

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciálněpedagogických studií

# Bakalářská práce

Martin Fiedor

Specifika uplatňování paradivadelních přístupů u osob s mentální  
retardací a duševním onemocněním

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem napsal samostatně pod vedením Mgr. Martina Dominika Polínka, Ph.D. a k práci jsem použil jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 18. 3. 2014

.....

Martin Fiedor

Děkuji Mgr. Martinu Dominiku Polínkovi, Ph.D. za odborné vedení práce, věcné připomínky a rady. Dále bych rád poděkoval Haně Kuzníkové za duševní podporu a personálu stacionáře Domov Jitka ve Vsetíně, kde byl prováděn výzkum.

## Obsah

ÚVOD .....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1. Mentální retardace .....	8
1.1. Mentální retardace podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize .....	9
1.2. Etiologie .....	10
1.3. Přístup k osobám s mentální retardací .....	10
1.4. Specifika psychických procesů klienta s mentálním postižením .....	11
1.4.1. Smyslová percepce .....	11
1.4.2. Myšlení a řeč .....	12
1.4.3. Paměť a pozornost .....	12
1.4.4. Utváření sociálních vazeb .....	12
1.4.5. Emotivita .....	12
1.4.6. Vůle .....	12
1.5. Nové trendy v péči o lidi s mentálním postižením .....	13
2. Duševní poruchy a poruchy chování .....	14
2.1. Schizofrenní poruchy a schizofrenie .....	14
2.1.1. Schizofrenie .....	14
2.1.2. Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie .....	14
2.1.3. Vznik, průběh a prognóza .....	16
2.1.4. Typy schizofrenie .....	18
2.1.5. Sociální význam schizofrenie .....	18
2.2. Poruchy nálady (afektivní poruchy) .....	19
2.2.1. Výskyt a příčiny .....	19
2.2.2. Klinické projevy .....	20
2.2.3. Sociální význam afektivních poruch .....	21
2.3. Neurotické a úzkostné poruchy .....	22

2.3.1. Obsedantně-kompulzivní porucha.....	22
2.4. Specifika práce s klientelou s duševním onemocněním .....	23
2.5. Specifika klientely s mentální retardací a duševním onemocněním.....	24
3. Systém sociální péče .....	25
3.1. Základní druhy a formy sociálních služeb.....	25
3.2. Služby sociální péče.....	26
3.2.1. Týdenní stacionáře .....	26
4. Paradivadelní systémy.....	28
4.1. Divadlo ve výchově (theatre in education).....	28
4.2. Dramatická výchova (drama in education).....	29
4.3. Další pojmy.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
5. Cíl výzkumu .....	34
6. Metodika výzkumu.....	35
7. Realizace výzkumu .....	38
7.1. Stacionář Jitka.....	38
7.2. Průběh výzkumu .....	39
8. Analýza dat – výsledky výzkumu .....	41
8.1. Kategorie.....	41
9. Hodnocení výzkumu – diskuze .....	45
ZÁVĚR .....	48
SEZNAM PRAMENŮ A POUŽITÉ LITERATURY .....	49
SEZNAM PŘÍLOH.....	52
ANOTACE.....	64

# ÚVOD

Téma pro tuto bakalářskou práci Specifika uplatňování paradivadelních přístupů u lidí s mentální retardací a duševním onemocněním jsem si vybral především proto, že oblast paradivadelních přístupů u této klientely v současné době není dostatečně zpracována, a vnáší zájem se o toto téma zabývat. Je všeobecně známa a dobře popsána práce s klientelou lidí s mentální retardací i s lidmi s duševním onemocněním. Kombinace těchto dvou postižení však není tolik častá, k tomuto tématu moc literatury nenajdeme a nevíme o ní tolik, jako je tomu u oněch dvou zmíněných.

Cílem této práce je zjistit, zda li nějaké specifika jsou, a pokud ano, popsat je. Práce je rozdělena do dvou částí. V té první – teoretické, se autor zabývá popisem jednotlivých klientel, kterými se v práci zabývá a jinými pojmy, které jsou pokládány pro tuto práci za důležité. Kapitola o mentální retardaci popisuje jednotlivé stupně, její příčiny a specifika v různých složkách psychických projevů člověka. Poté je pozornost směřována k problematice duševních poruch a poruch chování, kde byly vybrány tři nejčastěji se vyskytující onemocnění, se kterými jsme v průběhu výzkumu přišli do styku. Následně je nastíněn aktuální systém sociální péče v České republice, její základní druhy a formy a podrobněji se zabýváme popisem týdenních stacionářů, jako služby, ve které byl výzkum k této práci prováděn. Závěrem uvádíme paradivadelní systémy, některé popisujeme blíže a vysvětlujeme si ostatní přidružené pojmy, se kterými zde pracujeme.

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na praktickou část, ve které se snažíme prozkoumat a popsat prostředí týdenního stacionáře Domov Jitka, ve kterém výzkum probíhal, metody, které byly pro výzkum použity a samotný popis realizace výzkumu. Tématem výzkumného zkoumání byla specifika uplatňování paradivadelních přístupů u klientů v zařízení. Pro výzkumné šetření byl vybrán kvalitativní výzkum, ve kterém pomocí metody terénních zápisů, utváření trsů a metody kontrastů a srovnávání byla výzkumná data zpracovávána se snahou dosáhnutí výzkumných cílů.

## TEORETICKÁ ČÁST

*„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“*

Adrian D. Ward

Teoretická část bakalářské práce vychází z odborné literatury a nabízí základní informace, které jsou důležité pro danou problematiku. Autor zde popisuje jednotlivé klientely, kterými se v práci zabývá, paradivadelními přístupy a legislativní vymezení systému péče v týdenních stacionářích.

## 1. Mentální retardace

První část bakalářské práce je zaměřena na problematiku mentální retardace, popisující jednotlivé stupně mentální retardace, její etiologii, specifika psychických procesů a nové trendy společně s přístupy k osobám s mentální retardací. Tento pojem je důležitý pro danou problematiku a bezprostředně souvisí s klientelou, která byla v této práci zkoumána.

Děti, mládež i dospělí lidé s mentální retardací představují mezi zdravotně postiženými jednu z největších skupin. Speciálně pedagogická disciplína zabývající se touto problematikou se nazývá Psychopedie (Krejčířová, 2005). Mentální retardací rozumíme především sníženou úroveň rozumových schopností člověka, které jsou v psychologii označovány jako inteligence. To se projevuje zejména menší schopností kognice a adaptace jedince (Švarcová, 2011). Dolejší (in Valenta, 2003) popisuje následující determinanty nastiňující globální obraz mentální retardace v různé variabilitě i hierarchii. Jsou to například: infantilnost osobnosti, tendence k úzkostem a neurastenickým reakcím, zvýšená závislost na rodičích, sugestibilita a rigidita chování, zvýšená potřeba bezpečí a uspokojení, snížená logická či mechanická paměť, opožděný psychosexuální vývoj, častá porucha vizomotoriky a všestranné pohybové koordinace, deficit v osobní identifikaci a ve vývoji „jáství“, porucha mezilidských vztahů a komunikace, impulsivnost, emoční vzrušivost, hyperaktivita či hypoaktivita, zpomalená chápavost a další. Valenta (2003) dále říká, že na mentální postižení nemůžeme nahlížet pouze jako na opoždování duševního vývoje oproti intaktním vrstevníkům, ale o strukturální vývojové změny. Nemůžeme tedy dítě s mentálním postižením přirovnat k mladšímu „normálnímu“ dítěti.

Nejčastěji používaným vyjádřením míry inteligence je inteligenční kvocient. Znázorňuje poměr mezi dosaženými výsledky v úlohách korespondujících vývojovému stupni (mentálním věkem) a mezi chronologickým věkem (Švarcová, 2011).

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$



## **1.1. Mentální retardace podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize**

V odborné literatuře se setkáváme s různými druhy klasifikace mentálního postižení. Například podle etiologie, klinických symptomů či vývojových období. My pro tuto práci volíme rozdělení podle hloubky postižení, užívané v členění Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN).

### **Lehká mentální retardace**

IQ se pohybuje v rozmezí 50 – 69, jehož hodnoty dosáhneme užitím správných standardizovaných inteligenčních testů. Užívání a porozumění řeči bývá různě opožděno a problémy s mluvením, které ovlivňují rozvoj samostatnosti, často přetrvávají do dospělého věku. Pouze u menšiny pacientů lze určit organický původ.

### **Středně těžká mentální retardace**

U jedinců řazených do této skupiny je IQ v rozmezí mezi 35 – 49. Setkáváme se zde s podstatnými rozdíly ve schopnostech, kdy někteří jedinci v sensoricko-motorických dovednostech dosahují vyšší úrovně, než v úkonech závisících na verbálních schopnostech, zatímco u jiných pozorujeme značnou neobratnost, avšak schopnost sociální interakce a prosté konverzace. Rozvoj řeči závisí na mnoha faktorech. Zatímco některým nedělá problém jednoduchá konverzace, jiní jsou schopni domluvit se pouze za účelem dosažení svých základních potřeb. Někteří jedinci se nikdy mluvit nenaučí, i když mohou rozumět jednoduchým slovními instrukcím a k vlastnímu vyjádření se mohou naučit gestikulace jako kompenzaci verbálního projevu. U většiny pacientů je postižení zapříčiněno organickým původem. U velké části klientů je přítomen dětský autismus či jiná pervazivní vývojová porucha. Někdy se může vyskytovat psychiatrické onemocnění. To je ovšem obtížně diagnostikovatelné vzhledem k omezené schopnosti verbální komunikace a závisí na výpovědích těch, kteří jej dobře znají (MKN – 10).

### **Těžká mentální retardace**

Pro značné procento lidí s tímto stupněm mentální retardace je charakteristická výrazně porušená motorika či jiný přidružený defekt, který prokazuje poškození nebo chybný vývoj centrálního nervového systému. Více či méně je tato kategorie podobná středně těžké mentální retardaci ve smyslu organického původu a přidružených stavů. Valenta, Müller

(2009) uvádějí také časté poruchy chování ve formě stereotypních pohybů, sebepoškozování, hry s výkaly, piky, afektů a agrese.

Mezinárodní klasifikace nemocí (2006) uvádí také hlubokou mentální retardaci F73. Tímto stupněm mentálního postižení se však v této práci nebudeme zabývat, neboť jsme s ním v rámci výzkumu nepřišli do styku.

## **1.2. Etiologie**

„K mentální retardaci může vést celá řada různorodých faktorů, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. Výzkum příčin mentální retardace zdaleka není ukončen. Přibližně u 1/3 osob s mentální retardací nejsme schopni se ještě ani dnes dopátrat příčiny“ (Kozáková, 2005, s. 23). Mentální postižení může být zapříčiněno jak vlivy endogenními (vnitřními), tak vlivy exogenními (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou započaty již ve struktuře pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Tyto příčiny jsou genetické. Vnější příčiny, které mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celého těhotenství, porodu, období po porodu i v raném dětství. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být přímým důvodem poškození mozku plodu dítěte. Exogenní faktory se člení podle hlediska období, v jakém na člověka působí. Jsou to období:

- **Prenatální**
  - působící od početí po narození;
- **Perinatální**
  - období během porodu, těsně před a těsně po něm;
- **Postnatální**
  - po narození (Švarcová, 2011).

## **1.3. Přístup k osobám s mentální retardací**

Při setkání s lidmi s mentální retardací je důležité respektovat jejich specifika a zároveň svým jednáním projevit respekt a toleranci k nim. Je vhodné mluvit v nesložitých větách a zároveň nebýt infantilní, dospělým vykat a porozumění si ověřovat kladením otázek. Při vysvětlování nových poznatků je dobré využít dostatečné množství pomůcek, her, modelových situací a příkladů a zapojit tak co nejvíce smyslů. V rámci posilování jejich vlastní iniciativy neřešíme úkoly, které zvládnou samostatně a je vhodné vytvářet „úspěšové situace“, které nám dají příležitost hojně chválit a odměňovat. Měli bychom však dát přednost

odměně sociální oproti materiální. Tresty, tedy záporná motivace, motivuje spíše jen krátkodobě a může přerůst v úzkost. Při práci je také zapotřebí střídat koncentrovanou práci s odpočinkem nebo jinou činností, nejlépe každých 15 minut (Hetová, 2007).

## **1.4. Specifika psychických procesů klienta s mentálním postižením**

Jak už bylo psáno zmíněno výše, u mentální retardace se nejedná pouze o časové opožďování, ale o strukturální vývojové změny. U specifík procesů nejde pouze o otázku kvantitativní, ale dochází i k rozdílnostem kvalitativním. Kozáková (2005) a Valenta, Müller (2009) uvádí následující.

### **1.4.1. Smyslová percepce**

„Obsahem bezprostředního vnímání (poznání) jsou počitky (odráží jednotlivé znaky podnětu), vjemy (odráží podnět jako celek – souhrn počitků) či představy (kategorie paměti – aktualizované stopy po dříve vnímaných podnětech)“ (Valenta, Müller, 2009, s. 36). Proces utváření zkušeností je u „zdravého“ dítěte rychlý, u dětí s mentálním postižením je pomalý a probíhá s jistými odchylkami. Valenta, Müller (2009) popisují zvláštnosti percepce osob s mentálním postižením jako:

- dlouhotrvající a snížený rozsah zrakového vnímání;
- nediferencovanost počitků a vjemů – předmětů, tvarů, barev. Zatímco „zdravá“ populace nemá problém s vydělením obrysů geometrických tvarů z prostředí, osoby s mentálním postižením musí mít tyto obrazce výrazně odlišeny od pozadí. To znamená dobře organizovaný vnímaný materiál;
- nečinnost vnímání. Jestliže pootočíme sledovaný obrázek, osoba s postižením jej opětovně nepozná. Chybí schopnost potřebná k „navrácení“ obrázku do původní polohy);
- špatné vnímání času a prostorové orientace;
- hmatové vjemy a jejich snížená citlivost;
- špatná koordinace pohybu;
- charakteristická opožděná diferenciací a zkreslení fenoménu pro akustický analyzátor (ucho).

