontaktní reflexe jsou techniky uskutečňování empatického kontaktu. Přicházejí ke slovu, když není navázán dostatečný kontakt pro realizaci terapie. Reflexe umožňují kontakt mezi terapeutem a klientem, nedokáže-li klient navázat realitní, emocionální nebo komunikační kontakt. Kontaktní reflexe jsou velice realistické, konkrétní a duplikované. To je naprosto zásadní požadavek, jelikož je nutné respektovat předřečové či nedostatečně jazykově vyjádřené pocity jedinců s mentálním postižením. Existuje 5 druhů kontaktních reflexí.“

(Prouty, 2005, s. 36)

Těmito technikami lze uskutečňovat empatický kontakt. Jsou přínosné v momentě, kdy není navázán dostatečný kontakt, jak realitní, emocionální nebo komunikační u klienta pro realizaci terapie. Skrze tyto metody je možné reflektovat u klienta konkrétně vyjádřené zvláštnosti regredovaného chování.

„Reakce terapeuta jsou vlastně empatické odpovědi, nedirektivní, nehodnotící a velmi konkrétní a realistické. Terapeut musí dávat pozor na nejjemnější změny v klientově chování, jako jsou dýchání, pohyb očí, napětí ve svalech, různé postoje, apod.“ Van Werde (2005 In Šiffelová, 2010)

Podle Garryho Proutyho (2005) se rozlišuje pět druhů kontaktních reflexí:

Situační reflexe

Terapeut reflektuje klientovu aktuální situaci, okolí, prostředí, v němž žije a také jeho chování. Příklad: „Díváte se na velkou skvrnu na podlaze.“; „Pavel v ruce drží hrnek/Držíš v ruce hrnek.“

Obličejové reflexe

Reflektována je mimika klienta, což podněcuje kontakt na rovině emocí. Příklad: „Pavel se usmívá/Usmíváš se.“; „Pavel se tváří rozzlobeně/Tváříš se rozzlobeně.“

Tělové reflexe

Pro určité klienty bývá typické bizarní držení těla, gesta a pohyby. Terapeut je může reflektovat slovně nebo tělesně. Příklad: „Kolébáš se/Pavel se kolébá.“ „Točíš volantem.“

Slovní reproduktivní reflexe

Někteří klienti se vyjadřují úlomkovitou řečí, v nesouvislých větách či jen ojedinělými slovy, terapeut pozorně naslouchá a reflektuje slova, byť jim nerozumí či nezná význam. Vzniká tak rovnocennost mezi klientem a terapeutem. Příklad: „(nesouvislý projev) …běžet, (nesouvislý projev)… strom, (nesouvislý projev)… papír.“ Terapeut/pracovník bude reflektovat tři vyslovená slova. Příležitostně může reflektovat i neverbální zvuky, což napomáhá rozvíjet komunikační kontakt.

Zopakované reflexe

Terapeut opakuje ty reflexe, jež byly v předchozích momentech účinné. Příklad: Terapeut/pracovník reflektuje: „Usmál jste se“ (několikaminutové ticho). Terapeut opakuje: „Pořád se usmíváte“ (Opětovný kontakt). Klient poté přiléhavě řekne „šťastný“.

Použití kontaktních reflexí vždy vyvolává nějakou reakci, byť klient na ně slovně nereaguje. Malé změny můžeme najít ve výrazu tváře, nenápadných pohybech těla či mrknutí oka. Tyto drobné pohyby se stávají výchozím bodem k rozvinutí komunikace. Jak říká Garry Prouty (2005, s. 36), těchto pět uvedených technik poskytuje klientovi jakousi

komunikační síť na různých úrovních, takže klient má dostatek příležitostí k tomu, aby vyjádřil, co potřebuje, a mohl s terapeutem navázat vztah. To napomáhá klientovi se přesunout z předexpresivního vztahu na úroveň exprese.

Výše uvedené příklady působí dojmem mimořádné konkrétnosti kontaktních reflexí. Terapeuti, kteří pracují s klienty, jejichž kontaktní chování je pevně ukotveno v realitě, často nevědí o poměrně vysoké úrovni abstrakce jejich vyslovovaných empatických reakcí (empatické reflexe), tito klienti se zkrátka vyjadřují na stejně vysoké úrovni abstrakce. Nicméně to není případem mnoha psychotických a autistických klientů. Úroveň jejich zkušeností a projevu je typicky velmi konkrétní a terapeut musí reagovat na stejné úrovni, pokud má být učiněn kontakt/vztah s klientem. Velmi mnoho pokusů „kontaktovat" tyto klienty jsou nad možnosti samotných klientů, a proto jsou neúspěšné. Zvyknout si na práci na této velmi konkrétní úrovni není snadné, a to nějakou dobu trvá. Lisbeth Sommerbeck poukazuje na spontánní využívání preterapie v interakce dospělého a dítěte: „Zlato, ty se tak rychle batolíš", „Celé to vybarvuješ červeně", „Oh, takový široký úsměv"… Preterapii chápe jako nenásilný, nenarušující a nenáročný způsob navázání komunikace s klienty, kteří jsou vystrašení a bojí se kontaktu s jinými lidmi. (Sommerbeck, 2006 [online])

1.1.2 Kontaktní funkce

Podle Proutyho (2005) je teoretickým cílem preterapie obnova a rozvoj realitního, emocionálního a komunikačního kontaktu. **Realitní rovinou (kontaktem)** je myšleno uvědomování si lidí, míst, věcí a událostí. Lidé se nacházejí v nepřerušovaném kontaktu s věcmi a lidmi. Události jsou naopak dočasné. Tuto rovinu lze definovat jako slovní projevy týkající se míst, událostí, lidí a věcí. Uvědomování si svých nálad, emocí a pocitů představuje **emocionální rovinu (kontakt)**. Emocionální kontakt (rovina) se vztahuje vždy k „já" (self) a znamená užití pocitových slov například k vyjádření štěstí, smutku nebo emoci projevenou chováním těla - kopnutí - či výrazem tváře - vystrašený pohled. **Komunikační rovina (kontakt)** je symbolickým vyjádřením reality (světa) a emocí (self) určeným druhým lidem prostřednictvím slov a vět. Je to však více než pouhý přenos informací, protože jeho součásti je smysluplné vyjádření našich prožitků světa a sebe samých pro druhé lidi. Komunikační kontakt (rovina) se vždy vztahuje k druhým lidem, k něčemu dalšímu.

1.1.3 Kontaktní chování

Kontaktním chováním jsou myšleny ty změny chování, které se objevují jako výsledek posilování kontaktních funkcí prostřednictvím kontaktních reflexí.

1.2 Pozitivní výsledky užití preterapie

*U **klientů** můžou zahrnovat toto:*	Redukce psychického napětí
	Klienti začnou být více „uzemněni“ a schopni se angažovat v denních aktivitách
	Důvěra k pracovníkům
	Projevování emoční inteligence
	Integrace do společnosti
	Realita klientů je tvořena informovaným výběrem s ohledem na psychoterapeutický vklad
	Udržování kognitivní funkce na takové úrovni, díky které jsou klienti schopni integrovat bolestné zkušenosti
	Způsobilost klientů k podílení se na svém životě a naplnění svého životního potencionálu
*U **personálu** můžou zahrnovat toto*:	Zvýší se povědomí o různých typech funkčního chování
	Schopnost zmírnit psychické napětí klienta
	Schopnost zmírnit klientovi halucinace a bludy
	Hlubší pochopení stupně průběhu prožívání
	Zvýšená schopnost získat si důvěru klienta
	Možnost porozumění zdroji úzkosti
	Zvýšení pracovní spokojenosti
	Angažovat klienty do procesu spojení se k sobě samým, k druhým a realitě

(psychological-wellbeing.co.uk, 2009 [online])

Podle Marlis Pörtner (2009) bude díky preterapie možné u klientů mající bludné představy uskutečnit psychoterapeutický proces, ve kterém by se mohlo přijít na kloub bludným představám a zpracovávat traumatické zážitky. Další možností je, že na pravý psychoterapeutický proces nedojde, ale bude znatelné zlepšení v každodenním životě klienta. Klient se bude moci zúčastňovat akcí ve volném čase, vzdělávacích programů nebo bude moci častěji jezdit domů, aniž by zde docházelo k napětí a třenicím. „Jinými slovy, rozšíří se jeho prostor pro vlastní jednání a zlepší se kvalita jeho života“.

1.2.1 Typy klientů, u kterých se dá použít preterapie

Je pozoruhodné, že preterapii lze použít se všemi osoby s narušeným kontaktem s realitou, a to nejen u psychotických pacientů. Zkušenosti byly provedeny také u osob s mentální retardací (Prouty, 1994), s osobami, které mají deprese v kombinaci s mentální retardací (Prouty; Cronwall, 1990), s dětmi ulice v Brazílii - „sociální autismus“ (Morato, 1991) a s osobami v pokročilých stadiích demence, například osoby trpící Alzheimerovou chorobou (Van Werde; Morton, 1999). Pokud jde o osoby trpící demencí, cílem kontaktních reflexí není samozřejmě obnova kontaktních funkcí na jejich původní úroveň, ale k rozvinutí momentálních kontaktních funkcí v co největší možné míře. Konečně, výzkumy zkoumají i použitelnost preterapie u osob s autismem (Carrick; MacKenzie).

