

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ
STUDIUM**

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lenka Vaňková

**Problémové chování u mentálně postižených osob
v ústavní péči**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Alexandra Kastelová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Lenka Vaňková

**Problem behavior of mentally disabled people in
residential care**

Prague 2013

Supervisor of the Bachelor thesis:
PhDr. Alexandra Kastelová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 13. 3. 2013

Lenka Vaňková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Alexandře Kastelové Ph.D. za její veškerá doporučení a poskytnuté odborné rady.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá charakteristikou mentálně postižených se zaměřením na jejich problémové chování a to nejen v ústavní péči. V teoretické části vycházím z informací získaných z odborné literatury k vymezení základních pojmů a také i k právům uživatelů ústavních sociálních služeb.

Praktická část se skládá z případových studií, ve kterých komplexně popisují příklady problémového chování a metody jak toto chování částečně eliminovat.

Klíčové pojmy

Aktivní naslouchání, individualita, mentální postižení, oceňování, pohovory, pozorování, problémové chování, případové studie, specifické zvláštnosti.

Annotation

This thesis deals with the characteristics of mentally disabled people, focusing on their problem behavior, not only in institutional care. In the theoretical part is based on information obtained from the literature to define the basic concepts and also that the constitutional rights of users of social services.

The practical part consists of case studies in which comprehensively describe examples of problematic behavior and the methods of how to partially eliminate such behavior.

Key words

active listening, individuality, mental disability, evaluation, interviews, observation, problem behaviors, case studies, specific peculiarities.

,

OBSAH

ÚVOD	8
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	10
1.1 Kvalifikace mentálního postižení	11
1.2 Dítě s mentálním postižením v raném a předškolním věku	15
1.3 Dítě s mentálním postižením ve školním věku	15
2 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	17
3 PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO	19
4 CHOVÁNÍ JEDNOTLIVCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	23
4.1 Individualita mentálně postiženého dítěte	24
4.2 Specifické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením	25
4.3 Problémové chování	25
4.4 Faktory spouštějící problémové chování mentálně postižených	27
5 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA A SEXUÁLNÍ ŽIVOT	30
5.1 Předsudky vůči sexualitě a sexuální výchově	30
6 OCHRANA PRÁV UŽIVATELŮ ÚSTAVNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	32
7 CÍLE PRŮZKUMU A METODIKA	35
8 PŘÍPADOVÉ STUDIE	36
9 SHRNUÍ PŘÍPADOVÝCH STUDÍÍ	55
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	62

ÚVOD

Po chodníku jde paní středního věku a vedle ní anebo před ní si vykračuje člověk, většinou zavalitější postavy a obtížně určitelného věku. Jakmile však máme možnost se tomu mladšímu z dvojice podívat do obličeje, víme, na čem jsme: je to mentálně postižené dítě a ta paní bude zřejmě jeho matka. Odvrátíme zvědavý pohled, ale když přejdou, patrně se za nimi ještě ohlédneme.

Je to setkání, které v nás vzbuzuje otázky: Jak asi spolu ti dva žijí a jak se k sobě chovají? Chybí v téhle rodině otec nebo je jednoduše v zaměstnání a matka zůstává doma a pečuje o postižené dítě? Má ještě zdravé sourozence a jak oni s ním vycházejí? A co asi po celý den vykonává? (Blažek, Olmrová, s. 7).

Jako jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými představují děti, mládež i dospělí s mentálním postižením, a přesto se toho ví o nich poměrně málo. Předsudky, které se k lidem s mentálním postižením ve společnosti vytvořily a zafixovaly, svým obsahem mnohdy vedou nejen k odmítání, ale i také k nezájmu o tuto skupinu lidí s mentálním postižením.

Důvodem tohoto nezájmu mohou být především zkreslené mínění o tom, že se jedná o stejnorodou skupinu lidí, u kterých převládá negativní charakteristika postižení. V tomto případě jde o zevšeobecnění, které je pokládáno za jedno z nejrozšířenějších proti osobám s mentálním postižením. Toto také můžeme chápat jako tendenci pohlížet na každého jedince s mentálním postižením šablonovitě, přičemž charakteristickým rysem celé osobnosti takového člověka je samotné postižení.

Proces reformy a společenské změny rovněž zasahují do oblasti sociálních služeb. Dochází ke zvyšování požadavků na kvalitu nabízených služeb, jejich strukturu, individualizaci a pružnost. Při transformaci sehrávají významnou roli nové přístupy, které vyžadují vstřícnost a otevřenost při jednání mezi zřizovateli, poskytovateli a uživateli. Sociální služby v posledních letech procházejí rozsáhlou transformací. Jednou z oblastí, které se změny dotýkají je i problematika práce s klientem s rizikem v chování.

Tato problematika se zaměřuje především na jedince, kteří dříve bývali a dodnes ještě bývají stiženi nedůstojnému vystavení omezovacím prostředkům, se zdůvodněním, že „jiným způsobem to nejde, jsou totiž problémoví a nebezpeční.“ Těmito prostředky jsou stiženi i za situace, kdy útoční nejsou, ale „mohli

by být“ a zapomíná se, že tito lidé mají také právo na důstojný a rozmanitý život, který je přiměřený se zdravými vrstevníky.

Jak zde uvádím, že se setkáváme s mentálně postiženými, pro mě by toto setkání nebylo něčím neobvyklým, z toho důvodu, že kontakt s mentálně postiženým mohu popsat jako svoji osobní, životní zkušenost, která se mně bezprostředně dotýká a která svým způsobem i ovlivnila můj život. V současné době je lidem s mentálním postižením poskytována náležitá péče, vzdělávání a celá řada služeb od poradenských, školských až po služby podporovaného zaměstnávání. I přesto dnes nacházíme mnoho dospělých, kteří se narodili v době, kdy jim nebyly nabízeny buď žádné nebo velmi částečné služby.

Skutečností bylo tyto lidi vyčleňovat ze společnosti, izolovat je ve speciálních zařízeních, odpírat jim právo na vzdělání, některé tyto osoby sice zůstaly v rodinném prostředí, ale nikdy jim nebyla z různých důvodů věnována odborná péče. A o jednom takovém případě pojednává i má případová studie. V té následující popisuji charakteristiku klienta v ústavní péči a jeho, z pohledu pracovníků ústavu problémovému chování.

V teoretické části se zaměřuji na obecné, odborné definice a charakteristiky týkající se mentálního postižení a také se zde zmiňuji o právech uživatelů ústavních sociálních služeb.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V populaci v současné době žije přibližně 3-4 % osob s mentálním postižením, což je potvrzeno i statistickými odhady, jež hovoří o cca 300 000 jedincích s diagnózou mentální retardace žijících na území České republiky.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je mentální retardace definována jako stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, pohybových, řečových, a sociálních schopností.

U nás je nejznámější a nejvíce citovanou definicí mentální retardace, definice která se snaží o komplexní vymezení mentální retardace. Bendová (2011, s. 9) uvádí *„mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilním ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatek genetických vloh, na porušení stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“*

V dalších studiích se můžeme setkat i s dřívějšími výrazy: mentální deficit, rozumová zaostalost, slabomyslnost, oligofrenie, mentální defekt apod. Jako nejčastější a uznán jako nejvhodnější je používán název mentální retardace, přeloženo do českého jazyka duševní opoždění. Tento termín je považován za nejvhodnější proto, že vystihuje přesvědčení současné vědy, že:

a) u duševně postiženého jedince by bylo nesprávné vycházet jen ze zjištění snížené inteligence (nebo také rozumových schopností), který je vyjádřen inteligenčním kvocientem (z tohoto důvodu se volí širší pojem duševní místo rozumový) a že:

b) zjištěný stupeň postižení se nepovažujeme za neměnný, konečný stav, ale zdůrazňujeme i také možnost přechodnosti, změny, vývoje – v závislosti na druhu postižení a na podmínkách, v kterých se dítě bude vyvíjet (proto termín retardace = opoždění lze dohánět nebo zmenšovat).

Mezi hlavní znaky mentální retardace patří jak nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, tak i omezená schopnost učení a obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Za nejvýraznější rys je považováno trvalé porušení poznávacích schopností, jenž se projevují nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti vzdělávání a výchovy jsou částečně omezeny v závislosti na mentálním postižení. Charakteristikou mentální retardace je celkové snížení intelektových schopností, ke kterým dochází v průběhu vývoje jedince (Marková, Středová, 2000, s. 81).

1.1 Kvalifikace mentálního postižení

V České republice je od devadesátých let pro klasifikaci mentální retardace využívána Mezinárodní klasifikace nemocí, která rozlišuje čtyři kategorie mentální retardace dále pak kategorie jiné mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (Bendová 2011, s. 10).

- F 70 - lehká mentální retardace: IQ 69 - 50, což odpovídá věku 9-12 let
- F 71 - středně těžká mentální retardace: IQ 49 - 35, což odpovídá věku 9-12 let
- F 72 - těžká mentální retardace: IQ 34 - 20, což odpovídá věku 3-6 let
- F 73 - hluboká mentální retardace: IQ 19 a nižší, odpovídá věku pod 3 roky
- F 78 - jiná mentální retardace
- F 79 - nespecifikovaná mentální retardace

V této oblasti rozebereme jednotlivé charakteristiky mentálního postižení. V první charakteristice dětí s diagnózou **lehké** mentální retardace je uvedeno, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti používat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně.

U většiny z nich je dosaženo úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, hygienické návyky, oblékání) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj mnohem pomalejší.

Potíže se u nich hlavně projevují při teoretické práci ve škole. U mnohých postižených se projevují specifické problémy s čtením a psaním. Těmto retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání, které je zaměřené na rozvoj jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

Dále Švarcová (2000, s. 28) charakterizuje jednotlivé stupně takto „*u jedinců se **středně těžkou** mentální retardací je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděná a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potencionálu a k získání základní vědomostí a dovedností. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled.*

***Těžká** mentální retardace, tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardací, pokud jde o klinický obraz, přítomnosti organické etiologie a přidružené stavy. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečná kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. (Tamtéž, s.29).*

*Jedinci s **hlubokou** mentální retardací jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají zpravidla inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.“ (Tamtéž, s.30).*

U kategorie „**jiná** mentální retardace“ – se toto označení stupně mentální retardace užívá tehdy, jsou-li u daného jedince intelektové schopnosti prokazatelně výrazně snižené a mentální retardace je u něj zřejmá, avšak vzhledem k těžkému

kombinovanému postižení, poruchám chování, není možné jedince spolehlivě vyšetřit a určit stupeň mentální retardace.

U osob s **nespecifikovanou** mentální retardací hovoříme tehdy, je-li deficit mentálních funkcí opět prokazatelný, ale pro nedostatek informací není možné daného jedince zařadit podle stupně mentální retardace do jedné z výše uvedených kategorií (Bendová, 2011, s. 16).

Tabulka 1: Průvodní jevy mentální retardace

	Mentální retardace			
	lehká (IQ 50-69)	středně těžká (IQ 35-49)	těžká (IQ 20-34)	hluboká (IQ nižší než 20)
Neuro-psychický vývoj	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
Somatická	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické příznaky, epilepsie	velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
Poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění, mobilní	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
Poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy	výrazně omezená úroveň všech schopností	těžké poruchy všech funkcí
Komunikace a řeč	schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentální nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec
Poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulsivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita	nestálost nálady, impulzivita, zkratkovité jednání	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoško.-zování	těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled
Možnosti vzdělávání	vzdělávání na základě speciálního vzdělávacího programu	na základě speciálních programů (pomocná škola)	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační třídy	velmi omezené (individuální péče)

Zdroj: (Švarcová, 2000, s. 34)

1.2 Dítě s mentálním postižením v raném a předškolním věku

U dětí s mentálním postižením v raném a předškolním věku se setkáváme s typickými rysy v oblasti vnímání, učení, pozornosti, myšlení, komunikace, citového a sociálního vývoje. Za důležitý aspekt ovlivňující míru postižení v uvedených oblastech je považován stupeň postižení (Černá, 2008, s. 126).

Tabulka 2: Vývoj dětí ve věkovém období do šesti let podle stupně mentálního postižení

Úroveň	Věk od narození do šesti let
Lehká mentální retardace	Běžný vývoj sociálních a komunikačních dovedností, minimální postižení v senzomotorické oblasti, dítě bývá v tomto věku zřídka odlišeno od ostatních
Střední mentální retardace	Dítě používá řeč nebo se učí komunikovat, setkáváme se však se slabým sociálním uvědoměním, s opožděním v motorickém vývoji a s potřebou výcviku v oblasti sebeobsluhy
Těžká mentální retardace	Chabý motorický vývoj, minimální použití řeči, výrazné problémy v oblasti sebeobsluhy, Dítě používá pár slov nebo nemá žádné komunikační dovednosti
Hluboká mentální retardace	Rozsáhlé postižení, minimální kapacita pro fungování v senzomotorických oblastech, potřebuje celoživotní péči.

Zdroj: (Černá, 2008, s. 127)

1.3 Dítě s mentálním postižením ve školním věku

Zcela jiné je to u dětí s mentální retardací v období školního věku. Setkáváme se u nich s mnoha zvláštnostmi v nejrůznějších oblastech. Výrazné je to v oblasti kognitivní, zvláště pak v oblasti myšlení a paměti. Myšlení bývá konkrétní, je však snížena schopnost zobecňování. A ještě k tomu se vyznačuje stereotypností a rigiditou. Typickými rysy těchto dětí je nedostatečná abstrakce a malá schopnost zevšeobecňování. Rovněž nelze opomenout i zvýšenou sugestibilitu a sníženou kritičnost dětí s mentálním postižením, což je nutné vzít v úvahu jak z hlediska vzdělávání, tak z hlediska pozdějšího vlastního života.

Co se týká paměti, je zejména mechanická a její kvalitu znevažovat pomalé vytváření a nepevnost asociací a logických vazeb. Žák s mentálním postižením se může značně opírat, o obrazově-názornou paměť, rovněž bez významu není podpora paměti hmatové, sluchové, chuťové a čichové.

Specifickým znakem žáků s mentálním postižením je jejich malá motivace v oblasti učení se věcem novým a pro ně nepříliš atraktivním. Z tohoto důvodu je důležitá motivační diagnostika (Černá, 2008, s. 127).