### **1.4.2. Myšlení a řeč**

Pro myšlení jedince s mentálním postižením jsou charakteristické chyby v analýze a syntéze a je zatíženo přílišnou konkrétností a nepřesností. Myšlení jedince není schopno vyšší abstrakce a generalizace a je nedůsledné. Pojmy jsou tvořeny těžkopádně a úsudky bývají nepřesné Valenta, Müller (2009). „Jestliže se diferenciační podmíněné spoje v oblasti sluchového analyzátoru vytvářejí pomalu, vede to k opožděnému utváření řeči, což opět způsobuje opoždění psychického vývoje“ (Švarcová, 2011, s. 51).

### **1.4.3. Paměť a pozornost**

Jedinci s mentální retardací poznatky přijímají pomalu a po vícetím opakování, brzy je zapomínají a nepřesně si je vybavují. Pozornost není stálá a je zřetelně snadno unavitelná. Setkáváme se spíše s mechanickou pamětí a klienti nejsou často schopni říci něco vlastními slovy (Hetová, 2007).

### **1.4.4. Utváření sociálních vazeb**

Podle Švarcové (2011) nedokonalost a pomalu rozvíjející se tempo řeči jednoznačně ztěžují a omezují kontakt mentálně postiženého dítěte s lidmi, kteří jej obklopují. Od doby, kdy se dítě prvně začne setkávat se svými vrstevníky, zaujímá v tomto společenství nevýhodnou pozici. Dítě si v kontextu svých vrstevníků uvědomuje svou odlišnost a reaguje na to různými způsoby chování a postoji, které mají často neurotický ráz. V důsledku četných neúspěchů u něj může dojít k vytvoření negativního citového vztahu ke komunikaci.

### **1.4.5. Emotivita**

Mentální postižení má přímý vliv na projev jednotlivých emocí, na úroveň rozvoje druhů citů a na jejich vnější vyjádření. U jedinců s mentálním postižením bývá často uváděna nevyrovnanost, agresivita a emoční labilita. Můžeme si položit otázku, zda li jsou tyto charakteristiky skutečně způsobeny jen mentální retardací, nebo jsou podpořeny přístupem okolí či nespokojením lidských potřeb (Kozáková, 2005).

### **1.4.6. Vůle**

S tímto pojmem jsou spojeny výrazy dysbulie (porucha vůle) a abulie (nedostatek vůle, nerozhodnost a neschopnost zahájit činnost), se kterými se můžeme u lidí s mentální retardací často setkat (Valenta, Müller, 2009).

## **1.5. Nové trendy v péči o lidi s mentálním postižením**

Poslední dobou se můžeme setkat s pojmy jako inkluze či integrace. Problém integrace je otázkou eliminace bariér, a to nikoli pouze těch technických, ale především bariér v lidském myšlení a mezilidských vztazích. Integrace vyjadřuje postoj společnosti k lidem s postižením, který je nesegreguje, neodmítá, ale naopak se snaží utvářet vhodné podmínky pro jejich začlenění do „běžného“ společenského života. Pojem inkluze nám vyjadřuje snahu o splynutí lidí s handicapem s ostatní populací. Další nově se prosazující trend v péči o lidi s postižením se nazývá normalizace. Ten vyjadřuje skutečnost, že lidé s mentálním postižením mají, je-li to možné, žít normálním životem stejně tak, jako jejich ostatní spoluobčané a souvisí s pojmem deinstytucionalizace. Tedy žít nikoli v ústavních zařízeních, ale pokud je to možné, v rodině, kde jsou uspokojovány přirozené potřeby bezpečí, lásky, pozornosti a zájmu (Švarcová, 2011).

## **2. Duševní poruchy a poruchy chování**

V této kapitole se zaměříme na duševní poruchy a poruchy chování, neboť je můžeme považovat za neodmyslitelnou součást charakteristiky naší cílené klientely. Dále si uvedeme samostatně pouze ty duševní poruchy, které jsou pro tuto práci považovány za důležité, nebo jsme s nimi v průběhu výzkumu přišli do styku.

### **2.1. Schizofrenní poruchy a schizofrenie**

Schizofrenní poruchy jsou různorodá skupina onemocnění, která komplexně narušuje zpracovávání informací a podnětů působících na člověka. V návaznosti s tímto narušením se zásadně mění vztah pacienta k realitě. Člověk není schopen podněty vhodně vybírat, filtrovat je dostatečně, správně rozumět jejich významu, přiřazovat jim emoční zabarvení a vhodně na ně reagovat. Pole schizofrenních poruch je široké a v každé její formě je výrazně ovlivněno lidské prožívání. Naprosto detailní příčiny schizofrenních poruch dodnes nejsou známy. Jsou zaznamenávány některé charakteristické anatomické odlišnosti, jsou detekovány podezřelé geny, je brán zřetel na roli neurotransmiterů a pracuje se na důkazech založených na léčebných postupech. Jednoznačných vysvětlení všech aspektů schizofrenních poruch ale prozatím nebylo dosaženo (Kubínek, 2012).

#### **2.1.1. Schizofrenie**

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (Vágnerová, 2008, s. 333). První zmínku o ní můžeme najít ve starém fragmentu z Ajurvedy starém 3400 let. Poprvé byl pojem schizofrenie zaveden v roce 1911 Eugenem Bleuerem, který je používán dodnes. Tento název vystihuje skutečnost rozpolcení osobnosti postiženého člověka a dezintegraci jeho psychických funkcí. Její průběh je u každého různý stejně jako odpověď na léčbu. Se schizofrenií je spojena vyšší mortalita a vysoké riziko suicida (Kubínek, 2012).

#### **2.1.2. Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie**

V populaci postihuje okolo 1% lidí bez závislosti na pohlaví, zeměpisné poloze, sociokulturní či rasové příslušnosti. Objevuje se nejčastěji okolo věku 15 – 35 let, u žen zpravidla později než u mužů. Přesné příčiny vzniku schizofrenie nejsou jednoznačně určeny, neboť jde spíše o soubor poruch, které se ve svých symptomech často shodují. Z toho lze usuzovat, že vznik schizofrenie ovlivňuje souhrn mnoha faktorů a jejich vzájemné působení.

(Vágnerová, 2008). Kubínek (2012) vsazuje příčiny vzniku do modelu dispozice a expozice. Dispozice jakožto předpoklady vrozené či získané, podmiňující zranitelnost vůči nesprávnému zpracování podnětů a expozice jako různorodé nároky kladené na jednotlivce. Kupříkladu drogy. Vágnerová (2008) uvádí jako příčiny vzniku:

- **Dědičnost** – z výsledků četných výzkumů schizofrenie můžeme určit, že k jejímu zrodu přispívají i genetické faktory. Není však přesněji jasné, o jaký typ dědičnosti jde. Sklon ke vzniku tohoto onemocnění mohou utvářet jak různé geny, tak se na něm může spolupodílet i větší množství genů. Šance na onemocnění nemusí být stejná ani u lidí stejných dispozic. Tento fakt byl potvrzen studii jednovaječných dvojčat, kdy v 50 % případů onemocní jen jedno z dvojčat. Schizofrenie má různé symptomy i různý průběh, a proto lze předpokládat, že je i geneticky heterogenní. Bylo určeno několik genů, jejichž narušení může zesílit riziko vzniku schizofrenie, ale rozsah jejich vlivu prozatím není přesně známa (Malá in Vágnerová, 2008).
- **Změny ve struktuře a funkcích mozku** – u schizofreniků byly zjištěny abnormality ve struktuře mozku. Hmotnost mozku lidí trpící touto nemocí bývá menší a je dána především úbytkem objemu kůry. Důvodem zmenšení objemu korové tkáně není pokles počtu neuronů v různých vrstvách mozku, ale i menší počet synapsí, značící omezení jejich vzájemného propojení. Je typické také rozšíření mozkových komor. Vzhledem k charakteru změn struktury mozku především ve frontálním laloku, limbickém systému, bazálních gangliích, talamu apod. se předpokládá, že jde o vývojovou poruchu. Příčiny těchto strukturálních změn nemusí být pouze genetické. Příčina vzniku těchto strukturálních změn může být také důsledek poškození v prenatálním období. V neposlední řadě se hovoří také o příčinách způsobených změnou funkce neurotransmiterových systémů. Serotoninového, dopaminového, glutamátového a jiných (Vágnerová, 2008).
- **Vnější vlivy** – zde mluvíme například o zátěžích typu podvýživy či hypoxie působících v prenatálním období, jež negativně ovlivňují vývoj mozku. „Tento model připouští, že se psychotické příznaky mohou vyskytnout i tehdy, když na zdravého člověka působí silný stres (příliš mnoho informací, pro jejichž správné zpracování nemá kapacitu)“ (Kubínek, 2012, s. 71). Dále také stojí za zmínku koncept vulnerability, který předpokládá zvýšenou citlivost

k různorodým podnětům především ze strany rodiny v postnatálním období. Bývá charakterizován jako porucha zpracování informací a jde zejména o narušení regulace přísunu podnětů, což má za důsledek přehlcení informacemi. Funkci zamezující zahlcení mozkové kůry zajišťuje talamus. Těmito dispozicemi obdaření jedinci bývají nadměrně zranitelní a mívají všeobecně sníženou frustrační toleranci. Nezvládají řešit ani běžné situace. Zátěží vyvolávající tuto chorobnou reakci může být zklamání, odloučení od rodiny, neúspěch, smrt blízkého člověka, odmítnutí partnerem, nástup do nového zaměstnání. Cokoli výrazně se odlišující od dosavadního stereotypu. Reakce na tyto změny jsou jednoznačně nepřiměřené situaci, tudíž významnou roli hraje predispozice nemocného. Můžeme říct, že problém netkví v zátěži, ale ve způsobu jeho zpracování (Vágnerová, 2008).

### 2.1.3. Vznik, průběh a prognóza

Průběh schizofrenie má zpravidla několik stadií, průběh ale bývá značně rozmanitý. Pokud je léčba vhodně nastavena a nemocný ji přijme, lze dosáhnout žádoucích změn a nemoc se může držet v bezpříznakovém stadiu bez žádných závažných důsledků (Kubínek, 2012). Uvedeme si tři fáze průběhu onemocnění, které uvádí Vágnerová (2008).

- **Prodromální fáze** – je fáze dlouho před vypuknutím choroby. V této fázi se mohou objevovat určité neobyčejnosti v rysech člověka. Trvá poměrně dlouhou dobu, často i několik let. Mluvíme o netypických příznacích, které se objevují jako neurotické potíže či pouze jako osobnostní nápadnosti, které můžeme pro ukázkou shrnout do následujících bodů:
  - zvýšená zranitelnost a slabost ega;
  - omezená schopnost osamostatnit se;
  - obtíže v interpersonálních vztazích;
  - snížený výkon (v práci, ve škole, v zaměstnání);
  - nápadná uzavřenost, introverze (Vágnerová, 2008).

Kubínek (2012) uvádí ještě premorbidní fázi, která předchází fázi prodromální. Jedná se o skryté drobné poruchy intelektu a paměti. Nejsou však nápadné.

- **Počátek onemocnění** – mnohdy jako nemoc nevypadá a nemusíme ji rozpoznat. Může být náhlý nebo plíživý. Pro plíživý průběh může být typické nápadné zhoršení výkonu, například při studiu či zaměstnání. Nemocný má tendence



se izolovat a může se jevit jako citově otupělý či naopak přílišně dráždivý nebo jinak nápadný. Můžeme jej vnímat jako „podivína“. Dotyčný o sebe přestává dbát, nemyje se, chodí ve stejném oblečení, může shromažďovat různé věci. Člověka provádí pocit, že se děje něco divného, co si však nedovede vysvětlit. Nevyzná se v okolním světě a přestává rozumět i sám sobě. Může mít pocit, že sám se mění. Zjištění, že věci nabývají nového významu, doprovázejí pocity úzkosti a strachu. Začínají se objevovat halucinace, které dotyčný vnímá jako realitu a po určité době se nemocnému najednou vše vyjasní a subjektivně začne dávat smysl. Takto vznikne zdánlivě vše vysvětlující blud a nemocný s pocitem, že všemu konečně rozumí, začne pociťovat úlevu. Takto interpretovaná realita vede k bludnému uvažování, kdy nemocný vnímá sice správně, ale přisuzuje jí nesprávný význam. Subjektivní chápání smyslu věcí a událostí se mění pod vlivem duševní choroby a mění se také postoj k náhodě, protože pro člověka trpícího schizofrenií náhoda neexistuje. Pro něj má vše svůj skrytý význam. Tento postoj je pro něj určitá ochrana, neboť jej brání před zmatkem a nejistotou (Vágnerová, 2008).

- **Průběh onemocnění** – je různý. „Může probíhat jako chronický proces bez přechodného zlepšení nebo v atakách (epizodách) s narůstajícím nebo stabilním defektem, případně v atakách s částečnou nebo úplnou remisí“ (Palovský, 2006, s. 75). Z hlediska vzniku postižení a počtu akutních atak můžeme uvést několik druhů.
  - **Epizodický průběh**, v němž se chorobná ataka projeví pouze jednou a zdravotní stav se postupně ustálí.
  - **Opakovaný průběh** se vyskytuje u 60 % nemocných. Nemoc se opakuje pravidelně střídáním chorobných stavů a remisí.
  - **Maligní průběh** označuje průběh nemoci s náhlým začátkem a rychlým vznikem.
  - **Chronický průběh** vyskytující se přibližně u 30 % nemocných, charakteristický pro opakování chorobných atak a úbytek adaptačních schopností, popřípadě postupného úpadku osobnosti postiženého.
  - **Reziduální (chronický) průběh onemocnění** označuje trvale přetrvávající průběh choroby. Nemocní nejsou schopni vykonávat stejnou činnost, jsou hůře adaptabilní, pomalí a nezvládají ani běžnou zátěž. Neprožívají radost, jsou lehce unavitelní a mívají pocit,

že jsou vyčerpaní a nemocní. Jsou si vědomi toho, že se změnili. V krajních případech nemocní nejsou schopni samostatnosti a potřebují trvalou péči (Vágnerová, 2008).

