

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

Ústav speciálněpedagogických studií

**Petra Vavřínková**

3. ročník – kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika pro výchovné pracovníky

**AGRESE A AGRESIVITA**

**V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM  
POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

**OLMOUC 2012**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Agrese a agresivita v domovech pro osoby se zdravotním postižením“ vypracovala samostatně, a to pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

Ve Starém Městě, 22. 11. 2012

.....

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za vydatnou pomoc, cenné podněty a odborné vedení mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat vedoucí domova pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě a také mým kolegyním za poskytnutí informací pro výzkumné šetření mé bakalářské práce.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>1 AGRESE, AGRESIVITA</b> .....	<b>9</b>
1.1    DEFINICE POJMU AGRESE.....	9
1.2    STUPNĚ AGRESE.....	9
1.3    TYPY A DRUHY AGRESE .....	10
1.4    TEORIE AGRESE.....	10
1.4.1    Freudova psychoanalytická koncepce.....	11
1.4.2    Frustrační teorie agrese.....	11
1.4.3    Motivační teorie agrese.....	12
1.4.4    Teorie sociálního učení.....	12
1.4.5    Teorie sociálního vlivu.....	12
1.5    DEFINICE POJMU AGRESIVITA .....	12
1.6    PŘÍČINY VZNIKU AGRESIVITY .....	13
1.7    PREVENCE A TERAPIE AGRESIVITY.....	14
<b>2 MENTÁLNÍ RETARDACE</b> .....	<b>15</b>
2.1    KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE .....	15
2.1.1    Lehká mentální retardace (IQ 50-69).....	16
2.1.2    Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49).....	16
2.1.3    Těžká mentální retardace (IQ 20-34) .....	16
2.1.4    Hluboká mentální retardace (IQ <20).....	17
2.2    ETIOLOGIE (PŘÍČINY VZNIKU) MENTÁLNÍ RETARDACE .....	17
2.3    TERAPIE .....	17
2.4    OSOBNOST ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	19
2.5    SYNDROMY SPOJENÉ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ .....	20
2.5.1    Downův syndrom.....	20
2.5.2    Prader-Williho syndrom.....	20
2.5.3    Klinefelterův syndrom.....	21
2.5.4    Turnerův syndrom .....	21
2.6    DALŠÍ PORUCHY V KOMBINACI S MENTÁLNÍ RETARDACÍ .....	21
2.6.1    Pervazivní vývojové poruchy .....	22
2.6.1.1    Dětský autismus.....	22
2.6.1.2    Rettův syndrom.....	22
2.6.1.3    Jiné dezintegrační poruchy.....	23
2.6.2    Epilepsie .....	23
2.6.3    Psychické poruchy.....	23

<b>3</b>	<b>AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....</b>	<b>25</b>
3.1	AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ JAKO VÝZNAMNÁ SOUČÁST PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	27
3.2	METODY ZVLÁDÁNÍ AGRESIVNÍHO (PROBLÉMOVÉHO) CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	28
3.2.1	Metody výchovně-vzdělávací práce .....	29
3.2.2	Strukturované učení.....	29
3.2.3	Behaviorální terapie .....	30
3.2.4	Na osobu zaměřený přístup .....	31
3.2.5	Psychoterapeutické směry při zvládnání problémového chování lidí s mentálním postižením .....	32
3.2.5.1	Somatická biosyntéza .....	32
3.2.5.2	Pesso Boyden Systém Psychomotor (PBSP).....	32
3.2.5.3	Gestalt psychoterapie.....	33
3.2.6	Restriktivní postupy .....	33
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>POPIS DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, KDE VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ PROBÍHALO.....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>PŘÍPRAVA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>37</b>
5.1	CÍL ŠETŘENÍ.....	37
5.1.1	Výzkumné otázky.....	37
5.2	DRUH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	37
5.3	VZOREK VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	37
5.4	METODY A TECHNIKY ZÍSKÁVÁNÍ DAT V RÁMCI PŘÍPADOVÉ STUDIE .....	38
<b>6</b>	<b>ORGANIZACE A REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>39</b>
6.1	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1 .....	39
6.2	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2.....	42
6.3	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3.....	44
6.4	VYHODNOCENÍ .....	46
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>47</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>48</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>52</b>

## ÚVOD

V zařízení pro lidi s mentálním postižením pracuji čtyři roky, ale v kontaktu jsem s nimi již dvanáct let. Téma Agrese a agresivita v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsem si vybrala z důvodu častého řešení tohoto problému v zařízení, kde nyní pracuji. Avšak z důvodu transformace našeho zařízení některé klientky, které jsem si vybrala pro výzkumnou část mé bakalářské práce, náš domov opustily a přestěhovaly se do jiného domova, kde je poskytována stejná služba jako v našem zařízení. Zprvu jsem si chtěla vybrat pro výzkumné šetření dvě jiné klientky, které stále bydlí v našem domově, ale po uvážení jsem přechod klientek přehodnotila jako výzvu. Naskytla se možnost porovnání chování těchto dvou klientek v domově, kde žily dříve a v domově, kde žijí nyní. Od doby, kdy jsem začala pracovat v domově pro osoby se zdravotním postižením, jejich agresivní chování v mnohých případech chápu. Nechtěla bych, aby to vyznělo jako špatná kritika těchto zařízení, ostatně vše se vyvíjí a jde kupředu, a tak i „ústavy“ vznikaly jako potřeba pomoci lidem s nějakým handicapem v dobrém úmyslu. A jak doba pokročila, zjišťujeme, že i tito lidé mají stejná práva, ale i povinnosti stejně jako každý jiný člověk. Život ve velkokapacitním zařízení vnímám jako velký nápor na psychický stav klientů, kteří v něm žijí. Tito lidé neměli možnost soukromí. Na jednom oddělení žilo až devatenáct žen, na mužském oddělení žilo až třicet klientů, na pokoji bydlely až po pěti. V tomto případě by mělo být problémové chování či agresivita samozřejmostí a ne výjimkou. Bylo a v některých případech ještě možná je tento problém jedním z faktorů výskytu agrese a agresivity v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Myslím si, že dalším častým spouštěčem problémového chování jsou zaměstnanci přímé péče v těchto domovech, kteří privilegují některého z klientů nebo si nedokážou udržet vztah s klientem na profesionální úrovni. Klienti si potom nevhodně vyjádřenou náklonnost vykládají po svém a myslí si, že zaměstnanec patří jen jednomu klientovi a že se může zajímat jen o něj. Častým problémem je taky absence týmové práce mezi zaměstnanci. Neucelením a nesjednocením pracovních postupů zaměstnanců jsou klienti zmatení a často agresivní. A také nepochopení klientovi, nevyslyšení jeho přání vede k problémovému chování. Pak jsou ale i situace, kde nehrají roli faktory vnější, ale faktory vnitřní, jako jsou třeba i povahové rysy člověka, které pokud přesahují hranici normy, může je ovlivnit psychiatr léčbou nebo psycholog psychoterapií.

Hlavním cílem mé práce je popsat některé konkrétní případy agrese a agresivního jednání lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Na základě studia odborné literatury vymezit hlavní pojmy a formou případové studie popsat projevy agresivního chování klientů pobytových zařízení sociálních služeb a způsoby, jakými personál zvládá toto chování.