(Sommerbeck, 2006 [online])

1.3 Přístup zaměřený na člověka podle Carla Rogerse (1902-1987)

Pokud chce terapeut pochopit přístup zaměřený na člověka, ze kterého vychází preterapie, měl by se seznámit s přesvědčeními podle Bozartha a Brodleyové (In Šiffelová, 2010), které ovlivňují jeho chování a postoj ke klientovi:

- Snaha o uchopení klientova způsobu vnímání reality
- Jedinec je primárním hlediskem pro terapeuta
- Koncepce celého člověka i s jeho vývojem
- Lidé se snaží růst a chránit se, jak nejlépe umějí

Vymětal (2010) rozvíjí a shrnuje výše uvedené teze následovně:

1) Prožívání a vnímání světa je subjektivní realitou pro daného člověka. Tato realita je proměnlivá a jedinečná, tak jako jedinec. Primárním významem pro formování osobnosti a životního pocitu jsou vztahy k ostatním lidem, akceptace druhými vede k pocitu bezpečí, k důvěře ve svět, k osobnostnímu rozvoji a duševnímu zdraví.
2) Centrum osobnosti tvoří „já“ (self), které se vytváří a mění po celý život. Člověk hodnotí vše, co je pro něj subjektivně významné.
3) Člověk se vyrovnává s novými zkušenostmi a zážitky na základě svého momentálního sebepojetí. Při přijímání/zpracovávání zkušenosti by měly být struktury jedince ve shodě, pokud nejsou, jedinec tyto zkušenosti zkresluje, odmítá, popírá a takové je přijme. Tím vzniká inkongruence, která, pokud přetrvává, způsobuje úzkost, tenze a může ústit v různé psychické a psychosomatické obtíže.
4) Ve smyslu sociálnosti, pohybu vpřed, racionality a realističnosti, je založení člověka pozitivní. Pokud se jedinec chová asociálně, iracionálně, apod. je to dáno podle Rogerse okolnostmi (uvnitř nebo vně jedince), jež zamezují osobnostnímu rozvoji.

Podle Pörtner (2008 [online]) vypadá rogersův přístup v praxi takto:

- „nevycházet z představ, jací lidé *mají* být, ale z toho, jací lidé jsou, a vycházet z možností, které mají
- chápat lidi v jejich individuální osobnosti a způsobu vyjadřování a podporovat je v nacházení vlastních cest, aby se v rámci svých omezených možností dokázali vyrovnat s realitou
- nehledat či nacházet cesty a řešení *pro* lidi, ale *společně s nimi*
- nevysvětlovat, ale rozumět a chápat
- nedělat, ale umožnit

1.3.1 Podmínky terapie podle Rogerse

První podmínkou je

A) Psychologický kontakt

Rogers byl přesvědčen, že kontakt mezi terapeutem a klientem je nutný a samozřejmý, protože pozitivní osobnostní změna se může odehrát jedině ve vztahu. Toto tvrzení o významu vztahu a kontaktu s druhým člověkem pro zdravý vývoj a fungování osobnosti je obecně uznavané a podložené výzkumem (Bowlbyho studie separovaných dětí a vliv separace na jejich prožívání). O nevyhnutelnosti psychologického kontaktu, vztahu nejen pro terapii, ale i pro lidský život jedince mluví Margaret Warnerová (2002), která jeho význam posouvá ještě dále, jej definuje takto: „(…) *základní adaptaci lidského organismu, která umožňuje člověku cítit, že je smysluplně přítomný, jak verbálně, tak neverbálně, k sobě sama i k druhým"*. Vztah, to jsou terapeut a klient. Do terapie přinášejí sami sebe, a tak vytvářejí jedinečný vztah, který se neustále mění.

(Šiffelová, 2010)

B) Klientova inkongruence

C) Terapeutova kongruence

D) Bezpodmínečné přijetí

E) Empatické porozumění

F) Klientova percepce

1.4 Preterapie v zahraničí a v České Republice

Ve Spojených státech, konkrétně v Kennedyho škole pro děti se speciálními potřebami ve státě Illionis, roku 1966 se, jak ve své knize píše G. Prouty, zrodila preterapie. Klienti školy byli lidé s mentálním a duševním postižením.

První seminář v Evropě se konal v holandském městě Breda v roce 1985. Další semináře se konaly např. v Rumunsku, Rusku, Itálii, Holandsku, Rakousku, Německu, Číně, Japonsku, Řecku, Skotsku, Dánsku, Portugalsku, Spojených Státech, Kanadě. (psychological-wellbeing.co.uk [online])

V příloze P4 přikládám z internetové stránky www.psychological-wellbeing.co.uk evropská zdravotnická zařízení a centra využívající preterapii.

Nejobsáhlejší internetovou stránkou věnující se preterapii je výše zmíněná www.psychological-wellbeing.co.uk (Británie), dále www.pre-therapy.com (Belgie).

V roce 2000 a 2002 byl Garry Prouty pozván do České republiky Diakonií ČCE (Prouty, 2006). V České republice se pak dále objevil v říjnu roku 2007, kdy byl zrealizován dvoudenní workshop pro vybrané pracovníky v sociálních službách, kterou zaštitovalo sdružení Quip. Výcvik byl lektorován výhradně zahraničními odborníky: Marlis Pörtner, Dionysius Van Werde a také výše zmíněný Garry Prouty. V roce 2008 byla preterapie zmiňována ve výstupu Přístup zaměřený na člověka od Marlis Pörtner na konferenci Pro Změnu (Quip). (kvalitavpraxi.cz [online])

1.4.1 Kurzy preterapie v nabídkách organizací (2011)

1) Edupol, v.o.s., kurz –

   Proutyho preterapie a její využití při práci s klienty

   Komunikace s verbálně nekomunikujícími klienty

   Komunikace s klientem postiženým demencí I.

2) I.E.S., Sdružení Podané ruce, o.s., v rámci kurzu –

   Metody práce se seniory a jejich využití v praxi,

   Mgr. Miroslav Snášel

3) Diecézní charita Brno, v rámci kurzu –

   Metody sociální práce se seniory a jejich využití v praxi,

   Mgr. Miroslav Snášel

4) CARITAS VOŠs Olomouc, v rámci Kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách –

   Aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky (při práci se seniory), Mgr. Miroslav Snášel

5) Dům techniky Pardubice, v rámci vzdělávacích aktivit v oblasti sociálních služeb

6) PROFIMA EFFECTIVE, s.r.o., v rámci kurzu –

   Komunikace s nemocnými a s osobami se zdravotním postižením, PhDr. Ivana Marášková

7) PECKA, Karlovy Vary, o.s.p,vzdělávání pracovníků v sociální sféře v rámci kurzu:

   Specifika sociální práce s cílovou skupinou osoby s demencí,

   DiS. Jitka Matoušová

V roce 2005 proběhlo v rámci vzdělávání pracovníků zařízení sociální péče několik seminářů, ve kterých byl i seminář Preterapie. (extranet.krvysocina.cz [online])

V zařízení Sírius mi bylo řečeno, že před dvěma lety u nich také proběhl seminář o preterapii. V dalším velkém zařízení opavském Marianum je pracovnice, která přímo využívá metody preterapie při své práci.

2 MENTÁLNÍ RETARDACE

Termín „mentální retardace“ byl vytvořen Americkou společností pro mentální deficienci asi ve třicátých letech minulého století.

Definice mentální retardace

„*Mentální zaostalostí nazýváme tedy trvalé porušení poznávacích činností, které vzniklo v důsledku organického postižení mozku*.“ (Rubinštejnová, 1986, s. 39)

Profesor Miloš Sovák, jeden ze zakladatelů speciální pedagogiky v tehdejším Československu, používal definici termínu slabomyslnost – oligofrenii jako omezení vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových, které mají různé příčiny vzniku a odlišný základ patologicko-anatomický.

Častou citovanou definicí se rozumí definice mentální retardace od Dolejšího (1973, s. 38): „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatcích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace a stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“

Definice podle Vágnerové (1999, s. 146) : *„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“*

Podle Černé (In Vítková, 2004) jsou změny zaznamenány v terminologii při užívání termínu mentálně postižený, který se mění v termín osoba, člověk s mentální retardací. Tak je upřednostňována skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, individuality, osobnosti a na druhém místě je postižení.

Termín mentální postižení a mentální retardace se používají jako synonyma. Dalšími termíny vystihující mentální retardaci v minulosti byly například slabomyslnost, duševní zaostalost, duševní vada, mentální defektnost, rozumová či duševní vada… S termínem oligofrenie se spojuje mentální retardace diagnostikována od narození, vzniklá mentální retardace po 2. - 3. roce života se nazývá demence. Zároveň podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV-TR 2000) je uvedeno, že mentální postižení vzniká do 18 let života jedince.

Pro mentální postižení je charakteristická vrozenost a trvalost, přestože vliv na určité zlepšení má etiologie a kvalita stimulace jedince.