- **Prognóza** tohoto onemocnění závisí na psychických, biologických i sociálních faktorech. Běžně platí, že onemocnění, které má plíživý a pomalu se rozvíjející průběh, mívá horší prognózu než varianta nemoci, jež nastupuje náhle a bouřlivě. Záleží také na pohlaví jedince, neboť se předpokládá, že ženy mají lepší prognózu než muži. Pokud člověk před vypuknutím nemoci neprojevoval výše uvedené nápadnosti v osobnosti, má také větší šanci na vyléčení. Ve vysoké míře záleží především také na sociálním zázemí, které nemocného akceptuje, pozitivně stimuluje a nabízí mu potřebnou sociální podporu. U takto vhodného sociálního zázemí má pacient větší pravděpodobnost uchování přijatelného stavu (Vágnerová, 2008).

#### **2.1.4. Typy schizofrenie**

V MKN-10 (2006) nalezneme výčet různých klinických forem schizofrenie:

- paranoidní;
- hebefrenní;
- katatonní;
- nediferencovaná;
- postschizofrenní deprese;
- reziduální schizofrenie;
- simplexní schizofrenie;
- jiná schizofrenie;
- schizofrenie nespécifikovaná.

Mívají také různý příznačný specifický průběh. Například chronický, v atakách s postupným či stabilním defektem nebo s remisemi.

#### **2.1.5. Sociální význam schizofrenie**

Vágnerová (2008) uvádí, že schizofrenie je ze sociálního hlediska značně stigmatizujícím onemocněním. Z důvodů nedostatečné znalosti o etiologii, příčinách této choroby, je opředena značnou spoustou předsudků. Bývá často iracionálně

vysvětlována a popisována s příměsí vlastních pocitů nemocného. Musíme přihlídnout také k faktu, že se schizofrenie často rozvíjí dlouhou dobu v soukromí, bez konzultace odborníka.

## 2.2. Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Povědomí o patologických změnách nálad máme již od 4. století př. n. l. ze starého Řecka, kdy Hippokrates popsal melancholii a mánii jako stavy způsobené změnou hladiny černé a žluté žluči v mozku nemocného. Později najdeme tyto pojmy v Galénových spisech a teprve v 19. století byly poruchy nálad popsány do podoby, v jaké ji známe dnes. Touto nemocí trpěla řada známých osobností jako například W. Churchill, E. Hemingway, O. Pavel či V. van Gogh (Raboch, 2006). Základní zásadou afektivních poruch jsou chorobné změny nálad. Je normální, že nálada kolísá a mění se v závislosti na okolnostech. Pro poruchy nálady je ale příznačné, že jsou tyto změny nepřiměřené situaci, jsou intenzivnější a trvají déle. Vnímání sebe samého i svého okolí se vlivem této poruchy mění. Jedná se o patologické změny, příznaky nemoci, nikoli však o známku slabosti či vadu charakteru. Afektivní poruchy zahrnují širokou škálu emocí od vznesené mánie po hlubokou depresi (Kubínek, 2012).

### 2.2.1. Výskyt a příčiny

Alespoň jednou za život postihne 25 % lidí v populaci. Projevuje se ve formě depresivního či manického emočního ladění. Depresivní ataka se však vyskytuje častěji než manická epizoda (dříve fáze).

- U **depresivních poruch**, které se řadí k nejčastějším duševním poruchám, je výskyt odvozený od věku, pohlaví i klimatických podmínek či ročního období. Obecně začíná ve věku mezi 20. až 40. rokem života a postihuje více ženy než muže, a to v poměru 2:1. Nejčastěji se depresivní poruchy projevují v zimních měsících.
- U **manické poruchy** na rozdíl od depresivních poruch nemáme potvrzenou žádnou závislost na pohlaví, klimatických či sociokulturních faktorech. Vyskytuje se ve věku mezi 25. až 30. rokem života a na rozdíl od depresivních poruch se vyskytuje samostatně jen velmi málo (Vágnerová, 2008).
- **Bipolární porucha** je onemocnění, kdy se střídají manické a depresivní epizody a začíná v průměrném věku 21 let. Ženy postihuje stejně často jako muže a vyskytuje se u 0.5 až 1.5 % lidí (Gelder a kol. 1996; Pogády 1998 in Vágnerová, 2008). Kubínek (2012) uvádí četnost výskytu až 5 % lidí v populaci.

Mezi **příčiny vzniku** znovu řadíme dědičnost, vnější vlivy a změny ve struktuře a funkci mozku. K jejímu vzniku však přispívá více faktorů – je tedy podmíněna multifaktoriálně. Jde spíše o množinu poruch, které jsou z hlediska svých symptomů podobné.

- **Dědičnost** – tedy genetická dispozice nesporně ovlivňuje vznik afektivních poruch. Sporné ovšem je, jakým způsobem genetické předpoklady ovlivňují jejich vznik. U studia jednovaječných dvojčat byla prokázána 80 % shoda, tedy závislost na genetických dispozicích.
- **Změny ve struktuře a funkci mozku** se u lidí s afektivními poruchami podobají zjištěným změnám u lidí se schizofrenií.
- **Vnější vlivy** mohou stejně jako u většiny duševních onemocnění zvýšit riziko či jinak ovlivnit vznik afektivních poruch. Některé teorie hovoří o vlivu učení na vzniku deprese. Disponovaný člověk se naučí reagovat na nepříznivé situace depresivním chováním a to navíc může být reakcemi okolí posilováno. Vlivy psychosociálního charakteru většinou vycházejí z rodiny. Jako rizikové faktory jsou uváděny například úzkostlivě starostlivý výchovný sty, ztráty, které nejsou dostatečně zpracované, depresivní rodinné prostředí a další. Svou roli také nesou skutečnosti spojené s dospíváním, samostatností, odpovědností a s problémy zvládnutí role dospělého (Vágnerová, 2008).

### 2.2.2. Klinické projevy

- **Deprese** – její příznaky se částečně podobají příznakům schizofrenie. Pro depresi je charakteristická snížená schopnost pozitivního emočního prožívání, pesimismus, beznaděj, smutek, úbytek zájmů a ztráta potěšení z aktivit, které dříve přinášely radost. Člověk trpící schizofrenií si nevěří, má nadměrné obavy a obviňuje se. Nahlíží na sebe jako na nekompetentního, špatného a neschopného. Věří, že pouze selhává a objektivní úspěchy bere jako bezvýznamné či náhodné. Objevují se i myšlenky na sebevraždu. Každá, i rutinní záležitost je vysilující a vyžaduje vynaložení nadměrného úsilí. Člověk není mnohdy schopen ani základních úkonů, jako vyčistit si zuby, učesat se nebo se umýt. Deprese zhoršuje koncentraci a nemocný vykazuje prokazatelně horší výsledky v inteligenčních testech. Častá bývá také porucha spánku a pocit únavy. Může se vyskytovat také pokles libida,

nechutenství či naopak přejídání se. Člověk postižený depresí se straní společenského dění a nepocituje ve společnosti sounáležitost, ztrácí zájem o své koníčky, je pasivní a izoluje se. V izolaci se cítí dobře. Je pro něj obtížné řešit problémy, které se v důsledku odkládání hromadí a deprese se prohlubuje. Při výjimečně těžké depresi se mohou objevovat také bludy nebo i halucinace (Kubínek, 2012).

- **Mánie** – popisuje v podstatě opačný obraz deprese. Nálada bývá spojená s hyperaktivitou, je expanzivní, nadnesená, euforická a rozjařená. Sebevědomí je vysoké až do pocitu nepřemožitelnosti, mimořádných schopností a síly. Myšlení je zrychlené, potřeba spánku je utlumena. V manické epizodě lidé často navazují až nevhodné sociální a partnerské vztahy a utrácejí peníze v obrovské míře bez ohledu na to, zda si to můžou dovolit. Manická fáze může mít různou intenzitu. Mírnou formu nazýváme hypománie a v takovém případě nebývá psychosociální fungování postiženého nijak výrazně narušeno. Závažné mánie si často vyžadají hospitalizaci a psychotickou mánií doprovází poruchy myšlení a vnímání. Například náboženské, erotomanické, expanzivní bludy či sluchové nebo zrakové halucinace (Raboch, 2006).
- **Bipolární afektivní porucha** – Dochází u ní k opakovaným epizodám, z nichž jedna spočívá ve zvýšené aktivitě a energii (mánie) a druhá opačně k pokleslé náladě, aktivitě a energii (deprese). Manické epizody se objevují většinou náhle a trvají v rozsahu 2 týdnů až 5 měsíců. Deprese obvykle trvají delší dobu. Jejich průměrná délka je okolo 6 měsíců a u starších osob může trvat i déle než jeden rok. Přítomnost stresu pro diagnózu není podstatná, ale oba druhy epizod však často přicházejí po nějakém duševním traumatu nebo stresové životní události (MKN, 2006).

### 2.2.3. Sociální význam afektivních poruch

Poruchy nálad působí zpravidla sociální rušivě. Projevy afektivních poruch nejsou natolik zjevně patologické, a proto jejich projevy bývají veřejností často nesprávně hodnoceny. Nemusí se totiž jevit jako patologické, a tak jsou na nemocného kladeny nároky na adekvátnější chování. Je typické, že emočním naladěním můžeme snadno ovlivnit emoce jiných lidí, se kterými jsme v kontaktu. Afektivní onemocnění proto značně narušuje celkovou atmosféru ve skupině, ve které se nemocný vyskytuje. Depresivní člověk na ostatní přenáší své negativní patologické jednání a nemocný v manické fázi naopak irituje

bezohledným a nereálně optimistickým chováním. Partnerský vztah je narušen jakoukoli afektivní poruchou, přinejmenším tím, že se snižují projevy komunikace, pocit pohody je vzácnější a celkově se mění symetrie vztahu (Vágnerová, 2008).

## 2.3. Neurotické a úzkostné poruchy

„Neurózy se vždy kladly do protikladu s tzv. psychózami (především schizofrenie, maniodepresivní psychózy...) s tím, že jsou lehčími duševními poruchami, které sice znepríjemňují život takto postiženého člověka a jeho okolí, ale nenarušují jeho vnímání reality a integritu osobnosti. Laicky řečeno – trpíme-li neurózou, jsme to pořád my, na rozdíl od pacienta ve schizofrenické epizodě, který přestává být sám sebou“ (Polínek, 2010, s. 66). Charakteristický prvek pro úzkostné poruchy je nepřiměřená chronická úzkost, která se projevuje vyhrocenými akutními atakami nebo neodůvodněným a vystupňovaným strachem. Takto nemocný člověk není schopen ovládat své pocity ani z nich vyplývající jednání (Vágnerová, 2008). Patří sem mimo jiné různé druhy fobií. U této kategorie si však stručně popíšeme pouze obsedantně-kompulzivní poruchu jakožto nejznámější fenomén této množiny duševních poruch.

### 2.3.1. Obsedantně-kompulzivní porucha

Tato porucha byla dříve považována za ojedinělou duševní poruchu, která se obtížně léčí. Nyní víme, že se jedná o poměrně často se vyskytující onemocnění, které postihuje 2 – 3 % lidí v populaci. Stejně tak bylo dosaženo psychoterapeutických i biologických postupů ke zmírnění trápení takto postižených (Raboch, 2006). Úzkost, která je nosným pilířem pro kategorii neurotických poruch, je zde spojená s obsesí. **Obsese** je nutkavá, vtíravá, neodbytná a opakující se myšlenka. Na rozdíl od bludů si je u obsesí člověk vědom toho, že myšlenka je jeho vlastní. Ví, že je absurdní a neúčinná, ale nedokáže na ni přestat myslet. Jakousi zásadou je, že čím více se snaží na ni nemyslet, tím více je myšlenka naléhavější a horší. Tyto myšlenky si nemůže zakázat. Takovýchto myšlenek může být nekonečně mnoho druhů, ale princip je vždy společný. Vztahují se k významným a důležitým hodnotám nemocného. Nutkavé myšlenky útočí na sebepojetí člověka, zkouší pevnost jeho hodnot a postojů jako morálka, čistota, zodpovědnost či víra, které mu byly vštěpovány během výchovy. Jsou velice nepříjemné a při snaze odolat přinášejí zmatek, úzkost, nesoustředěnost, pocit nejistoty. **Kompulze** jsou nepotlačitelné impulsy k jednání, nutkavé činy, které přechodně úzkost neutralizují. Zaměřují se na prevenci objektivně nepravděpodobných událostí, které by pro nemocného měla nepříjemný dopad. Obsese i kompulze se běžně

vyskytují u běžné populace a proto je samy o sobě nemůžeme považovat za cosi patologického (Víme, že jsme zamkli, ale co kdyby náhodou ne... Máme nutkání to zkontrolovat pro případ, jestli se tak skutečně stalo). O patologickém projevu lze mluvit až tehdy, pokud se myšlenky objevují zcela neproduktivně, ritualizují se, přinášejí tíseň a mají negativní dopad na fungování člověka a jeho interpersonální vztahy (Kubínek, 2012). Porucha se na první pohled projevuje například nadměrnou spotřebou vody při mytí rukou, častým převlékáním do čistého prádla, kontrolováním vypínačů, oken, dveří, skákáním například jen po bílých dlaždicích či nepřiměřeným strachem z nečistot. Na druhou stranu se někdy nemoc navenek neprojevuje, přestože způsobuje nemocnému vážné útrapy (Vágnerová, 2008).

## **2.4. Specifika práce s klientelou s duševním onemocněním**

Z široké škály duševních onemocnění vybíráme kategorii psychóz, kterou se budeme v následující kapitole podrobněji zabývat.