Tabulka 3: Vývoj dětí ve věkovém období od 6 do 21 let podle stupně mentálního postižení

Úroveň	Věk od 6 do 21 let
Lehká mentální retardace	Ke konci svých-nácti let si osvojí akademické dovednosti na úrovni šestého ročníku základní školy. Obecně řečeno si neosvojí předměty 2. stupně základní školy a školy střední. Potřebuje speciálně pedagogický přístup, a to zvláště na úrovni středoškolského vzdělávání.
Střední mentální retardace	Ke konci svých –nácti let si osvojí funkční akademické dovednosti na úrovni čtvrté třídy základní školy, je-li jim poskytnuto speciální vzdělávání.
Těžká mentální retardace	Naučí se mluvit či komunikovat. Osvojí si základní sebeobslužné dovednosti. Neosvojí si akademické funkční dovednosti.
Hluboká mentální retardace	Částečný vývoj v oblasti motoriky. Nemá užitek z výcviku v oblasti sebeobslužných dovedností. Potřebuje totální péči.

Zdroj: (Černá, 2008, s. 128)

Zajímavý názor uvádí Dolejší (1973, s. 60) „*retardované dítě, jehož zrání je zpomaleno, má k dispozici méně psychické energie pro vyšší mentální procesy. Proč je tomu tak ? Někteří soudí, že duševně opožděné dítě spotřebuje neobvyklé množství energie, aby zvládlo denní, rutinní úkoly života, ale celkový úhrn libidózní energie nemusí být u něho snížen. Duševně opožděné dítě má málo síly pro sebekontrolu, pro porozumění okolnímu světu a pro zvládnutí společenských požadavků. Jestliže by se zlepšilo u něho hospodaření s těmito silami, je pravděpodobné, že by celková efektivita a úroveň jeho chování stoupla.*“

2 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

V této kapitole bych se zaměřila na zjištění příčin vzniku mentálního postižení. Na vzniku mentální retardace se podílí celá řada činitelů vnitřních i vnějších, značná část z nich nebyla dosud zcela přesně rozpoznána. Celkem hodně se již ví o generických vadách, o metabolických poruchách, o nemocech, které matka překonala v těhotenství, jsou známa i porodní traumata nebo infekce, odhaleny bývají i nemoci, které dítě prodělalo v raném dětství. Je znám také fakt, že nedostatečná nepodnětná výchova (zvláště v prvních stadiích života) může vést k zaostávání v celkovém vývoji dítěte. Vedle těchto jevů (nejčastěji biologických) je vždy třeba počítat i s vlivem negativních životních zkušeností, které dítě získává právě proto, že jeho orientace v životním prostředí je snížena.

Dále bylo prokázáno, tvrdí Kvapilík, Černá (1990, s. 7), *„že syndrom fetálního alkoholismu spolu s mentální retardací zasahuje nejméně jeden plod z tisíce narozených. Nelze říci, že každé požití alkoholu v těhotenství má za následek mentální retardaci, ale jisté je, že mezi známými příčinami jejího vzniku hraje významnou roli konzumace alkoholu, především v průběhu prvních měsíců těhotenství.“*

Zájem rodičů i jeho okolí se při narození mentálně postiženého dítěte nebo při pozdějším zjištění jeho mentální retardace se často zaměří na otázku příčiny této skutečnosti. Od lékařů žádají jasné a jednoznačné vysvětlení, proč a jak k tomuto postižení u dítěte došlo. Ke vzniku mentální retardace může vést celá řada různorodých příčin, které se navzájem prolínají, podmiňují a spolupůsobí (Švarcová 2000, s. 51).

Mentální opožďování může, již bylo výše uvedeno, způsobeno příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími). Vnitřní příčiny bývají zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, to jsou příčiny genetické. Vnější činitele působí již od početí, po dobu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství, a ty také mohou být příčinou mentálního postižení. Exogenní faktory tak mohou, ale nemusí být tou hlavní příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh (Švarcová, 2000, s. 51).

Mezi nejčastější příčiny mentální retardace patří :

- následek infekce a intoxikace
- následek úrazu nebo fyzikálních vlivů
- nemoci a stavy, následkem jinými a nespecifickými prenatálními vlivy
- makroskopické léze mozku
- porucha výměny látek, růstu, výživy
- anomálie chromozomů
- nezralost
- vážná duševní porucha
- psychosociální deprivace

3 PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO

Švarcová (2000, s. 24) uvádí „každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Přesto se však u většiny z nich projevují (ve větší či menší míře) společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace.

Současná psychologie mentální retardace vychází ze stále se rozvíjejícího poznání specifických zvláštností psychiky mentálně retardovaných, které sice více či méně závažně omezují jejich kognitivní procesy, ale nezdá se jim umožňují žít bohatým emocionálním životem, poměrně málo se lišícím od života nepostižených jedinců. Psychika mentálně retardovaných v sobě skrývá řadu dosud neodhalených možností v oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, empatie apod. Každý mentálně retardovaný jedinec je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy s vlastními vývojovými potencialitami, které je možné a nutné podporovat a rozvíjet.“

Při realizaci výchovně-vzdělávacího procesu u dětí s mentálním postižením je potřeba zohledňovat určitá specifika, jimiž se jedinci s mentálním postižením vyznačují. V tomto smyslu lze aplikovat pravidlo, že čím těžší stupeň mentálního postižení je u dítěte diagnostikován, tím více je u něho narušen proces vnímání, myšlení, paměti, řeči, apod. (Bendová, 2011, s. 18).

U procesu **vnímání** je známo, že smyslová percepce je zajištěna soustavou analyzátorů. Obsahem bezprostředního poznání jsou počítky (odrážející jednotlivé znaky podnětu), vjemy (odrážející podnět jako celek, jedná se tedy o souhrn počítků) či představy (oživlé stopy po dříve vnímaných podnětech). Bezprostřední vnímání (zrakové i sluchové) je vždy výběrové, což je podmíněno individuální zkušeností jedince, ale například i atraktivitou podnětu.

U dětí s mentálním postižením dochází ke zpomalení procesu utváření těchto podmíněných spojů. V důsledku toho lze u nich pozorovat zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání, což je nutné brát na zřetel v průběhu jejich edukačního procesu. Pro vnímání je charakteristická tzv. inaktivita vnímání, kdy jedinec s mentálním postižením není schopen prezentovaný materiál vnímat podrobně se všemi detaily. U dětí mentálním postižením se také mimo jiné objevují deficity

v oblasti prostorového vnímání, jakož i ve vnímání prostoru a času, dále dochází ke snížení citlivosti vůči hmatovým vjemům a u dětí s těžkým a hlubokým mentálním postižením k narušení vnímání vlastního tělesné schématu.

Myšlení „je druhosignální funkcí. Je spojeno s tzv. zobecněným poznáním, tedy s poznáním, kdy k rozvoji poznatků dochází prostřednictvím slov, respektive s jejich pomocí. Slova jsou mimo jiné také prostředkem k vytváření a chápání vztahů a vazeb mezi různými objekty.

Myšlení dítěte mentálním postižením je zpravidla stereotypní, rigidní, vázané k určitému způsobu myšlení, je zatíženo konkrétností a chybami v myšlenkové analýze a syntéze. Pro myšlení jedinců s mentálním postižením je dále typická značná nekritičnost. Pojmy jsou tvořeny těžkopádně, úsudky jsou nepřesné. Děti s mentálním postižením nejsou schopny vyšší abstrakce a generalizace.“ (Bartoňová, Bazalková Popelová In: Bendová 2011, s. 19). U některých jedinců s mentálním postižením je kvalita myšlení natolik narušena (jedná se zejména o děti s těžkou a hlubokou mentální retardací), že nejsou schopny v rámci náhradních způsobů komunikace využít ani dvojrozměrných předmětů v podobě obrázků či fotografií. Při komunikaci s nimi se pak prostředkem komunikace stávají reálné, tj. trojrozměrné předměty nebo jejich zmenšeniny.

Co se týká **paměti**, jde o psychickou funkci, která každému z nás zaručuje, že každým okamžikem znovu a znovu poznáváme nové věci, a to na základě její plasticity. Paměť se selektivní – výběrová, obecně lze říci, že si pamatujeme jen to důležité. Paměť jedinců s mentálním postižením vykazuje určitá specifika. Nové poznatky si osvojují pomalu, a to s pomocí několikerého opakování. Navíc je u nich častým problémem znovu vybavení si podstatného. Tento fakt je třeba brát v úvahu při práci s dětmi s mentálním postižením. V rámci edukačního procesu je potřeba věnovat větší prostor pro opakování učiva – jeho fixaci a automatizaci - přičemž je důležité klást důraz na rozmanitost procvičovaného. U dětí s mentálním postižením se objevují problémy s tříděním paměťových stop, proto se u nich objevuje spíše mechanická paměť než logická (Bendová, 2011, s. 20).

Jednou z kognitivních funkcí je i **pozornost** a velice úzce souvisí s bezprostředním poznáním a vnímáním. Můžeme ji rozdělit na pozornost nepodmíněnou, která se mimovolně zaměřuje na silné podněty z okolí, a na pozornost podmíněnou, jež je vázána na vůli jedince s mentálním postižením. Má charakter

podmíněného reflexu a ve výchovně-vzdělávacím procesu jedinců s mentálním postižením ji můžeme považovat za důležitější než pozornost nepodmíněnou.

Podmíněná – nebo také záměrná pozornost dětí s mentálním postižením je specifická omezeným rozsahem sledovaného pole, je nestálá (fluktující). Je charakteristická sníženou schopností až neschopností věnovat se více činnostem najednou. Typickým rysem dětí s mentálním postižením je i to, že se zvyšující se kvantitou výkonu narůstá i počet chyb. Po výkonu, který vyžaduje určitou dávku koncentrace maximálně 15-20 minut, se u dětí s mentálním postižením projevuje vysoká míra unavitelnosti. Tuto skutečnost je nutné zohledňovat v průběhu jejich vzdělávání a je jim třeba poskytovat dostatečný prostor pro relaxaci (Bendová, 2011, s, 21).

Emotivita se u osob s mentálním postižením vyznačuje určitými zvláštnostmi, která jsou spojena zejména s nízkou řídicí funkcí mozku. Pro děti s mentálním postižením je tedy charakteristická netlumená intenzita emocí, citová otevřenost. City jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům. Intenzita emočních reakcí klesá spolu s přibývajícím věkem jedinců s mentálním postižením. Děti s mentálním postižením často podléhají afektu, objevují se u nich poruchy nálad, tzv. dysforie.

Pro osoby s mentálním postižením je v oblasti **volních vlastností** charakteristická tzv. hypobulie až abulie (tj. nedostatek vůle, snížení nebo ztráta kvality volních vlastností). U dětí s mentálním postižením je potřeba volní vlastnosti neustále rozvíjet a při tom brát na zřetel i výše uvedená specifika jejich psychických funkcí. Dítě s mentálním postižením zpravidla není schopno své chování podřídit k dosažení určitého úkolu a tím automaticky řídit své jednání. Dosahování vytyčených cílů je ovlivněno i také zvýšenou impulsivností, nízkou schopností sebekontroly, citovou labilitou, agresivitou nebo naopak pasivitou či úzkostností.

Vacínová, Langová (2011, s. 59) jsou toho názoru, že *„afekty se projevují hlavně u lidí nevychovaných, nevzdělaných, kteří nejsou zvyklí kontrolovat své chování. Svědčí o krátkodobé, avšak bouřlivé dezorganizaci psychických funkcí, vyvolávající až patologickou interakci. Takto postižený jedinec ztrácí sebekontrolu a jeho chování je na obtíž jiným lidem.“*

Sebehodnocení jedinců s mentálním postižením bývá výrazně ovlivněno názory osoby, k níž mají nějaký citový vztah. Zvýšené sebehodnocení jedinců s mentálním postižením souvisí s jejich celkovým nedostatečným intelektuálním rozvojem a je projevem celkové nezralosti osobnosti a emocionálního zabarvení jejich

sebehodnocení. Vývoj sebehodnocení je z větší části ovlivněn výchovou a motivací. U osob s mentálním postižením je sebepojetí velkou měrou ovlivňováno také způsobem jejich uvažování. Většina z nich bohužel není schopna odhadnout své reálné možnosti a podle toho se chovat. I tuto skutečnost v průběhu jejich edukace je potřeba zohledňovat (Bendová, 2011, s. 22).

Dolejší (1973, s. 64) v dříve publikované literatuře uvádí „*duševně opožděné dítě potřebuje ještě více než jeho vrstevníci povzbuzení a lásku ze strany rodičů, sourozenců, vychovatelů a učitelů. Z jejich postojů k sobě vytváří svůj „obraz sebe“. Vyžaduje na nich jistotu, bezpečí, přízeň, ale také realistické zhodnocení svého chování, akceptování svého úsilí jakožto oceňování hodnoty. Velmi často však retardované dítě vidí svůj „ideální obraz“ příliš vysoko a cítí se pak opuštěné a bezmocné. Přes svoje zvláštní potřeby má duševně opožděné dítě omezenou možnost získat od své rodiny a svých vrstevníků takovou pomoc, jakou potřebuje.*“ Pomalost jeho rozvoje, jeho mnohdy fyzická odpudivost, nemožnost vlastně mnohdy splnit přání rodičů – to vše v jeho rodičích utváří intenzivní zneklidnění. K tomu přistupují obtíže dítěte v sebekontrolě chování, jeho denní neshody s rodiči a vrstevníky, selhávání ve vyučování a v plnění každodenních úkolů. Tímto způsobem dochází k vážným traumatům v sebehodnocení postiženého dítěte a v jeho pocitu podstatného bezpečí.

4 CHOVÁNÍ JEDNOTLIVCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Jako nejefektivnější způsob ovlivňování chování a jednání dítěte s mentálním postižením je vytváření jeho návyků. Používají výchovné metody, které jsou vhodné pro nepostižené děti, bývají u dětí s mentálním postižením tím méně účinné, čím je jejich postižení závažnější. V případě, že vychovatel nechce, aby si dítě vytvořilo návyk určitého chování, nesmí dopustit, aby mu takové chování přinášelo uspokojení. U dětí s mentálním postižením se právě vytváří silné spojení mezi činností a prožitkem. Jestliže nějaký zážitek vedl k vytvoření nesprávného návyku, u zdravého dítěte je zpravidla možné tento návyk odstranit v poměrně krátké době. Analogický zážitek u dítěte s mentálním postižením si uchovává své napětí a sílu poměrně dlouho, takže je potom velmi obtížné odstranit návyk, který na jeho základě vznikl (Švarcová, 2000, s. 48).

U dětí s mentálním postižením nemůžeme chtít tyto špatné návyky odstranit příliš rychle. Při odstraňování nevhodného návyku je zapotřebí zjistit nejdříve jeho příčinu a pak, pokud je to možné, působit spíše na ni než na důsledek. Pokud se například u dítěte s těžší formou mentálního postižení objeví typické kývavé pohyby, toto chování mu nebudeme zakazovat ani je za ně trestat. Příčinou takového chování dítěte bývá nejčastěji nedostatek jiné vhodné činnosti. Pokud dítě zaměstnáme něčím, co je zaujme, toto nežádoucí chování se omezí nebo časem úplně vymizí.