Mentální retardace se klasifikuje podle **etiologie**, z hlediska **časového faktoru** (pre-,peri-, postnatální), dále se dělí na **vrozenou** (vzniká zhruba do dvou let života dítěte, je spojena s určitým poškozením, odchylnou strukturou nebo odchylným vývojem nervového systému), **získanou** (-demence; proces zastavení a rozpadu mentálního vývoje je zapříčiněn např. zánětem mozku, zánětem mozkových blan, úrazem mozku, intoxikací, degeneračním onemocněním mozku, poruchou metabolismu či duševní poruchou) a **sociálně podmíněnou mentální retardaci** (-pseudooligofrenie; vzniká nedostatečnou stimulací dítěte jeho vnějším prostředím; tato zdánlivá mentální retardace není stav trvale neměnný).

Mentální retardace se klasifikuje i **symptomatologicky** (-symptomatologická klasifikace, zabývající se typickými příznaky vzhledu, somatickými zvláštnosti, psychického a motorického vybavení jedince s mentální retardací), podle **vývojových období** a dalším typem členění je podle **typu chování** na a) eretické, b) torpidní a za c) nevyhraněné.

(Vítková, 2004)

2.1 Etiologie

Existuje obrovská variabilita příčin vzniku mentální retardace a jejich kombinací. Nelze vždy jednoznačně určit, zda jde o biologický vliv a do jaké míry se na aktuálním stavu jedince podílí vliv sociální. Důležitý vliv na původní obraz postižení má podnětné/nepodnětné sociální prostředí, životní zkušenosti jedince a také časový faktor (kdy k mentální retardaci došlo a za jakých okolností).

Existují různá schémata, klasifikace a kategorizace mentální retardace, které můžeme chápat jako dohodnutý způsob stanovování odlišnosti mezi jednotlivci s mentální retardací. Nejznámějšími klasifikacemi jsou z minulosti Klasifikace podle Penrose (1963); klasifikace podle Horta (2000), podle Rabocha a Zvolského (2001), AAMR klasifikace (2002) a klasifikace podle Valenty a Müllera (2003).

Příčinou vzniku mentální retardace je postižení centrální nervové soustavy, které je zapříčiněno faktory prenatálními, perinatálními a postnatálními.

Prenatálními vlivy se rozumí podle Rabocha a Zvolského (In Černá, 2009):

1. Infekční onemocnění matky
2. Endokrynní poruchy matky
3. Rh inkompatibilitu
4. Fetální alkoholový syndrom
5. Kokainový syndrom
6. Získaný defekt imunity (AIDS)
7. Další intrauterinní (nitroděložní) poškození

Perinatálními vlivy:

1. Mozková hypoxie novorozence
2. Krvácení do mozku důsledkem porodní patologie

Další klasifikací mentální retardace je etiologie podle Horta, který rozlišuje:

a) genetické poruchy – anomálie chromozomů, vrozené poruchy metabolismu

b) prenatální poškození – infekce matky, plodu, rentgenové ozáření plodu, abnormality placenty atd.,

c) *perinatální poškození* – anoxie (nedostatek kyslíku), nedonošenost, poranění mozku, krvácení, jádrový ikterus (žloutenka) atd.,

d) faktory hrající roli až po narození – jde o demence: degenerativní a demytizační onemocnění, zánětlivá onemocnění CNS, úrazy mozku, epilepsie, intoxikace, psychózy, alimentárně infekční vlivy, HIV infekce.

Klasifikace Valenty a Müllera je etiologie dělena na **pre-**, **peri-** a **postnatální**.

Mezi *prenatální* příčiny řadí vlivy dědičné, specifické genetické příčiny a enviromentální faktory. *Perinatálními* příčinami rozumí perinatální encefalopatie, mechanické poškození mozku, hypoxie, předčasný porod, nízká porodní váha a nefyziologická novorozenecká žloutenka. Jako *postnatální* příčinami myslí encefalitidu, meningitidu, nádorové onemocnění, krvácení do mozku, alkoholová demence, schizofrenie aj. jsou doplněny o vlivy senzorické, citové a sociokulturní deprivace. (Černá, 2009)

2.2 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Česká republika se řídí Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové organizace, MKN-10 (The International Classification of Disease, 10th edition, neboli ICD-10) z roku 1992.

Složitost definování MR se odráží i ve složitosti klasifikačních systémů. Odlišnosti užití klasifikačních systémů v praxi se snažila vyřešit Světová zdravotnická organizace (WHO), která roku 1968 v rámci 8 revize Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti vymezila jednotlivé stupně oligofrenie pomocí IQ.

Mentální retardace se klinicky může projevovat například:

- Zpomalenou chápavostí
- Sugestibilitou a rigiditou chování
- Zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí
- Těkavostí pozornosti
- Citovou vzrušivostí
- Nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- Poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci
- Impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování

(Švarcová, 2000)

2.2.1 Lehká mentální retardace (F70)

IQ lidí s lehkou mentální retardací se pohybuje přibližně mezi 50-69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let).

Neuropsychický vývoj je omezený a opožděný, taktéž jako motorický vývoj. Co se týče somatického postižení, v případě člověka s lehkou mentální retardací jsou ojedinělá. V případě psychické roviny je patrné snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení. Nedostatky dítěte se projevují u dítěte především při náročných myšlenkových operacích, při generalizaci a abstrakci (převládají u něho konkrétní, názorné

a mechanické schopnosti), v celkovém projevu je dítě méně chápavé a obtížněji se zapojuje do her. Člověk, který má lehkou mentální retardaci je schopen komunikovat, ale jeho komunikační projev je obsahově chudý a jsou zde přítomny poruchy formální stránky řeči. Na poli citů a vůle je u takového člověka zřejmá afektivní labilita, úzkostnost, impulzivnost a zvýšená sugestibilita. (Renotiérová, 2006; Franiok, 2008)

2.2.2 Středně těžká mentální retardace (F71)

IQ lidí mající střední mentální retardaci dosahuje hodnot 35-49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let).

Neuropsychický vývoj je výrazně opožděný a omezený. Na poli psychiky se vyskytuje snížená koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání. Řeč je u těchto jedinců opožděná, dospívá stejně jako myšlení do úrovně konkretizační. Často komunikace zůstává na nonverbální úrovni s porozuměním jednoduchým verbálním instrukcím. Chování osob se středně těžkou mentální retardací je zpravidla zkratkovité, převládá labilita a nevyrovnanost. Často se u těchto jedinců vyskytují epileptické záchvaty a somatická postižení. Samostatnost v sebeobsluze vyžaduje podporu dohledu ze strany asistenta, pracovníka v sociálních službách a dosahuje se zpravidla dobrých výsledků. (Franiok, 2008; Pipeková, 2006)

2.2.3 Těžká mentální retardace (F72)

IQ lidí mající těžkou mentální retardaci se pohybuje v pásmu 20-34 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let).

Co se týče somatických postižení tak jsou u těchto jedinců častá, objevují se neurologické příznaky a epilepsie. Převládají stereotypní automatické pohyby jako například automatické kývavé pohyby hlavy a trupu, je zde výrazně omezena úroveň všech psychických schopností. Přijímají potravu speciálně upravenou nebo jsou krmeni. Minimální je rozvoj komunikativních dovedností, řeč bývá omezena na skřeky, neartikulované výkřiky nebo jednotlivá slova. Jedinci se často sebepoškozují a jejich afektivní (citová) sféra je

poškozena. Je potřeba pamatovat na to, že psychika těchto jedinců se rozvíjí mnohdy až později v dospělosti při vhodných podnětech. (Franiok, 2008; Pipeková, 2006)

2.2.4 Hluboká mentální retardace (F73)

IQ lidí mající hlubokou mentální retardaci dosahuje nejvýše 20 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky).

Tito jedinci mají časté kombinované vady tělesné a smyslové. Jsou většinou imobilní nebo jejich mobilita je výrazně omezena. Mívají postižení sluchu, zraku, taky neurologické poruchy. Na poli psychiky jsou znatelné těžké poruchy všech funkcí. Co se týče komunikace u těchto jedinců, tak většina nekomunikuje vůbec. Je zde těžké poškození afektivní sféry a často proto dochází ke sebepoškozování. Z psychiatrických poruch se často vyskytuje atypický autismus. Úroveň paměti a myšlení je i v dospělosti minimální, eventuálně žádná. (Franiok, 2008; Pipeková, 2006)

2.3 Psychické zvláštnosti jedince s mentální retardací

„Psychika lidí s mentální retardací v sobě skrývá řadu neodhalených možností zaměřených do oblasti specifických vloh, kreativity, intuice apod. Každý jedinec s mentální retardací je svébytnou bytostí s vlastními problémy a s vlastními vývojovými možnostmi, které je možné a nutné rozvíjet.“ (Renotiérová, 2006, s. 167)

Podle Švarcové (2000) ovlivňuje kognitivní/psychický vývoj a jeho procesy především tyto 3 zákonitosti:

učení

potřeba poznávat

sociální vztahy

Každý jedinec s mentální retardací je svébytným subjektem s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se u těchto jedinců projevují určité společné znaky, které závisí na druhu mentální retardace, jejím rozsahu, hloubce, na tom, zda jsou výrazně postiženy všechny složky psychiky, nebo jsou-li výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný. Bylo výzkumně zjištěno, že psychika se vyvíjí i při nejtěžších stupních mentálního postižení. L.S. Vygotský (In Švarcová, 2000) ve 30. letech 20. století dokázal, že duševní vývoj dětí s mentální retardací probíhá podle stejných zákonitostí jako vývoj normálního dítěte. Je zde zřejmá psychická závislost na procesu učení. Existují dvě koncepce vývoje. První říká, že dítě s mentálním postižením si osvojí vše elementární, jednoduché. Vezmeme-li kteroukoli sféru psychiky, v žádné z nich nemůže dítě dosáhnout vyšší úrovně. Jeho vývoj je determinován aktuální úrovní jeho rozumových schopností a „naprogramován“ na celý život. Druhou koncepcí je chápáno, že celý vývoj jedince je jednotný proces, v němž každá další fáze rozvoje závisí na fázi předcházející a každý další způsob reagování je podmíněn reagováním předcházejícím. Podle této koncepce není chápána rozumová zaostalost (poškození mozku) jako základní příčina symptomů a psychických zvláštností u jedince s mentální retardací. Průkopníkem této druhé koncepce je Vygotský (In Švarcová, 2000, s. 35), který zjistil, „*že jednotlivé symptomy mají různý a neobyčejně složitý vztah k základní příčině*“, proto doporučuje

rozlišovat kulturní a biologické procesy vývoje, které působí ve složité, vzájemně se ovlivňující jednotě.