Valentová (2008) popisuje zvláštnosti v práci s lidmi s psychotickým onemocněním. Podle ní je práce s touto klientelou složitá a klade velké nároky na kvalitu vztahu a komunikaci. Je důležité mít dobré teoretické znalosti o příslušných duševních nemocech a brát je při práci s klientem v potaz. Ze zkušeností ze své praxe uvádí, že se osvědčuje chovat se ke klientovi přirozeně, se zájmem a respektem. Osvědčuje se, když klient má pocit, že vnímáme jeho prožívání, nasloucháme jeho názorům a že o něj projevujeme zájem. Je dobré vážit slova a počítat s možnou přílišnou vztahovačností klienta. Musíme také počítat s možností komplikace způsobené halucinacemi nemocného. Komunikace s člověkem s psychotickým onemocněním se přizpůsobuje jeho možnostem a projevům. Bude se samozřejmě lišit od stavu, v jakém se právě nachází. Jinak jednat budeme s člověkem, který přichází v akutní atace a jinak s člověkem, který je stabilizovaný. Při přihlédnutí k faktu, že projevy těchto lidí bývají velmi pestré, může být navázání kontaktu s klientem značně problematické, jindy se naopak můžeme setkat s až přehnanou ochotou a zahlceností v komunikaci. Klient odbíhá od tématu k nepodstatným věcem, jeho vyprávění má svou logiku a může mu dělat problém určit, co je pro konverzaci podstatné a co není. Často se vyskytuje jev, při kterém se člověk fixuje na některé věty a do omrzení je opakuje. V takovémto případě se musíme „obrnit“ trpělivostí a mít na vědomí, že klient se možná snaží mluvit nejlépe, jak může. Psychotický člověk bývá v napětí a je potřeba s tím počítat. Důležitou zásadou v komunikaci je nevyvracet bludné

přesvědčení, které klient má. Na druhou stranu bychom neměli reagovat stylem: „ale to víte, že jo“. Je vhodné zvolit „férový“ a empatický přístup (Valentová, 2008).

## **2.5. Specifika klientely s mentální retardací a duševním onemocněním**

K této problematice nebyla nalezena vhodná a dostupná literatura, která by detailněji popisovala specifika této málo se vyskytující klientely. Ze zkušeností vyplývající z praktické části této bakalářské práce můžeme tvrdit, že nejde pouze o součet specifík příhodných pro klienty s mentální retardací a klienty s duševním onemocněním. Vznikají úplně nová specifika, která mají sice základ ve svých dvou původcích, ale ve vzájemné kombinaci tvoří specifika nová a unikátní.



### **3. Systém sociální péče**

Abychom pochopili téma v co nejširších souvislostech, uvedeme si strukturu systému sociální péče a popíšeme oblast, ve kterém se nachází zkoumaná klientela a jaký charakter má zařízení, ve kterém byl prováděn výzkum.

#### **3.1. Základní druhy a formy sociálních služeb**

K této problematice nahlédneme do zákona o sociálních službách, který přesně popisuje sociální služby, formy jejich poskytování či zařízení, ve kterých se poskytují. Toto nám pomůže zařadit týdenní stacionář Domov Jitka do rámce a udělat si tak celkový obraz o dané problematice.

- Sociální služby zahrnují:

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence (§ 32., z. č. 108/2006 Sb.).

#### **Formy poskytování sociálních služeb**

- 1) Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.
- 2) Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- 3) Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služeb není ubytování.
- 4) Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (§ 33., z. č. 108/2006 Sb.).

#### **Zařízení sociálních služeb**

- 1) Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:
  - a) centra denních služeb,
  - b) denní stacionáře,
  - c) týdenní stacionáře,
  - d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,

- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociální terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče,
- s) intervenční centra,
- t) zařízení následné péče.

- 2) Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrační centra (§ 34., z. č. 108/2006 Sb.).

## **3.2. Služby sociální péče**

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí“ (§38., z. č. 108/2006).

V následujícím oddíle se budeme zabývat pouze týdenními stacionáři.

### **3.2.1. Týdenní stacionáře**

- 1) V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- 2) Služba podle odstavce 1) obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§ 47., z. č. 108/2006 Sb.).

## 4. Paradivadelní systémy

Způsob, jakým jsme s klienty pracovali při praktické části této práce, se řadí mezi paradivadelní systémy. Pro přiblížení tohoto tématu si vymezíme rámeček paradivadelních systémů a popíšeme si pro tuto práci důležité přístupy a přidružené pojmy.

„Paradivadelní přístupy jsou takové fenomény, které využívají dramatického umění k jiným než estetickým účelům“ (Polínek, 2010, s. 146).

Podle Josefa Valenty (1994) mají paradivadelní systémy s divadlem společné znaky, ale divadlem jako takovým nejsou. Jejich účelem je využití divadelních prvků k dosažení jistých žádoucích změn v osobnosti člověka. Divadelní tvar či produkt bývá v tomto případě spíše prostředkem, jakým je dosahováno zmiňovaných pozitivních změn, nikoli cílem.

Rozděluje je na dva základní typy:

- **drama jako prostředek léčby** (terapeutické povahy)
  - dramaterapie
  - psychodrama
  - teatroterapie
- **drama edukační povahy**
  - dramatická výchova
  - divadlo ve výchově
- **další paradivadelní systémy** (Valenta, 2011).

My si pro tuto práci uvedeme pouze přístupy edukační povahy, neboť nepovažujeme rozepisovat léčebné přístupy v tomto případě za důležité.

### 4.1. Divadlo ve výchově (theatre in education)

Jde o divadelní představení, ve kterém účinkují profesionální herci. Druh představení určuje zakázka zadaná na počátku práce nejčastěji školou. Má vzdělávací a výchovné cíle a užívá se většinou u ohrožené skupiny mládeže. U představení některých souborů „TIE“ mohou žáci během hry vstupovat na scénu do připravených rolí. Po konci představení následuje rozbor obsahu hry a reflexe, případně workshop. Podobně vypadá boalovské divadlo fórum (Valenta, 2011).

## 4.2. Dramatická výchova (drama in education)

Též tvořivá dramatika, výchovné drama, dramatická výchova, dramika. Tento pojem můžeme definovat jako „systém uměleckého učení zacílený jednak k rozvoji osobnosti a prosociálního chování a jednak k uměleckému rozvoji (...) Proces práce může přerůst do podoby divadelního produktu (představení), ale stěžejní je právě proces sám“ (Valenta, J., 1994, s. 28). „Zjednodušeně můžeme říci, že dramatická výchova využívá původně dramatických prostředků k dosažení psychologických a pedagogických cílů“ (Valenta, 2011, s. 13). Co je pro divadlo cílem, je v dramatické výchově prostředkem (Machková, 2011). Dramatická výchova úzce souvisí s dramatickým uměním a „vypůjčuje“ si z něj prvky a postupy, které k divadlu patří. V dramatické výchově je vedle teoretického a praktického postoje významný především postoj estetický, který se vyznačuje tím, že podněcuje celou strukturu lidské psychiky a rozehrává aktivitu všech jejích pólů. Estetický postoj vychází od smyslového vnímání věcí, od spočinutí smyslů na jejich tvaru, jež rozehrává škálu hodnotících postojů, emocí, činností imaginace, jež se stává iniciátorem zvláštní zkratkové formy intuitivního poznání. Angažuje všechny vrstvy psychiky a paměti. Ty vědomé i nevědomé, osobní i rodové (Chvatík in Kořátková a kol., 1998). Kořátková (1998) dále říká, že dramatická výchova, jako jeden z esteticko-výchovných předmětů nabízí některé metody, obsahy a prostředky, které v žádném jiném oboru nenajdeme. Jde o zaměření na osobnost a její vztahy ke světu a společnosti, na etické hodnoty a na komunikaci, používání metod a technik založených především na improvizaci vyžadující osobní účast v akci, formulování vlastních názorů a stanovisek. Dramatickou výchovu lze tedy charakterizovat jako učení především přímým prožitkem vlastní zkušenosti při jednání.

## 4.3. Další pojmy

V následujícím textu si pro ukázkou popíšeme některé, pro nás důležité, přidružené fenomény paradivadelních systémů. Ty jsou pro nás důležité proto, abychom lépe porozuměli jevům, které se vyskytly při provádění výzkumné části.

### **Dramatické hry**

Dramatická hra je řízená a strukturovaná činnost, která, aby mohla nést označení hra, musí plnit její základní atributy: nabídnout tvůrčí aktivitu, zaujetí, poskytnout prostor pro spontánní prožívání a pro radost z dění (Kořátková, 1998).

Hry pro vedoucího skupiny představují cenný zdroj cvičení, činnosti a strategií. Hry jsou důležitou součástí člověka ve všech kulturách. Pomáhají překonat zábrany, které někdo může prožívat v nové skupině, hráči se při nich pobaví, uvolní, odstraní se zbytečné bariéry a pokládají základ pro sjednocení skupiny. Ve spontánní a uvolněné atmosféře lidé efektivněji komunikují především pak s těmi, se kterými se do této chvíle neznali. Hry rozvíjejí představivost a odkrývají bohatost myšlenek a možností. V herním prostředí lidé snadno nacházejí bezpečí a jistotu. Konec konců nepředvádějí se, nepodávají žádné výkony, prostě si jen hrají (Hickson, 2000).

### **Strukturované drama**

Strukturované drama je způsob práce v oblasti dramatické výchovy, který k nám přišel z Velké Británie. Efektivnost a účinnost výuky při práci se strukturovaným dramatem je bezprostředně závislá právě na struktuře dramatu. Struktura je pevná, ale nikdy není předem jasná, jak bude naplněna. Vyučující ji připravuje předem, a to v podstatě podle známé Aristotelovy křivky – expozice, kolize, krize, peripetie, katastrofa. Poslední část (peripetie) se často vynechává. Zjednodušeně řečeno, strukturované drama ve své podstatě znamená výuku prostřednictvím zážitku. Tím rozumějme zprostředkování zážitku v nové, dosud neprožité situaci. Přestože náplň strukturovaného dramatu z velké části není skutečný, zkušenosti získané v roli skutečná jsou. Důležité je, aby struktura dramatu byla vystavěna tak, aby si účastníci nesli důsledky za svá rozhodnutí, ať jsou příjemné či nikoli. Strukturované drama učí skupinu (žáky, klienty) respektu k druhému, schopnosti reflexe, analýzy a syntézy, empatie, základům divadelního řemesla, učí efektivní spolupráci a řešení úkolů v menších i větších skupinách, učí získávat informace a tvořivě s nimi pracovat. Učí verbální i neverbální komunikaci, vzájemnému kontaktu, pečlivému naslouchání, schopnosti se domluvit, umět zdůvodnit a prosadit své stanovisko stejně jako umět přijmout názor druhého (Košťátková, 1998).

### **Rituál**

Rituály mají mnoho forem. Příkladem jsou obřady plodnosti, společenské či iniciační rituály. Všechny rituály nějak souvisejí s oslavami, představeními a důležitými okamžiky v lidských životech či ve společnosti. Mohou se odehrávat v souvislosti s přechodem k dospělosti, narozením dítěte, svatbou. Může jít o součást náboženských obřadů. U nás se lidé účastní rituálů při oslavách Vánoc nebo Velikonoc i přesto, že mnozí nejsou praktikující křesťané. Přípravuje se nevšední jídlo, vyměňují se dárky, používají

se ozdoby a oblékají se oděvy, které nejsou součástí „každodenního“ života. Rituály tedy jsou oddělené od všedního života. Nemůžeme tudíž nazývat rituálem například každodenní čištění zubů, neboť to patří k běžnému životu a je to žádoucí zvyk (Hickson, 2000). Morganová, Saxtonová (2001) uvádějí základní druhy rituálů, jako jsou odjezdy (smrt, balení zavazadla), příjezdy (zrození, uvítací ceremoniál), oslavy (sňatek, narozeniny), stvrzení (vztyčování vlajky, iniciace, podepsání smlouvy) a procedury (soudní proces, čtení poslední vůle).

### **Úrovně vstupu do role**

Valenta (2011) vymezuje tři úrovně, na kterých se může klient pohybovat při své snaze vstoupit do role.

- **Simulace** – klient hraje sebe sama v simulované situaci.
- **Alterace** – klient přebírá role, se kterými nemá z reálného života osobní zkušenost a zná je tudíž jen zprostředkovaně.
- **Charakterizace** – klient nepřejímá pouze vnější atributy role (postavy, charakteru), ale ztotožňuje se s ní i vnitřně. To znamená, že „přestává být sám sebou“ a jedná ve smyslu hrané postavy.

### **Vzájemná důvěra**

„To, co léčí, je vztah,“ říká Yalom (2006). A jedním dechem dodává, že je tou nejvýznamnější lekcí, kterou se musí psychoterapeut naučit. Fakt, že pozitivní vztah mezi klientem a terapeutem má pozitivní důsledek na výsledek terapie, bylo prokázáno nejedním psychoterapeutickým výzkumem. Samotné setkání je pro klienta léčivé. V průběhu účinné psychoterapie terapeut k pacientovi často přistupuje osobním a hluboce lidským způsobem. Přestože tento přístup je v terapii často klíčový, spadá mimo oficiální ideologickou doktrínu.

Dle slov Morganové a Saxtonové (2001), když lektor udělá chybu, měl by dát žákům možnost vidět, že si je toho vědom a je ochoten to přijmout. Je vhodný způsob, jak žákům naznačit, že mýlit se, je lidské. To umožňuje oběma stranám pokračovat v tom dobrém a nepokoušet se uchopit neuchopitelné. Ovzduší vzájemného respektu je prvním krokem k dobrému pocitu skupiny.

### **Skupinová dynamika**

„Skupinová dynamika je soubor skupinového dění a skupinových interakcí. Vytvářejí ji interpersonální vztahy a interakce osobností členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí“ (Polínek, 2010, s. 146). Ke skupinové dynamice patří především normy a cíle skupiny, koheze a tenze, vůdcovství, projekce minulých zkušeností a vztahů do současných, vztahy jednotlivců a skupiny, vytváření podskupin a v neposlední řadě také vývoj skupiny v čase (Kratochvíl in Valenta 2011).