U jedinců s mentálním postižením všech stupňů se občas objevuje i problematické chování. V názoru, zda za toto chování je vhodné postižené dítě trestat se pedagogové neshodují. Tresty se ve výchově dětí s mentálním postižením jeví jako velmi málo efektivní. Na straně druhé však jejich nevhodné, zejména agresivní chování vůči jiným lidem nelze omlouvat ani tolerovat. Tím by se toto jednání prohlubovalo a upevňovalo a v průběhu vývoje dítěte by se mohlo stát zcela neúnosným. I děti se závažným postižením musí být vedeny k sebeovládání. Osvědčuje se u některých dětí ignorovat jejich nevhodné projevy, pokud jimi nikomu neublíží, u jiných zase pozitivně působí dočasná izolace. Některé projevy a způsoby chování však vyžadují intervenci dalších odborníků, případně neurologickou nebo psychiatrickou léčbu.

Některé projevy dětí i dospělých s mentálním postižením, které jsou označovány jako problematické, mohou být vyvolány jejich někdy zcela

pochoitelnou reakcí na chování okolí. Velmi často si dovolují dospělí lidé chovat se k lidem s mentálním postižením takovým způsobem, jakým by se nikdy nechovali k dětem ani k dospělým bez postižení. Často a neustále je zbytečně okřikují a napomínají, hlasitě projevují netrpělivost nad jejich pomalostí a neschopností, křičí na ně, mnohdy se jim posmívají nežádácky a bijí. Pak dochází k tomu, že i dítě s mentálním postižením ztratí trpělivost a zachová se podobně, jak se jeho nejbližší okolí běžně chová k němu. Je to v podstatě adekvátní reakce, která je pak bez hledání příčin často označena **jako projev agresivity** (Švarcová, 2000, s. 50).

4.1 Individualita mentálně postiženého dítěte

Jiní autoři Marková, Středová, (2000, s. 83) posuzují individualitu mentálně postiženého takto *„chceme-li duševně opožděnému dítěti porozumět a pomoci mu, nesmíme se na ně dívat jen z hlediska jeho snížených rozumových schopností. Jako ostatní děti je i dítě postižené (ať jde o jakékoli postižení) celistvá osobnost. Je individualitou, která určitým způsobem vnímá svět, prožívá a cítí, raduje se, cítí se ohrožena, zlobí se nebo cítí bezmocnost, potřebuje, chce, snaží se, reaguje na to, co ji obklopuje, upozorňuje na sebe a chce se dorozumět, o něco usiluje. Chová se určitým - svým - způsobem, který je dán jejími vrozenými vlastnostmi a tím, jak se tyto vrozené vlastnosti dotvářejí vlivem zkušeností dítěte, a tím, jak na ně reagují lidé, s nimiž dítě žije. Je jisté, že omezení, v rozumových schopnostech je základním znakem duševního opoždění, ale bylo by velkou chybou, kdybychom se všechny zvláštní, atypické projevy chování dítěte chtěli vysvětlovat jen nedostatky v jeho rozumových schopnostech.“*

Dítě přece nežije izolovaně, žije vždycky mezi lidmi, až už je to ve vlastní rodině, nebo v tom horším případě v ústavu, ale vždycky mezi lidmi, kteří nějakým způsobem reagují na jeho projevy. Vzhledem k tomu, že mentálně postižené dítě je bezmocnější, je také ve větší míře závislé na lidech, kteří se o něj pečují. Rovněž jeho vývoj a jeho chování je velkou měrou, než je tomu u zdravého dítěte, ovlivňováno tím, jak se k němu stavějí lidé s nimiž žije,

Jakékoliv reakce rodičů, sourozenců, vychovatelů a vztah, který k němu projevují, může postižené dítě buď podpořit a povzbuzovat, nebo také naopak srážet. Toto je právě tím důležitým faktorem, který do značné míry může ovlivnit to, jestli dítě svoje, byť omezené možnosti využije v plné míře, a jestli se bude s důvěrou pouštět

do zkoušení a poznání a všeho nového, anebo bude naopak unikat před vším novým a obtížnějším.

4.2 Specifické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením

Při narození si už každý jedinec přináší s sebou na svět určité vrozené vlastnosti, které ovlivňují, jak bude přijímat podněty z prostředí a jak na ně bude reagovat. V těchto vlastnostech se jedinci mezi sebou velmi liší. Jsou jedinci, jenž mají velkou potřebu pohybu, stále chtějí být něčím zaměstnání, jsou aktivní, rychlé, seznamování se s novými věcmi a lidmi jim nedělá problémy, dokáží si snadno zvyknout na nové změny, usínají pravidelně, dají se odvést a rozmluvit jim činnosti, které jsou pro ně nežádoucí atd. – zkrátka jsou to osoby, které se dají vychovávat.

Na straně druhé jsou jedinci, s nimiž není tak snadné vyjít – osoby neklidné, hodně dráždivé, na každou změnu citlivé, nové situace odmítají, osoby s nepravidelnostmi ve spánku, jídle apod. Také se zase setkáváme s jedinci, které jsou celkově méně aktivní, pomalé, které nemají příliš rády změny, potřebují silnější podněty, aby na ně zareagovaly, apod. Mezi těmito dost vyhraněnými typy se objevuje i mnoho typů přechodných, v kterých se různé vlastnosti vzájemně různě propojují.

U každého jedince je temperamentová charakteristika individuálně odlišná, každý reaguje na okolí a jeho požadavky tím svým způsobem, daným především jeho vrozenou výbavou.

Tajemství výchovy spočívá v tom, jak dokážeme svoje jednání s jedincem přizpůsobit jeho individuálním zvláštnostem. Pochopitelně vrozené vlastnosti nelze zlomit, případná snaha „předělat“ postiženého je neúčinná a problematická (Marková, 2000, s. 88).

4.3 Problémové chování

Podle (Emerson, 1995, s. 50) je definován takto: *„jedná se o kulturně abnormální chování takového stupně, frekvenci a trvání, že bude pravděpodobně fyzická bezpečnost daného člověka nebo jiných lidí, nebo chování, v jehož důsledku pravděpodobně dojde k výraznému omezení nebo zakázání přístupu k běžnému společnému vybavení.“*

Co je považováno za problémové chování, dle manuálu práce s klientem s rizikem v chování se považuje toto:

- agrese a násilí, pokusy o sebepoškozování nebo sebevraždu, výhružky, verbální napadení, pokřikování, ničení majetku,
- lhaní, krádeže, vykonávání tělesných potřeb na veřejnosti, žalování na ostatní, sexuální chování bez zábran,
- velmi časté vyžadování pozornosti ze strany personálu/lékařů, zastrašování, zneužívání návykových látek, plivání, rozmazávání exkrementů nebo jejich strkání do kapes,
- schovávání se, rozeštvávání zaměstnanců/manipulace, nepravdivé obviňování, apatie a negativismus, dotírání/obtěžování.

Jako možné příčiny problémového chování mohou být:

Vnitřní příčiny

Zde můžeme zahrnout: duševní zdraví, epilepsie, těžkosti se sluchem nebo zrakem, závislost, kognitivní schopnosti, dieta, tělesné postižení, vedlejší účinky léků, bolest, zneužívání návykových látek.

Vnější příčiny

Mohou být tyto: nadměrný hluk, teplota nebo chladno, hodně lidí, špatné osvětlení, nedostatečná/přílišná stimulace, zářivé barvy, nevhodné usazení, sterilní prostředí, nepředvídatelné zvyklosti, neuspokojivé porozumění ošetřovatelů, nerespektování soukromí, narušení osobního prostoru, omezující/kontrolované klima, zneužívání fyzické, emocionální, sexuální, finanční, intuice.

Mezilidské

Problémy v dorozumívání, porucha smyslového chápání, nedostačující oceňování, kultura a víra, postoje očekávání a zkušenosti, frustrace, všímavost, deziluze, obava, naučené chování, malé sebevědomí.

4.4 Faktory spouštějící problémové chování mentálně postižených

Do problémového chování zahrnujeme především agrese fyzické i verbální, autoagrese, obnažování se na veřejnosti, krádeže, odmítání požadavků a nerespektování skupiny, (každý z nás určitě zažil situaci, kdy si na procházce jeden klient lehne na zem, zatímco ostatní ze skupiny mizí družně v dálce)? Pojdme se společně zamyslet nad tím, čím je toto problémové chování spouštěno. Jeho výskyt je skutečně důsledkem pouze handicapu klienta, nebo příčina spočívá ve službě jako takové, byť v dobrém poskytované? Čadidlová (2007, s. 105).

Jako všichni občané České republiky, tak i občasné se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva. Rovněž také stejná práva mají na naplnění všech základních životních potřeb. Mezi základní lidské potřeby patří:

- fyziologické potřeby
- potřeba bezpečí, jistoty a soukromí
- potřeba někam patřit a být milován
- potřeba úcty a respektu
- potřeba seberealizace

U klienta jsou **fyziologické potřeby** naplněny, jestliže:

- se může najíst a napít nejen v předem určený čas, ale kdykoli, kdy má žízeň, hlad nebo na něco chuť
- může usnout když je unaven a nemá přidělenou nějakou činnost
- může uspokojit svou sexuální potřebu sociálně přijatelným způsobem

Potřeba jistoty, bezpečí a soukromí je naplněna, pokud klient:

- ví, co, kde, kdy a s kým bude dělat
- může kdykoli opustit část skupiny (alespoň v rámci upravené místnosti – relaxační kout aj.)
- může si volně vzít předměty, které mu pocity jistoty navozují (tkanička, kostka, panenka, plyšák, fotografie aj.)
- ví, že personál se chová předvídatelně (dělá přesně to, co říká, neslibuje a nevyhrožuje tím, co nemůže splnit)

U klienta je **potřeba někam patřit a být milován** naplněna ve chvíli, kdy:

- personál je s klientem v sociálním kontaktu a to v situacích, kdy mu nezdává určité pokyny a nemá na něj žádné požadavky (společné pití čaje, kávy, společná cigareta aj.)
- personál v případě, že klient není smířen s pobytem v zařízení, dává najevo své porozumění v jeho nelehké situaci, hledá s ním reálné řešení situace, nebo pokud další řešení není, nemá snahu ho přesvědčovat o ideálnosti současné situace

Potřeba úcty a respektu je naplněna u klienta tehdy, kdy:

- s ním personál jedná společensky vhodně, kdy přihlíží na jeho fyzický věk, nezlehčuje a nezesměšňuje jeho citové prožívání, požadavky, touhy, přání, stížnosti, připomínky a přání, někdy i nereálné, to neznamená, že by je musel personál beze zbytku plnit (např. pokud se klient chce stát vojákem, tuto touhu mu nebudu zesměšňovat ale podpořím ho, aby se rozhodl pro takové kroky, které jsou ještě sociálně únosné – seženu mu a dovolím mu nosit vojenskou čepici (Čadidlová, 2007, s. 106).

V případě **potřeby seberealizace**, je tato naplněna v době, kdy klient:

- se může sám rozhodnout podle svých momentálních možností jako např. kdy se půjde najíst, kdy spát, kdy bude vstávat, kdy bude komunikovat s ostatními, kdy odloží určitou činnost, událost nebo se té činnosti bude věnovat déle
- může někoho ovládat (např. co se děje a jak často podle něj, jak často se chová někdo tak, jak chce zrovna on)

Jestliže nejsou základní životní potřeby u jakéhokoli člověka naplněny, je velmi pravděpodobné, že u něj může dojít k výskytu problémového chování (nerespektování společenských norem, agrese, negativismus, autoagrese aj.). V podstatě platí úměra, že čím má klient větší možnost naplnit své základní potřeby sám, tím se u něj snižuje možnost výskytu problémového chování. V případě, že zdravý člověk nemá určitou potřebu naplněnou, je schopen si k jejímu uspokojení obstarat prostředky sám nebo si najde jinou, pro něj dostupnější potřebu, kterou naplní. U lidí s postižením tomu tak být nemusí a často se stává, že bez asistence nejsou

schopni své potřeby plně uspokojit. Potom jakákoliv neuspokojená potřeba u nich vyvolává frustraci, která může spustit problémové chování (Čadidlová, 2007, s. 107).

Zde bych se ještě zmínila o spojení agrese s frustrací. Jak uvádí Čermák (1999, s. 33) „původ agrese je nejčastěji spojován s frustrací. Frustrace je chápán jako překážka zabraňující člověku dosáhnout nějakého cíle, jaké „zkřížení plánů“.

Jeden z prvních pokusů experimentálně ověřit vztah mezi frustrací a agresí byl popsán v roce 1939. Hypotéza frustrace-agrese, nebo také frustrační hypotéza agrese je od té doby nejlivnější teorií agrese. I přes kritické výhrady je znovu a znovu rozšiřována a doplňování o nová zjištění.“

5 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA A SEXUÁLNÍ ŽIVOT

Sexuální život a sexuální výchova je problematikou, které se v nedávné minulosti naše společnost většinou úzkostlivě vyhýbala, přestože je to přirozená součást plnohodnotného života. Ještě složitější byla situace u mentálně postižených. V současné době se u nich počítá s určitým sexuálním životem, v tomto směru se přihlíží především k značným rozdílům především podle věku, pohlaví a stupně mentálního postižení.

Kvapilík, Černá (1990, s. 74) tvrdí, že „v zásadě platí, že čím je postižení menší, tím se více sexuální vývoj blíží normálu a naopak čím je toto postižení hlubší, tím méně se sexualita projevuje. Je nutné si uvědomit, že zvláště pro mentálně postižené nemusí jít v sexuálním životě jen o činnosti vysloveně pohlavního charakteru, jako je soulož nebo masturbace, ale i o vzájemnou spolupráci a vůbec kvalitnější mezilidské vztahy mezi oběma pohlaví, o dočasnou nebo trvalou vzájemnou náklonnost.

Sexuální vztah je nutno pokládat ze něco, co je dobré a uspokojující a z čeho je možno se těšit. Z toho pramení i velmi dobré zkušenosti s chováním a jednáním mentálně postižených v některých zařízeních, kde žijí osoby obou pohlaví. Denní styk s druhým pohlavím jim pomáhá lépe se přizpůsobovat požadavkům společenského života. O sexuální výchově mentálně postižených je nezbytné informovat rodiče či další příbuzné. Ti, kteří jsou v denním styku s postiženými, mohou ve vlastní sexuální výchově účinně pomáhat.“

Sexuální výchova je rovněž důležitá i z hlediska prevence negativních jevů, jde hlavně o sexuální zneužití. Samozřejmě velmi těžký je pohledu výchovy úkol pochopit rozdíl mezi sociálně přijatelným a nepřijatelným chováním nebo chováním zákonným a nezákonným. Mentálně postižení lidé jsou ohroženi také chorobami typu HIV nejen z důvodu postižení, ale přispívá k tomu mnohdy izolovaný a tím i bezproblémový život v ústraní rodin i ústavů (Svatoš, 2004, s. 38).