V teoretické části své práce vymezuji pojem agrese a stručně nastiňuji různé teorie agrese, vyjmenovávám druhy agrese a taky její určité stupně, dále pak vymezuji pojem agresivita. V druhé kapitole popisují charakteristiku a vymezují klasifikaci mentální retardace, dále se věnuji etiologii vzniku mentální retardace a možným terapeutickým metodám. Část textu jsem věnovala popisu osobnosti člověka s mentálním postižením, syndromům spojenými s mentální retardací a dalším poruchám v kombinaci s mentálním postižením. Agrese a agresivita jako součást problémového chování u lidí s mentální retardací je tématem mé bakalářské práce ve třetí kapitole. Tato kapitola obsahuje definici problémového chování, typy a druhy problémového chování, zkoumá co je spouštěčem agresivního či problémového chování v zařízení sociálních služeb. Součástí této kapitoly jsou některé vybrané metody zvládání agresivního chování u lidí s mentálním postižením.

V praktické části mé bakalářské práce stručně charakterizují zařízení, ve kterém probíhalo kvalitativní výzkumné šetření formou případových studií třech klientů z tohoto zařízení. K realizaci výzkumného šetření jsem využila metod studia dokumentů, vlastního pozorování a rozhovorů s pracovníky domovů pro osoby se zdravotním postižením. Vzhledem k tomu, že v tomto zařízení pracuji, byla jsem třem vybraným klientům nablízku. Proto jsem mohla jejich chování popsat, analyzovat a také mu porozumět.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 AGRESE, AGRESIVITA

Velmi často se stává, že jsou dva velmi podobné pojmy agrese a agresivita v řadách laické veřejnosti zaměňovány. V odborné literatuře však pojmy agrese a agresivita jsou definovány odlišně.

## 1.1 Definice pojmu agrese

Z hlediska sociální psychologie se agrese definuje jako chování, které cíleně směřuje ke způsobení negativních důsledků jiné osobě s úmyslem poškodit ji (Výrost, Slaměník, 2008, s. 268). Podobně definuje agresi Martínek (2009, s. 9) jako útok nebo výpad: „...*je to jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu, nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit. Také by se dalo říct, že je agrese určitým projevem agresivity v chování jedince*“. Čermák (1999, s. 14) připomíná, že seznam různých definic agrese je dlouhý a poněkud nepřehledný. Za základ různých definic agrese je možno považovat: „*lidskou agresi je možné definovat jako záměrné jednání, jehož cílem je ublížit druhému člověku*“. I z hlediska filozofie je agrese (z lat. ad-gredior, přistupuji, chystám se, útočím): „*jednání, které někoho záměrně ohrožuje nebo mu škodí, násilí*“ (Sokol, 1998, s. 267). Odstrčil (in Netušil, 2005, s. 123) vnímá význam slova agrese spíše jako neutrální – kráčet k někomu, přibližovat se. Agrese podle něj představuje energii, která prostřednictvím nějakého činu slouží k odstranění překážky na cestě k uspokojení potřeby Hartl a Hartlová (2000 s. 22) definují agresi jako: „*útočné či výbojové jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě k uspokojení potřeby (reakce na frustraci)*“. Tito autoři dále uvádí, že agrese: „*může být buď potlačena a projevit se krátkodobě podrážděností nebo dlouhodobě psychosomatickými důsledky a být přesunuta, ritualizována nebo symbolizována, anebo se může projevit otevřeně*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 22).

## 1.2 Stupně agrese

Jsou rozlišovány čtyři stupně agrese u člověka:

1. afekt katarzní,

2. agresivita (útočnost),
3. chování agresivní (výhružný nebo nepřátelský způsob vyjadřování vlastních pocitů a myšlenek; dělí se na přímé - slovní útoky, urážky; nepřímé - opovržení, posměch),
4. imitace agrese (Hartl, Hartlová, 2000, s. 22-23, 211-212).

### 1.3 Typy a druhy agrese

Výrost a Slaměník (2008, s. 269) dělí agresi ze dvou hledisek – z hlediska formy a z hlediska příčin agrese. Z hlediska formy je možno agresi dělit na fyzickou a verbální, přímou a nepřímou. Z hlediska příčin dělí agresi na afektivní, instrumentální, nově přidávají třetí typ: tyranizování, obtěžování či šikana.

Hartl, Hartlová (2000, s. 23) uvádí následující výčet druhů agrese: agrese a frustrace; agrese altruistická (ochrana druhých); agrese anticipující (cílem je nalézt své vlastní území vůči útočníkovi); agrese brachiální (násilí zaměřeno na oběť, př. facka); agrese dravčí (tzv. predatorní, ulovení kořisti, přirozené chování v potravním řetězci dle etiologie); agrese indukovaná (vyvolané agresivní chování za účelem zkoumání agresivního jednání); agrese instrumentální (je to učení, jehož výsledkem jsou agresivní projevy, nejsou přítomny emoce zlosti); agrese skupinová (nebezpečnost a intenzita agrese je zesilována počtem členů, psychologická podpora skupiny a ztotožnění se s určitým cílem); agrese vyvolaná strachem (př. jindy velmi klidné zvíře, které je zahráno útočným jedincem do kouta - vzdálenost kritická; vzdálenost útočná); agrese zástupná (náhradní činnost, jejímž prostřednictvím je nahromaděná agrese uvolňována, př. sport); agrese zlobná (projevování nenávisti a nepřátelství, pocity vzteku, ničení cílového objektu, je často přenášena na jiný objekt - obětního beránka).

### 1.4 Teorie agrese

Mnoho teorií a koncepcí vysvětluje agresivní chování a agresi. Dle psychoanalytického výkladu je agrese pudová záležitost, dle výkladu etiologů se jedná o určité zajištění instinktů, které umožňují jedinci přežít. Sociologický výklad popisuje agresi jako naučenou odpověď (Hartl, Hartlová, 2000, s. 22). Nakonečný (1997, s. 201) k této problematice dodává: „*Otázka, zda agrese je pudový fenomén, či naučená tendence, je dnes stále předmětem vášnivých*

*polemik, ne zřídka velmi agresivních“.*

Toho, že zřetelnou příčinou agrese může být i znovunavrácení nebo obrana své vlastní sebeúcty, si všiml Averill (in Čermák, Hřebíčková, Macek, 2003, s. 42).

Podrobněji popisuje jednotlivé teorie či koncepce agrese Vykopalová. Tato autorka konstatuje, že dosud neexistuje obecně přijatelná koncepce lidského agresivního chování, která by byla dostatečně komplexní a postihovala nejrůznější aspekty tohoto chování. Podle Vykopalové (2001, s. 12-15) nejznámější koncepce a koncepce agrese jsou psychologické a sociálně psychologické. Do sociálně psychologických koncepcí můžeme zařadit Freudovu psychoanalytickou koncepci, frustrační a motivační teorii agrese, koncepci sociálního učení a koncepci vlivu sociálního. Další jsou koncepce biopsychické a psychofyziologické, které používají při výkladu agrese pojmy patřící do oblasti neuropsychologie, neurofyziologie, genetiky a etologie (Vykopalová, 2001, s. 12-14).

#### **1.4.1 Freudova psychoanalytická koncepce**

Tato koncepce agrese prošla v průběhu vývoje řadou změn. Freud rozlišoval zprvopočátku více druhů pudové agrese v závislosti na vývoji libida. Později navrhoval pojetí dvou protikladných instinktů života a smrti, dával do souvislosti směřování k destruktivnímu chování s instinktem smrti. Freudovo pojetí pudu bylo kritizováno moderním výzkumem chování, řada jeho závěrů je již dnes překonaná. Zdůrazněn byl interakční charakter motivovaného chování, jelikož se uplatňují v agresivním chování i vnější situační determinanty (Vykopalová, 2001, s. 13).