### **Prostředí a podmínky pro práci**

K práci se skupinou v dramatickém duchu je nezbytná pouze místnost a skupina hráčů. Velikost skupiny záleží na situaci, v níž se činnost provádí. Pracuje-li se ve škole, dětském domově, školní družině, je počet účastníků dán počtem žáků ve skupině. Kde můžeme skupiny utvářet volně, nejvhodněji se jeví skupiny o počtu 10 až 20 osob. Je důležité, aby byla natolik velká, aby zaručovala různorodost osobností a množství podnětů a současně tak malá, aby měli účastníci možnost se vzájemně dobře poznat, navázat kontakty a dostatečně se střídat v činnostech. Pokud jde o vybavení a prostor, ideální je dost velký, příjemný a čistý prostor. Měl by být vzdušný, světlý a dovolující v něm běhat bez nebezpečí, sedat a lehat na zem. Nemělo by v něm být příliš mnoho nábytku, a pokud ano, měl by být umístěn u stěn a v rozích. Nesmí také být křehký nebo cenný, abychom se nemuseli omezovat obavami z jeho poškození. Podlaha by měla být čistá, nejlépe parketová, linoleum či koberec, aby se na ní příjemně sedělo a aby nestudila. Pro hru je potřeba prostor, kde se může dít cokoli. Měla by to být zároveň místnost, kde se učitel nebo skupina cítí jako „doma“ (Machková, 2011).



## PRAKTICKÁ ČÁST

*„You get out what you put in. That's kind of universal law.“*

James Hetfield

Praktická část bakalářské práce vymezuje základní popis, realizaci a cíle výzkumu. V souladu s názvem je zaměřena na specifika uplatňování paraivadelních přístupů u lidí s mentální retardací a psychickým onemocněním. Jsou zde uvedeny výzkumné metody, analýza výzkumných dat a jeho vyhodnocení.

## 5. Cíl výzkumu

Za cíl této práce jsme si vytyčili následující. Zjistit, zdali uplatňování paradivadelních přístupů u našeho výzkumného vzorku s sebou nese nějaká specifika, a pokud ano, zjistit jaká to jsou a definovat je.

### Výzkumné otázky

- *V čem se liší klientela s mentální retardací a duševním onemocněním oproti etopedické klientele?*
- *V čem se liší klientela s mentální retardací a duševním onemocněním oproti klientele s mentální retardací?*
- *V čem se liší klientela s mentální retardací a duševním onemocněním oproti klientele s psychickým onemocněním?*
- *Jaká specifika plynou z paradivadelní práce s lidmi s mentální retardací a duševním onemocněním?*

### Motivace do výzkumu

Vize bakalářské práce vznikla na základě doporučení vedoucího bakalářské práce Mgr. Martina Dominika Polínka, Ph.D. Zájem o toto téma silně motivuje fakt, že není nijak populární ani masově rozšířené, nepojednává o něm takřka žádná literatura a zabývá se jím jen velmi málo lidí. Skutečnost, že bychom mohli zpracováním tohoto tématu obohatit všeobecné povědomí o této problematice, byl hlavním impulsem pro vypracování této práce.

## 6. Metodika výzkumu

Při realizaci výzkumu byl použit **kvalitativní přístup**, protože nejlépe vyhovuje našim požadavkům. „Kvalitativní přístup je nenumerické šetření a interpretace sociální reality, jehož cílem je odkrývat význam podkládaný sdělovanými informacemi“ (Disman in Miovský, 2006, s. 16). Kvalitativní přístup v psychologických vědách využívá kvalitativních metod pro analýzu, popis a interpretaci nekvantifikovaných nebo nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnější a vnitřní reality (Mioviský, 2006).

### Metody výběru výzkumného vzorku

Pro tuto práci byla využita **metoda záměrného (účelového) výběru přes instituce**. Jedná se o metodu, která je z hlediska času a nákladů pro zkoumající osobu velmi efektivní. Při účelovém (záměrném) výběru přes instituce využíváme určitého typu činnosti nebo služeb instituce, která je určena pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá. Pokud jsou základním souborem našeho bádání klienti určité instituce, je pak záměrný výběr přes instituce tou nejlepší možnou volbou (Mioviský, 2006). Tuto metodu jsme vybrali na základě toho, že základním souborem našeho bádání jsou klienti s mentální retardací a duševním onemocněním, pro které je určen právě námi zvolený týdenní stacionář Domov Jitka ve Vsetíně. Jako instituce zaměřující se právě na tuto klientelu je nejlépe dostupný z města Olomouce a tudíž nám nejbližší.

### Metody získávání a zpracování dat

Pro tento výzkum byly použity tři metody získávání a zpracování dat. Patří mezi ně metoda **pozorování**, metoda **terénních poznámek** formou deníkových zápisů a **interview** (viz příloha).

- **Pozorování**

Tato metoda je spolu s rozhovorem jednou z vůbec nejstarších metod dosahování psychologických poznatků. Pro tuto práci bylo použito pozorování extrospektivní, zúčastněné, otevřené. To můžeme charakterizovat jako pozorování, při kterém se výzkumník pohybuje v prostoru a přímo pozoruje jevy, které se tam vyskytují. Je jedním z aktérů, stává se součástí těchto jevů a současně účastníci výzkumu jsou obeznámeni o tom, že provádí svá pozorování za účelem výzkumu (Mioviský, 2006). Vzhledem k povaze našeho výzkumu byla tato metoda pravděpodobně jedinou možnou a zároveň pro nás nejvhodnější.

- **Terénní poznámky**

Terénní poznámky slouží jako hlavní prostředek záznamu při zúčastněném pozorování. Do terénních poznámek se píše, co výzkumník viděl, slyšel, prožil, o čem uvažoval v průběhu shromažďování a reflektování dat (Hendl in Miovský 2006). V našem případě sloužily pro zaznamenávání situací, průběhu her a technik použitých při práci s klienty, reakcí klientů, různých zvláštností a čehokoli, co bylo v danou chvíli považováno za důležité (viz příloha Deník).

- **Interview**

Pro naši práci jsme ke zjištění specifík jiných klientel (viz kapitola č. 8) použili polostrukturované interview, které je pravděpodobně vůbec nejrozšířenější formou této metody. To vyžaduje poměrně náročnější technickou přípravu, neboť si utváříme jisté schéma, které je závazné pro toho, kdo otázky pokládá. Takovéto schéma zpravidla specifikuje okruhy otázek, na které se hodláme účastníků ptát. Je možné zaměřovat pořadí, ve kterém se okruhům věnujeme a můžeme se také doptávat a dožadovat se upřesnění či vysvětlení, jak danou odpověď dotazovaný myslí. V našem případě možnost kombinace prvků nestrukturovaného a strukturovaného interview dělá z metody polostrukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj (Mioviský 2006).

## **Metody analýzy dat**

K analýze dat jsme použili metodu kontrastů a srovnávání a k seskupení výroků do kategorií důležitých pro tuto metodu, byla využita metoda vytváření trsů.

- **Metoda vytváření trsů**

Tato metoda slouží nejčastěji k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupiny dle rozlišení určitých jevů, případů, místa a podobně. Tyto trsy (skupiny) vznikají na základě vzájemné podobnosti (překrytí) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem nám vzniknou obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do daného trsu (skupiny) je asociováno s určitými opakujícími se znaky (Čermák a Štěpaníková in Mioviský, 2006).

- **Metoda kontrastů a srovnávání**

Kontrastování je vnímáno jako velmi důležitá technika, jestliže potřebujeme odlišit od sebe dvě identifikované kategorie a zdůraznit rozdíly mezi nimi, přestože spolu mají mnoho společného. Může být také užitečné, chceme-li zdůraznit některé kontextuální odlišnosti určitého fenoménu, který vlivem právě některých kontextuálních vztahů může mít rozdílný charakter (Čermák a Štěpaníková in Miovský, 2006).

## 7. Realizace výzkumu

V následující kapitole se zaměříme na popis týdenního stacionáře Domov Jitka ve Vsetíně, kde výzkum probíhal. Popíšeme také strukturu a průběh výzkumu.

### 7.1. Stacionář Jitka

Cílem služby týdenního stacionáře je umožnit lidem s mentálním a kombinovaným postižením žít život, který v co největší míře odpovídá životu jejich věkových vrstevníků ve většinové společnosti. Služba týdenního stacionáře je poskytována v zařízení rodinného typu, které má kapacitu 10 lůžek a její cílová skupina jsou:

- **Osoby s mentálním postižením**
- **osoby s kombinovaným postižením** (jedná se o osoby s mentálním postižením doplněným o postižení tělesné, případně v kombinaci s chronickým duševním onemocněním)

Služba týdenního stacionáře je poskytována od pondělí - od 7.00 hod. do pátku – 17.00 hod. a je zaměřena na tyto aktivity, naplňované vždy v souladu s individuálním plánem klienta:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování, případně přenocování
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- sociální poradenství
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačností a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (<http://www.domovjitka.cz/>).

Pobyt ve stacionáři zajišťuje poskytované služby tak, aby:

- byly maximálně integrované a začleňovaly klienty do běžného prostředí,
- umožňovaly klientům využívat běžnou společenskou nabídku a veřejné služby pro ostatní občany,
- preferovaly aktivní podporu před pasivní péčí,
- podporovaly maximálně dosažitelnou soběstačnost klientů,
- respektovaly lidskou důstojnost, soukromí a práva klientů,
- nediskriminovaly ani neodůvodněně neznevýhodňovaly žádného klienta vůči ostatním,
- dynamicky reflektovaly změny (např. zlepšení schopností, zhoršení zdravotního stavu, stárnutí, ...),
- byly v souladu se standardy kvality sociálních služeb, vnitřních předpisů a zákonných předpisů (<http://www.domovjitka.cz/>).

Pro práci s klienty nám byla přidělena místnost, pro tuto aktivitu přizpůsobenou. Nacházely se v ní dvě pohovky a stolek, který se dal před začátkem hodiny odnést. Místnost byla malá, ale pro náš malý počet účastníků (maximálně 5) byla dostačující. Působila útulně a klienti na ní byli zvyklí. Pokud z jakýchkoli důvodů nebyla daná místnost k dispozici, musela naše činnost probíhat v jídelně. Uprostřed místnosti byl dlouhý stůl, který se nedal odklidit, a proto musely být aktivity přizpůsobeny prostředí, ve kterém byly prováděny. Tento fakt nám přinesl mnoho materiálu, ze kterého jsme mohli v tomto výzkumu čerpat (viz kapitola 8).

## 7.2. Průběh výzkumu

Výzkum jsme uskutečnili v týdenním stacionáři pro osoby s mentálním postižením a kombinovaným postižením Domov Jitka o. p. s. Výzkum probíhal v rámci jednotlivých skupinových intervencí s použitím nejrůznějších dramatických her a technik. Jedna hodina probíhala v duchu strukturovaného dramatu (viz kapitola 4.3). Účast na hodinách nebyla povinná a počet klientů ve skupině se proto v průběhu návštěv měnil. Během sedmi lekcí (od 11. 10. 2013 – do 20. 12. 2013) jsme zapisovali (terénní poznámky) průběh technik, reakce i chování klientů a vše co bylo v danou chvíli subjektivně považováno za jakkoli důležité pro následující práci. Následně jsme z deníku (viz příloha) pomocí metody trsů vyčlenili několik různých témat (kategorií), které můžou být považovány za specifické.

Tyto kategorie (viz kapitola 8) jsme v interview (viz příloha) srovnali se třemi lidmi pracující s jinou, podobnou klientelou. Konkrétně se jedná o Michala Holínku pracující s lidmi s mentálním postižením, Annu Bučkovou pracující s lidmi s duševním onemocněním a Mgr. Martina Dominika Polínka, Ph.D., který pracuje s dětmi s poruchami chování. Tito lidé byli vybráni cíleně podle jejich zaměření. Následně jsme pomocí metody kontrastů a srovnávání vyhodnotili, zda se jedná o specifika uplatňování paradivadelních přístupů u lidí s mentální retardací a duševním onemocněním, či nikoli.



## 8. Analýza dat – výsledky výzkumu

Z deníku (viz příloha) jsme pomocí metody trsů vytvořili následující kategorie, na jejichž základě jsme sestavili otázky do interview (viz příloha).

### 8.1. Kategorie

#### a) Rytmická cvičení:

Rytmická cvičení byla používána vždy na začátku a na konci hodiny. I přesto, že za celou dobu působení nebylo nedosaženo opravdu pravidelného rytmu, od prvního po poslední sezení bylo zřetelné určité zdokonalení. Klienti postupem času získali díky opakování přehled, kdo po kom má tlesknout a kolikrát. Nabývali větší jistotu v tom, co dělají v souvislosti s četností pravidelných opakování. V závěru se již zapojili všichni klienti a mohli jsme pozorovat určité nadšení pro tuto činnost.

#### b) Abstraktní myšlení:

Zpočátku zkoumání byl zaznamenáván výrazný problém nedostatečného abstraktního myšlení klientů. *Například techniky, jako „co by to bylo, kdyby to bylo“ nebo „Sochaření“ klienti nebyli schopni splnit ani po několikerém opakování pravidel, vysvětlování, či menší pomoci.* Nemůžeme však tvrdit, že abstraktní myšlení u našich klientů naprosto chybí. *Jedna klientka k asociaci použít odpověděla „samota“, což bylo v danou chvíli více než překvapující.* S postupem času, s přihlédnutím na obtížnost či snížením nároků ze strany terapeuta bylo patrné malé zlepšení. *Například forma práce s pohádkovým příběhem fungovala perfektně. Klienti byli motivovaní, pohlcení do příběhu a práce s abstrakcí jim nedělala problém.* Abstraktní myšlení je sice snižené, nikoli však nepřítomné.

#### c) Sugestibilita (ovlivňování)

Tato konkrétní skupina klientů je lehce ovlivnitelná. *Téměř každé sezení jsem se setkával se souhlasným přitakáváním především klientky „D“ i v otázkách naprosto protichůdných, kladených hned za sebou. U techniky schovaného balónku byl prvek sugescce výrazně viditelný (viz příloha Deník).*

#### d) Nezájem a problematika krátkodobé soustředěnosti

Pokud hra klienty z jakéhokoli důvodu nebaví, nevydrží u ní dlouho. Dávají svůj nezájem okamžitě najevo a přestávají pracovat. Na tento problém je potřeba reagovat

změnou techniky dříve, než klienty přemůže nezáměr. U klientů jsou častým jevem záminky pro útek. *Kupříkladu klientka „E“ odešla od techniky telefonovat, přestože mi bylo později vysvětleno sociální pracovníci, že klienti nesmí volat dřív, než li dokončí rozdělanou práci. Pravidelně jsem slyšel argumenty pro neúčast na aktivitách z důvodů únavy, bolesti, „překouření“, hladu.* Aktivity byly samozřejmě dobrovolné a klienti se jich nemuseli účastnit, pokud nechtěli. *U klientky „D“ jsem se však potýkal i s opačným jevem. V aktivitách často figuruje (viz příloha Deník) pro její častou přílišnou aktivitu a zklidnění bylo dosaženo zapojením do činnosti.* U této konkrétní klientky můžeme přičítat uvedenou zvýšenou aktivitu důvodu výskytu lektora jakožto chybějícího mužského elementu ve skupině. Náchylnost k únavě, projevy nezáměru a neschopnost udržet pozornost po delší dobu jsou u této klientky nesourodými faktory. Přesto však převažuje četnost a náchylnost k úpadku pozornosti a zájmu.