5.1 Předsudky vůči sexualitě a sexuální výchově

Poměrně často se setkáváme s tvrzením autorky Kozáková (2004, s. 29), „že osoby s mentálním postižením mají zvýšený (někdy naopak snížený) sexuální pud. Donedávna přetrvával názor o hypersexualitě jedince s mentálním postižením,

že zapojují svoje sexuální chování na elementární úrovni kdekoliv a kdykoliv. V mnohých zařízeních je „tato zvýšenost sexuálního pudu řešena“ farmakologicky. Lze si položit otázku, zda bývá tento stav skutečně způsoben zvýšeností sexuálního pudu.“

Tento původ může spočívat, alespoň se tedy domnívám, i trochu úplně jinde. Často se jedná o odezvu na podněty, které jedinec není schopen ovládnout. Taktéž pocity osamocení a frustrace mohou být příčinou těchto výstředností. Masturbace může být také reakcí na prázdnotu, nebo obráceně na strach, vnitřní napětí, kdy se jedinec snaží napětí uvolnit zrovna masturbací. Může být také odezvou na skutečnost, že se osoba nachází stále ve stejném prostředí se stejnými lidmi, kdy schází dostatečná podnětnost prostředí, nebo reakcí na nenaplnění psychických potřeb člověka. Jestliže zjistíme, že příčinou je některá z výše popisovaných, potom se jí snažíme zavčas odstranit.

Dalším důvodem mohou být také menší schopnosti lidí s mentálním postižením se umět ovládat, snížená řídicí funkce rozumu apod. Problémem může být také to, že někteří jedinci s těžším mentálním postižením nezvládnou způsob masturbace do té míry, nebo nemají dostatek samoty k tomu, aby dospěly k uspokojení. Proto se nachází neustále ve stavu sexuálního vzrušení, které se snaží ukojit právě masturbací. Zároveň by to mnohdy vyřešilo dostačující soukromí nebo nenápadná rada nebo konkrétní ukázka. Tady je ale však nebezpečný mravní problém. Není v podstatě dořešené, kdo by to měl jedince naučit. V této oblasti se pohybujeme na „velmi tenkém ledě“, protože by tato služba mohla být definována jako pokus o sexuální zneužívání. To, že se jedná o obvyklou činnost, také ještě neznamená, že by měla být pokaždé a za jakýchkoliv okolností trpěna.“

6 OCHRANA PRÁV UŽIVATELŮ ÚSTAVNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Součástí projektu Profesní rozvoj pracovníků ústavů bylo vzdělávání vedoucích pracovníků ústavů sociální péče také v oblasti ochrany práv uživatelů a to již převážně na základě nové právní úpravy stanovené zákonem č. 108/2006 Sb., ve které se uvádí „s účinností novelizované úpravy zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „zákon o sociálních službách“) zanikl pojem „ústav sociální péče“ a tato zařízení se ze zákona stala poskytovateli služby „domova pro osoby se zdravotním postižením.“ V novém názvu této služby se odráží požadavky zákona na podstatnou změnu povahy a kvality služby. Nynější „domovy pro osoby se zdravotním postižením“ jsou tedy ústavní zařízení, jenž přebrala veškerá dědictví ústavů sociální péče. Jeho záměrem je připravit způsob k „normalizaci života lidí, kteří teď žijí „ústavním“ způsobem života. V zákoně se předpokládá, že se vytvoří síť dostupných a vhodných sociálních služeb, které zabezpečí každému, kdo se ocitne ve špatné sociální situaci, možnost se znovu „plně zapojit do ekonomického, sociálního a kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti pokládán za obvyklý“.

Tři okruhy, které ovlivňují sociální začlenění uživatele. Při naplňování cíle sociálních služeb působí mnoho faktorů, které lze rozdělit do tří nejdůležitějších kategorií.

Do první kategorie faktorů patří zajištění celkové kvality poskytované služby, která odpovídá současné evropské praxi. Tyto základy jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách a standardech kvality. Ve druhé kategorii se již objevuje skutečná individuální pomoc poskytovaná uživateli při řešení jeho osobních a právních problémů. Celkové sociální prostředí – mínění veřejnosti týkající se života a práv osob se zdravotním, především mentálním postižením a dostupnost odpovídajících sociálních a ostatních služeb, tvoří třetí kategorii.

Omezování způsobilosti k právním úkonům

Velké množství uživatelů, kteří jsou umístěni v ústavních zařízeních pro lidi s mentálním postižením má omezeno nebo je úplně zbaveno schopnosti k právním aktům. Cílem tohoto právního institutu je zajistit ochranu jedinci, u kterého je snížena schopnost činit jakékoliv rozhodnutí před následky svých nekvalitních rozhodnutí. Toto

omezení schopnosti činit právní úkony je pochopitelně závažným zásahem do práv člověka. Umožnění právního jednání je podmínkou pro výkon mnoha dalších, i základních lidských práv. Jestliže je omezení neúměrné, dochází k nepřijatelnému omezení práv osoby, k jeho izolaci, nežádoucímu vyloučení ze společnosti a zhoršení kvality jeho bytí. Tento stav je odezvou přetrvávajícího veřejného názoru, který zastávají mnohdy i rodiny lidí s mentálním postižením, soudci nebo zaměstnanci v sociálních službách, že pro tyto lidi je lepší, když o jejich existenci rozhoduje někdo schopnější – rodina, opatrovník, poskytovatel sociální služby, který ví nejlépe, co člověk s mentálním postižením požaduje, než on sám.

Opatrovnictví

Nejčastějším opatrovníkem, kterého ustanovuje soud jsou převážně osoby blízké, mnohokrát jsou to příbuzní. Tyto blízké osoby ale často nerozumí správně svému úkolu opatrovník a pracovníkům sociálních služeb se s nimi obtížně jedná v prospěch uživatele služby. Není vzácností, že ze strany příbuzných dochází k jisté formě manipulování ba i zneužívání osoby s mentálním postižením. Tato dospělá osoba s mentálním postižením je mnohdy v rodině uvězněna v postavení „věčného dítěte“. Mimo toho jsou příbuzní se zastoupeným obyčejně v možné kolizi zájmů, např. pokud jde o majetek, užívání bytu, pozdějšího dědictví.

Osobní svoboda, svoboda pohybu a problematika odpovědnosti

I když jedinci s tělesným i mentálním postižením mají speciální potřeby, přesto mají stejná práva jako kdokoli jiný. Zvláště sociální služby chtějí zajistit nezbytnou pomoc a podporu, aby tito lidé byli schopni v co největší možné míře uskutečňovat všechna svá práva a žít obvyklým způsobem v přirozeném prostředí. Jak se uvádí v zákoně o sociálních službách, nemůže se stát, aby tato služba nebyla schopna zabezpečit odpovídající pomoc anebo dokonce více zhoršila situaci poživatelé. Nynější situace v ústavních zařízeních bohužel tento požadavek neumožňuje splnit. Současné budovy ústavních zařízení jsou mnohdy nevyhovující potřebám služeb nejen svým umístěním (mimo obce), ale i po konstrukční stránce (nejsou bezbariérové). Je zde nedostačující počet pracovníků personálu k zajištění individuální činnosti a osobní asistence. V potřebném množství chybí i dopravní prostředky. Veřejný ochránce je toho názoru, že tyto skutečnosti nejsou přijatelným argumentem pro omezení práv uživatelů služby.

Opatření omezující pohyb

Poskytovatel služby má ze zákona o sociálních službách možnost použít v mezních situacích opatření omezující pohyb osoby. Zákon musí jednoznačně stanovit podmínky a pravidla pro užití opatření, které značným způsobem omezuje základní práva uživatele. V praxi se totiž ukázalo, že pracovníkům není zcela jasné vymezení situace, při které může v oprávněných případech aplikovat opatření omezující pohyb.

Toto opatření omezující pohyb se může aplikovat v případě bezprostředního ohrožení zdraví nebo života uživatelů nebo jiné osoby. Zde se jedná o dočasnou krátkou situaci, která spočívá v nenadálé agresi uživatele. Před použitím opatření omezující pohyb je potřebný souhlas lékaře, kterého je poskytovatel povinen vždy přivolat, takto je to stanoveno v zákoně. Hlavní význam této povinnosti povolat lékaře je zajistit přítomnost nezávislého specialisty. Zabezpečit, aby lékař byl ochoten přijet, pokud to ostatně stihne, není již v povinnostech poskytovatele. Stojí rovněž na zvážení, zda-li by ochraně zdraví, života i práv přítomných osob nepomohlo lépe přispění policie. V tomto případě se ukazuje, že většinou nebude pravděpodobné policii přivolat před užitím dvou nejmírnějších opatření (tělesných úchopů a místnosti určené k bezpečnému pobytu).

Problematika psychiatrického onemocnění uživatelů sociálních služeb

Velmi důležitým tématem z hlediska ochrany práv uživatelů je psychiatrická léčba a medikace. Nejednou se stává, že jako prevence problémového chování se používá vysoká medikace psychofarmaky a jako následující opatření nebo při opětovném problémovém chování jedince jeho prozatímní umístění do psychiatrické léčebny. **Mnohokrát se pak uživatelé navracejí z léčebny v psychicky hodně špatném stavu.** K řešení problémového chování navrhuje zákon o sociálních službách tzv. zavedení služby „domova se zvláštním režimem“.

Toto úsilí o hledání jiného řešení, než je umisťování lidí s problémovým chováním do psychiatrických léčeben, je chvályhodná. Jsme toho názoru, že řešení sociální situace těchto osob by mělo vycházet hlavně z kvalitního zhodnocení konkrétních příčin jejich problémového chování. Jestliže je problémové chování zapříčiněno primárně duševní nemocí, je nepochybně potřebná také přiměřená léčba. V hodně případech je však příčinná souvislost opačná.“

7 CÍLE PRŮZKUMU A METODIKA

Výzkumné téma je problémové chování mentálně postižených osob v ústavní péči, metoda vyhodnocení kvalitativní forma výzkumu osobní případová studie, kdy se jedná o mentálně postiženého jedince, který z důvodu problémového chování v ústavech a neochotě je navštěvovat zůstává v domácí péči a případová studie z ústavního zařízení.

Cílem průzkumu je zjistit **jak se** projevuje problémové chování u mentálně postižených, ale především **proč se tak** chovají a **jaké důvody** stojí za jejich problémovým chováním.

Mým záměrem je rovněž zachytit každodenní realitu vzájemného soužití osoby s mentálním postižením jak v rodině tak v ústavním zařízení, kdy kladu důraz a rozebírám vzniklé problémové, zátěžové a nezvládnuté situace a problémové chování.

Dále analyzuji život jedince s mentálním postižením, tímto cílem je opět zachytit životní realitu člověka s mentálním postižením v kontextu různých vlivů, událostí a podmínek, které působily v minulosti a které zásadním způsobem ovlivnily jeho život. Snahou je porozumět současné životní situaci člověka s mentálním postižením na pozadí doby jeho narození, vlivu dětství, vzdělávání, výchovného stylu rodiny apod. A také porozumět daným situacím, odkrýt příčiny a nastínit hlubší souvislosti.

Jako hlavní metodu jsem použila **individuální hloubkový rozhovor** s pracovníky ústavu, ve kterém volně vyjadřovali své názory a pocity k výše uvedeným otázkám a v neposlední řadě také k metodám, které byly zvoleny pro zmírnění tohoto chování.

Rovněž jsem v přítomnosti pracovníka ústavu prováděla osobní neformální a cílené pozorování klientů.

Kvalitativní výzkum jsem prováděla na malé skupině klientů, jednalo se o 8 osob ve věku od 9 do 13 let, u kterých se problémové chování vyskytovalo nejčastěji.

V další části jsem shromažďovala veškeré údaje, zápisy, lékařské zprávy a informace o daném konkrétním klientovi, v prvním případě jsem čerpala především ze svých osobních životních zkušeností a vlastních poznatků. V druhém případě jsem vycházela ze zkušeností pracovníků ústavu, rovněž z jejich pedagogických a lékařských zpráv.

8 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Případová studie Martin

Datum šetření: listopad 2013

Martin S. rok narození 1973

Životní příběh jedince s mentálním postižením

Diagnóza postižení:

Mentální retardace lehkého až středního stupně, dle vyšetření chlapec trpí strabismem, tento defekt byl zřetelný již v batolivém věku, enurezou, patlavostí spojenou s mentálním defektem nejméně 1 rok, v dalších letech se na základě lékařských vyšetření mění stupeň postižení, při posuzování příspěvku pro bezmocnost mu byla diagnóza stanovena jako středně těžká mentální retardace.

Rodinná anamnéza

Matce se syn narodil v jejich 28 letech. Jako třetí v pořadí sourozenců, oba sourozenci jsou zdraví.

Starší bratr vystudoval vojenské gymnázium a vojenskou vysokou školu, poté působil jako voják z povolání, z tohoto důvodu býval často mimo domov, dojížděl jen o víkendech a svátcích, sestra vystudovala střední ekonomickou školu a je zaměstnána jako administrativní pracovnice, bydlela s rodiči, poté se přestěhovala do města, které je vzdáleno kousek od místa bydliště.

Rodiče mají základní vzdělání, oba byli zaměstnáni jako dělníci, a jelikož pracovali na směnný provoz se oba podíleli na výchově, později matka zůstala doma a vydělávala si ručním zhotovováním obuvnických svršků, nyní jsou rodiče již v důchodu. Se zjištěním, že chlapec je mentálně postižený jsem se jako rodina smířovala jen velmi těžce, byli jsme si vědomi, že ve společnosti existují předsudky k těmto lidem a že musíme být na tyto reakce připraveni. Ne vždy to bylo lehké, docházelo k situacím, kdy se děti na ulici a nebo v autobuse chlapci posmívali, rovněž i ze strany příbuzných jsme se setkávali s názory a doporučením svěřit chlapce

do ústavu. K této otázce se matka postavila jako každá matka, která má dítě a o toto se bude starat a vychovávat.