Další funkcí psychiky je potřeba poznávat, která je podněcující silou psychického vývoje dětí. V okamžiku narození dítěte mozková kůra dítěte vstupuje v činnost a neukončila svou činnost formování jak po stránce funkční, tak i strukturní.

Pro psychický vývoj se nepříznivě rozvíjejí sociální vztahy s dalšími jedinci. Takové dítě nemá na jedné straně potřebu nových dojmů, na straně druhé, někteří rodiče zbytečně rychle neumožňují rozvoj samostatnosti z důvodu jejich zvýšené ochrany, a proto se kontakt mezi nimi často redukuje na uspokojování organických potřeb dítěte. Co se týče kontaktu s vrstevníky, buďto je jedinec s mentálním postižením nedokáže navázat, nebo je odmítán svými vrstevníky.

Velkou úlohu v psychickém vývoji má schopnost sluchového vnímání, které souvisí s rozvojem řeči. Opožděný vývoj řeči způsobuje dále opožděný psychický vývoj. Nedokonalé počitky a vjemy jsou základními symptomy, které brzdí, zpomalují rozvoj psychických procesů, zejména myšlení. (Rubinštějnová, 1973)

Vnímání podle Švancary (1980) velmi úzce souvisí s motorikou nejen v diagnostických testech, ale i ve skutečném vývoji dítěte. Souvisí také s celkovou aktivizační úrovní organismu, proto je důležité si uvědomit vztah mezi úrovněmi aktivizace a zapojovacími schopnostmi mozkové kůry. Úzký rozsah vnímání ztěžuje orientaci v novém místě a v neobvyklé situaci. Děti s mentální retardací špatně postihují souvislosti a vztahy mezi předměty. Tato omezená a opožděná schopnost má velký vliv na celý další průběh jejich psychického vývoje.

Mozek je po celý život schopen vývoje a dalšího přizpůsobování. V jeho systémech probíhají nejen regresivní, ale i progresivní procesy. Mozek je schopen regenerace, poškozené a poté zregenerované buňky dokáží znovuvytvořit nervová vlákna a tato oblast je pak dále schopna v určitém rozsahu přebrat nové úlohy. Existují významné faktory, které zvyšují schopnost mozku. Tím je myšlena správná výživa s dostatkem vitamínů a minerálních látek, pocit bezpečí a blízkost rodičů, senzorická stimulace a citlivý přístup k potřebám dítěte. (Pipeková, 2006)

2.3.1 Emocionální vývoj jedinců s mentálním postižením

Citový vývoj má úzkou souvislost s vývojem osobnosti jedince, který se týká povahy, sociální přizpůsobivosti, schopnosti a procesu učení a temperamentu. Synonymum emoce má společný kořen s motivací. City mají skutečně značnou motivační sílu v mnoha směrech – některé aktivizují, činí chování efektivnějším, jiné emoce oslabují, dezorganizují chování i výkon. Podle výzkumů M. Dolejšího z roku 1978 (In Švarcová, 2000) je chování těchto jedinců značně úzkostlivé a je řízeno dvěma výraznými tendencemi – vyhýbání se všemu neznámému/novému a závislostí na bezprostřední pochvale, odměně, povzbuzení. U těchto jedinců se častěji objevují chorobné citové projevy (epizodické poruchy nálad, euforie, apatie, projevy málo ovládané popudlivosti,..). (Vítková, 2004)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM

Pro výzkum sloužící mé bakalářské práci jsem použila obou metod výzkumu. Šetření bude probíhat formou dotazníku v jednom zhotovení rozdané nadvakrát pracovníkům. Hlavní částí kombinace bude zúčastněné pozorování klientů s použitím kamery. Z vytvořených dat a informací vytvořím anamnézu.

3.1 Cíl výzkumu

Cílem mého **kvalitativního výzkumu** je ***popsat průběh interakce mezi mnou a klientem a popsat reakce osoby s mentální retardací při použití preterapie.***

Dílčí cíle:

Popsat projevy emočního kontaktu klienta při používání preterapie.

Zmapovat projevy komunikačního kontaktu klienta při používání preterapie.

Popsat projevy realitního kontaktu klienta při použití preterapie.

Dále mě zajímalo, zda výsledkem naší interakce a použití preterapie bude viditelná změna na straně klienta. Určila jsem si tedy za cíl **kvantitativního výzkumu *zjistit případnou změnu chování klienta po výzkumu*** (z výpovědí dotazníků vyplněné pracovnicemi zařízení Sírius).

3.2 Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem v mém výzkumu jsou dvě skupiny osob*: klienti a pracovníci*.

1. Výzkumným vzorkem jsou 2 klienti Domova pro děti a mládež se zdravotním postižením Sírius v Opavě, Tomáš a Petra.

TOMÁŠ má těžkou mentální retardaci, přidružený Downův syndrom, dětskou mozkovou obrnu a anemii. V zařízení Sirius je už 18 let.

V dotaznících jej pracovnice označili jako samotáře, který má rád svůj klid. Pokud je podrážděný dává to najevo např. třením očí či kousáním palce. Jeho nespokojenost způsobuje např. hluk, křik, nucení do nějaké aktivity, změna prostředí (vycházka, účast v terapeutické dílně). Typickými projevy jeho chování jsou pozorování ostatních, dlouhé spaní, ukládání hraček a věcí na „své“ místo. Rád jí, chodí na procházky, kreslí a s pomocí dokáže bubnovat na bubínek, poslouchá muziku, hraje si s plyšovými hračkami. Když se směje, houpe se či mává rukama, znamená to, že je spokojený, v pohodě. Při tělesném kontaktu se usmívá, ale neopětuje jej.

PETRA má také těžkou mentální retardaci, dětskou mozkovou obrnu, encefalopatii a epilepsii. V zařízení Sirius je 20 let.

Petru označily pracovnice jako velmi vnímavou (směje se, když se o ní pracovnice baví, udržuje oční kontakt), která rozumí téměř všemu, co se jí povídá. Má čitelnou mimiku – když se jí něco nelíbí – mračí se a odvrací se, když má radost – usmívá se, háže sebou, vokalizuje, vykopává nohama. Dokáže si vyžádat pozornost vokalizováním. Ráda má, když si s ní někdo povídá o její rodině, prohlíží si s ní rodinné fota.

2. Výzkumným vzorkem jsou pracovnice Sírius, Opava. Oslovila jsem celkem 8 pracovnic - 4 pracovnice, které pracují na oddělení, kde žije Tomáš. Druhou čtveřicí jsou pracovnice, které pracují na oddělení, které obývá Petra.

3.3 Metody a techniky výzkumu

Využívám **smíšený** typ výzkumu, tedy – *kvalitativní a kvantitativní*. Díky kvalitativní metodě se můžu jako realizátor výzkumu dostat hlouběji do problematiky a setkat se osobně se zkoumanými jedinci. Z kvalitativní metody jsem si zvolila *zúčastněné pozorování*, kdy jsem aktivním účastníkem a uvádím metodu preterapie v praxi. Interakci mezi mnou, Petrou a Tomášem zaznamenávám na videokameru.

Abych mohla vyhodnotit projevy Petry a Tomáše, tak jsem si určila ty projevy, které jsou podle mě charakteristické pro realitní, komunikační a emoční rovinu. Tyto projevy jsou obsaženy v dotazníku.