#### **1.4.2 Frustrační teorie agrese**

Teorie J. Dollarda vychází z psychoanalytické koncepce agrese a teorie učení. Zpočátku Dollard vycházel z toho, že agrese přichází vždy jako následek frustrace, tzn. frustrace vždy vede k agresi. Tyto navržené teorie byly později upraveny L. Berkowitzem, který tvrdil, že emoce vyvolané frustrací pravděpodobnost agrese zvyšují. Později přibyla katarzní hypotéza (puzení k agresi vyvolané frustrací vede k agresivnímu chování). Jelikož ale agresivní jednání není jedinou odezvou člověka na frustraci, je i tato hypotéza platná jen částečně. Frustrace potřeb není pouze záležitostí delikventů, ale také lidí, kteří se delikventního jednání nedopouštějí. Můžeme tedy frustraci chápat jako jednu z mnoha motivačních proměnných,

kteře jsou pouřivány v procesu vzniku některých agresivních chování (Vykopalová, 2001, s. 13).

### **1.4.3 Motivační teorie agrese**

Tato teorie bere na zřetel reaktivní a biologické činitele, přičemž tyto činitele jsou zaměřeny na cíl a formy agrese. Dalo by se říct, že je motivační teorie podobná výkonové motivaci, kterou formulovali McClelland a Atkinson - motiv přiblížení a motiv vyhnutí se. Naopak Konradt uvádí složku agrese jako složku přiblížení se a motiv útlumu chápe jako složku vyhnutí se. Motivační teorie agrese sestává tedy ze dvou složek: motiv agrese a motiv útlumu. Na vzniku a formě projevu agrese se také podílejí různé mechanismy učení a vlivy prostředí. (Mc Clelland, Atkinson, Konradt in Vykopalová, 2001, s. 13).

### **1.4.4 Teorie sociálního učení**

Teorie sociálního učení přináší celkový a sjednocený pohled na vznik agresivního chování, kde je velká pozornost kladena na automatické osvojování chování. To, že agresivní chování není u člověka vrozené, předpokládá autor teorie sociálního učení Albert Bandura. Tato teorie se snaží především zaměřit na objasnění vzorců agresivního chování, ale také na vlivy, které působí na chování člověka a které jej vyvolávají. Nejdůležitějšími zdroji vzorců agresivního chování je rodina jedince a vlivy, které se nacházejí uvnitř určité skupiny. Příčinou agresivního chování můžou být také masová média (Vykopalová, 2001, s. 13 – 14).

### **1.4.5 Teorie sociálního vlivu**

V této teorii je agresivní chování vymezeno sociálně. S motivační teorií se téměř vůbec neztotožňuje. Sociální vliv chápe jako věc nucení jedince k něčemu, popřípadě za použití nějaké síly. Tudiž se zajímá o jedince, který jedná z donucení nebo je nějakým způsobem ovlivněn (Tedenschi in Vykopalová, 2001, s. 14).

## **1.5 Definice pojmu agresivita**

Martínek (2009, s. 9) definuje agresivitu (z lat. Aggressivus) jako: „útočnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresii. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem“.

Podle Martínka (2009, s. 9) můžeme také agresivitu charakterizovat jako osobnostní znak jedince.

Také podle Vykopalové (2001, s. 15) je na agresivitu pohlíženo spíše jako na trvalý osobnostní rys jedince, který má tendenci prosazovat spíše své vlastní názory, vlastní osobnost a zájmy, přičemž nebere ohledy na okolí. Agresivita je také vymezována jako určitá tendence k jednání, které je útočné a je směřováno na určitou osobu nebo okolí.

Vágnerová (2004, s. 757) definuje agresivní chování jako porušení sociálních norem, kterým jsou omezena práva a narušena integrita ostatních jedinců i neživých objektů. Pojem agresivita označuje pohotovost k násilnému způsobu reagování, pojem agrese označuje reálný projev takového chování

Každý jedinec má určitou dávku agresivity pro to, aby uspěl a přežil ve společnosti (Martínek, 2009, s. 9).

Nečastější příčinou zvýšené agresivity u jedince je z 60% agresivita dědičná (Martínek, 2009, s. 10).

Hartl, Hartlová (2000, s. 23) vymezují pojem agresivity z hlediska etiologického jako tendenci směřující k hrozbě nebo útoku vůči druhému jedinci jiného druhu. U zvířat se nejčastěji jedná o agresivitu za účelem získání teritoria nebo postavení ve skupině, získání pohlavního partnera a na prvním místě je získání potravy. Příčinou agresivity u člověka může být reakce na osobní ohrožení, osobnostní rysy trvalejšího rázu, nebo také duševní porucha či choroba. Jako další příčiny lze uvést také vnitřní pocit napětí, frustraci a úzkost. Z pohledu psychoanalýzy se pokládají útočné reakce za projevy primárního pudu.

## **1.6 Příčiny vzniku agresivity**

Příčiny vzniku agresivity uvádí Vágnerová (2004, s. 758- 762): dědičnost; biologické předpoklady (např. poškození CNS); duševní choroba, užívání psychoaktivních látek; vlivy prostředí (vliv rodiny, sociální skupiny, společnosti); aktuální situace (určité prostředí může působit jako spouštěč agresivního jednání).

## **1.7 Prevence a terapie agresivity**

Terapie nadměrné agresivity je dosti obtížná a bývá málo efektivní. Proto je třeba se zaměřit především na prevenci agresivního chování: možnosti prevence jsou v oblasti sociálního působení (postoje okolí a společnosti k agresivnímu chování), další možností prevence je farmakologická léčba, psychoterapie, socioterapie, úprava prostředí. Právě úprava prostředí je důležitá v prostředí velkých ústavních zařízení, jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením, např. snížení počtu lidí v jedné místnosti, nabídka přiměřených aktivit (Vágnerová, 2004, s. 777-778).

Domnívám se, že nejlepší cestou k prevenci agresivity klientů pobytových zařízení sociálních služeb je transformace velkých zařízení a poskytování pobytových služeb v malých skupinách (komunitách, domácnostech) v přirozeném prostředí vzdělaným personálem.

## **2 MENTÁLNÍ RETARDACE**

Mentální retardace (MR) je charakterizována jako stav jedince s celkovým snížením intelektových schopností (tj. schopností myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí). K takovému stavu dochází v průběhu vývoje jedince. Jedná se o trvalý stav, který je buď vrozený, nebo získaný časně - do dvou let života dítěte (Pipeková, 2006, s. 269).

### **2.1 Klasifikace mentální retardace**

Hloubku mentální retardace lze určit pomocí takzvaného inteligenčního kvocientu (IQ). Inteligenční kvocient vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Ke klasifikaci mentální retardace se v naší zemi používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, mezinárodní označení ICD-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (SZO, WHO). Dle ní rozlišujeme druh, stupeň a typ postižení:

#### **Druh postižení:**

F 70-79 Mentální retardace

#### **Stupeň postižení:**

F 70 Lehká mentální retardace

F 71 Středně těžká mentální retardace

F 72 Těžká mentální retardace

F 73 Hluboká mentální retardace

F 78 Jiná mentální retardace – Stanovení stupně mentálního postižení je nesnadné pro přidružené sensorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace - jedná se o mentální retardaci, avšak pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit.

#### **Typ postižení:**

- Eretický (nepokojný, dráždivý, astabilní)
- Torpidní (apatický, netečný, strnulý)

- Nevyhraněný

(Pipeková, 2006, s. 271).