Osobní anamnéza

Porod proběhl v termínu, porodní váha 4 150 g, délka 52 cm, po narození dle matky vůbec nekřičel a měl namodralou barvu. Z důvodu, že matka prodělala TBC nemohl být kojen, a proto byl ponechán v nemocnici bez matky. Po 3 dnech byl převezen domů. Při koupání matka zjistila, že má otlak na levé noze. Matce nebylo známo, co se mu v době, kdy byl bez ní přihodilo. Sedět začal v 5 měsíci a začaly se projevovat i kývavé pohyby ze strany na stranu, zejména při usínání spojené s cucáním prstu, dudlík odmítal. Lezení probíhalo v 9 měsících, chodit začal později až ve 14 měsících, všechny jeho pohyby byla nemotorné, mluvil velmi málo.

Když se matka obrátila o radu, že s chlapcem není něco v pořádku dostalo se jí od dětského lékaře odpovědi: „máte již třetí dítě, tak víte co máte dělat“. Vzhledem k jeho oční vadě (strabismus) se podrobil vyšetření, ale pro jeho velkou instabilitu bylo velmi těžké jej vyšetřit, jeho spolupráce byla minimální, koncentrace malá a krátkodobá, ochota vyhovět malá, předepsané brýle trvale rozbíjel, aby je nemusel nosit.

Byl krátkodobě umístěn v nemocnici v Kyjově, z důvodu zjištění stupně mentální retardace. Při vyšetřeních byl neklidný, těkavý, pozornostně nekoncentrovaný. V situaci omezení se objevují kývavé pohyby trupu, je snadno unavitelný, vzhledem k neklidu mu byl nasazen zklidňující lék. Neudržel osobní hygienu ani ve dne ani v noci. Při naší návštěvě byl apatický, neprojevoval žádné emoce, jeho aktivita a neklid byl ztlumený. Dle závěru výsledku psychologického vyšetření se jedná o opožděný rozvoj řeči u dítěte s těžší mentální retardací.

Jako čtyř a půlletý mluví patlavě, správně neartikuluje, navštěvoval logopedickou poradnu, kdy došlo k nepatrnému zlepšení, rodina mu rozumí, dokáže ukázat na pojmenované předměty, grafický projev je na úrovni čmáranice. Je těkavý a neposlouchá příkazy. Jeho vývoj je zhruba o 3 roky opožděn aktuálně v pásmu těžké debility. Prognosticky můžeme počítat se silně zpomaleným duševním vývojem.

Do normální mateřské školky nebylo vhodné chlapce zařadit, vzhledem k hloubce mentálního postižení (předpoklad odložení školní docházky) i výrazné instabilitě. Optimální by bylo zařazení do zvláštní mateřské školky. Matka byla s výsledky seznámena a odmítala názor, že by její dítě nemohlo navštěvovat zvláštní

mateřskou školku a chodit do zvláštní školy. Při dalším vyšetření bylo prokázáno, že se u chlapce nedá počítat se vzdělavatelností. I přes toto zjištění matka chtěla aby navštěvoval mateřskou školku v místě bydliště, ale i zde se setkává s odmítavých přístupem, „že si chlapec neumí zavázat tkaničky“. Rovněž i komise sociální péče nedala doporučení k návštěvě tohoto zařízení.

V tomto období se rodina snažila alespoň o domácí výuku, kdy byly zakoupeny kuličkové počítadla, kreslicí tabule, písmena a číslice, hodiny, obrázky, skládky. Z důvodu jeho neklidu a netrpělivosti nebyl schopen delšího soustředění.

V období 7 let byl zproštěn školní docházky a začal navštěvovat denní pobyt v ústavu sociální péče a později týdenní pobyty. Z důvodu psychiatrického vyšetření byl hospitalizován v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, kdy se u něj projevovaly určité prvky agrese a neadekvátní sebeobrany vždy, když měl být z domova odvezen do ústavu s denním pobytem, lehal na zem kopal nohama, tvrdil, že má strach. Tento stav se po příchodu do ústavu stabilizoval.

Vzhledem k tomu, že jsme nevlastnili osobní automobil, byli jsme nuceni jej dopravovat do zařízení autobusem, jednou ho doprovázel otec nebo matka, jindy zase sestra. Pro všechny to bývalo stresující pondělní ráno, zvláště, kdy jsme spěchali do zaměstnání. Snažili jsme se být v klidu a nenechat se ovlivnit jeho chováním. Chvillemi jakoby se zklidnil a šel a z toho zahodil tašku s věcmi na zem a začal utíkat po ulici, na zavolání nereagoval, museli jsme čekat až bude chtít jít. Při odchodu z ústavu se toto v takové míře neprojevovalo.

Již při první návštěvě v ústavu dal jednomu chlapci políček. Při pobytu v ústavech se neochotně zapojoval do činností, rád byl středem pozornosti a upozorňoval na sebe. Mezi chovanci nebyl moc oblíben, často se mu posmívali a strkali do něj. O jeho konkrétním chování a chování ostatních klientů a personálu vůči němu nemohu napsat žádné podrobnější informace, neboť nám nebyly sděleny a jen velmi okrajově. Bohužel z důvodu jeho neochoty a problémům při nástupu do ústavu a při jeho pobytu v ústavu jsme se rozhodli, že do nich již nebude docházet. Zjistit příčinu jeho chování se nám nepodařilo, neboť nedokázal a neuměl vysvětlit důvod svého konání, jen, že měl strach, ale z čeho a koho to nevíme. Můžeme se jen domnívat, že v některých jeho situacích se může projevovat něco z minulosti, co ho poznamenalo, např. strach z mytí vlasů.

V domácím prostředí se tyto projevy objevovaly, když se dělo něco proti jeho vůli, stejně tak, když měl jít třeba do obchodu, kopal a bouchal do předmětů, házel po lidech. Po takovém chování se omluvil a za nějakou dobu se tento stav opět

objevuje. Má panickou hrůzu z odchodu z domova do jiného neznámého prostředí. Po krátkém pobytu v prostředí se zadaptuje. V době, kdy se u něj tyto projevy chování objevovaly, býval tlumen zklidňujícími léky.

V roce 1981 byl zbaven způsobilosti k právním úkonům a následující rok mu byla přiznána invalidita.

Charakteristika prostředí

Martin vyrůstal s rodiči a sourozenci v rodinném domku na vesnici, kde měl prostor pro vlastní hraní na písku či jiných pro něj zábavných činnostech, jako např. přenášení vody z jedné nádoby do druhé, později se i zapojoval do různých lehkých manuálních prací na zahrádce nebo prací u rodinného domku, případně krmení domácích zvířat. Velmi příznivě na něj působila přítomnost psa a kočky, ke kterým velmi rychle přilnul.

Staršího bratra, který býval často mimo domov, se vývoj Martina až tak nedotýkal, sestra byla účastna všech jeho potíží jak na veřejnosti tak i doma. Snažila se z pozice sestry a ne dospělého člověka na něj působit, ale míjelo se to účinkem. Otec k němu přistupoval mnohem benevolentněji než matka. A zde byl výrazný rozpor ve výchově. Matka jej slovně napomenula a otec aby jej také vyčinił, se ho snažil utěšit. Mnohdy byl i rozmazlován.

Vzhledem k zdravotním potížím byl matce přiznán invalidní důchod a chlapec zůstává v domácí péči. Tak jak jsem již uvedla matka se rozhodla o něj pečovat pokud bude mít na to energii, samozřejmě s pomocí celé rodiny, včetně otce. Je pravdou, že byla upozorněna na skutečnost, že přijde věk, kdy péči nebude zvládat nebo budou problémy. To jaké problémy ji čekají netušila ani ona ani ostatní členové rodiny.

Osobnostní charakteristika

Martin vstával a vstává vždy s dobrou náladou, která mu trvá do té doby, než se mu „něco nezačne nelíbit“. Při oblékání, které je pomalé a dlouhé, si s oblibou „obnovuje“ již zahojená místa na nohách, na hlavě a na rukách. Po domluvě, ať to nedělá, tak přikývne, ale druhé ráno se toto opakuje znovu. A pochopitelně má radost, když se může přivítat i s pejskem. Jinak je neklidný, nerad se podřizuje příkazům a pravidlům. Není mazlivý typ, ale je rád, když jej pochválíme a pohladíme, až v pozdějším věku projevuje lásku objetím. Je velmi citlivý na negativní signály projevované vůči němu ze strany cizích lidí, na které reaguje opět neklidem a panikou. Více méně se lidí bojí a nedůvěřuje jim, může také jít o vědomý strach, že se mu bude

zase někdo smát a stranit se jej. V domácím prostředí vycítí slabost rodiče při jeho „neměnných problémových“ projevech a spíše zkouší, co si může dovolit. Pokud rodič toto chování ignoruje, vzápětí splní požadavek rodiče a za své chování se omluví s tím, že se nebude opakovat, takže je si vědom, že udělal něco co dělat neměl, ale až později si to vyhodnotí.

Jeho rozumové schopnosti odpovídají jeho intelektu. Dobře se orientuje v bezprostředním okolí domova, ví kde je obchod, pošta, pohostinství. Dokáže verbálně požádat, poděkovat a pozdravit. V čase se orientuje pouze po úsecích dnes a zítra, delší časové úseky jako týden nebo měsíc nedovede rozeznat, rovněž neumí poznávat hodiny. Velký problém mu dělá i přechod ze zimního času na letní. V případě, že vykonává nějakou činnost je velice snaživý, strhává na sebe pozornost, když se mu nedaří splnit úkol nebo svůj požadavek prosadit, je zlý.

Martin je fyzicky vyspělý, jeho zdatnost odpovídá jeho věku a mentálním schopnostem, sportu se nějak nevěnoval.

Problémové chování jedince s mentálním postižením

Projevy v chování

Martin se v podstatě neprojevuje jako nepřátelská osoba, občas se u něj střídají nálady, ale přesto bývá veselý, snaží se komunikovat a rozvíjet, je bezprostřední, má radost z každé nové věci, která se mu koupí, ať už je to oblečení s kterým se hned musí pochlubit nebo plyšová hračka, se kterou velmi rád spí, ale i obnova pokojíku, nové povlečení. V ranném věku velmi rád skládal dřevěné kostky, stavebnice, rád hrál pexeso, ale tyto hračky mu dlouho nevydržely, neboť je zanedlouho bezdůvodně buď rozebral nebo poničil, totéž to bylo i s knihami, obrázky, časopisy.

Velmi rád sleduje televizní pořady, ale jen ty své oblíbené, ale protože neumí číst tak ví, že je mu matka přečte z televizního programu, tento program se také často nachází zmuchlaný a roztrhaný. Co je důvodem, nevíme, tak se mu vysvětlí, že pokud to ještě jednou udělá, tak se příště na televizi nebude dívat. Poškozené věci, které roztrhá je v době, kdy není „střežen“ uloží do mezer, které najde mezi a za nábytkem, nebo pod pohovkou. Taktéž se to týká i oděvů, najde nějakou díрку na tričku nebo pyžamu, to rozerve a opět uloží, aby nebyla vidět, do skříně za postel apod., nebo si bere bez svolení jídlo, které poté zase někde schová. Dost často se u něj projevuje, jakoby náznak nějakého „záchvatu“, kdy si vloží prst do úst, vyvalí oči a sevře pěst,

toto trvá jen okamžik a opět se to děje v situaci, kdy se mu něco nedovolí nebo se na něco upozorňuje. V podstatě nemůže vůbec zůstat sám bez dozoru.

Opakující se chování

V době, kdy je již v domácí péči a v zralejším věku, se u něj projevuje opakující se chování, které se vyznačuje tím, že si potrpí na přesnost a pravidelnost konání určitých činností, které jsou jeho povinnostmi, např. pravidelnost v doručování sobotních novin, jestliže nejsou v schránce v určenou hodinu, začne pobíhat po místnosti a nedá se mu vysvětlit, že je paní přinese později, taktéž je to i při rozvozu obědů, matka mu sdělí, že ještě není tolik hodin, že musí počkat, ale on přesto dokáže stát a čekat na oběd. Někdy si dá říci a odejde.

V případě, že mají přijet sourozenci zpravidla v sobotu, je již od brzkých hodin vzhůru (někdy i o 4 hodině a chodí po domě), rodičům nezbyvá než vstát a nebo mu vysvětlit, ať si jde ještě lehnout. Před příjezdem vyžaduje upravit svůj zevnějšek (musí se oholit), za což bude samozřejmě pochválen a čeká. Čekání si zkracují tím, že pobíhá z jedné místnosti do druhé, sleduje v okně, zda již nejede autobus nebo nezvoní telefon k oznámení příjezdu. Neustále se vyptává na stejnou otázku a opakuje slova. V případě, že je nějaká změna v čase nebo že nemohou přijet, je z toho smutný a jen těžko se mu to vysvětluje.

Jestliže, přijede jeden ze sourozenců v jiný den než o víkendu je z toho zmaten, nečekal to a nevíta jej tak jak o víkendu. Při příchodu do domu nás vítá slovy: „pojdte dál“ a když má něco nového, nové oblečení, boty, nový pokoj hned na to upozorní a musí se pochlubit. Pravidelností se stává, že se musí se sestrou přivítat a rozloučit objetím a opět jako by dospěle řekne: „děkuji za návštěvu“.

Dalším takovým příkladem je jeho pravidelné sledování pořadů. Podle přečteného programu ví, že ten den se bude vysílat ten a ten pořad, který sleduje. A protože je netrpělivý, tak se chce na něj dívat hned. Musí se mu několikrát zopakovat, že ještě není tolik hodin, aby jej mohl sledovat, že musí počkat. V tomto případě se snaží rodiče jej zabavit jinou činností např. úklidem prádla, odnesením věcí apod.

Co se období vánoc týká, tak na ně se hodně těší nejen z televizních reklam, ale i z toho, že se koupí kapr, bude bramborový salát, jídlo, budou se rozbalovat dárky, budou pohádky atd. Na toto všechno se strašně těší, ale když přijde Štědrý den, tak jej prostě „nezvládne“, u večeře opět odbíhá a čekáme až přijde ke stolu, rozdělování

dárků, která je jeho pravidelnou činností někdy probíhá skvěle, z toho zase bez důvodu opět odejde a musí se zavolat zpět. Otázkou zůstává, zda na něj nepůsobí jeho pravidelné požití léků a účinků na něj a nebo, že zrovna nevybral dárek, který nebyl určen pro něj a byl z toho rozladěn.

Také se stává že z jeho pravidelného stereotypu jej vyvede z míry odjezd jednoho z rodičů do města, zejména matky k lékaři, vyzvednutí léků nebo zařízení jiných důležitých záležitostí. V této situaci je opět neklidný, neposlouchá a opět přechází z místnosti do místnosti nebo jde ven, vyhlíží autobus a neustálými otázkami se ubezpečuje, že matka přijede, jen musí počkat. Po návratu je zase vše v normálu. V čase než se matka opět vrátí otce vůbec nerespektuje, odmlouvá, bouchá dveřmi. Ale zase na druhou stranu, je pravidelností, že po svém oblíbeném Večerníčku nebo pořadu jde spát do ložnice (spí s otcem) a dotazem se ubezpečuje, zda otec půjde také spát, že tam nebude sám.