Pro **realitní kontakt** jsem určila tyto výroky

- Spolupracuje při vykonávání denních aktivit
- Aktivně se účastní denních aktivit
- Reaguje na tělesný kontakt úsměvem
- Viditelně vnímá, co se kolem něj děje
- Má zájem o aktivity v zařízení
- Reaguje na okolní události/zvuk: pohybovou aktivitou (např. dojde k místu hluku, začne sebou „šít“)
- Reaguje na okolní události/zvuk: zrakovým kontaktem
- Reaguje na okolní události/zvuk: otočením hlavy za zvuky

Pro **emoční kontakt** jsem určila tyto výroky

- Je agresivní
- Je apatický
- Je lhostejný k lidem v jeho okolí
- Je podrážděný, nervózní, roztěkaný
- Sebepoškozuje se

Pro **komunikační kontakt** jsem určila tyto výroky

- Iniciuje kontakt s druhými
- Iniciuje tělesný kontakt
- Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním
- Udrží oční kontakt
- Umí si vyžádat pozornost
- Reaguje na okolní události/zvuk: vyvozováním zvuků/slov

Kvantitativní metodu realizuji jednou verzí dotazníku (viz. Příloha P1, P2) rozdanou pracovnicím zařízení nadvakrát – před začátkem výzkumu a po jeho ukončení. Dotazníků je dohromady šestnáct.

3.4 Realizace výzkumu

Před samotnou realizací výzkumu bylo potřeba najít zařízení pro děti s mentálním postižením, kde mi povolí použít metodu preterapie. Takové zařízení jsem kontaktovala ve svém rodném městě, v Opavě. Velice ochotně mi odpověděli ze zařízení **Sírius**, kde jsme se poté se sociální pracovnicí domluvily na spolupráci a rozhodovaly, kteří klienti by byli vhodní pro preterapii. Muselo jít o klienty, které bychom mohly označit jako uzavřené, izolované, nekomunikující. Klientů bylo vybráno pět, ale jen od dvou mi přišly informované souhlasy rodičů s povolením pracovat s nimi, natáčet je a použít jejich údaje v bakalářské práci.

Realizace výzkumu probíhala ve výše zmíněném zařízení ve dnech od **7. 3. – 25. 3. 2011**. Objekty mého pozorování, Tomáše a Petru jsem měla možnost pozorovat během jejich denních aktivit v centru. Před započetím výzkumu jsem nejprve tři dny docházela do domova, abych se seznámila jak s klienty, tak s chodem zařízení a abych zjistila potřebné informace o klientech. V průměru jsem zde trávila čtyři hodiny denně. Preterapii jsem využívala jak cíleně a soustavně, tak i spontánně, vzhledem k situacím, které nastaly.

S Tomem jsem natáčela naše společné interakce na kameru, když jsem uznala za vhodné. Kameru jsem měla položenou na stole a podle potřeby ji využívala. U Petry jsem kameru nechala buď na podložce, na které ležela nebo jsem ji měla v ruce a natáčela sama.

Po ukončení výzkumu jsem vybrané nahrávky přepsala do psané podoby a z nahraných dat jsem vyhodnotila projevy klientů charakteristické pro emocionální, realitní a komunikační kontakt (viz. Příloha P1).

3.5 Zpracování a vyhodnocení získaných dat

Ke *zpracování* získaných dat jsem použila dva totožné dotazníky, které pracovnice vyplňovaly první a poslední den mého výzkumu.

K *vyhodnocení* jsem pak použila rozdíly ve výpovědích, vyplývající z časové posloupnosti daného dotazníku (1.dotazník 7.3.2011 – 2.dotazník 25.3.2011).

3.5.1 Kvantitativní výzkum TOMÁŠ

Vyhodnocení dotazníku

Pouze u osmi výroků jsem při srovnání 1.dotazníku (počet 4) a 2.dotazníku (počet 4) zaznamenala změny ve výpovědích pracovnic. Ostatní změny ve výrocích byly zanedbatelné nebo nenastaly.

V tabulce se nacházejí číslice, která uvádějí počet pracovnic, jež odpověděly na jednu z nabízených možností.

Pro vyhodnocování jsem si vytvořila systém plusů a mínusů, přičemž:

Odpověď **NE** zaznamenávám takto: - - (2 mínusy)

Odpověď **ZŘÍDKAKDY**: - (1 mínus)

Odpověď **OBČAS**: -+ (1 mínus, 1 plus)

Odpověď **ČASTO**: + (1 plus)

Odpověď **VŽDY**: ++ (2 plus)

Vyhodnocení **1. dotazníku** ze strany čtyř pracovnic, které jsou v kontaktu s Tomášem ze dne **7.3.2011** :

	Ne	Zřídkakdy	Občas	Často	Vždy
Udrží oční kontakt	3		1		
Je apatický	2		2		
Má zájem o aktivity v zařízení	1	2	1		
Viditelně vnímá, co se kolem něj děje	1			3	
Reaguje na okolní události/hluk: zrakovým kontaktem	1	2		1	
Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov	4				
Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním	3		1		
Sebepoškozuje se			3	1	

Tabulka č. 1 Dotazník A, Tomáš

Uvádím vyhodnocení téhož dotazníku podaného pracovnicím po ukončení mého výzkumu dne **25.3.2011**:

	Ne	Zřídkakdy	Občas	Často	Vždy
Udrží oční kontakt	1		3		
Je apatický		2	1	1	
Má zájem o aktivity v zařízení		1	3		
Viditelně vnímá, co se kolem něj děje		3	1		
Reaguje na okolní události/hluk: zrakovým kontaktem	1			3	
Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov	1	3			
Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním	1	3			
Sebepoškozuje se		3	1		

Tabulka č. 2 Dotazník B, Tomáš

3.5.1.1 Vyhodnocení rozdílů v dotaznících

Například vyhodnocením rozdílu jedné výpovědi „Viditelně vnímá, co se kolem něho děje“ při sloučení dotazníků ze dne 7.3.2011 a 25.3.2011

z tabulky č. 1 Dotazník A, Tomáš -- , + , + , +

z tabulky č. 2 Dotazník B, Tomáš - , - , - , -+

vyplývá výsledek:

-- , + , + , + / - , - , - , -+ v číselné podobě je to 2 / - 3 (2 plusy / 3 mínusy)

Z plusové hodnoty 2 ve vyhodnocení **1. dotazníku** jsme se dostali do mínusové hodnoty -3 u **2. dotazníku**, což vypovídá o zhoršeném vnímání okolní reality ze strany Tomáše po ukončení výzkumu.

Rozdíly v odpovědích vyhodnocení prvního a druhého dotazníku jsem zaznamenala v osmi výrocích.

U dvou z nich jsem zaznamenala **negativní posun**:

„Viditelně vnímá, co se kolem něj děje“ (1 / -3), „Sebepoškozuje se“ (1 / -3)

U zbývajících šesti nastal **pozitivní posun**:

„Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním“ (-6 / -5), „Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov“ (-8 / -5), „Reaguje na okolní události/hluk: zrakovým kontaktem“ (-3 / 1), „Má zájem o aktivity v zařízení“ (-4 / -1), „Je apatický“ (-4 / -1), „Udrží oční kontakt“ (-6 / -2)

K **největšímu posunu** došlo u výroků:

„Viditelně vnímá, co se kolem něj děje“ (1 / -3), „Reaguje na okolní události/hluk: zrakovým kontaktem“ (-3 / 1), „Sebepoškozuje se“ (1 / -3)

Počet změn u reakcí charakteristických pro emoční kontakt: 2

Počet změn u reakcí charakteristických pro komunikační kontakt: 3

Počet změn u reakcí charakteristických pro realitní kontakt: 3

3.5.2 Kvalitativní výzkum – Zúčastněné pozorování TOMÁŠ

3.5.2.1 Můj první kontakt s Tomem

Houpe se dopředu – dozadu neustále. Mne si oči až do rudého zbarvení, pracovnice to hodnotí negativně. Někdy reaguje na mluvu smíchem. Oční kontakt je občasný.

Při preterapii nejvíce reagoval na aktivní podněty – klepal prstem na postel, já to verbalizovala („klepeš prstem na válendu“) a zároveň dělala to samé, začal opět klepat, já taky. Na jeho obličeji se objevil smích a krátký oční kontakt. Vzal do dlaně mou ruku, kterou jsem klepala na válendu (úsměv) a prohlížel si ji. Když jsem jej začala hladit po ruce, zájem klesal.

Ze začátku, když jsem si k němu sedala, otáčel se ke mně spíše zády. Poté, bez mých podnětů, se při mém posazení vedle něho, natáčel hrudí ke mně.

Kývavé pohyby, které jsou velmi charakteristické pro Tomáše, mohou znamenat nedostatek vhodné činnosti. Když upravoval přikrývku na posteli, bylo vidět, že je soustředěný a nekýval se. I při jeho oblíbené činnosti – malování – taky většinou zůstává sedět bez kývavých pohybů.

3.5.2.2 Videonahrávky

Na oddělení se pohybovali v době nahrávání i jiní klienti. Bylo možné sledovat, že ve chvíli, kdy jiný klient vyžadoval moji pozornost a já se mu na malý okamžik věnovala, Tom se odvracel, otáčel nebo se ode mě vzdálil na druhý konec válendy. Také však nastala humorná situace, kdy jsem dělala jednomu klientovi letadlo, smáli se nejen klienti, ale i Tomáš.

Při používání reflexí jsem často měla pocit, že při zmínění reflexe „Sedíme oba dva na posteli“, „Sedím vedle tebe“ jakoby více zpozorněl, soustředil se, vnímal na okamžik viditelněji (pohyb očí ke mně, zpomalení kývání…).