### **2.1.1 Lehká mentální retardace (IQ 50-69)**

Lehká mentální retardace je nejvíce rozšířenou formou MR, je diagnostikována u 80 % veškeré populace s mentální retardací. Již v dětském věku bývá vývoj mírně opožděný. I když se děti s lehkou MR naučí mluvit později, řeč si i přesto osvojí. Ve škole mívají problémy s učením. Základní školní dovednosti jsou schopny zvládnout, a to do úrovně 10 -11 let. Většinou tyto děti selhávají v abstraktních předmětech a logických operacích. Můžou se projevit výraznější problémy s psaním, čtením, počítáním (dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie). Nejsou schopny plně zvládnout osnovy základní školy. V sebeobsluze jsou lidé s lehkou MR samostatní a v osvojeném prostředí dokážou úspěšně pracovat. Pokud je těmto lidem s lehkou MR poskytnut adekvátní nácvik, jsou schopni samostatně docházet do práce, vykonávat manuálně zručné činnosti a dokonce samostatně bydlet - s určitou mírou pomoci zvenčí (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 27).

### **2.1.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)**

Děti se středně těžkou mentální retardací většinou zvládnou v průběhu školní docházky základy trivia (čtení, psaní, počítání). Úroveň řeči je značně se měnící. V sebeobsluze bývají lidé se středně těžkou MR samostatní, potřebují však občas pomoc a dohled ve složitějších situacích. Oproti lehké MR jsou také značně častější neurologická a fyzická postižení. Mnoho lidí se středně těžkou MR uplatní své pracovní schopnosti a dovednosti v chráněných dílnách. Samostatného života nejsou schopni, ke svému životu potřebují každodenní dohled a asistenci. Mentální věk se pohybuje v rozmezí 4-8 let (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 27).

### **2.1.3 Těžká mentální retardace (IQ 20-34)**

U jedinců s těžkou mentální retardací jsou podobné symptomy jako u lidí se středně těžkou MR, ale jsou podstatně výraznější. Tyto děti vůbec nezvládají školní trivium (čtení, psaní, počítání), ale jsou schopny naučit se spoustu dovedností. Základní sebeobslužné dovednosti zvládají s výraznější mírou dopomoci. Při správném vedení dokážou naučené dovednosti



použít v chráněných dílnách nebo v každodenních aktivitách. Je také přítomna značná neobratnost v oblasti motoriky a dyskoordinace. Mentální věk se pohybuje v rozmezí 18 měsíců až 3,5 roku (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 28). Časté jsou poruchy chování – stereotypní pohyby, hra s fekáliemi, pika, sebepoškozování, afekty a agrese (Valenta, Müller, 2009, s. 39).

#### **2.1.4 Hluboká mentální retardace (IQ <20)**

U lidí s hlubokou mentální retardací je schopnost porozumět řeči a základním instrukcím značně omezená. Často bývají přítomny i poruchy hybnosti, může se jednat i o úplnou imobilitu (nepohyblivost). Je běžná rudimentární neverbální komunikace a určitá míra sociálního chování (úsměv, radost ze společnosti). Z důvodu nízkého mentálního věku nejsou tito lidé schopni základního uvažování, nerozeznávají např. obrázky. Mentální věk je nižší než 18 měsíců (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 28).

## **2.2 Etiologie (příčiny vzniku) mentální retardace**

Mentální retardace může vzniknout v různých vývojových fázích života jedince. V prenatalním období se jedná hlavně o infekce matky v průběhu těhotenství, dalšími příčinami jsou špatná výživa, rentgenové ozáření, styk s toxickými látkami, popřípadě úrazy matky. V perinatálním období může být mentální retardace způsobena hypoxií (nedostatek kyslíku) plodu, při dlouhotrvajícím nebo z jakéhokoliv důvodu komplikovaném porodu. V postnatálním vývoji (do 2 let života) může být příčinou MR u dítěte infekce novorozeněte, záněty mozku, úrazy, špatná výživa (Pipeková, 2006, s. 271).

## **2.3 Terapie**

Jelikož víme, že mentální postižení je postižení trvalého charakteru, nelze jej vyléčit, je tedy důležité, aby se terapeutické metody zaměřily na podporu a kompenzaci schopností takto postiženého jedince, které nebyly úplně vyvinuty.

- Farmakoterapie se aplikuje v případě poruch chování a je pouze metodou, která doplňuje celý proces terapeutického působení na jedince.

- Psychoterapie se nejčastěji využívá formou kognitivně-behaviorální terapie. Tato terapie je individuální a zaměřuje se na rozvíjení potřebných dovedností a návyků a odstranění nežádoucích jevů. Skupinovou terapii využívají pouze jedinci s lehkým mentálním postižením. Ve skupinové terapii se zaměřujeme na upravení a podporu sociálního chování, např. osvojení si chování na negativní reakce intaktní společnosti.
- Práce s rodinou má velký význam jak pro rodinu, tak pro jedince s postižením. Pravděpodobně nejužitečnější jsou svépomocné skupiny rodičů mentálně postižených dětí. Tato skupina nabízí rodičům oporu, rodiče sdílí stejné problémy a strasti, nabízejí také pochopení a užitečné informace.
- Socioterapie slouží při snaze začlenit jedince s mentálním postižením do společnosti, pomoci při jeho pracovním uplatnění. Patří sem také různorodá pomoc rodině jako například sociální dávky, pomoc při zprostředkování osobního asistenta, vyhledání volného místa v denním stacionáři.
- Speciálně pedagogická pomoc působí od raného věku jedince až do dospělosti. Instituce speciálně pedagogické pomoci jsou centra rané péče, speciálněpedagogická centra, denní stacionáře, ústavy sociální péče (nyní domovy pro osoby se zdravotním postižením), speciální školy (Vágnerová, 2004, s. 315).

Valenta, Müller (2009, s. 126) zdůrazňují význam činnostních terapií u osob s mentálním postižením. K dosažení svých cílů využívají činnostní terapie zejména speciálních lidských činností, například přímý kontakt se zvířetem, práce, hry, psychomotoriky, umění atd.

Tyto terapie se mohou třídit do kategorií, které zahrnují:

- Terapie hrou - např.: herní specialista (původně péče o nemocné děti „Family Centred Care“, kdy terapeuti pečovali o dobrý psychický stav hospitalizovaných dětí, ale také o jejich rodiče).
- Pracovní a činnostní terapie – ergoterapie (pracovní terapie) vede jedince k dosažení určitého, hmatatelného cíle - výrobku. U dospívajících přispívá také k nácviku činností v praktickém životě.
- Psychomotorické terapie - např.: pantomima, tanec, pohybové hry, relaxace, apod.

- Terapie s účastí zvířete - např.: hippoterapie, canisterapie, animoterapie, apod.
- Expresivní terapie - např.: arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, biblioterapie, apod.

## 2.4 Osobnost člověka s mentálním postižením

Osobnost člověka s mentálním postižením se může vyznačovat např. zvýšenou závislostí na rodičích, může se také vyskytovat infantilnost osobnosti. Lidé s mentálním postižením mívají velmi blízko k úzkosti a k výkyvům nálad, střídání podrážděnosti a únavy, hůře se přizpůsobují změnám, může se objevit strohost v jednání, vymáhání pravidel, také opožděný psychosociální vývoj, poruchy v komunikaci, impulsivnost, mohou pro ně být velmi důležité detaily a maličkosti, většinou se vyskytuje zpomalené chápání, těžce udržitelná pozornost, porucha motoriky a celkové koordinace (Valenta, Müller, 2009, s. 42). Slowík (2007, s. 118) považuje za charakteristický rys projevů chování lidí s mentálním handicapem zvýšenou emocionalitu, která se někdy stává jakousi specifickou formou kompenzace racionální složky osobnosti. Novosad (2009, s. 156) připomíná, že sníženou schopností adaptace v konkrétní situaci mohou být vyvolány agresivní projevy chování nebo naopak apatie.