#### **e) Vliv prostředí**

Hodiny probíhaly ve dvou místnostech, podle toho, která byla v daný den volná. Můžeme proto porovnat vliv prostředí na práci ve dvou rozdílných místnostech. Po většinu času aktivita konala v pokoji pro pohybovou práci určenou. Byly v ní dva gauče a malý stolek, který se dal snadno odnést. Když nebyla tato místnost volná, probíhala aktivita v jídelně. Tomu musely být přizpůsobeny techniky tak, aby se u nich dalo sedět, nebo se dal pohyb vykonávat „běháním“ kolem dlouhého jídelního stolu. Kupodivu v práci klientů nebyly spatřeny žádné viditelné rozdíly. Pozornost ovlivňovaly spíše jednotlivé techniky, než prostředí, ve kterém se prováděly.

#### **f) Budování pocitu bezpečí**

Tento faktor měl výrazný vliv na práci klientů. V tomto případě je možná znatelnější budování vztahu mezi terapeutem a klienty, než mezi klienty samotnými, neboť klienti se mezi sebou dobře znají. Názorný příklad zlepšení jsou vidět v technikách, které jsme prováděli při každé návštěvě. Samozřejmě můžeme mluvit o získaném nácviku opakováním. Nemůžeme ale opomenout lepší náladu a spontánnější jednání při pozdějších sezeních, oproti prvním. Ztráta studu měla pozitivní důsledky jak na straně klientů, tak na straně terapeuta.

#### **g) Rituály vstupní a výstupní – jsou důležité?**

Na začátku každé hodiny byla jako vstupní rituál použita technika „posílání tlesknutí“ a její následné obměny. Klient se mohl „naladit“ a připravit se na následující práci, která byla jiná, než obvyklá činnost ve stacionáři. Určitý způsob uvedení do práce. Jako výstupní rituál bylo používáno „sprchování“, kdy ze sebe klienti smyli všechny zážitky a vystoupili z rolí, do kterých mohli při práci vstoupit. Tento rituál byl použit především jako prevence pro schizofreniky a jejich případné zůstání v roli. Z intervence nevyplývá, že by vstupní a výstupní rituály byly důležité.

#### **h) Nepřipravenost lektora**

Nepřipravenost terapeuta při hodinách měla zásadní vliv na chod práce se skupinou. Někdy nepřipravenost spočívala v nedostatečném množství připravených technik, takže nepokryly celou délku hodiny a půl. Jindy techniky nenavazovaly na sebe dynamicky, či prakticky a vznikaly tak časové prodlevy a upadání zájmu ze strany klientů. Významnou roli hrál fakt, že velké množství použitých technik si terapeut sám nezažil a nemohl tak předpokládat reakci klientů. Techniky taky nebyly ve většině případů zacílené na jednu společný cíl. To mělo za následek jasný negativní vliv na nesoustředěnost a upadání pozornosti, větší než vliv prostředí nebo aktuální nálady klientů.

#### **i) Nepochopení zadání**

S tímto fenoménem jsme se setkávali poměrně často. Řešením bylo buďto pokračování s modifikací původního zadání tak, jak ho pochopili klienti, nebo opětovné vysvětlení. Pokud nepochopení zadání činnosti bylo natolik závažné, že se stala aktivita jednoduše nehratelná nebo neproveditelná, automaticky klienty přestala bavit a bylo zapotřebí okamžitě přejít na činnost jinou. Trvat na pravidlech tak, aby byla podle „předpisů“, dle mého názoru nemá smysl.

Při vyhodnocování terénních poznámek (deníku) metodou utváření trsů bylo dosaženo dohromady jedenácti různých kritérií. Ty posloužily k vytvoření této tabulky, která nám ukazuje, jak se od sebe liší uvedené druhy klientel. V tabulce je označují písmena „a)“ až „i)“. Z kategorií utvořené otázky nalezneme v příloze.

Klientela \ Trsy	Mentální retardace	Duševní onemocnění	Děti a mládež s poruchami chování	Mentální postižení a duševní onemocnění
a) rytmická cvičení	1	2	1	1
b) abstraktní myšlení	1	0	-1	0
c) sugestibilita	2	-2	1	2
d) nesoustředěnost	2	2	1	1
e) prostředí	2	2	2	-2
f) bezpečí	2	2	2	2
g) rituály	1	2	2	-2
h) nepřípravenost	2	X	-2	2
i) nepochopení zadání	-1	2	-1	2

Znaménka v tabulce znamenají:

- -2 ne
- -1 spíše ne
- 0 nevím („půl na půl“)
- 1 spíše ano
- 2 ano

Z barevného označení v tabulce je patrné, které fenomény se mezi jednotlivými klientelami od sebe výrazněji liší, a jsou tedy specifické, a které nikoli.

## 9. Hodnocení výzkumu – diskuze

V kapitole 6. 3. jsme si určili výzkumné otázky, na které se nyní pokusíme odpovědět. Jsme si vědomi možné subjektivnosti výpovědí všech dotazovaných včetně výzkumníka. V následujícím textu se často objevuje termín „naše klientela“. Takto jsme si označili klientelu s mentálním postižením a duševním onemocněním, se kterou byl prováděn výzkum a je tak učiněno z důvodu zkrácení výrazu.

- *V čem se liší klientela s mentální retardací a duševním onemocněním oproti etopedické klientele?*

Z analýzy dat (viz tabulka v kapitole 8) je patrné, že „naše“ klientela se od té etopedické liší v bodech prostředí, rituálů, nepřipravenosti terapeuta a nepochopení zadání.

Oproti etopedické klientele, u „našich“ klientů nepokládáme prostředí za faktor, který by ovlivňoval jejich práci. Vstupní i výstupní rituály, ačkoli byly prováděny pravidelně, nebyly prokázány jako důležité pro naši klientelu přesto, že pro etopedickou klientelu jsou velmi podstatné. Z výzkumu nadále vyplývá, že nepřipravenost lektora měla zásadní vliv na soustředěnost a práci klientů. Toto se však výrazně odlišuje od práce s klientelou etopedickou, kde tento faktor nemá žádný vliv. Setkávali jsme se také často s nepochopením zadání lektora. U etopedické klientely se tento problém příliš často neobjevuje.

V ostatních bodech se klientely od sebe neliší, nebo rozdíly nejsou natolik markantní, aby byly pokládány za důležité. Tyto dvě klientely jsou dle našeho výzkumu rozdílné nejvíce.

- *V čem se liší klientela s mentální retardací a duševním onemocněním oproti klientele s mentální retardací?*

Tyto dvě nezávislé klientely se od sebe liší ve třech bodech, jimiž jsou prostředí, rituály a nepochopení zadání.

Naše klientela se oproti pacientům s mentální retardací liší především tím, že prostředí, ve kterém pracují, na ně nemá žádný výrazný vliv. Dále, že vstupní a výstupní rituály nebyly prokázány jako jakkoli pro klienty důležité a naši klienti, oproti těm mentálně retardovaným, výrazně častěji nepochopí zadání.

- *V čem se liší klientela s mentální retardací a duševním onemocněním oproti klientele s psychickým onemocněním?*

Duševně nemocní klienti na rozdíl od všech ostatních zkoumaných nebývají lehce ovlivnitelní. Dále se zde setkáváme se stejnými rozdíly jako u předešlých dvou klientel a těmi jsou vliv prostředí, kde znova vidíme nesouhlas ve vlivu prostředí na klienty a důležitost rituálů, která u naší klientely nebyla prokázána.

- *Jaká specifika plynou z paradivadelní práce s lidmi s mentální retardací a duševním onemocněním?*

Na základě našeho výzkumu můžeme pozorovat naprosté rozdíly ve dvou kritériích. Jsou zcela odlišné od ostatních třech klientel a vyskytují se pouze u té naší. Jsou specifické, neboť se objevují právě pouze u nás a můžeme je tedy nazvat specifiky. Jedná se o vliv prostředí a důležitost rituálů. U naší klientely nemá prostředí vliv na práci a rituály důležité nejsou, na rozdíl od všech třech ostatních klientel, kde se setkáváme s naprostým souhlasným opakem.

**Za cíl této práce** jsme si vytyčili následující. Zjistit, zdali uplatňování paradivadelních přístupů u našeho výzkumného vzorku s sebou nese nějaká specifika, a pokud ano, zjistit jaká to jsou a definovat je.

**V našem výzkumu jsme zjistili, že uplatňování paradivadelních přístupů u lidí s mentální retardací a duševním onemocněním s sebou nese určitá specifika. Jako specifické můžeme určit to, že prostředí, ve kterém se pracuje, nemá na naši klientelu výrazný vliv, a že rituály, určené jako vstupní a výstupní, nemají pro klienty zásadní význam.**

Z těchto poznatků lze vyvodit, že v praxi se s touto klientelou nemusíme věnovat vstupním a výstupním rituálům v takové míře, v jaké bychom mohli být zvyklí u ostatních skupin. Můžeme také naši práci směřovat k jiným aktivitám a jiným částem procesu a využít více prostoru v naší časové dotaci právě z důvodu nedůležitosti již zmíněných rituálů.

Změna prostředí klienty s mentální retardací a duševním onemocněním „nezaskočí“, takže se v praxi nemusíme tolik přizpůsobovat tomu, že místnost pro práci určená není v dané chvíli volná a můžeme naši práci přesunout například do venkovních prostor či do jiné místnosti, která by byla v jiné situaci označena za nevyhovující.

Výsledky výzkumu mohou být ovlivněny subjektivními faktory našeho konkrétního případu či ojedinělého provedení v oboru. Pro ověření a zpřesnění těchto poznatků by bylo vhodné uplatnit další stejně zaměřené výzkumy, ovšem ve větším měřítku, aby byla potvrzena validita získaných tvrzení. Například ve stejně zacílených stacionářích po celé České republice či ve více zemích zároveň.

Projevy lidí s mentální retardací a lidí s duševním onemocněním jsou ve značné míře popsány pouze zvlášť. Pokud se však u klientů vyskytují oba handicap dohromady, vznikají úplně nová specifika, která mají sice základ ve svých dvou původcích, ale ve vzájemné kombinaci tvoří specifika nová a unikátní.

Bylo by přínosné, kdyby pokračovala výzkumná činnost u této vzácné skupiny, protože se v jistém smyslu jedná o neprobádanou problematiku a pravděpodobně skýtá mnoho nových poznatků.

## ZÁVĚR

*„Kdybych věděl, že zítra bude konec světa, ještě dnes bych šel a zasadil jablň!“*

Martin Luther

Bakalářská práce je zaměřená na uplatňování paradivadelních přístupů u lidí s mentální retardací a psychickým onemocněním. V teoretické části se autor snaží vymezit problematiku jednotlivých klientel, se kterými se setkává ve výzkumu, paradivadelní systémy, se kterými pracoval a legislativou, která vymezuje systém péče týdních stacionářů. Popisuje také různé ostatní fenomény, se kterými se čtenář může v této práci setkat. V praktické části můžeme nalézt cíle výzkumu, metodiku, realizaci samotnou a vyhodnocení výzkumných dat.

Výzkum byl prováděn v týdenním stacionáři Domov Jitka ve Vsetíně. V jeho průběhu byla zjištěna specifika vyplývající z použití paradivadelních systémů u této klientely v porovnání s klientelami jinými a jsou zde vymezeny a popsány rozdíly mezi nimi.

Můžeme pokládat za překvapující, že specifika vyplývající z použití paradivadelních přístupů u klientely s mentálním postižením a duševním onemocněním nemusí vycházet ze součtů specifík jednotlivých klientel, ze kterých tato skupina vychází (tedy klientela mentálně retardovaných a klientela lidí s duševním onemocněním), ale že tato skupina se vyznačuje novými, unikátními zvláštnostmi specifickými právě pro ni samotnou.

Oblast lidí s mentálním postižením a psychickým onemocněním není v současné době v našich geografických podmínkách dostatečně zpracována a uplatňování paradivadelních přístupů u těchto lidí už vůbec ne. Z tohoto pohledu může být tato práce pokládána za přínosnou.

V této práci byla v neposlední řadě zjištěna spousta zajímavých informací, která by mohla být inspirací či podkladem pro další, rozsáhlejší výzkum.



## SEZNAM PRAMENŮ A POUŽITÉ LITERATURY

HETOVÁ, Lenka. *Škola muzejní pedagogiky 3: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 221 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-244-1868-1.

HICKSON, Andy. *Dramatické a akční hry ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 167 s. ISBN 80-717-8387-0.

RABOCH Jiří, Pavel PALOVSKÝ. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 978-807-2547-463.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Osoby se zdravotním postižením - speciálně pedagogické aspekty komunikace*. 1. vyd. [Česko: Pardubická tiskárna Silueta], 2010, 278 s. ISBN 978-80-86417-09-7.

KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Vybrané kapitoly z dramatické výchovy*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 222 s. ISBN 80-718-4756-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0991-7.

KUBÍNEK, Radim. *Psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 870 s. ISBN 978-80-244-3057-7.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-802-4721-385.

MACHKOVÁ, Eva. *Metodika dramatické výchovy: zásobník dramatických her a improvizací*. 12. vyd. Praha: Národní informační a poradenské středisko pro kulturu, 2011. ISBN 978-80-7068-250-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

MORGAN, Norah a Juliana SAXTON. *Vyučování dramatu: hlava plná nápadů*. Vyd. 1. Překlad Helena Zymonová. Praha: Sdružení pro tvořivou dramaturii, 2001, 250 s. ISBN 80-901-6602-4.