Sebeobsluha

Při stolování jí příborem, ale vzhledem k užívání léků, které vyvolávají třes rukou, si často tímto jídelm znečistí oblečení. Na oběd se velmi těší a dokáže na něj i dlouho čekat (dovoz obědů), po naservírování jídla toto sní velmi rychle až hltavě, nevychutná si sousta. Opět tady může být a nemusí verze, že při obědě mu v ústavu někdo toto jídlo bral. V případě, kdy zůstane chvíli sám si příležitostně vezme něco co zrovna je na dosah, třeba krajíc chleba nebo něco z lednice.

V oblasti péče o zubní dutinu se rovněž projevuje jeho netrpělivost a nekomplexnost čištění zubů. Čištění provádí velmi krátce, jen na určitých místech a ne pravidelně vykoktává. Při této činnosti potřebuje opět dozor. Při upozornění jak to má provádět a když se mu to nedaří truceje a není ochoten to provádět, po chvíli si to rozmyslí a tento úkon provede, za který je oprávněně pochválen. V současné době má jen několik zubů, protože trpěl velmi těžkou paradentózou. Vůbec úspěch byl, že zubaře navštívil, tady se projevil respekt vůči staršímu bratru, kdy jej poslechl a šel do ordinace, naštěstí se to obešlo bez větších problémů.

Vzhledem k tomu, že si neumí sám nastavit přijatelně teplou vodu pro sprchování, tuto činnost provádí rodiče a opět jen v určenou dobu. V případě, že by se měl sám mýt tak provádí mytí jen na jednom místě – na břichu, ostatní partie těla si neumyje, opět je netrpělivý. Po odchodu z ústavů se u něj dlouhodobě projevuje strach z mytí vlasů?

Opět není to důsledek nesprávného mytí z ústavu. Při správné motivaci zvládá drobné úklidové práce, očistí svoji oblíbenou televizi, ukládá si čisté věci do skříňky, s pomocí umí převlíkat ložní prádlo a stlát.

V obouvání je samostatný, oblečení mu musí být nachystáno, někdy si obléká oděv nepřiměřený danému počasí a opět mu to musí být opakovaně vysvětlováno.

Období „vzdoru“

V období jeho 33-35 let dochází k velmi rozdílnému chování, a to zejména vůči rodičům. Toto období jsme si vysvětlili tím, že zřejmě prochází k „dospívání a sexuálnímu zrání“. V této době si tuto potřebu vykonával masturbací a rodiče jej nijak neomezovali. Domníváme se, že když jej rodiče na něco upozornili, si toto vyhodnotil jako příkaz a protože to bylo pro něj omezení, tak reagoval jiným způsobem než dříve. Stávalo se, že při obědě uchopil talíř s jídlem a hodil jej na zem, nebo házel přiborem po matce, a přitom se díval na matčinu reakci, pokud nereagovala dále šel a házel věcmi co byli v místnosti, bouchal do nábytku, shazoval věci. Odešel do jiné místnosti a tam se zklidnil, poté zasedl k nachystanému obědu.

Tuto situaci matka řešila tím, že při obědě se nezdržovala v kuchyni a nebo jej zvýšeným hlasem napomenula. Otec reagoval tím, že taktéž jej upozornil, ale to ho ještě více podnítilo. Často i nadával – nebyly to vulgární výrazy, ale nebudu je zde uvádět. Těchto situací jsme byli přítomni všichni a vůbec jsme z toho neměli dobrý pocit, kladli jsme si otázky z jakého důvodu toto provádí a jak dál se jeho chování bude vyvíjet. Matka, i přes tyto situace zachovávala rozvahu a nedopustila, aby ona byla ta „slabší“. V ústraní často plakala, protože Martinovi obětovala vlastně celý svůj život a „toto“ bylo odměnou za její péči. Tuto situaci rodiče nakonec řešili s psychiatrem, který mu předepsal jiné a silnější dávky léků. Po léčbě došlo k podstatnému zmírnění projevů.

Odchod z místa bydliště

Při jakémkoliv odchodu z místa bydliště jako např. k nákupu, návštěvě ZOO, kulturních programů, návštěvě lékaře muselo následovat vysvětlování kam jde, co se tam bude dít apod. Důležitým se stávalo jeho ranní vstávání, pokud měl dobrou náladu, tak se velmi těšil, že někam pojedje, ale vzápětí si to rozmyslel, trucoval, opět chodil z místnosti do místnosti. Až se zklidnil a nechal si věc vysvětlit se oblékl a šel na autobus. Zde nastává další chvíle, kdy přešlapuje a nakonec do autobusu po prosbách nenastoupí, nezbyvá než počkat na další spoj. Při zpáteční cestě se již

těší domů a jen zřídka nechce nastoupit do autobusu. Tato situace se zcela mění při odvozu osobním vozidlem, ale opět se nechce zdržovat v cizím prostředí déle, podívá se a chce jít domů, má strach z cizích lidí a prostředí, opět se mu musí dlouze vysvětlovat, že „jej nikam nevezeme do ústavu“, ale jde se jen podívat nebo nakupovat.

V jedné své „slabé chvíli“ souhlasil, že půjde do Kauflandu, tam také často nakupujeme. Vzali jsme košík a procházeli jsme regály se zbožím, Martin chodil sám v dohledu a najednou k nám přijde a odryje bundu a tam má schované zboží. Protože sleduje krimi zprávy, kde řeší krádeže, tak on si chtěl vyzkoušet roli zloděje, který něco krade. Samozřejmě to musel jít vrátit nazpět, ale měl z toho velkou radost.

Vztah k cizím lidem a zvířatům

Dříve nebyl rád, když k nám přišla nějaká návštěva, pro něj cizí osoba. Opět se můžeme domnívat, že to bylo z důvodu jeho nedůvěry k cizím lidem nebo narušení jeho stereotypu. V současné době mu nečiní potíže v navazování kontaktu s cizími lidmi, kteří přijdou na návštěvu jako např. s příbuznými nebo řemeslníky. Ostatně ti se k němu chovali vždy bez známek opovržení. Při styku s nimi je přirozený, snaží se i o určitou komunikaci, kdy pokládá i nějaké otázky a při tom, jak to chce rychle vysvětlit se někdy zadržává. Má velmi slabé verbální schopnosti při vyjadřování svých myšlenek, požadavků a pocitů. Používá jen několik jednoslabičných a pár dvouslabičných slov. Rád se zasměje veselým situacím a trvá mu, než se opět zklidní a vstřebá nahromaděné emoce, velmi těžko se mu usíná i po sledování komedií. Rovněž má jak jsem již uvedla, velmi pěkný vztah k domácím zvířatům, psovi a kočce. Vždy je radostně vítá a volá je, v případě, že je mimo domov se na ně těší. Tato skutečnost je dost často uplatňována k odvrácení pozornosti v situacích, kdy dochází k jeho „problémovému chování“.

Případová studie Tomáš

Datum šetření srpen 2013

Tomáš K. nar. 2001

Diagnóza postižení: Expresivní dysfázie v kombinaci se střední mentální retardací, eretický typ, pro výraznou poruchu chování vyžaduje zvýšenou pozornost (zdravotní dokumentace)

Rodinná anamnéza

Tomáš se matce narodil, v pozdějším věku, když jí bylo 36 let. Z dřívějšího manželství měla jednoho syna, který se vyučil tesařem a dceru, která absolvovala pomocnou školu. V novém manželství se ještě narodila dcera, které je již dnes 19 let a pracuje jako prodavačka, je zcela zdravá a netrpí žádnou duševní nemocí. Matka měla jen střední vzdělání bez maturity, vyučila se jako kuchařka. V posledních letech byla velmi nemocná, trpěla vážnou srdeční vadou, na kterou ve svých 42 letech podlehla.

Otec má rovněž střední vzdělání bez maturity, je vyučen v oboru pokrývač. Nejen, že byl kuřákem, ale i požíval hodně alkohol a po smrti své družky se jeho dávky ještě více zvyšovaly. Péči o Tomáše a jeho starší sestru nezvládal. Jejich rodinné, sociální a kulturní zázemí se vyznačovalo nízkou úrovní. Chlapec v rodině citově strádal, při jeho výchově se nedodržovaly zásadní pravidla výchovy, v podstatě dospíval sám a neměl žádný kladný vzor a potřebné zázemí. O Tomáše otec neprojevoval nijaký zájem a při vychovávání na něj působil spíše negativně. Svým jednáním a chováním narušoval rodinnou atmosféru. Z důvodu onemocnění matky, která již do průběhu výchovy nemohla razantněji zasahovat se rodina rozpadla. Krátce po její smrti byl Tomáš umístěn do ústavního zařízení a starší sestra do dětského domova.

Osobní anamnéza

Tomáš je ze čtvrtého těhotenství matky. Prenatální, perinatální, postnatální období: fyziologický průběh těhotenství, porod proběhl v daném termínu, záhlavím, porodní váha 4 300 g, délka 53 cm. Kojený 2 měsíce, v průběhu prvního roku začal chlapec chodit, v tomto období začal vyslovovat i první slova, jeho vývoj se poté zastavil. Od tří let začal udržovat hygienu. Velmi krátce navštěvoval mateřskou školu,

ale z důvodu nezvládnutelnosti byl vyloučen. V září 2006 byl psychologicky vyšetřen jeho IQ dosahovalo 45, s prvky extrémní hyperaktivity. V roce 2008 mu byl udělen odklad školní docházky, začíná se u něj rozvíjet agresivita vůči sobě a okolí. Závěr vyšetření z pedopsychiatrické ambulance zněl střední mentální retardace, eretický typ, byla mu doporučena léčba medikací, která dále pokračuje. Tomáš nebyl vážněji nemocen, byl pouze ošetřen z důvodu sebepoškozování.

Tomáš je pevnější postavy, přiměřené jeho věku. Je vysoký 150 cm a váží 43 kg. Má zelené oči, světle hnědé nakrátko střižené vlasy, úzký obličej a menší nosík, velké oči a rty. Je hezký chlapec a při prvním pohledu nejsou patrné známky jeho postižení. Co se týká pohybu, je velmi nadaný, nemá žádné jakékoliv omezení. Dá se říci, že patří mezi fyzicky nejzdatnější dětí ústavu.

Charakteristika osobnosti

Při společných zaměstnáních jsou s Tomášem menší problémy, při nedostatku činnosti je však neklidný a agresivní. V případě, že se mu něco povede, je spokojený a je za to velmi rád pochválen. V opačném případě, když se mu něco nedaří, nebo je mu odepřeno to, co zrovna chce, dostávají se záchvaty agrese, které se projevují v sebepoškozování, rozbíjení nacházejících se předmětů, nebo dochází i k tělesnému napadení klientů případně i personálu.

Tomáš vyžaduje volnost, je neklidný, odmítá dodržování stanovených pravidel. Také vyžaduje hodně pozornosti a lásky, stává se a to i několikrát denně, že žádá pohlazení a spontánně se přitulí. Při sledování děje v televizi u něj pozorujeme vnímavost. Rovněž dokáže dokonale poznat slabšího pracovníka z personálu, který se mu za žádných okolností nedokáže postavit. Tomuto zaměstnanci se potom Tomáš snaží dělat naschvály.

V určitých situacích nezvládá své emoce, změna nálady a agresivní chování se u něj dostavuje někdy nečekaně bez předchozího varování. Pokud nejsou uspokojeny jeho potřeby, v prvním stadiu se snaží upoutat pozornost personálu a svým způsobem (např. neartikulovanými slovy, gesty apod.). V případě, když zjistí, že si jej nikdo nevšímá nebo mu není vyhověno, přichází afekt a případně i útok. Před změnou chování se u něj projevuje neklid, napětí, netrpělivost a nepozornost.

Jeho myšlení je adekvátní jeho diagnóze, má schopnost se něčemu naučit, ale z důvodu jeho hyperaktivity, netrpělivosti a střídání nálad je jeho pozornost velmi omezena.

Zrakové a sluchové vnímání

U Tomáše se neprojevuje žádná zraková vada. Při společných hodinách výuky využívají pracovníci komunikační tabulku, ve které jsou obrázky a ty slouží k nonverbálnímu vyjadřování. V případě, že se chlapec naučí slovo, které odpovídá danému symbolu v tabulce, tento se z tabulky odstraní a nahradí se obrázkem novým. Nemá problém se orientovat v prostoru. Pokud se někdy stane, že z velkého rozrušení odejde z ústavu, zůstává v jeho blízkosti a neodchází daleko od budovy, což není pravidlem u jiných klientů. Tito se často musí hledat i za pomoci policie a vychovatelé s tím mají hodně starostí navíc.

Před spaním velmi rád poslouchá své oblíbené CD převážně s lidovými písničkami. Pro svoji hyperaktivitu navštěvuje kroužek lidových tanců, ve kterém se snaží zaujmout publikum a svým tanečním a někdy i hereckým nadáním získat potlesk, pochvalu a obdiv. Velmi správně reaguje na intonaci a zbarvení hlasu jak při oslovení tak při zadávání pokynů.

Rozumové schopnosti

Tyto schopnosti korespondují s jeho postižením. Dokáže se orientovat v blízkém okolí ústavu a zná ostatní klienty. Při styku a komunikaci umí pozdravit, poděkovat a požádat. Pro rozvíjení jeho osobnosti a přípravě k samostatnému životu je nutné mu tyto návyky neustále připomínat, neboť se ještě pro něj nestaly samozřejmostí. I při rozvoji těchto dovedností se pracovníkům výtečně osvědčila pochvala, pohlazení a uznání. Při orientaci v čase je to horší, ví co je dnes a co zítra, delší časové úseky nerozezná. Poznávat čas rovněž neumí, když je požádán o určení hodin, začne vyvádět, bouchat kolem sebe a je lepší jej přefadit na jinou aktivitu, aby se zklidnil.

Ústní způsobilost

Tomáš má slabou slovní zásobu pro vyjádření toho co si myslí, co prožívá a co požaduje. Při snaze naučit jej novým slovům, tyto zopakuje jen některá, maximálně dvouslabičná, nebo zopakuje jen konečnou slabiku slova. Při komunikaci s pracovníky se vyjadřuje především neverbálně a to s použitím dorozumívací tabulky. Rovněž skvěle umí používat pantomimu a gesta k vyjádření svých požadavků a vjemů. Na chlapci lze pozorovat, že naučeným slovům rozumí a dokáže na ně adekvátně

reagovat. Opět pokud se setká se slovem, které ještě neslyšel nebo mu nerozumí, reaguje podrážděně až agresivně.