Lečbych (2008, s. 29) kritizuje fakt, že řada autorů, kteří popisují osobnost lidí s mentální retardací, má tendence popisovat především nedostatky těchto osob, nikoli jejich silné stránky. Tyto popisy podle něj však často ignorují vliv sociálního prostředí a specifčnost podmínek, ve kterých lidé s mentální retardací vyrůstají a žijí (popisy osobnosti lidí s mentální retardací vznikaly převážně v kontextu ústavního či chráněného prostředí).

V období, kdy jedinec s mentálním postižením dospívá (adolescence), se může zvyšovat riziko agresivního chování. Agresivní jednání se může u jedinců s mentálním postižením objevit z důvodu snížené schopnosti sebeovládání, neuvědomují si jejich skutečnou fyzickou sílu. Také opomínají riziko následků jejich agresivního jednání.

Příčinami agresivního jednání mohou být:

- kladení vysokých nároků na sociální požadavky, které člověk s postižením nemůže splnit, protože jim nerozumí;

- jedinci s mentálním postižením mohou být vystavováni špatnému chování od různých lidí, jako jsou posmívání, ponižování a odmítání;
- člověk s mentálním postižením přijímá životní omezení, kterým nerozumí a nedokáže je pochopit;

Podrážděnost jedinců s mentálním postižením a sklon k agresivnímu jednání může být způsobeno organickým poškozením mozku (Vágnerová, 2004, s. 298).

## **2.5 Syndromy spojené s mentální retardací**

V otázkách syndromů spjatých s mentální retardací je potřebné nejprve uvést jejich samotnou etiologii vzniku – jedná se o poruchu genetického kódu. Z těch více známých bychom mohli zmínit alespoň několik typů syndromů a to včetně zpřesnění jejich příčin.

- Downův syndrom
- Prader-Williho syndrom
- Klinefelterův syndrom
- Turnerův syndrom

### **2.5.1 Downův syndrom**

Jde o chromozomální onemocnění 21. chromozomu. Downův syndrom je nejrozšířenější forma mentální retardace. Tento syndrom je možné diagnostikovat již před narozením dítěte a jeho riziko vzniku stoupá se zvyšujícím se věkem matky. V pozdější fázi života se pak vyznačuje typickými tělesnými znaky – hlava dítěte s tímto syndromem je menší, obličej je široký a plochý včetně vystouplých lícních kostí, nízké patro a malá ústa, dále snížený svalový tonus, nadměrná kloubní pohyblivost a celkově malý vzrůst postavy (Černá a kol., 2008, s. 89-90).

### **2.5.2 Prader-Williho syndrom**

Nečastěji se vyskytuje u chlapců, ale není to podmínkou. Jde opět o genetické chromozomální postižení. Tito jedinci mají nutkavou potřebu jídla, a proto se u nich vyskytuje v předškolním věku obezita. Pokud není tato potřeba jídla uspokojena, dochází k agresivním reakcím. Touha

po uspokojení jídlem bývá u lidí s tímto syndromem tak velká, že si jídlo obstarají krádeží, nebo můžou jíst jídla zkažená či nechutná. Stávají se agresivními, pokud svého cíle, rozumějme jídla, nedosáhnou. Jedinci s Prader-Williho syndromem mají nápadné tělesné znaky, kterými jsou lahvovité prsty, krátké končetiny, buclaté tváře, nápadně úzké čelo. Jedinci můžou mít problémy s vývojem řeči, sluchu a zraku. Bývá také opožděn sexuální vývoj a puberta (Černá a kol., 2008, s. 92).

### **2.5.3 Klinefelterův syndrom**

Tento syndrom se vyskytuje pouze u mužů. Opět je zapříčiněn poruchou chromozomu, tzv. aberací (porucha počtu pohlavních chromozomů). Diagnostikování tohoto syndromu je častější až v období dopívání, kdy můžeme pozorovat malá varlata, později absenci spermií a růst prsních žláz. Opět můžeme uvést typické tělesné znaky u mužů s tímto syndromem: vysoká postava (většinou obézní), ubývající svalový tonus, může se objevit také opožděný vývoj řeči. Ve většině případů je intelekt mužů s Klinefelterovým syndromem naprosto v normě, jen občas se může objevit mentální retardace v pásmu lehkého postižení (Černá a kol., 2008, s. 93).

### **2.5.4 Turnerův syndrom**

Tento syndrom se vyskytuje pouze u žen. Jeho hlavním projevem je sexuální porucha, která se vyznačuje infantilními pohlavními orgány, nedochází k vývoji prsů. Typickými tělesnými znaky jsou malý tělesný vzrůst a nápadná zvětšená kožní řasa na krku. Intelekt je většinou mezi hranicí normy a lehké mentální retardace. Dívky s Turnerovým syndromem můžou mít problémy s vývojem řeči, jemné i hrubé motoriky a celkově s poruchou pohybového vývoje (Černá a kol., 2008, s. 93).

## **2.6 Další poruchy v kombinaci s mentální retardací**

S mentální retardací se mohou pojít další poruchy a onemocnění, jako jsou pervazivní vývojové poruchy, epilepsie, psychické poruchy aj.

## **2.6.1 Pervazivní vývojové poruchy**

Jedná se o poruchy trvalého charakteru, které vznikly narušením mozkových funkcí. Následky mohou být neneseny až do dospělosti a to v různé míře. U těchto poruch je vždy narušen celkový psychický, často i motorický vývoj jedince. Příčinou vzniku jsou především různé genetické faktory, nebo například u mentální retardace to může být kontakt s toxickou látkou v období prenatálního vývoje, komplikovaný porod, nedostatek kyslíku. Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy se vyskytují často společně. Nejznámější pervazivní vývojovou poruchou je dětský autismus. Asi 70-80% lidí s diagnostikovaným autismem má současně i mentální retardaci. V současnosti však vzrostl počet dětí s diagnostikovanou poruchou autistického spektra s průměrným nebo podprůměrným intelektem. Lidé, kteří mají diagnostikovanou těžkou MR a souběžně i pervazivní vývojovou poruchu, se liší od samostatné MR typickým chováním, které nelze vysvětlit jen snížením mentálních schopností (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 29).

### **2.6.1.1 Dětský autismus**

Dětský autismus se vyznačuje především: narušením sociální interakce, narušením verbální i nonverbální komunikace, stereotypním chováním - triáda znaků. Děti takto postižené nemají adekvátní emocionální reakce. Vzdělávání dětí s dětským autismem je většinou uskutečňováno jen ve speciálních třídách, velmi těžce se přizpůsobují jakýmkoliv změnám, mají rády stereotyp, mají určité rituály, které se musí dodržovat (Valenta, Müller, 2009, s. 40).

### **2.6.1.2 Rettův syndrom**

Tento syndrom postihuje většinou pouze dívky (naproti dětskému autismu, který postihuje čtyřikrát více chlapce). Zprvu je vývoj takto postižených dívek normální, po krátké době však dochází k úplné ztrátě schopností komunikačních, ale i pohybových. Vyznačuje se především funkční ztrátou pohybu rukou. Dochází také ke zhoršování inteligence a psychomotoriky (Valenta, Müller, 2009, s. 40).