Nabízené aktivity:

- vonný polštářek – třepal s ním, čichal k němu, dával si ho k obličeji, držel ho v ruce, odhodil
- šátek, který jsem mu dala na krk – přestal se kolébat, držel jej v obou rukách, prohlížel si jej, dal si jej na obličej, usmíval se. Když jsem od něj odešla, okamžitě jej sundal a vyhodil . č. nahrávky 2173
- skládat míče a plyšáky do koše – rozložila jsem mu je na postel – vyhodil je pryč. č. nahrávky 2173
- připla jsem si kolíky na prsty – zastavil se a zblízka sledoval, jak si je na ruku připínám. Nabídla jsem mu ruku s kolíky, šáhl po kolíku a otáčel s ním. Přestal se jej dotýkat, když zjistil, že jej nelze z prstu tak lehce odejmout. Ukázala jsem mu jak a že se kolíky dají sundat z prstů a opět si je připla. Jeden z nich si vytáhl, pozoroval zblízka, ale po nějaké chvilce vyhodil pryč. Č. nahrávky 2175
- Když mě pak někdy chytl za ruku, z ničeho nic jsem zvedla ruce vysoko do vzduchu, ať si mě chytne sám a on tuto činnost po mě opakoval – to může sloužit k procvičování svalů na rukou. Č. nahrávky 2185

3.5.3 Kvantitativní výzkum PETRA

Uvádím vyhodnocení **1.dotazníku** podaného pracovnicím při započetí výzkumu dne **7.3.2011**:

	Ne	Zřídkakdy	Občas	Často	Vždy
Směje se			2	2	
Udrží oční kontakt			1	1	2
Má zájem o aktivity v zařízení				2	2
Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov			1	1	2
Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním	1		2	1	
Aktivně (v rámci možností) se účastní denních aktivit			2	2	

Tabulka č. 3 Dotazník A, Petra

Uvádím vyhodnocení téhož dotazníku podaného pracovnicím po ukončení výzkumu dne **25.3.2011**:

	Ne	Zřídkakdy	Občas	Často	Vždy
Směje se			1	3	
Udrží oční kontakt					4
Má zájem o aktivity v zařízení		1	1	2	
Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov			3	1	
Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním	2	2			
Aktivně (v rámci možností) se účastní denních aktivit				2	2

Tabulka č. 4 Dotazník B, Petra

3.5.3.1 Vyhodnocení rozdílů v dotaznících

Například vyhodnocením výpovědi „Udrží oční kontakt“ při sloučení dotazníků ze dne 7.3.2011 a 25.3.2011

z tabulky č. 3 Dotazník A, Petra -+ , + , ++ ,++

z tabulky č. 4 Dotazník B, Petra ++ , ++ , ++ , ++

vyplývá výsledek:

-+ , + , ++ , ++ / ++ , ++ , ++ , ++ v číselné podobě je to 5 / 8 (5 plusů / 8 plusů)

Z plusové hodnoty 5 ve vyhodnocení **1. dotazníku** jsme se dostali opět do plusové hodnoty 8 u **2. dotazníku**, což vypovídá o určitém zlepšení u Petry v udržení očního kontaktu po ukončení výzkumu.

Rozdíly v odpovědích vyhodnocení prvního a druhého dotazníku jsem zaznamenala v šesti výrocích.

U čtyř z nich jsem zaznamenala **negativní posun:**

„Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním“ (-1 / -6) , „Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov“ (5 / 1) , „Je lhostejná k lidem v jejím okolí“ , „Má zájem o aktivity v zařízení“ (6 / 1)

Z nich jsem u zbývajících dvou zaznamenala **pozitivní posun**:

„Aktivně (v rámci možností) se účastní denních aktivit“ (2 / 6) , „Udrží oční kontakt“ (5 / 8)

K **největší posunu** došlo u výroků:

„Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním“ (-1 / -6), „Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov“ (5 / 1), „Má zájem o aktivity v zařízení“ (6 / 1)

Počet změn u reakcí charakteristických pro emoční kontakt: 1

Počet změn u reakcí charakteristických pro komunikační kontakt: 3

Počet změn u reakcí charakteristických pro realitní kontakt: 2

3.5.4 Kvalitativní výzkum – Zúčastněné pozorování PETRA

3.5.4.1 Můj první kontakt s Petrou

Přišlo mi ze začátku, že preterapii asi neumím vhodně u Petry použít, protože na ní nereaguje. Sama jsem měla potíže vyhodnotit její projevy tak, abych je mohla odrážet/reflektovat. Přišlo mi, že jsme si osobnostně nesedly, jestli se to tak dá říci. Petra mě moc nevnímala, (ne v důsledku svého postižení) a já si neuměla poradit, jak ji zaujmout. Všimla jsem si, že Petra reaguje spíše na aktivnější kontakt ze strany druhého člověka (pracovnic). To se mi nepodařilo z důsledku vlastní „neschopnosti", nevědomosti, nezkušenosti a ostychu. Přišlo mi problematické vyznat se v tom, zda něco opravdu chce nebo nechce. Velice často kývala na otázku hlavou, jakoby bychom my v téže situaci odpovídali kýváním hlavy doprava – doleva, že něco nechceme nebo nesouhlasíme. Petra takto odpovídala na otázky, u kterých se hodně smála a bralo se to tak, že odpovídá ano.

3.5.4.2 Videonahrávky

Videonahrávka č. 2164.

…..„Tak já si tě teďka natočím Peťulko, ležíš na posteli, koukáš se směrem ke dveřím. Teď se tam koupají vedle." Bez reakce, bez zrakového kontaktu. „Kopeš nohama a koukáš se směrem ke dveřím." „Vyhlížíš tam někoho Péťo?" – Úsměv. „Vyhlížíš tam někoho?" Úsměv a zvuk, zvednutí hlavy. „Jo? A kdo tam je ale?" Péťa má zvednutou hlavu. „Tam ještě nikdo není, že? ..Poslouchášˮ. Vydala zvuk. „Haló, je tam někdo?" (z jiné místnosti křik). Péťa má zvednutou hlavu. „Že posloucháš, co se venku děje? A koukáš směrem ke dveřím." Více zvedla hlavu (pláč z jiné místnosti). „Posloucháš a kopeš nohama, pohybuješ se." ….

Videonahrávka Péťa II.

…Zvoní telefon, Péťa vydává hlasitý zvuk a hlavou pobízí. Usmívá se. „Už to paní zvedla, že?" Kouká se na mě, pobízí mě? Kouká se na mě, spravuji ji dečku a ona stahuje obočí, jakoby se mračila….Jakoby se diví, zvedá obočí. „Co?" Mračí se. „Koukáš se mi na pusu a kýveš hlavou. Petra vydá zvuk a mračí. „Mračíš seˮ. Vydala zvuk, usměv, kýve hlavou. „Kýveš hlavou." Zvedá se nahoru a kouká se na mě. „Koukáš se na mě." „Díváme se sobě

do očí.“ Díváš se mi do očí, já se dívám na tebe Mirko, jéje, Péťo.“ Její smích, usmívá se. „Usmíváš se“. Zvuk, jakoby její pobídka…..

3.6 Závěry a doporučení

Prvním cílem bylo *popsat průběh interakce mezi mnou a klientem a popsat jeho reakce při použití preterapie*. Tuto část jsem splnila při opisu videonahrávek v kapitole 3.5.2.2. a 3.5.4.2, kde popisuji klientovy projevy. Zajímavou částí jsou podněty vedoucí k projevu emoční roviny, komunikační a realitní úrovně klienta. Dále je možné najít plný přepis videonahrávky v Příloze P3.

Splnění dílčích cílů (popis emočního, komunikačního a realitního kontaktu) jsou splněny v kapitolách 3.5.2.2, 3.5.4.2 a Příloze P3.

Druhým cílem bylo *zjistit případnou změnu klientova chování po výzkumu*. Tuto podmínku jsem splnila v kapitole 3.5.1.1 a 3.5.3.1, kde jsou vyhodnoceny dotazníky vyplněné pracovnicemi. Jsou zde poznat jak negativní, tak pozitivní posuny, ale také k jakému největšímu posunu u klientů došlo.

Doporučení pro lidi, kteří chtějí používat preterapii:

někteří klienti s mentálním postižením potřebují zaktivizovat, aby šlo jejich projevy reflektovat.

ZÁVĚR

Práce nad vybraným tématem byla pro mě velice zajímavou zkušeností, kde vědomosti podle mého úsudku příliš důležité nebyly. Obohatila mne především pocitově, s tím, že šlo o „obyčejný“ lidský kontakt, empatii, osobní angažovanost a vlastní schopnosti. Preterapie v tomhle případě hrála jakoby doplňující funkci, jak jsem se měla možnost přesvědčit ve chvílích trávených s Tomem. Jak komunikovat, když nevydává ani zvuky, aktivně nepoužívá komunikační tabulku, oční kontakt je minimální…?

Jako přínos mé osobní účasti hodnotím snížení míry sebepoškozování Toma, který si zpočátku opakovaně mnul oči nebo tlačil prsty do koutků, ale v závěru výzkumu toto chování vymizelo na míru jednoho přetření očí nebo se nevyskytlo vůbec. Na počátku výzkumu se Tom při mých návštěvách ode mne odvracel a odsedával si. V průběhu a na konci našeho setkávání mě však dokonce i sám od sebe chytal za ruku (probíhající po pár minutách naší společné interakce) a v poslední den výzkumu, mi ležel hlavou v klíně a usnul zde. Netuším, zda v tomto případě šlo o podíl preterapie nebo *pouhého* faktu, že někdo přišel vyloženě za ním, sedí vedle něj, projevuje o něj zájem a je tu jen pro něj. Osobně si myslím, že tyto pozitivní změny, leč malé, nabyté během tří týdnů, nenabudou trvalejšího charakteru a je mi to jako člověka líto.