Při této reakci mu pracovníci věc ukáží např. na počítači nebo ji nakreslí. Významu slov dokáže velmi rychle porozumět, takže když se příště použijí, projevuje se klidněji a bez útočných emocí. Při sdělování svých nápadů, kterým ostatní nerozumí se chová afektovaně, opět pracovníci přistupují k tomu, aby se vyjádřil co zrovna chce provádět a pobízí ho, aby to zkusil pantomimikou. A to se mu daří.

Sebeobsluha

V tomto případě je zcela nezávislý, docela dobře zvládá oblékání i obouvání, někdy se mu stane, že si oděv oblékne opačně, nebo si špatně nazuje obuv. I při této činnosti pokud se mu nedaří se projevuje problémově a opět dochází ke zlidnění, když mu pracovník názorně předvede jak to má provést nebo mu poradí.

Základní hygienické návyky zvládá vcelku bez cizí pomoci, někdy dochází k tomu, že se úmyslně pozvrací v případě, že mu nebylo vyhověno v jeho požadavku. V takovém případě mu pracovníci celou situaci ozřejmí a mají snahu s ním tento problém vyřešit tak, aby k němu příště nedocházelo.

Co se týká pomoci při obědě a vůbec při úklidu musí být opět správně motivován a patřičně oceněn, je schopen pomoci s prádlem při praní a věšení, stlaní, uklízení věcí apod. Podílí se rovněž na přípravě nádobí k obědu, dokáže po sobě sklídit a utřít stůl. Tak jak u každé činnosti, kterou nezvládá dobře, se projevuje opět výbušně, bouchá pěstí do stolu a nebo použije předmět, který je nejbližší po ruce. Zase za svoji ochotu a pomoc musí být pohlazen, pochválen a povzbuzen.

Prostředí ústavního zařízení

Ústav se nachází v památné chráněné Jadrníčkově vile s přilehlým areálem zahrady a pro osoby se zdravotním postižením zajišťuje komplexní celoroční péči. Tato péče obsahuje ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů, péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Rovněž je zajištěna odborná lékařská péče privátním obvodním lékařem, do zařízení dochází psychiatr, kožní lékař, stomatolog, oční lékař, neurolog. Služba je poskytována trvale po celý rok a to pro klienty od 6 až do 50 let.

Ústav je rekonstruovaný dvoupatrový bývalý hrádeček spíše rodinného typu. Kapacita je zde 32 lůžek. Jsou zde buď jedno a dvoulůžkové pokoje se samostatným

příslušenstvím a jedno a dvoulůžkové pokoje se společným příslušenstvím, jídelna, společenské místnosti. V okolí je rozsáhlé prostranství pro volný pobyt mimo ústav.

Odbornou a výchovnou činnosti zajišťují vychovatelé, jsou zde také pracovníce sociální péče a asistenti. Dohled u dětí v nočních hodinách zabezpečuje rovněž pracovníce sociální péče. Klienti jsou rozčleněni po skupinách podle jejich věku a jejich speciálních potřeb. Značná část dětí se kterými se Tomáš stýká, trpí závadami řeči a není pro něj obzvlášť stimulující.

Mnoho klientů má i další zdravotní obtíže nebo psychiatrické diagnózy. Celková péče o tyto klienty vyžaduje jiný přístup a je rozdílná od práce s dětmi zdravými.

Chování v ústavu

Ve skupině si vyžaduje výlučnou pozornost pracovníků, v případě, když se věnují jiným dětem v místnosti, vzápětí následuje Tomášovo problémové chování. Snaží se o kontakt s jinými klienty, ale jen pokud z toho bude mít nějakou výhodu. Například v hudebním kroužku, kdy mu je přidělen nějaký nástroj, tento přijme a za nějakou dobu, když uvidí, že jiný klient má nástroj, který zrovna chce, tak usiluje o to, aby si jej mohl s ním vyměnit. Pokud se mu to nezdaří, dochází k tomu, že mu ten nástroj zkrátka vezme násilím.

Snahou pracovníků je, aby si pamatoval, že se takto nemůže chovat a pokud něco chce, musí o to pěkně požádat a poprosit. Tím u něj chtějí vytvořit správné návyky pro jeho další život. V případě, že svého násilí vůči klientovi nepoužije je pochválen.

Při zadání úkolu na kterém Tomáš nechce spolupracovat, reaguje podrážděně, rozhazuje kolem sebe židle, kope do nich, nesrozumitelně křičí a utíká pryč z místnosti. Jestliže dojde k tomu, že se mu úkol zamlouvá a začne jej rozpracovávat, dochází u něj k problému s jeho dokončením, který spočívá v jeho hyperaktivitě.

Aby k tomuto nedocházelo, musí jej pracovníci hodně povzbuzovat a chválit. V opačném případě, kdy práci vůbec nedokončí je opět agresivní, dochází ke kopání do nábytku, křiku a fyzickému napadání ostatních klientů.

Řešení těchto situací s klientem je velmi náročné po stránce psychické a vyžaduje odborné znalosti pracovníků. Současně musí i sledovat chování ostatních klientů v místnosti, aby se Tomáš nestal rušivým elementem.

Jako příklad k výše uvedenému problému můžu uvést např. vykreslování omalovánek: Tomáš má rád omalovánky s motivy aut, pirátů, bojovníků a ty ostatní s obyčejnými motivy těch si nevšímá nebo je opomíjí. Pokud se mu předloží motiv,

který se mu nelíbí např. dům, sad, kvítko, plody, tak se Tomáš ještě před vykreslováním začne projevovat tím, že bouchá do lavice nebo rovnou omalovánku poničí.

Osvědčená metoda, kdy si jej pracovník nevšímá byla již několikrát vyzkoušena, ale vždy se mýjela účinkem a spíše to Tomáše popudilo až na neúnosnou hranici. Pracovník tuto situaci musel ihned řešit a odvést ho mimo dosah dětí. Jelikož je tato technika neúčinná, je s klientem po veškerý čas jeho pracovní činnosti asistentka, která se mu pořád věnuje a dokáže náležitě reagovat již na začínající příznaky jeho agrese.

Pravdou, je že metodu převedení na jiný úkol, o kterém pracovník ví, že u něj nevyvolá problémovou odezvu často pracovníci používají, protože se Tomáš zpravidla zklidní. Po jeho zklidnění a dokončení nového úkolu, jej pracovníci pochválí a citlivým způsobem navedou na dokončení předchozí práce při němž vznikla problémová reakce. Tímto způsobem se snaží o zvládnutí úloh při různých přidělených činnostech a tím celkově Tomáše připravovat na úkoly, které jsou nové, složitější a obtížnější.

Vztahy s okolím

Tomáš se nebojí vyhledávat kontakt a přítomnost některých pracovníků. Více tíhne k dospělým lidem a rád se mazlí. Kontakt s okolím mu nečiní problémy, do hromadných úkolů se rád zapojuje. Opět se u něj projevuje snaha upoutání pozornosti za jakoukoliv cenu a ještě navíc si vynucuje i výhody, a to i na úkor ostatních. Jako příklad uvádím při návštěvách rodičů ostatních dětí se začne ukazovat, aby upoutal pozornost rodičů a docílit toho, aby vyzískal dárky, které jsou určeny pro děti, jenž jsou navštíveny. Pokud se mu to nepodaří, dochází k afektivnímu chování a ne zřídka se stává, že i zaútočí na dítě, které mělo dárek obdržet.

Při pravidelných procházkách a skupinových hrách si opět často prosazuje jenom své zájmy. Pokud není něco podle jeho představ, nekomunikuje, je nepřátelský a až agresivní a to nejen vůči personálu, ale i ostatním dětem. Příkladem toho je i situace z poutí, kde Tomáš u jednoho z prodejních stánků objevil na pultu pistoli, které se velmi domáhal a chtěl ji mít. Když mu bylo pracovníky ústavu objasněno, že si tuto pistoli nemůže zakoupit, poněvadž nemá dostatek peněz z kapesného, se s tímto vysvětlením nedokázal smířit a reagoval tím způsobem, že začal nelidsky řvát a tlouci se hlavou o zem. Zde si pracovníci vyhodnotili, že jimi používané postupy řešení této situace jsou neúčinné a přikročili ke zklidnění Tomáše pomocí několika chvatů, aby si nezpůsobil zranění. Až došlo ke zklidnění, se mu situace opět vysvětlila, a bylo na něm patrné, že pochopil důchody, proč pistoli nemohl získat.

Práce s předměty

S předměty, na které fyzicky postačuje umí dobře manipulovat. V přítomnosti starších dětí se cítí dobře a díky tomu se jeho zaujetí pro hru stává dlouhodobější. Nejvýraznější je to v případě, kdy si s těmito dětmi staví oblíbené stavebnice.

Ze všeho nejoblíbenější je však pro něj šermování s mečem, pokud zrovna žádný v dosahu nemá spokojí se s jakýmkoliv dřevěným předmětem podobného tvaru, např. násada na koště. Tím tak uvolní svoji veškerou energii, která mu nezbývá pro projevy výbojného chování. Rovněž dlouho vydrží práskat čímkoliv do čehokoliv. Tohoto pozitivního vztahu k bouchání do věcí využívají pracovníci především v okamžicích, kdy se začíná projevovat počátek problémového chování a raději jej od ní odvedou. Jako nástroj používají boxovací pytel, na kterém si svůj vnitřní neklid uvolní použitím úderů a výkopů.

Kreslení

Při psaní a malování si osvojil správné držení těla, kreslicí potřebu drží válcovitě a velmi křečovitě. Je schopen napsat své jméno, ostatní znaky napíše jen podle daného vzoru. Maluje jen kresby výpravčích, lupičů a aut, pokud z obrázku není zřejmé co to je, svou skvělou mimikou to umí velmi dobře sdělit.

Pohybové nadání a zručnost

Je značně pohybově zdatný, sportovní aktivity jako běh, chůze, míčové hry mu nečiní žádné problémy, pohybuje se koordinovaně. Tato aktivita mu slouží především k vybití přemíry energie, věnuje se plavání, lidovému tanci a fotbalu.

Při těchto aktivitách touží dosahovat co nejlepších výsledků, jenom proto, aby mohl být pochválen a oceněn. Je velmi zručný dokáže pracovat s jakýmkoliv nářadím. V období svátků velikonočních a vánočních se podílí na zhotovování ozdob, také vytváří předměty z moduritu, které bývají využívány jako upomínkové předměty pro návštěvy. U těchto činnostech bohužel vydrží jen velmi krátkou dobu, proto musí být neustále povzbuzován a oceňován, aby tuto činnost dokončil. Jeho úsilí o to být co nejlepší, se pracovníkům ukázalo jako výchovný cíl.

V případě, že je jeho hyperaktivita neovládnutelná umístí jej do pracovny opraváře, kde pod kontrolou odborného pracovníka tuto nahromaděnou sílu vybije zatloukáním hřebů do prkna.

Vzhledem k tomu, že otec hodně kouřil, projevuje se u Tomáše odpor proti kouření, potká-li někoho, kdo kouří reaguje negativně a to posunky nebo gesty. Své opovržení vyjadřuje přidržením nosu. V případě, že se při výletě po městě setká s někým, kdo pije alkoholické nápoje, jde za pracovníkem a posunky jej na to upozorní. Na tuto skutečnost reaguje úsměvně a imituje přítomné v kavárně. K této záležitosti není tak negativní jako u kouření.

Volnočasové aktivity

Tomáš nachází největší uspokojení při hraní počítačových her, zejména s tematikou boje, kdy účastníky her jsou vojáci a lupiči, ostatním hrám se nevěnuje a odmítá je. Jak již vyplývá z jeho zájmu jeho nejoblíbenější věcí je jakákoliv napodobenina meče nebo puška, může to být větší klacek, dřevěná tyč. S touto poté tluče do všeho, zejména do stromů, sloupů apod. I při této aktivitě chce, aby byl uznáván jako schopný šermíř.

Další takovou hrou, která se u Tomáše osvědčila je trhání různých časopisů a novin. Touto metodou dochází k uvolňování jeho vzteku a celkovému zklidnění. Již předem Tomáš ví, že vzniklý nepořádek po trhání si musí uklidit. Dá se říci, že u této hry nedocházelo k žádným jeho problémovým chování, spíše naopak je klidný a spolupracuje s pracovníkem a plní jím přidělené úkoly. Je docela možné, že při úklidu svých roztrhaných novin si uvědomuje své nepatřičné chování. Ostatní klienti se k této situaci projevují negativně.

U hraní fotbalu, která je také jedna z nejoblíbenějších činností má problémy pochopit dodržování pravidel, které si často upravuje jednak podle své nálady a jednak jak zrovna chce on. Při hře působí jako rušivý živel, protože klade důraz na osobní souboje s protihráčem než na hru jako samotnou. Nepředává míč ostatním dětem a je odveden ze hry, kdy mu pracovníci musejí několikrát vysvětlit, jaká jsou pravidla hry. Toto se ještě během hry několikrát opakuje a nakonec je Tomáš vyloučen ze hry a dostává „červenou kartu“. Po chvíli zklidnění je opět začleněn do hry, v okamžiku, že se zase začnou projevovat jeho známky agresivity je zaměstnán jinou činností. Může si jít např. zaboxovat do pytle a tím tak uvolnit napětí zklidnit se.

V době léta mohou klienti využít možnosti jízdy na kole, tříkolce apod. Petr je zdatný v jízdě na kole při které již nepotřebuje přídavná kola, ale opět si vyžaduje kolo, které tyto přídavná kolečka má.

V případě, že toto kolo je mu odebráno a přiděleno jinému dítěti, pro zvládnutí základu jízdy nastává u Tomáše problémová reakce, začne kolem sebe kopat a fyzicky napadá děti v nejbližším okolí.

Tuto reakci jsou pak pracovníci nuceni řešit tím, že ho odvedou od ostatních klientů a dají mu možnost svou nahromaděnou energii vybit buď křikem nebo kopáním do pytle. V tomto případě se vychovatelům osvědčilo pro jeho zklidnění mu doporučit jiné hezcí kolo, aby tak mohl dokázat, že je nejlepší v kolektivu.

Tomáš má v ústavu několik svých oblíbených pracovníků personálu se kterým vychází za dobře, jsou však mezi nimi i takoví, u kterých velmi rychle odhadl, že si vůči nim může, vzhledem k jejich menší odolnosti vzdorovat jeho problémovému chování, dovolit používat svoji agresi a nebo je trýznit nepatřičným chováním.