### **2.6.1.3 Jiné dezintegrační poruchy**

Tyto poruchy se vyznačují zprvu normálním vývojem dítěte. V druhé fázi dochází útlum a dítě ztrácí získané dovednosti, jako jsou komunikace a sociální interakce - rysy autistického spektra. Po určité době však může dojít k částečnému navrácení těchto funkcí. Dříve se tato porucha nazývala také infantilní demence, dezintegrační psychóza, Hellerův syndrom (Valenta, Müller, 2009, s. 40).

### **2.6.2 Epilepsie**

Epilepsie je porucha postihující mozek, projevuje se různými typy záchvatů, při nichž dochází k přechodným poruchám vědomí: tonicko-klonické křeče (ztuhlost a záškuby celého těla), tonické záchvaty (ztuhlost, možné upadnutí) nebo absence (několikavteřinové zahledění, nevnímání okolí, neschopnost reagovat). Epilepsie se může v období mezi záchvaty projevat poruchami nálady (rozmrzelost, depresivita), chování (agresivita, ulpívavost), emotivity (explozivita, emoční labilita), ztrátou zájmů o okolí a o sociální kontakt. Medikamentózní léčba může mít pozitivní vliv na výskyt změn v chování (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 51).

### **2.6.3 Psychické poruchy**

U lidí s mentální retardací je riziko výskytu psychických poruch a onemocnění 3-4 krát vyšší než u populace bez MR. Příčiny jsou nejen biologické (např. genetická predispozice, poškození mozku, smyslové či fyzické postižení), ale hlavně sociálněpsychologické (vliv prostředí). Prostor (zvláště institucionální péče a postoje majoritní společnosti k lidem s MR) totiž lidi s mentálním postižením vystavuje závažným stresujícím událostem, které na ně mohou mít negativní dopad. Časté jsou necitlivé separace od blízkých lidí, ztráty důležitých vazeb, omezování či odpírání základních lidských práv, nedostatek soukromí, stěhování, instutucionalizace, nedostatek kontroly nad svým životem, nejasnost a nepředvídatelnost toho, co se děje kolem, časté zkušenosti se selháváním, odmítáním, infantilizací, konflikty se sociálním okolím, nedostatek přátel, špatné sebepojetí, traumatizující zkušenosti se zneužíváním a týráním. U lidí s MR s agresivními projevy v chování lze často obtížně rozpoznat, zda se jedná o psychickou poruchu nebo existuje-li jiná příčina tohoto agresivního či jinak problémového chování.

Psychické poruchy mohou být afektivní (depresivní porucha, hypománie a mánie, bipolární afektivní porucha), schizofrenní (schizofrenie), neurotické a stresem vyvolané poruchy, poruchy vyvolané požíváním alkoholu, demence a poruchy osobnosti. Správná diagnostika – tj. potvrzení či vyloučení přítomnosti psychické poruchy, je podstatná pro úspěšné zvládnutí agresivního či jinak problémového chování člověka s mentální retardací (Durecová in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 55-63).



### **3 AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) jsou pobytová zařízení sociálních služeb, kde je uživatelům poskytována péče a podpora na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dalších zákonných norem a předpisů. Součástí vyhlášky č. 505/2006 Sb. jsou Standardy kvality sociálních služeb. Díky povinnosti poskytovatelů dodržovat tyto standardy došlo ve většině DOZP k výraznému zlepšení kvality služby. Agresivní chování uživatelů v těchto zařízeních je stále velkým problémem, s kterým se potýká personál s větším či menším úspěchem.

V některých případech bývá považováno za agresivní chování lidí s mentálním postižením i takové jednání, které plyne ze vzájemného nepochopení (Švarcová, 2006 s. 58).

Agresivní chování zahrnuje podle Durecové (in Netušil, 2005, s. 15):

- agresi verbální (křik, nadávky);
- agresi fyzickou (kousání, škrábání, škrcení, štípání, bouchání);
- agresi proti věcem (házání, rozbíjení, lámání, trhání);
- agresi proti sobě – autoagresi (tlučení se do hlavy, kousání se, škrábání se).

Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech (2004, s. 61-62) doplňují tento výčet o agresivní techniku, jako je upoutávání pozornosti, které je doprovázeno značným egocentrismem. Příčinou bývá často hluboká frustrace sociálních kontaktů. Upoutávání pozornosti je také jeden z charakteristických znaků deprivace u dětí.

Durecová (in Netušil, 2005, s. 15) zdůrazňuje, že agresivní chování u lidí s mentálním postižením bylo po dlouhá léta považováno za jeden z charakteristických rysů tohoto postižení, a proto byli tito lidé léčeni sedativy a omezením (např. svěrací kazajky, klecová lůžka, jiná omezení pohybu), aby neublížili jiným ani sobě, s hrůznými následky pro život člověka. Nyní se stále více prosazuje i v naší společnosti předpoklad, že agresivní chování je následkem institucionalizace (tj. negativního vlivu velkých ústavů, jejichž prostředí má znaky podobné vězení – nedostatek svobody, soukromí, apod.).

Podle Durecové (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 57)) je vždy třeba zkoumat možné příčiny agresivního chování:

- somatické zdravotní problémy klienta;
- vedlejší účinky předepsaných léků;
- vliv ústavního prostředí, kde dochází k deprivaci některých základních potřeb klienta;
- neschopnost klienta komunikovat své potřeby jiným způsobem;
- symptom konkrétní psychické poruchy.

Čadilová, Jůn, Thorová (2007, s. 107) uvádějí dvě základní skupiny spouštěcích faktorů agresivního chování u lidí s mentální retardací: faktory vnitřní a vnější.

Prvním faktorem je funkční a mechanické poškození mozku. Agresivita zde nastává z důvodu nedostatečné kontroly emocí. Funkční a mechanické poškození mozku je takzvaným faktorem vnitřním (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007 s. 107).

Prostředí, ve kterém se klient každý den nachází, žije v něm, je druhým spouštěcím faktorem agresivního chování u lidí s mentálním postižením. Zde můžeme mluvit o tzv. faktoru vnějším. Za tímto faktorem si můžeme představit oblečení, osvětlení, vybavenost pokoje, teplo/zima atd., ale také komunikaci mezi klientem a personálem popř. rodiči, počet spolubydlících (velká/malá skupina) atd. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007 s. 107).

V dalším případě mohou spouštět agresivní chování přísná a pevně daná pravidla, která jsou většinou ve velkokapacitních zařízeních. Můžou to být například jasně určené časy, kdy se podává jídlo, doba koupání, organizované vycházky apod. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007 s. 107).

Nejčastěji jsou v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) zastoupeny faktory vnější, vnitřní pak méně. Vnější faktory jsou v DOZP zastoupeny větší měrou z důvodu velké kapacity klientů v těchto zařízeních (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007 s. 108).