PIPEKOVÁ, J., et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-807-3151-980.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., KREJČÍŘOVÁ, O., et al. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 251 s. ISBN 80-244-1073-7.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 221 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3678-890.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-732-0039-2.

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER a Martin Dominik POLÍNEK. *Dramaterapie v institucionální výchově: role, improvizace, integrace*. 1. vyd. Olomouc, 2010, 153 s. ISBN 978-80-244-2659-4.

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2011, 264 s. ISBN 978-802-4738-512.

YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. Vyd. 1. Překlad Ivo Müller. Praha: Portál, 2006, 527 s. ISBN 80-736-7147-6.

**Internetové zdroje:**

*Domov Jitka o. p. s.* [online]. [cit. 2. dubna 2014]. Dostupné z: <http://www.domovjitka.cz/>

**Legislativní normy:**

Česko. *Zákon o sociálních službách.* In: *108/2006 Sb.* 2006. [cit. 29. března 2014]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1.: Deník (terénní poznámky)

Příloha č. 2.: Interview

## **Příloha č. 1.**

### **Den 1. (11. 10. 2013)**

Dneska jsem tam byl první den. Pracoval jsem se třemi klienty – „D“, „L“ a (nevím jméno). Dohlížely na nás dvě sociální pracovnice, jejichž jména musím taky zjistit ☺.

Pracoval jsem s: „L“, „D“ a „E“ (edit 18.10.2013)

Dělal jsem tyto techniky:

Jako otvírací rituál jsem použil tleskání v kruhu. Zvyšování a snižování tempa. Potom jsme přešli na plácání o stehna (seděli jsme) až k posílání tlesknutí. Zapomněl jsem si tam já vůl blok, takže si teď pořádně nepamatuju, co jsem s nimi všechno dělal. Uběhlo to rychle, protože nás bylo málo a za hodinu jsem vyčerpal svých připravených technik. Posílání tlesknutí moc nešlo Ludmilce, nakonec ale párkrát tleskla. Posílání tlesknutí se postupně vyvinulo v jakési „poznej, kolikrát tleskl ten před tebou“. Z tleskání na kolena jsme přešli na „bon čiki bon“. Nevím přesně, co po čem navazovalo, ale někdy po tomhle (myslím, že jsme navázali) jsme do tleskání o kolena přidali slova: „tucet dvacet ocet Jacek“, „uši tuší v muší duši“. To šlo jenom „D“. Té, co si nepamatuju její jméno, to šlo jen tak trochu. Po chvíli jí to přestalo bavit. Další technika – „bublila se bublina“. Klasika, osvědčená technika, kromě Ludmilky, všichni v pohodě. Zkusili jsme hru „co by to bylo, kdyby to bylo“. Co by to bylo, kdyby to byla květina? Jeden šel za dveře, pak se vrátil a hádal předmět, který jsme my vybrali. Ptá se otázkami „co by to bylo, kdyby to bylo“. Tahle hra naprosto selhala. Chybí abstraktní myšlení. Když jsem se snažil hru vysvětlovat více, „D“ mi všechno odkývala, ale jednala stejně jako předtím. Nepochopila pravděpodobně nic. I sociální pracovnice mi potvrdila, že abstraktní myšlení moc ne-e. Ta, jejíž jméno se nevyslovuje, byla z abstrakce úplně mimo, „D“ alespoň na otázku „co z toho by mohla být flétna“ ukázala správně na fix. Tímto jsem klienty evidentně unavil a ztratil jsem jejich soustředěnost. Přišla tedy na řadu věc „Král není doma“ (popis hry v knize Metodika dramatické výchovy, Eva Machková, str. 138). Nejdřív jsem musel začít běhat kolem a vřískat sám. Podruhé už jsem ostatní nemusel vybízet. Docela prdel. Možná jsme dělali ještě něco, ale techniky které jsme dělali, jsem nechal tam, tak když tak doplním příště. Zakončili jsme znovu tleskáním do rytmu, zrychlování zpomalení, taky o kolena, dupání, posílání tlesknutí. Konec

Edit z 18. 10. „chybí abstraktní myšlení“. Poznačil jsem si do sešitu, který jsem si tam zapomněl.

## **Den 2. (18. 10. 2013)**

Pracoval jsem s: „D“, „E“ a „M“

Sotva jsem přišel, už mě vítala „D“ „jé, ty už jsi tady, to jsem ráda, že jsi přišel“ doprovázeno doteky z „D“ny strany a pokusy o útěk z té mojí.

Začal jsem „teploměrem nálady“. Kdo se jak má, kdo se jak vyspal atd. „E“ se zdál nějaký špatný sen, tak zůstala její ruka dost nízko. Otevírací rituál samozřejmě tlesknutí, které jsem se tentokrát pokusil obohatit. Při vrácení tlesknutí na opačný směr zvednout ruce a udělat „uaaa“. Moc se to neujalo, protože to opakovali po mě všichni, ale při ukončovacím tleskání už to bylo trochu lepší. Budu to zkoušet příště znova. Další technika byla chození po prostoru (v našem případě kolem dlouhého stolu) a napodobování „terapeuta“. Napodobovali jsme nejdříve pohyby. Plácání, mávání, držení se za uši, dělání velkých kroků. Později nálady. Smutný, veselý, naštvaný, unavený, uspěchaný. Toto později přešlo do „jak jdeš, když jdeš“ ze školy třeba. K zubaři, ze školy, do postele, z postele, na záchod. Přešlo to do takové podoby, jednak protože mi došly nálady a protože mi připadlo, že klientům dělá problém se vcítit do nálady. Napodobovali mě a nepředstavovali si onu náladu. I klienti přebrali iniciativu a dávali se vzorem pro onu chůzi. Protože klienti z toho lítání kolem stolu byli unavení, sedli jsme si znovu ke stolu a zkoušeli asociovat. „Co se vám vybaví, když řeknu...“. První byl les. „D“ hned vykřikla „ves, lez, nes“. „E“ „hoří“. „D“ pokračovala už ve stylu „houby, zvířátka“. „M“ řekla „šišky“. Pak jsem se ptal na poušť („M“ zajímavě odpověděla „samota“), na Vsetín, panelák, oběd. Všeobecně, třeba u toho paneláku popisovali věci, které znají z vlastního života, které znají, nebo nejlíp mají doma. To, co daná věc obsahuje. „D“ i „E“ mi říkaly, co mají doma. Kuchyň, záchod, gauč, palmu, obývací. Mezi tím, „E“ utekla, že si chce zavolat. Nejspíš jí to vůbec nebavilo a „volat“ byl útěk, protože nesměla volat dřív, než dokončí rozdělanou práci. Řekl jsem jí, že s námi nemusí být, ale kdyby chtěla, může se k nám zase přidat. „M“ mi pak řekla, že se ráda baví o zvířátkách, tak když pak přišla a sedla si dál od nás, hned jsem se zeptal, co si představí, když se řekne Zoo. Po chvilce si zase přisedla k nám a pokračovala s námi.

Potom jsme hráli „kdo je kdo“ jako v partičce. Někdo šel za dveře a přišel jako někdo jiný. Ostatní museli hádat, kdo to je. Nejdřív jsem šel dvakrát já a pak „E“ a „D“. Docela jim to šlo. Já jsem byl Karkulka a Bobek z Králíků z klobouku. Potom „E“ byla Ježíšek (cinkala za dveřmi). Podruhé, když jsme jí vysvětlili, že musí přijít mezi nás a nemá zůstat za dveřmi, přišla jako čert. Do téhle hry se přidala i paní „M2“, která vždycky něco uhádla. Jinak mlčela. „D“ zazpívala písničku – byla „nějaká zpěvačka, kterou si nepamatuju“ a Karel Gott. Byl to duet. Tohle už bylo na klienty moc a bylo na nich vidět, že jsou unavení. Navíc se blížil oběd. Umyli jsme ze sebe jako pod sprchou Goťáky a čerty a „lekcí“ jsme uzavřeli posíláním tlesknutí.

### **Den 3. (25. 10. 2013)**

Pracoval jsem s: „M2“, „D“ a „P“

Posílání tlesknutí, bon čiky bon, bublina. Zopáknul jsem staré techniky pro nováčky. Chození kolem stolu a napodobování pohybu terapeuta.

Nová technika – podávání ruky. Vešel jsem do místnosti a podal jsem ruku „M2“ s výrazem ve tváři loučícího se partnera. Nikdo nic nepoznal. Další byl výraz gratulace „D“. Ta to bravurně poznala a odpověděla, že jí přeju k svátku. Pak jsem znovu „D“ podával ruku s výrazem nadřazenosti a to poznalas tiše přihlížející paní Milada, která se našich sezení neúčastní. Poslední podání ruky bylo v duchu gratulace k povýšení. „D“ odpověděla „kamarádský“ a paní Milada se znovu ozvala od konce stolu a správně odpověděla.

Kolečko důvěry – prováděno za asistence sociálních pracovníků se klientům, podle mého názoru líbilo. Neházeli jsme si s člověkem uprostřed kruhu doslova, ale klient se vždy spíše nahýbal, ale nepadal. „P“ to brala jako „objímací kolečko“.

Vedení rukou – obličej je veden rukou. Dvě dvojice, jeden vedl druhého a potom se to vystříдалo. „P2“u vedla sociální pracovnice „jméno“ Dášu jsem vedl já. „M2“ se neúčastnila. „D“ reagovala naprosto dobře, sledovala ruku. „P“ to tak dobře nešlo, co jsem tak pokukoval. Pak jsem Dášu vystřídal a ona vedla mě. Myslím, že se jí to líbilo, protože se děsně smála tomu, jak lezu po čtyřech, skáču nahoru-dolů a užívala si té moci (podle mého názoru). „P“ se do druhé role nevyměnila, protože ji to nebavilo. Při reflexi řekla „D“, že pro ni bylo

příjemnější být vedena, prý ji to uklidňovalo. Ptal jsem se taky, co jí bylo příjemné na té vedoucí roli, koho v životě by chtěla takhle vézt nebo kým by chtěla být vedena, ale určitých odpovědí se mi nedostalo.

Sochaření – postavil jsem se „modelem“ a „D“ měla sochat. (Všude figuruje „D“, ale je strašně aktivní a zklidním ji, když ji zapojím do činnosti) Nesochala „P2“u ale tak, aby stála stejně jako já, ale plácala na ni pouze imaginární bláto. Nedělala tedy kopii. Ostatní holky se nechtěly účastnit. „P2“u jsem tak tak překecal, aby dělala „D“ sochu (bláto). Na druhý pokus to dopadlo stejně. Zkusil jsem sochaře udělat i z Marty, tady jsme se ovšem taky nedočkali pochopení. „M2“ napodobila můj postoj sama, sochu nechala stát v původní (základní) poloze.

Doplňování postav a věcí za pomoci živých soch – tohle jsem dělal už jenom s „D“, protože ostatní se nechtěli připojit. Respektoval jsem tedy jejich nárok na dobrovolnost. Sochy nám k mému překvapení docela šly. Situace se vyvíjela následovně: já = lampa – židle. Já = motýl – louka – voda – vrba – list – halůzky – kůň – seno – vidle – sedlák – hrábě – kůlna – dřevo. Já = srpen – bouřka (po dlouhém uvažování) – blesk – déšť – kaluž – bota – halenka.

Skončili jsme „umytím“ a posláním tlesknutí.

#### **Den 4. (1. 11. 2013)**

Dneska jsem pracoval s „D“, „M“, „E“ a „P“. Byli tam ale i „L“ a „M2“. „P“ se v průběhu odpojila.

Dneska jsme nemuseli běhat kolem stolu nahoře v jídelně, ale byl volný dolní pokoj, kde ležela „L“. A já jsem si připravil samé sedací aktivity. Ještě než jsme se všichni nashromáždili dole, stihla mi „E“ říct, že má strach. Prý nějaké problémy s rodinou.

Začali jsme klasicky – změřením nálady a posláním tlesknutí.

Na výstavě se ztratily štítky od obrazů a klienti museli pojmenovat obrazy znova, než přijdou návštěvníci.

obraz: „D“ (fenomenologicky) pojmenovala věci na obrázku. Řekla „lod' s rytířama na vodě“. Zbytek holek neřekl nic.



obraz: „D“: „královna s miminkem a má k sobě jakéhosi manžela“.

Zbytek – nic

„M“: „Rytíři na koni, že někam jedou“.

„D“: „rytíř s mečem“

„P“: „Zbojník“

„M“: „nebo se chystá bojovat... že někam ide“.

Skončil jsem tuhle hru dřív, než začne někoho nudit, protože i přes opakované vysvětlování a dávání příkladů se holkám moc nedařilo.

Házení míčku:

Nejdřív jen tak. Potom se zachovala jedna dráha, která zůstala do konce hodiny pro všechny ostatní techniky, kde jsme se v něčem střídali po řadě. Postupně jsme zrychlovali. Potom jsme přešli na asociace s tím, že jsem dal za úkol říkat při hodu jakékoli slova. Z čehož mnohdy vznikly hezké řetězy jako „postel, peřina, polštář“. Později jsem chtěl, aby slovo, které řeknou, mělo nějaké spojení se slovem předešlým. (hlína, žížala). Dále jsme házení míčku přetransformovali do házení se slovním fotbalem na poslední písmeno.

Dále – „přijďme na co nejvíce slov po A“, po „P, R, H, M“

Když jsem jel do Ameriky, vzal jsem si s sebou:

- ponožky, sukňu, boty, tričko, kratšasy, bundu
- plavky, boty, koženou brašnu, ručník

Řemesla:

„M“ předváděla ševce, „D“ zahradníka, já dřevorubce

Rituální sprcha, posílání tlesknutí a konec.