Nastala situace, kdy měla noční směnu pracovnice, k níž si často svoji agresi dovoloval. Z důvodu, že Tomáš se po probuzení choval neadekvátně vůči ostatním klientům, bývá vzbuzen o něco dříve než ostatní. Úkolem pracovnice je ho odvést do patra, kde už nemůže rušit svým chováním zbývající klienty ústavu. Tomáš již z rána byl velmi podrážděný, vzteklý a následně mrštil po pracovnici, když mu domlouvala plastovou židli.

Pro jeho stále zvyšující se útočné chování vychovatelé tuto situaci řešili s ošetřujícím psychiatrem, který doporučil hospitalizaci na chráněném oddělení psychiatrické léčebny.

Po vyhodnocení této příhody se kolektiv pracovníků shodl na nové metodě a způsobu jak těmto situacím předejít. Tato metoda spočívá v Tomášově velké oblibě práce s počítačem a hraní her. Vedle jeho počítače se nakreslila napodobenina tohoto počítače, která byla složena ze čtyř částí. Pokud docházelo k Tomášově agresivnímu chování byl jeden díl této napodobeniny oddělen a za další takové chování mu byl odebrán další.

V případě, že již napodobeninu počítače neměl, byl mu udělen jednodenní zákaz práce na počítači. Bylo mu pracovníky vysvětleno, že pokud se bude správně chovat bude mu tato část opět vrácena zpět. Tomáš tuto metodu pochopil a i přesto nezvládl své problémové chování a docházelo k odebrání části napodobeniny. Bylo na něm znát, že je mu to líto a mrzí ho to.

K této metodě se vedl poznámkový sešit, kde každý pracovník zapisoval, za jaké chování mu byla odebrána část a za jakých okolností mu byla vrácena. Tato zkušební metoda trvala zhruba měsíc, po jejím uzavření a vyhodnocení kolektiv pracovníků zjistil, že došlo k mírnému snížení četnosti afektivního chování u klienta.

Z různorodých technik, které jsou efektivní pro zvládnutí útočnosti, využívají vychovatelé u Tomáše velmi často boxovací pytel, kde údery pěstmi i kopáním vybíjí svoji zlost a zbavuje se tak neklidu a nahromaděné přebývající energie.

9 SHRNUÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

Martinovo problémové chování vychází již z ranného dětství, byl vychováván nejednotně, někdy i zbytečně rozmazlován, vzhledem k jeho postižení měl jen pár povinností. Důsledkem tohoto je nerozvinutí jeho potřebných kompetencí pro samostatný život. Nepříznivě na něj mohlo působit i umístění v ústavech, které nerad navštěvoval, chování veřejnosti vůči němu, posmívání a nezájem.

V době, kdy Martin prožíval dětství se mu nenabízely žádné služby ve formě poradenství, dokonce mu nebylo umožněno navštěvovat žádné školní zařízení. V podstatě byl mimo dobu pobytu v ústavech jen v rodinném prostředí, měl nulový kontakt s jinými osobami, nebylo mu umožněno smysluplné trávení volného času, chybějící kompetence pro samostatnost.

To vše může svým způsobem mít vliv na to, že se u Martina projevuje problémové chování. Důsledkem je zvyšování agresivity a zatvzlosti jedince s mentálním postižením a na straně druhé bezradnost a bezmoc rodiny.

Možnou alternativou a strategií řešení této problémové situace je konzultace s psychiatrem a nasazení odpovídající léčby, postupné začleňování jedince s mentálním postižením do péče o chod domácnosti a pokus o překonání izolace a uvedení jedince s mentálním postižením do jiného sociálního prostředí.

Otevřenou otázkou zůstává jeho vzdálená budoucnost, kdo převezme péči o něj a jaká péče nebo služby by byly pro něj vhodné.

V druhé případové studii je **Tomášovi** věnována odborná a výchovná péče, kdy pracovníci ústavu s ostatním odborným personálem mají snahu, aby se Tomáš naučil samostatnému vyjadřování svých potřeb formou verbálního i nonverbálního vyjádření. Tím by docházelo k postupnému odbourávání fyzického hněvu v souvislosti s možností vybití jeho nadbytečné síly a to formou pohybových činností.

Z důvodu jeho nemoci je důležité u klienta určit únosnou míru, kdy je ještě možné jeho problémového chování prominout a kdy už ne, a to takovým postupem, aby tomu porozuměl. Je také potřebné prohlubovat motivaci k pracovním aktivitám a vést jej k odpovědnosti za své předměty.

Jeho projevy agresivního chování jsou konzultovány na pravidelných setkání s pedopsychiatrem, který stanovuje změnu v medikaci nebo postupu řešení

konkrétního stavu v chování a konání klienta, eventuelně nařídí hospitalizaci v psychiatrické léčebně.

V obou **dvou** případech se podle chování jedná o jedince s mentálním postižením typu eretického, vyznačující se jako neklidné, vznětlivé a nestabilní. Mají nesmírné problémy se na něco soustředit, neustále odbíhají od činností. Jejich problémové chování je neměnné, a opakující se.

Tyto charakteristiky byly v obou případech popsány na konkrétních situacích a činnostech.

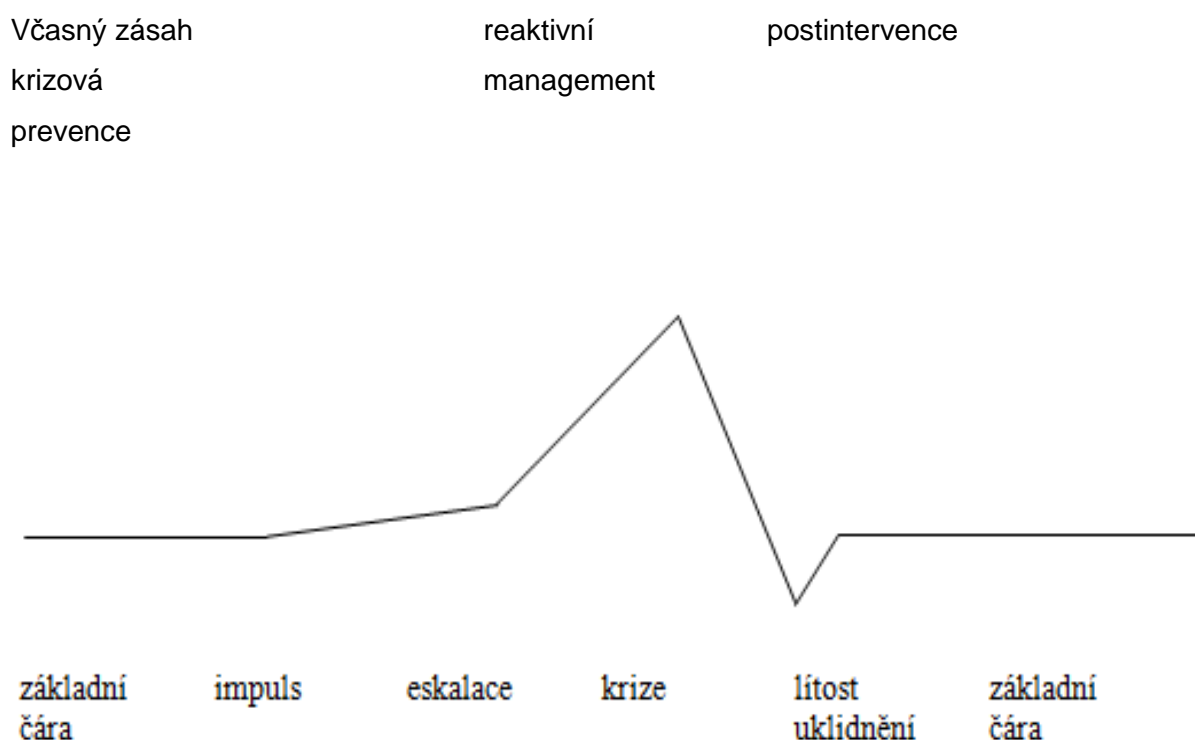
Prvopočátkem vzniku jejich problémového chování je reakce buď na nesplnění jejich okamžitých požadavků, reakce na nezáměr o jejich osobu ze strany nejbližších a nebo i žárlivost na jiné osoby, vynucování si pozornosti za každou cenu a zlost na vlastní neschopnost při přidělení obtížného a nebo i dokončování tohoto úkolu.

Rovněž se u nich vyznačuje i touha po uznání, pochvale, povzbuzení a být mezi svými nejlepšími.

Dalším stejným projevem je i chování vůči lidem, u kterých vytyšili, že nejsou až tak odolní proti jejich výbojnému chování a dovolují se k nim chovat agresivněji než k ostatním.

Mohou to však být i jiné vnější i vnitřní příčiny, které vzhledem k jejich špatné komunikaci se jen těžko zjišťují.

Graf 1: Model průběhu agresivních incidentů z hlediska času a intenzity



Zdroj: Práce s klientem s rizikem v chování, online, cit. 2013-03-12

Charakteristické u těchto jedinců je také to, že po odeznění jejich agresivity dochází k uvědomování si svého činu, lítosti nad svým skutkem a ospravedlňování se. V případě, že vychovatelé nebo nejbližší příbuzní s nimi toto nevhodné chování rozeberou a vysvětlí, že takto se nemají chovat, dochází opět ke zklidnění a zapojení se do běžných denních činností. **A i přesto, že je jim všechno, co se týká jejich chování neustále vysvětlováno, dochází opět k stejným nebo obdobným problémovým situacím.**

To, že tito jedinci vykazují známky neklidu – vnitřního neklidu, nemusí být navenek zřejmé, ale velmi často bývá intenzivně prožíváno. Nárůst tohoto neklidu a nebo i úzkosti potom přechází do agrese, kterou popisují.

ZÁVĚR

Problematika lidí s mentálním postižením je hodně složitá, avšak není neřešitelná. Je potřebné, abychom si i my uvědomili, že i tito jedinci jsou osobnostmi s vlastními potřebami a problémy. Jako každý člověk i oni mají práva, které je nutné respektovat.

Záměrem mé bakalářské práce bylo poskytnout ucelený pohled na problémové chování jako takové. Jak jsem již uvedla v případových studiích čerpám především ze svých osobních, životních zkušeností a zkušeností pracovníků sociálního zařízení. Jsou zde popsány konkrétní situace, při kterých dochází k problémovému chování a v souvislosti s tím i metody jak tomuto chování předcházet.

Velmi složitou otázkou je zjistit prvotní příčinu počátku tohoto chování, ty mohou vznikat z mnoha důvodů, které jsem rozebrala v teoretické části. K tomu, abychom se v této oblasti lépe orientovali by bylo nezbytné zajistit každému jedinci speciální individuální přístup ze strany pracovníků ústavu.

Domnívám se, že pro mnoho lidí s mentálním postižením je pobyt v ústavních zařízeních bez jakéhokoliv soukromí, poklidu i vhodných volnočasových aktivit naprosto nevyhovující a nepřiměřeně působí i na jejich psychiku. Navíc jsou zde vystaveni mnoha situacím, které nemohou nikterak ovlivnit a jsou podřízeni do značné míry kolektivnímu režimu.

Tyto vlivy, vzhledem k velké zátěži na psychiku mohou u některých jedinců způsobit i vznik různých duševních nemocí.

Myslím si, že je zapotřebí věnovat velkou pozornost prevenci vzniku problémového chování při poskytování sociálních služeb, více než metodám a postupům jeho následného řešení. Způsoby řešení konkrétního problémového chování mají většinou podobu verbálního vysvětlování, objasňování daných činností, rozebírání situací, domlouvání, uklidňování, utěšování.

Dalším možným řešením tohoto chování jak jsem také uváděla ve své případové studii je i přesměrování pozornosti klienta na jinou činnost, jiný objekt, poskytnutí možnosti výběru z více variant a vybrat tu, která je pro něj ta nejlepší.

Problémové chování mentálně postižených osob v zařízeních ústavní péče představuje celospolečenský problém, který je velmi složitý a který nevychází jenom z jediného možného původu.

Důležitou roli v této oblasti také sehrávají samotní zaměstnanci, neboť právě oni jsou ti, kteří specifikují a označují chování jako problémové.

Ale i přes vytvořené a přetrvávající předsudky mají tito lidé s mentálním postižením i své silné a kladné stránky. Nejvíce na těchto lidech oceňujeme upřímnost, bezprostřednost, nefalšovanou až nakažlivou radost, veselost, radost, optimismus a pozitivní naladění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BENDOVIÁ, P. a P. ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.

BLAŽEK, B. a J. OLMROVÁ. *Světy postižených*, 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1988. ISBN 08-083-88.

ČADILOVÁ, V., H. JŮN, K. THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*, 1. vyd. Ždár nad Sázavou: nakladatelství Fakta, 1999. ISBN 80-902614-1-8.

ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*, 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*, 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1973. ISBN 08-051-73.

KVAPILÍK, J. a M. ČERNÁ. *Zdravý způsob života mentálně postižených*, 1. vyd. Praha, Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1990. ISBN 08-020-90.

MARKOVÁ, Z. a L. STŘEDOVÁ. *Mentálně postižené dítě v rodině*, 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1987. ISBN 14-340-87.

Sborník materiálů z celostátní konference. *Sexualita mentálně postižených*, Praha: Centrum denních služeb o.u. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

SCHOPLER, E. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami*, 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-202-5.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, 1.vyd. Praha: nakladatelství Portál, s.r.o, 2000. ISBN 80-7178-506-7

ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*, 2. vyd. Praha: nakladatelství SEPTIMA, 1995. ISBN 80-85801-54-X.

VACÍNOVÁ, M. a M. LANGOVÁ. *Vybrané kapitoly z psychologie*, 1. vyd. Praha: Československý spisovatel, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7459-014-6.

Seznam použitých internetových zdrojů

Janišová I. *Práce s klientem s rizikem v chování*. [online], © 2010 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual>

JUDr. Kořínková D. *Ochrana práv a sociální začlenění uživatelů ústavních sociálních služeb a jejich překážky* [online], © 2010 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/dat/001/00024>

Seznam ostatních zdrojů

Kuchařová S. *Projevy agrese u dětí s mentální retardací*, Masarykova univerzita Brno, 2010.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam grafů

Graf 1: Model průběhu agresivních incidentů z hlediska času a intenzity	57
---	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Průvodní jevy mentální retardace.....	14
Tabulka 2: Vývoj dětí ve věkovém období do šesti let podle stupně mentálního postižení.....	15
Tabulka 3: Vývoj dětí ve věkovém období od 6 do 21 let podle stupně mentálního postižení.....	16

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lenka Vaňková

Obor: vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinované

Název práce: Problémové chování u mentálně postižených v ústavní péči

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 52

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 13

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 2

Počet ostatních zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Kastelová, Ph.D.