Při hodnocení výsledků změn chování Petry jsem na rozpacích, protože jsem preterapii nepoužívala tak, jak jsem si zpočátku představovala. Už při prvních kontaktech jsem pochopila, že nedokáži Petru účinně zaujmout vnějšími podněty tak, abych mohla reflektovat její projevy. Přičítám to vlastní nezkušenosti a ostychu. V tom smyslu hodnotím výzkum u Toma cennějším, jelikož má větší výpovědní hodnotu.

Věřím, že v budoucnu budu mít ještě možnost se podílet na osobnostním rozvoji lidí podobných Petře a Tomášovi, a to nejen jako čtenář myšlenek zakladatele preterapie Garryho Proutyho.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

[1] ČERNÁ, Marie. *Psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením.* Vyd. 1, Praha: Karolinum, 2008. 228 s. ISBN 978-80-246-1565-3

[2] DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. upravené a doplň. vyd. Praha : Avicenum, 1983. 222s.

[3] FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutí k žákům s mentálním postižením).* Vyd. 3, dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. 142 s. ISBN 978-80-7368-622-2

[4] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2., rozš. a přeprac. Vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0

[5] PÖRTNER, Marlis; BABKA, Petr. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadující trvalou péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0

[6] PROUTY, Garry; PÖRTNER, Marlis; WERDE, Dion Van. *Preterapie.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 197 s. ISBN 8071789496

[7] RENOTIÉROVÁ, Marie; LUDVÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika.* Vyd. 4. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9

[8] RUBINŠTEJNOVÁ, Susanna Jakovlevna. *Psychologie mentálně zaostalého žáka.* Vyd. 1. Praha: státní pedagogické nakladatelství, 1973. 206 s. ISBN 152-276-371-9

[9] ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 192 s. ISBN 978-80-247-2938-1

[10] ŠVANCARA, Josef. *Diagnostika psychického vývoje*. 3. upravené vyd. Praha : Avicenum, 1980. 367 s

[11] ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd.1. Praha : Portál, 2001. 178 s., tb. ISBN 80-7178-506-7

[12] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika předškolního věku.* Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. 192 s. ISBN 8073150719

[13] VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: intergrace školní a speciální.* 2., rouzš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 8073150719

[14] VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie.* 3., aktualiz. a dopl. Vyd. Praha: Grada, 2010. 287 s. ISBN 978-80-247-2667

Internetové zdroje:

[15] Kraj Vysočina. *Tiskové zprávy kraje Vysočina ze dne 2.2.2006* [online]. Jihlava, 2006, [cit. 2011-31-03]. Dostupné z WWW http://extranet.kr-vysocina.cz/dbman/tiskove_zpravy/vypis.php?dir=2.2.2006

[16] *Hospitals/Trusts/Charities Interest with Pre-Therapy.* In. Prouty's Pre Therapy: The Essence of Contact Work A Carer's Perspective. Pre-therapy international Network, 2009 [cit. 2011-03-31].

Dostupné z WWW: http://www.psychological-well-being.co.uk/?Current_Interest:Hospitals%26nbsp%3B_%2F_Trusts_%2F_Charities_Interest_with_Pre-Therapy

[16] *Positive outcome*. In: Prouty's Pre Therapy: The Essence of Contact Work A Carer's Perspective. Pre-therapy international Network, 2009 [cit. 2011-03-31].

Dostupné z WWW: http://www.psychological-wellbeing.co.uk/?Positive_Outcome

[17] PÖRTNER, M. *Psychoterapie pro lidi s mentálním postižením na základě přístupu zaměřeného na člověka* [online]. Praha, 2008, [cit. 2011-03-17].

Dostupné z WWW: http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000534.pdf

[18] SOMMERBECK, L., *Beyond psychotherapeutic reach? An introduction to pre-therapy* [online]. Denmark: Psykolog Nyt, 2006, [cit. 2011-03-18].

Dostupné z WWW http://www.pce-world.org/about-pce/articles/110-beyond-psychotherapeutic-reach-an-introduction-to-pre-therapy.html

Internetové zdroje kurzů:

[18] www.dtpce.cz/cs/socialni-sluzby.aspx

[19] www.edupol.cz

[20] www.ies.podaneruce.cz

[21] www.kvalitavpraxi.cz

[22] www.pckvary.cz/va/programova.nabidka.php?oddil=14

[23] www.profima.cz

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1, Dotazník A, Tomáš……..38

Tabulka č. 2, Dotazník B, Tomáš.....39

Tabulka č. 3, Dotazník A, Petra……...42

Tabulka č. 4, Dotazník B, Petra……43

SEZNAM PŘÍLOH

P1: Dotazník 1.

P2: Dotazník 2.

P3: Psaná podoba nahrávacích reakcí

P4: Evropská zdravotnická zařízení a centra využívající metody preterapie

PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK 1.

Dobrý den,

Jmenuji se Dominika Vykydalová. Jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Sociální pedagogika.

Díváte se na dotazník, který zkoumá působení preterapie u klientů s mentálním postižením. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Veškeré Vámi poskytnuté informace budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Za vstřícnost a upřímnost při vyplňování předem děkuji.

Dominika Vykydalová

Které slovo podle Vás nejvíce charakterizuje klienta /klientovo chování. Co je nejvíce typickým rysem v chování klienta?

.....

	Ne	Zřídkakdy	Občas	Často	Vždy
Směje se					
Udrží oční kontakt					
Je agresivní					
Reaguje na verbální kontakt					
Je apatický					
Iniciuje kontakt s druhými					
Má zájem o aktivity v zařízení					
Viditelně vnímá, co se kolem něj/ní děje					
Reaguje na okolní události/hluk: otočením hlavy za zvuky					
Reaguje na okolní události/hluk:					

zrakovým kontaktem					
Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov					
Reaguje na okolní události/hluk: pohybovou aktivitou					
Iniciuje tělesný kontakt					
Reaguje na tělesný kontakt úsměvem					
Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním					
Je podrážděný/á, nervózní, roztěkaný					
Sebepoškozuje se					
Aktivně (v rámci možností) se účastní denních aktivit					
Spolupracuje při vykonávání denních aktivit					

Jaké projevy jsou u něj/ní typické? Co podle vás znamenají/odrážejí?

……

……

……

……

……

……

……

Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku

PŘÍLOHA P 2: DOTAZNÍK 2.

Dobrý den,

Díváte se na 2. část dotazníku, který zkoumá změny působení preterapie u klientů s mentálním postižením. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Veškeré Vámi poskytnuté informace budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Za vstřícnost a upřímnost při vyplňování předem děkuji.

Dominika Vykydalová

	Ne	Zřídkakdy	Občas	Často	Vždy
Směje se					
Udrží oční kontakt					
Je agresivní					
Reaguje na verbální kontakt					
Je apatický					
Iniciuje kontakt s druhými					
Má zájem o aktivity v zařízení					
Viditelně vnímá, co se kolem něj/ní děje					
Reaguje na okolní události/hluk: otočením hlavy za zvuky					
Reaguje na okolní události/hluk: zrakovým kontaktem					
Reaguje na okolní události/hluk: vyvozováním zvuků/slov					
Reaguje na okolní události/hluk: pohybovou aktivitou					

Iniciuje tělesný kontakt					
Reaguje na tělesný kontakt úsměvem					
Reaguje na tělesný kontakt jeho opětováním					
Je podrážděný/á, nervózní, roztěkaný					
Sebepoškozuje se					
Aktivně (v rámci možností) se účastní denních aktivit					
Spolupracuje při vykonávání denních aktivit					

Jiné pozorované změny u klienta:

……

……

……

……

……

……

……

…….

Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku

PŘÍLOHA P 3: PSANÁ PODOBA NAHRÁVENÝCH REAKCÍ

Nahrávání **Tomáše**, č. videa 2162, délka videa - 12 minut a 38 vteřin. Pořízeno dne 15. 3. 2011.