### **3.1 Agresivní chování jako významná součást problémového chování lidí s mentální retardací**

Schopnost dodržovat společenská pravidla souvisí s rozvojem psychických předpokladů, kdy je člověk schopen autoregulace svého chování, chápe význam a podstatu společenské normy, což souvisí s úrovní rozumových schopností (Fischer, Škoda, 2008, s. 128). U lidí s mentálním postižením nepoužíváme termín porucha chování, ale termín problémové chování. Podle Vágnerové (2004, s. 779) jde o poruchu chování v případě, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni jeho věku nebo rozumových schopností. V případě osob s mentální retardací však jedinec není schopen pochopit význam hodnot a norem, jedná se tedy o problémové chování. Vojtová (2008, s. 56) připomíná, že termín problémové chování je v současnosti používán v české i světové literatuře. Je vyjádřením myšlenky, že problémové chování je možno zvládnout pomocí vhodného edukačního prostředí, při nevyčleňování jedinců s problémovým chováním z běžného prostředí a respektu k jejich potřebám.

Problémové chování má velmi široký rozsah významu. Může to být chování, které narušuje do té doby příjemnou atmosféru, ale také chování, které může uškodit na zdraví osob v blízkém okolí nebo osob zúčastněných. Míra problémového chování závisí na míře tolerance a na stanovení určitých pravidel (Odstřčil 2005 in Netušil, 2005, s. 123).

Emerson definuje problémové chování jako kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence a trvání, že může být vážně ohrožena fyzická bezpečnost daného člověka nebo jiných lidí. Jako problémové je označováno i takové chování, v jehož důsledku pravděpodobně dojde k výraznému omezení nebo zakázání přístupu do běžných komunitních zařízení (Emerson, 2008, s. 13).

Balická a kol. (2005, s. 17) vymezuje typy a druhy problémového chování: agrese a násilí, ničení majetku, pokusy o sebepoškození nebo sebevraždu, verbální napadení, výhrůžky, pokřikování, lhaní, vykonávání tělesných potřeb na veřejnosti, chování bez sexuálních zábrán, krádeže, žalování na druhé, zneužívání návykových látek, časté vyžadování pozornosti ze strany personálu/lékařů, plivání, rozmazávání exkrementů nebo jejich strkání do kapes, zastrašování, rozeštvávání zaměstnanců/manipulace, schovávání se, křivé obviňování, negativismus a apatie, obtěžování/dotírání, atd.

Stručnější výčet uvádí Jůn (2007, s. 105): agrese fyzické (vůči osobám i věcem) i verbální, autoagrese (sebepoškozování), krádeže, obnažování se na veřejnosti, odmítání požadavků a odmítání respektování skupiny.

Z uvedeného je patrné, že agresivní chování je jmenováno na prvním místě mezi druhy a typy problémového chování.

Jůn (2010, s. 9) upozorňuje na častou příčinu agresivního či jiným způsobem problémového chování klientů pobytových zařízení sociálních služeb – na přístup pracovníků ke klientům. Podle svých zkušeností je tento přístup často neprofesionální, příliš direktivní nebo naopak ochranný, zneschopňující. Domnívám se, že přístup personálu lze ovlivnit vzděláváním, a to vzděláváním nejen v oblasti zvládnutí agresivního chování (např. použití úchopů, techniky deeskalace agrese), ale také v oblasti prevence tohoto chování.

Brožová (2010, s. 29) doporučuje zkoumat a chápat problematiku agresivity osob s mentálním postižením jako komplexní problém, nikoli problém pouze osob s mentálním postižením, ale i problém změny postojů personálu a změny prostředí. Domnívá se, že: *„běžné, bezpečné a inspirující prostředí, které si k vlastnímu životu přeje každý z nás, samo o sobě předchází řadě problémů, které jsou v současné době řešeny jiným způsobem“*.

Cestou ke snížení výskytu agresivního chování klientů velkých pobytových zařízení sociálních služeb a především cestou ke zkvalitnění života klientů je podle Jůna (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 9) transformace těchto zařízení. Je třeba snížit počet klientů v domácnosti, zvýšit počet personálu, dbát na rozvoj terénních služeb, rozvoj poradenských služeb, školení personálu v technikách preventivních i restriktivních. Nezbytným předpokladem je zkvalitnění legislativy a změna myšlení personálu.

### **3.2 Metody zvládnutí agresivního (problémového) chování u lidí s mentálním postižením**

Při zvládnutí agresivního chování u lidí s mentálním postižením lze použít metody, které popisují výše v kapitole 2.3. Jedná se o metody, které spadají do oblasti speciální pedagogiky, psychologie, sociální práce, medicíny a dalších oborů. Některé z těchto metod zde stručně charakterizují.

### **3.2.1 Metody výchovně-vzdělávací práce**

Při práci s dětmi s poruchami emocí a chování v kombinaci s mentální retardací (především ve speciálních školách) doporučuje Train (in Valenta, Müller, 2009, s. 250) uplatňování následujících zásad: spolupráce s rodinou; předvídání problémů dítěte; trvat na plnění pokynů; často dítě chválit a odměňovat - přijatelné chování posilovat sociálními a hmotnými odměnami, nevhodné chování zastavit nebo potlačit přiměřenými tresty; nastavit platná pravidla a trvat na jejich dodržování; dbát na rozdělení úkolů do menších celků, aby je dítě zvládlo; poskytovat únikovou cestu (např. klidné místo). Tentýž autor doporučuje následující výchovné strategie:

- působení tlaku skupiny;
- působení osobnostního vlivu (nápodoba vzoru, přesvědčování, vysvětlování, povzbuzování atd.);
- působení režimového tlaku;
- působení systémem činností (např. trénink sociálních dovedností, nácvik řešení sociálních situací, zkušenostní učení apod.).

Valenta a Müller (2009, s. 251) doporučují při vzniku krizové situace: oddělit dítě od ostatního kolektivu; zklidnit např. relaxačním dýcháním; po zklidnění dát dítěti možnost o vzniklé situaci mluvit, poučit je o tom, co může příště podobné situaci zabránit; nestigmatizovat dítě před ostatními.

### **3.2.2 Strukturované učení**

Pro výchovu a vzdělávání jedinců s mentální retardací a s pervazivní vývojovou poruchou je velmi vhodné strukturované učení, jehož nejznámější formou je tzv. TEACCH program. Tento program je aplikovatelný v každém věku a s jeho pomocí lze efektivně vzdělávat jedince s poruchami autistického spektra a pomáhat jim při zvládnutí běžného života v prostředí, kde žijí (Valenta, Müller, 2009, s. 247).

Strukturované učení také významně napomáhá zvládnutí agresivního a jinak problémového chování jedinců s pervazivní vývojovou poruchou. Základem TEACCH programu, z kterého strukturované učení vychází, jsou behaviorální či kognitivně-behaviorální intervence, tzn., že

metodika strukturovaného učení je postavena na teoriích učení a chování (Čadilová, Žampachová, 2008, s. 25).

Použití strukturovaného učení je velmi vhodné také pro jedince s těžší formou mentální retardace, právě proto, že strukturalizace prostředí a času činí život jedince předvídatelnějším a tím jej zbavuje nejistoty a stresu, který může být příčinou agresivního chování.

Strukturované učení vychází ze tří základních principů:

1. Individuální přístup
2. Strukturalizace (strukturování prostředí – místo pro práci, odpočinek, volný čas, jídlo a strukturování času – pravidelnost, srozumitelnost, časový plán apod.)
3. Vizualizace – zviditelnění strukturovaného prostředí, zviditelnění a pochopení denního režimu z hlediska času i obsahu, např. fotografie, piktogramy, konkrétní předměty (Valenta, Müller, 2009, s. 247).