## Den 5. (8. 11. 2013)

Pracoval jsem s „D“, „P“, později i s „P2“

Začali jsme teploměrem. Dneska se měli všichni skvěle podle těch ruk hore. Dále posílání tlesknutí. I „P“ to dneska šlo. Byli jsme ale jenom ve třech. Já, „D“ a „P“. „P“ nechtěla nic dělat. Prý je unavená, včera se překuřila, bolí ji nohy, chce už oběd, chce si povídat, chce spát. Chvilku si povídáme a pak si začneme házet míčkem, tak jako minulou hodinu. Změníme „jakékoli slova“ na „jakékoli jídlo“ a později na „zvířata“. Dále jsme hádali pohyb. Tak jako minulou hodinu jsme hádali řemesla, dneska jsme hádali sporty. Načež „P“ rezignovala, že ji to nebaví a odešla do kuchyně. „D“ jsem se zeptal, co měla „P“ na sobě. „Šedé tepláky, barevnou halenku (byla šedá s barevným obrázkem), ponožky modré (bílé), culík, papuče modré (černé)“. Uhodla teda skoro všechno. Když „P“ přišla zpátky, zaujalo jí, že jsme hádali, co má na sobě a tak to teď zkusila taky. „D“ šla za dveře a „P“ spustila: „Fialové gatě, svetr pruhovaný, červený, bílé pruhy, bílé triko (neměla triko), bílé ponožky, modré papuče (zelené)“. Vzal jsem balón, se kterým jsme si původně házeli a se zavřenýma očima všech (dvou) zúčastněných jsem je dal někomu za záda (alespoň jsem měl, ale nechal jsem si ho u sebe). Bez toho aniž by kdokoli ten míček ukázal, museli klientky přijít na to, kdo jej má. Kdo se blbě kouká atd. To už „P“ zase někam odcházela, takže se to trochu zkomplikovalo a pracoval jsem proto jenom s „D“. „Kdo má ten míček?“ „D“ ho neměla, mohl jsem ho mít proto jenom já, nebo „P“. „Máš ho ty“. Řekla. A já jsem se ptal „proč ho mám já?“. Načež řekla, že neví, že je teda asi pod polštářem, nebo ho má „P“. Snažil jsem se jednat co nejméně sugestivně, protože právě „D“ udělá a zopakuje přesně to, co se jí řekne. No nakonec, když „P“ přišla zpátky, ptal jsem se i „P“, kdo ten míček má. Prý „D“, protože tak „blbě čumí“. Sama ho prý nemá. Tak se ptám znova „D“, kde může být, a proto, že „D“ pořád zkouší polštáře, deky a podobně, vysvětluji jí na prstech, že jsou jenom tři možnosti. Já, ona nebo „P“. „P“ říká, že ho nemá, „ty Dášo ho máš?“. „Ne“...takže ho může mít jenom kdo? Dobrali jsme se šťastnému konci.

„P“ definitivně skončila, lehla a usnula. Zašel jsem tedy nahoru sehnat někoho dalšího, protože s jedním klientem se moc pracovat nedalo. Nebo alespoň jsem neměl chuť a nápad. Přitáhl jsem „P“. Zkusili jsme začít tlesknutím, „D“ mi pomáhala „P“ rozehrát. „P2“ tleskání

pochopil a zúčastnil se. Nicméně to bylo vše. Někdo ho prý zbije a poteče mu krev, má nahoře kofolu a drez, jakoukoli další iniciativu odmítal. Zkusili jsme „pohybovou Ameriku“ (jeden udělá pohyb, druhý ho zopakuje a přidá další). „D“ začala, „P2“ odešel. Tímto jsme tedy skončili.

### **Den 6. (15. 11. 2013)**

„M2“, „D“, „M“

„Kdyby mě někdo slyšel, tak by si myslel, že jsem na palicu“. – „M“

Dneska jsme dělali techniky na základě pohádky O Smolíčkovi pacholíčkovi, kterou jsme vypracovali s Gabčou na hodinu Dramatické výchovy. Dnešní hodina se celkově ujala a myslím, že všechny nadchla. Hlavně mě. Dokonce i paní „M2“ se zapojila a aktivně se účastnila.

„Jelen není doma“ jsme už jednou vlastně dělali, akorát to bylo s králem a ne jelenem. Pro Míšu to stejně byla novinka. Klienty to bavilo.

„Zahrajme si na zvířátka v lese“ se taky chytlo. Nejdřív co za zvířata jsou v lese, potom jaké zvuky dělají a jak se hýbou.

Technika s lesem: Já s „M2“ jsme stáli uprostřed místnosti jako stromy, „M“ s „D“ byly Smolíček a jelen. A naopak.

Komentování, co by se mohlo Smolíčkovi stát, jsme nechali na verbální úrovni. Do pantomimické úrovně jsem zbytečně zacházet nechtěl.

Při technice s vytváření dědečkovy světničky to taky šlo vcelku hladce. Nikdo to nebral na lehkou váhu a nikdo si z toho nedělal legraci. Při schovávání jednoho z předmětů z dědečkovy světničky klienti vždy hluboce přemýšleli, co z věcí se ztratilo, která tam chybí.

Při poslední technice se vymyslely takové patvary, že se tomu klienti smáli ještě po obědě. „Dědeček žil v paneláku, Smolíček chtěl do školy, jelen chodil na hříby, Smolíček hrál s dědečkem karty“ atd.

Všechno šlo jako po másle. Techniky hezky navazovaly do příběhu, každá technika se dobře ujala a každý se jí horlivě účastnil. Při čtení pohádky

klienti vtaženi do příběhu napjatě poslouchali a často komentovali příběh, jak je napínavý a měli strach o Smolíčka, aby mu Jezkyňky něco neprovedly, nebo aby jelena nesežrali vlci.

Skončili jsme rituální sprchou a tiskacím kolečkem.

## 20. 12.

Dneska jsem měl největší skupinku za celou dobu. Slavily se Vánoce a všichni byli tak nějak aktivní. Nakonec jsme ale zůstali čtyři, což ale i tak byl nadstandard. Měl jsem v plánu zopakovat nějaké oblíbené techniky, které v průběhu pololetí zabodovaly. Začali jsme klasicky tlesknutím. Od prvního sezení vidím obrovský posun. Pamatuju si, že bylo těžké vůbec pochopit, o co jde a co mají klienti vlastně dělat a proč by vlastně vůbec měli tleskat. Dneska se zapojila i „L“ a „E“, která byla silně nadopovaná práškama z psychiatrie a tleskala vleže, i když se zdálo, že spí. I paní „M2“ se zapojila. Následovala bublina. Výborné, fakt bylo vidět, že se těšili na moje aktivity a nafukovali se, co se dalo. Další technika – král je doma. „M2“ se strašně styděla, ale vzal jsem ji mezi nás skákající a tím se odvážala. Tahle technika vyloženě prolamuje bariéry studu. Potom si „M“ vzpomněla na hru, že někdo přijde zpoza dveří a my hádáme kým je. Odpovědi ano, ne. I „E“ se z postele ozvala, že by si taky nějakou postavu vymyslela, ale nakonec z toho sešlo. Holky to po třech kolech přestalo bavit a tak jsme šli dál. Byla Vondráčková, pyšná princezna a Michal David. Šli jsme se znovu hýbat. Začal jsem chodit po místnosti a pohybovat rukama skrčenýma v loktech. Bez vybízení se holky připojily ke mně. Aniž bych jim cokoli řekl. Super! Pokračovali jsme v různých pohybech, potom jednoduché nálady (šlo jim i to). Potom jsem začal předvádět nějakou činnost, povolání a holky hádaly, co dělám. Potom já jsem vymýšlel povolání a holky předváděly. Dával jsem za úkoly nejen zaměstnání, ale i „jak dělá vítr, sníh, strom“. To jim k mé radosti šlo. Zkusil jsem i „jak dělá světlo, jak dělá zelená“, ale vím, že bych toho chtěl moc, kdybych čekal, že vyjádří tolik abstraktní pojem. Zkusil jsem to. Potom jsem zůstal stát u nějaké činnosti uprostřed a udělal jsem myslím lampu. Od toho se odvíjely řady (lampa, stůl, židle. Beru stůl a nechávám jenom židli. A další obraz...). Udělali jsme asi pět, sedm obrazů a začínal jsem vnímat únavu nebo nezám. Změnil jsem na poslední hru – kreslení na zeď. Kreslil jsem „jako“ různé věci (slunce, domeček, strom, květiny, auto) a klienti hádali, co to je. Obrázky si dokázali představit většinou správně. Pak jsem začal psát slova od nejlehčích

po těžší a to už někteří přestávali vnímat a skončili jsme. „Osprechovali jsme se“ a rozloučili. Klienti mi poděkovali a popřáli příjemné Vánoce.

## Příloha č. 2.

*odpovědi: ano, spíše ano (trochu ano), nevím, spíše ne (trochu ne), ne*

**Michal Holínka, klientela: lidé s mentálním postižením. Skupina o 9 lidech.**

### **Dramika a Tetroterapie**

- Mají tví klienti problém s rytmem? – *jak kteří. Závisí na diagnózách. Spíše ano*
- Jak jsou na tom tví klienti s abstrakcí? (dobře, špatně, nevím) – *spíše dobře*
- Jsou tví klienti lehce ovlivnitelní? - *ano*
- Jsou faktory jako náchylnost k únavě, projevy nezájmu a neschopnost udržet pozornost častým jevem při práci s tvou skupinou? (ano, ne, nevím) – *závisí na medikaci. Ano*
- Má prostředí, ve kterém s pracujete nějaký vliv na klienty, tebe, či práci? – *Ano. V jiném prostředí než na které jsou zvyklí, upadá pozornost*
- Má faktor budování pocitu bezpečí výrazný vliv na práci klientů? – *Ano, důvěra je důležitá*
- Považuješ vstupní a výstupní rituály za důležité? – *Spíše ano. Že je to důležité potvrzeno na konkrétním případě*
- Má nepřipravenost Tebe (terapeuta) zásadní vliv na chod práce se skupinou? - *Ano*
- Je motivace důležitá pro práci se skupinou? – *Určitě, naprosto, ano*
- Setkáváš se často s tím, že klienti nepochopí zadání? – *moc ne*
- Reaguje na zadání každý klient jinak v závislosti na jeho diagnóze? – *není tam tak markantní rozdíl, nemyslím, že je to tak závažné*

**Ana Bučková, klientela: lidé s psychiatrickým onemocněním, skupina o 12 lidech,**

### **2 x týdně**

- Mají tví klienti problém s rytmem? - *Ano*
- Jak jsou na tom tví klienti s abstrakcí? (dobře, špatně, nevím) – *půl napůl, jak kdo*
- Jsou tví klienti lehce ovlivnitelní? - *ne*
- Jsou faktory jako náchylnost k únavě, projevy nezájmu a neschopnost udržet pozornost častým jevem při práci s tvou skupinou? (ano, ne, nevím) – *ano.*

*Únava souvisí s medikací. Nezájem souvisí s osobami s hraniční poruchou osobnosti.*

- Má prostředí, ve kterém pracujete, nějaký vliv na klienty, tebe, či práci? – *Ano, malý prostor, problém s náchylností na teplotu, židličky jsou problém, někteří vyžadují sedět na nich. Ještě jsem nepracovala v jiném prostoru. Současný prostor je nevyhovující.*
- Má faktor budování pocitu bezpečí výrazný vliv na práci klientů? – *Ano*
- Považuješ vstupní a výstupní rituály za důležité? – *Ano, do té doby, dokud se nezačne dělat rituál, dělají koniny. Výstupní rituál je signál pro konec skupiny.*
- Má nepřipravenost Tebe (terapeuta) zásadní vliv na chod práce se skupinou? – *Nejsme nikdy nepřipravení.*
- Je motivace důležitá pro práci se skupinou? – *Ano. Musím je motivovat.*
- Setkáváš se často s tím, že klienti nepochopí zadání? – *Ano.*
- Reaguje na zadání každý klient jinak v závislosti na jeho diagnóze? – *Ano.*

**Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D, klientela: děti, mládež s poruchami chování**

- Mají tví klienti problém s rytmem? – *spíše ano*
- Jak jsou na tom tví klienti s abstrakcí? – *určité vzory, spíše ne*
- Jsou tví klienti lehce ovlivnitelní? – *spíše ano*
- Jsou faktory jako náchylnost k únavě, projevy nezájmu a neschopnost udržet pozornost častým jevem při práci s tvou skupinou? – *spíše ano*
- Má prostředí, ve kterém s pracujete nějaký vliv na klienty, tebe, či práci? – *ano*
- Má faktor budování pocitu bezpečí výrazný vliv na práci klientů? – *ano*
- Považuješ vstupní a výstupní rituály za důležité? – *ano*
- Má nepřipravenost Tebe (terapeuta) zásadní vliv na chod práce se skupinou? – *ne*
- Je motivace důležitá pro práci se skupinou? – *spíše ano*
- Setkáváš se často s tím, že klienti nepochopí zadání? – *spíše ne*
- Reaguje na zadání každý klient jinak v závislosti na jeho diagnóze? – *spíše ne*

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Martin Fiedor
<b>Katedra:</b>	Speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Specifika uplatňování paradiivadelních přístupů u osob s mentální retardací a duševním onemocněním
<b>Název v angličtině:</b>	Specifics of paratheatrical systems application for people with mental retardation and mental disorders
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na specifika uplatňování paradiivadelních přístupů u osob s mentální retardací a duševním onemocněním. Praktická část byla provedena formou kvalitativního výzkumu. V jeho průběhu byla zjištěna specifika vyplývající z použití paradiivadelních systémů u této klientely v porovnání s klientelami jinými a jsou zde vymezeny a popsány rozdíly mezi nimi.
<b>Klíčová slova:</b>	Paradiivadelní systémy, lidé s mentální retardací, lidé s duševním onemocněním, specifika uplatňování paradiivadelních přístupů
<b>Anotace v angličtině:</b>	This thesis deals with specifics of paratheatrical systems application for people with mental retardation and mental disorders. Practical part was done by qualitative research. There have been detected specifics in relation with paratheatrical systems used on this type of clientele. There is also description of individual clieteles and differences between each other.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Paratheatrical systems, people with mental retardation, people with mental disorders, Specifics of paratheatrical systems application
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1.: Deník (terénní poznámky) Příloha č. 2.: Interview
<b>Rozsah práce:</b>	42 stran



<b>Jazyk práce:</b>	čeština
---------------------	---------