Tom se kýve, sedí tělem naproti druhé válendy. Sedám si vedle něj na druhou válendu, bokem k němu. „Držíš se takhle (dělám to samé jako on) za ruce“, pohybuješ se dopředu – dozadu. /Zdá se mi uvolněný, pobavený, dobře naladěný/ „Sedíme oba dva na posteli/válendě.“ Možná se mi kouká na ruce. Ukazuji mu obrázek na stěně, okamžitě reaguje a dívá se, na co ukazuji. Kolébám se. „Já se začnu také kolébat.“ „Kolébám se.“ – kouká po místnosti. Natahuje a chytí mě za ruku. „Chytáš mě za ruku.“ Stále se kolébá. „Držíš mě za ruku. „ Směje se. Kouká se z okna ven. „Usmíváš se na mě.“ „Já se směju na tebe.“ Směje se. Už se mě nedrží, pohybuje rukama na svých stehnech a mé ruce. Chytá se a drží se sám za dlaně. „Hladím tě.“ Kouká se po mé ruce. „Cítíš to? Hladím tě po ruce.“ Kolébá se. „Držíš ruce takhle (chytám se jako on)“. Pozoruje to při svém kolébání se. Chytá se za lokty. „Držíš se za lokty.“ Kouká se mi po rukách. …Šum – moje mluva k němu. Usměje se. „V místnosti hraje televize, paní uklízečka tady uklízela. Niki se tady dívá na televizi. Máš na sobě papuče.“ Koukl se na televizi či do prostoru. Tleskám. „Tleskám rukama.“ Tleskám rukama. Třu ruce o stehna. „Třu si nohy.“ Dívá se na svá stehna. „Díváš se na své nohy.“ Přesunuje se stehny ke mně celý. „Otáčíš se směrem ke mně.“ „Jsi blízko mě.“ „Já mám na sobě zelenou barvu.“ Usmál se, koukl se na mě. Kolébá se. „Dotýkáš se mého ramene.“ „Nebolí tě to?“ „Boucháš mě hlavou do ramene. Nebolí tě to, Tome?“ Kouká z okna. Kolébá se. „Jenom jemňoučce, ať to nebolí tebe ani mě.“ Zmírnil své kývání. Nenarazil do mého ramene úplně. „Ať tě to nebolí tady (ukazuji na nos) na nose. Tady (ukazuji na sobě) máš nos a dotýkáš se jím mého ramene (ukazuji).“ Ukazuji na svůj nos a říkám: „jenom jemňoučce.“ Tom se dívá na mě a tam, kam ukazuji. „Ať to nebolí. Jenom jemňoučce.“ Naráží na mé rameno. Nenarazil. „Ták.“ „Tak je to dobře.“ Opět nenarazil, jenom se lehce dotkl. Narazil. „Koukáš se před sebe.“ Kouká se na stehna. „Já sedím naproti tobě.“ Hned mírně zvedl hlavu. Kolébá se. Jemně se dotkl ramena nosem. „Koukáš se nahoru.“ „Tak jenom jemňoučce.“ „Dotýkáš se nosem a pusou mého ramene (ukazuji).“ Kolébá se a dotýká se . „Ať to nebolí tebe ani mě.“ „Ať to jenom polechtá.“ Jemně naráží. „Koukáš se před sebe. Opatrně“ Vzhlédl nahoru. „Držíš se za ruce.“ „Kolébáš se pomalu dopředu-dozadu.“ „Já vím Tome, že ty umíš…..šum, vyhodit deku do vzduchu, papír do vzduchu, míč včera, hráli jsme si s míčem

včera. Já jsem ti ho posílala, tys ho házel dozadu.“ Kolébá se beze změn, dotýká se nosem mého ramena. „Já trošku natočím tu kameru, co jsem ti ukazovala…“ – chytá mě zničehonic za ruku. „Chytáš mě za ruku. Držíme se za ruku.“ Kolébá se. Koukal se na naše ruce, jsou na jeho stehně. „Hladím tě prstíkem“. Kouká ke dveřím. „Teď někdo vešel do místnosti.“ Kolébá se, nos-rameno. „Držíme se za ruce Tome.“ Kolébá se. Kouká se na naše ruce. „Tlačíš mě prstem.“ „A já tě taky tlačím prstem.“ „Taky tě tlačím prstem.“ Kouká vzhůru na strop. „Díváš se nahoru.“ Koukám taky, jeho pohled směřuje k oknu. ..“Díváš se na mě.“ „Dotýkáš se mě nosem a pusou.“ Ukazuji. „Tady opatrně, ať to nebolí.“ Kouká dolů, kolébá se. „Držíš mě za ruku.“ „Opatrně, ať tě nebolí tady to (ukazuji na nos a pusu).“ Bez jeho očního kontaktu. „Ták, jenom opatrně.“ Úplně pomalinku se zakolébal – 3krát. Narazil silněji. 7:07 „Opatrně, ať tě nebolí nosek a pusa (ukazuji).“ Zjemňuje pohyb a náraz. Nedotkl se mě při kolébání. Posunula jsem kameru, koukl se, co dělám. „Otočila jsem kameru teďka. Mám svoji ruku na tvoji dlani.“ Během této věty se díval do místnosti. „Dotýkáš se svým nosem mého ramene.“ „Voním?“ – přikládám si triko z ramene k nosu. Bez jeho očního kontaktu, stále se stejně kolébá. „Dotýkáš se nosem mého ramene. Děláš to opatrně, ať to nebolí. Mačkáš mi ruku, já tě taky mačkám.“ Vše dělá opatrně. „Kolébáš se.“ Zvedl oči ke stropu, dívá se k oknu/z okna, přitom se kolébá. „Zvedáš mi ruku. Uvolňuješ stisk. Držíš mě pevně.“ Chytl mě za články prstů, přitom se kolébá. Držíš mě pěvně za ruku, taky tě držím pevně. Kolébáš se. Dotýkáš se mého ramene.“ Koukl na strop, k oknu. „Ťukám tě do dlaně.“ „Ťukám tě do dlaně.“ „To se ti asi nelíbí, protože…..šum…“ „Otáčel jsi oči vzhůru.“ – kouká se nahoru. „Koukáš se nahoru, co tam je.“ „Koukáš se, kdo přišel.“ „Držíš mě za ruku.“ „Já tě mačkám. Koukáš se na paní kam jde, koukáš se směrem k televizi.“ Po chvíli se koukl na naše ruce a chytl se mě celou dlaní a pevněji…. „Držíš mě za ruku, mačkáš mě. Já tě taky mačkám.“ Kouká po místnosti. „Koukáš se po místnosti.“ Pustil moji ruku, kolébá se. Nechal svou ruku blízko mé, v té poloze v jaké mě držel. Moje je ruka je na jeho stehně v té poloze, v jaké jsme se drželi. Kouká se na naše ruce. „Mám ruku na tvém stehně.“ Koukl se po mojí ruce. Kolébá se. .. Svou ruku pokládá na mou. Mluvím – šum.. Chytá mě za články prstů a přitahuje, pevněji je svírá. Kolébá se. Bez očního kontaktu. Zvedá mi ruku do vzduchu a chytá se jí pevněji a celou dlaní. Kouká směrem k oknu. Otáčím dlaní tak, že hřbet ruky mám položený na jeho stehně. Sevřel mě pevněji. Hladím při držení se jeho ruku palcem. „Koukáš se na mě.“ (- měla jsem pocit, že se na mě podíval, ale při shlédnutí to nelze určit.). Naše ruce jsou mírně ve vzduchu. 11:40. Otočil ruku ve vzduchu tak,

že jeho hřbet ruky míří k jeho stehnu, otáčí zpátky do předešlé polohy. Bez jeho očního kontaktu. Nesvírá mou ruku, moje ruka mi jakoby vypadla z jeho dlaně. Kouká se po mé ruce. Svou ruku má stále ve vzduchu. Nechávám svou „spadnout“ na jeho stehno. On svými prsty lehce pokládá na mojí ruku. Jakoby svými prsty hladil články mých prstů. Chytá mě pevně za články prstů. Do okamžiku stisknutí pozoruje naše ruce, poté se dívá směrem k oknu za mě. „Držíme se za ruce.“ „Koukáš se na paní, co tam dělá ve skříni.“ Pak jeho oči směřují za mě, k oknu. Sleduje šum v místnosti (paní něco v místnosti dělá). Stále se kolébá. Pouští mou ruku a pokládá svou ruku na hřbet mojí ruky.

PŘÍLOHA P 4: EVROPSKÁ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ A CENTRA

Scotland

Renfrewshire and Inverclyde Prmiary Care NHS Trust

Dykebar Hospital – Paisley

Ravenscraig Hospital – Greenock

Lochgilphead Hospital - Lochgilphead

Lanarkshire Primary Care NHS Trust

Old Age Psychiatric Hospitals and Day Hospitals.

England

West Sussex Health and Social Care NHS Trust

East Suffolk Mind

Belgium and Netherlands

Psychiatrisch Ziekenhuis St-Camillus,

Beukenlaan 20, 9051 St-Denijs Westrem, Belgium.

Contact Mr Dion Van Werde: Lic. Psych.

Psychiatrisch Centrum St-Amandus

Reigerlo 10, 8730 Beernem, Belgium.

Contact Dr. Luc Roelens: Psych.

Clinique Sans-Soucis

Avenu de l'exposition 218, 1090 Bruxelles.

Contact Mr. Jean-Marc Priels: Lic. Psych

Psychiatrisch Centrum St-Norbertushuis

De Ceder, Stationsstraat 22C, 2570 Duffel, Belgium.

Contact Mr. Paul Dierick: PhD Psychology

Psychiatrisch Ziekenhuis Mondriaan

Zorggroep Heerlen, Netherlands.

Contact Dr. Frank Meuleman: Psych.

Bethaniën psychiatrisch centrum

Contact Stijn Leijssen Stijn.Leijssen@emmaus.be

Ambulante Forensische Psychiatrie noord-nederland, in Assen

Contact Marion.Verkade@ggzdrenthe.nl

(psychological-wellbeing.co.uk, [online])