### **3.2.3 Behaviorální terapie**

Behaviorální terapie agresivního chování se zaměřuje převážně na prevenci, tj. na předcházení incidentům. Behaviorální terapie vychází z teorie učení, předpokládá, že určité chování je spouštěno faktory, které mu předcházejí a udržováno faktory, které po něm následují. Proto terapie agresivního chování spočívá ve změně spouštěčů tak, aby se toto chování nemohlo vyskytnout a změně následků tak, aby toto chování přestalo být funkční. Jůn popisuje terapeutický postup, který je zaměřen na změnu agresivního či jiným způsobem problémového chování. Tento postup je rozdělen do pěti kroků:

1. zaznamenání problémového chování, behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení;
2. analýza prostředí;
3. analýza činností;
4. diferenční zpevnování – odměny za vhodné chování;

5. averzivní tlumení – restriktivní postupy (Jůn In Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. s. 112-133).

Jůn (2010, s. 20-21) uvádí limity použití behaviorální terapie u dospělých lidí. Jde o etický problém, neboť dospělý člověk by měl s terapií souhlasit. V současné době se terapeuticky pracuje u lidí se soudně nařízenou ochrannou léčbou, u dětí (často na zakázku rodičů nebo školy) a u lidí jinak bezmocných, jako jsou právě lidé s mentálním handicapem, popř. senioři v sociálních službách. Klient, podle Jůna: *“v drtivé většině vstupuje do terapeutického procesu nedobrovolně a proti své vůli”*, a to velmi často nevede ku prospěchu věci.

Lečbych (in Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, s. 119) dodává, že odměňování za žádoucí chování má z dlouhodobého hlediska větší efekt než trestání. V praxi často používaný je přehledný systém bodování, kterému mohou rozumět i lidé s mentální retardací. Za žádoucí chování je udělován určitý počet bodů a tyto body jsou následně proměněny na určitou dohodnutou odměnu. Za negativní chování mohou být udělovány „černé body“ s následným odebráním určité výhody, to však přináší riziko nechtěných problematických efektů, kdy komunita soutěží v jejich počtu nebo dochází k upevnění negativního sebepojetí jedince. Je proto efektivnější založit bodovací systém na sledování žádoucího chování a jeho kladném zpevnění – pomocí odměn (materiální či sociální odměny).

### **3.2.4 Na osobu zaměřený přístup**

Přístup zaměřený na osobu je nedirektivní styl práce s lidmi (nejen) s mentálním postižením. Vychází z humanistického pohledu na člověka. Postoj zaměřený na osobu má tři složky – empatii (vcítění, porozumění), úctu k osobnosti, opravdovost. Zásady na osobu zaměřeného přístupu pro každodenní praxi vysvětluje Pörtner (2009, s. 39-63): naslouchat, brát vážně, nepodléhat předsudkům, povzbuzovat, podporovat svébytnost, poskytovat přehledné možnosti volby, umožňovat samostatné jednání a rozhodování, podávat jasné informace, být konkrétní, nalézat společnou řeč se svým protějškem aj. V neposlední řadě rozpoznat vlastní podíl pracovníka na situaci.

Tento přístup může významně přispět ke zmírnění či eliminaci agresivního a jinak problémového chování lidí s mentálním postižením v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením.

### **3.2.5 Psychoterapeutické směry při zvládnání problémového chování lidí s mentálním postižením**

Další teorie, jak zvládat problémové chování existují z pohledu psychoterapeutických směrů: Somatická biosyntéza, PBSP (Pesso Boyden Systém Psychomotor) a Gestalt psychoterapie.

#### **3.2.5.1 Somatická biosyntéza**

Teorie této psychoterapie říká, že traumatické zážitky z minulosti nevyplovávají na povrch jen po psychické stránce, ale i po stránce somatické.

Biosyntéza pracuje rovněž s energií agresivní. Má mnoho terapeutických cvičení a metod, které nabízejí vypuštění (ventilaci) agrese a vyjádření agrese. Velmi důležité je pochopení procesů, které byly příčinou traumatických zážitků. Na začátku každé terapie, která obsahuje podtext agrese, musí dojít mezi klientem a terapeutem k určitým dohodám, mezi které patří práva terapeuta - terapeut může kdykoliv ukončit část terapie na předem domluvený signál. Díky této terapii se postupně klient dopracuje ke svému vnitřnímu jádru, a to právě kvůli uvolnění tělesných a emočních bloků (Odstrčil in Netušil, 2005, s. 125-126).

#### **3.2.5.2 Pesso Boyden Systém Psychomotor (PBSP)**

Psychoterapie BPSP se vyvinula na začátku šedesátých let ve Spojených státech. Jejími autory jsou Albert Pesso a Diana Boyden- Pesso. Psychoterapie vznikla vzájemnou spoluprací mezi Albertem, Dianou a profesionálními tanečnicími. Ukázalo se, že kvůli potlačeným emocím klient není schopen ztvárnit určité výrazové prvky. Klient si tedy musí své potlačené emoce uvědomit a umět s nimi nakládat. Tímto způsobem vznikla psychoterapie založená na tělesných projevech. V PBSP psychoterapii je velmi důležité, aby klient rozeznal rozdíl mezi symbolikou a skutečností (Odstrčil in Netušil, 2005, s. 128-139).



### **3.2.5.3 Gestalt psychoterapie**

Z pohledu Gestalt psychoterapie je na agresi pohlíženo jako na něco neuzavřeného. Klient v sobě může mít traumatické zážitky, které pro něj nebyly dostatečně nebo vůbec vyřešeny. Pokud převedeme emoce do vědomí, rozběhne se vynoření traumatické události z minulosti, kdy si klient traumatickou událost začne zpracovávat a sám pro sebe si ji nakonec uzavírá.

Na problémové chování a agresi Gestalt psychoterapie nahlíží jako na teorii pole. Znamená to, že na problémovém chování se nepodílí jen ten jeden klient, ale okolí, které jej obklopuje. Nemůžeme na problémové chování nahlížet izolovaně, ale kolektivně. Tak emoční stav ošetřujícího (vnitřní nejistoty, strach,...) můžou zesilovat pole, kde vzniká problémové chování klienta. Je tedy důležité provádět skupinovou supervizi s pracovníky, kde můžou být odhaleny faktory nebo postupy a následně zpracovány (Odstrčil in Netušil, 2005, s. 139-140).

### **3.2.6 Restriktivní postupy**

Restriktivní postupy můžeme rozdělit na restrikcí farmakologickou (zklidňující léčebné přípravky), mechanickou a fyzickou. Zákon o sociálních službách (§ 88, 89) upravuje omezení pohybu osob, které se chovají agresivně, požaduje však především předcházet problémovému chování v rámci prevence a terapie. Opatření omezující pohyb osob dovoluje zákon použít pouze v případě přímého ohrožení zdraví a života, jen po dobu nezbytně nutnou a až poté, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění agresivního jednání uživatele sociální služby: např. slovní zklidnění, odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání (Čámský, Semdner, Krutilová, 2011, s. 104-105)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

#### **4 POPIS DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, KDE VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ PROBÍHALO**

V domově, kde jsme výzkumné šetření prováděla, pracuji čtyři roky.

Krajský úřad ve Zlíně je zřizovatelem a zároveň řídí organizační jednotku Sociální služby Uherské Hradiště, p.o. jejíž součástí je Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad, Salašská 61. Dříve se tento domov nazýval ústav sociální péče pro mládež. Nový název Domov pro osoby se zdravotním postižením nese toto zařízení od roku 2006 a to díky zákonu č. 108/2006 sb., o sociálních službách. Toto zařízení poskytuje pobytové služby v souladu se zákonem 108/2006 sb., a to osobám, které mají z důvodu zdravotního postižení sníženou soběstačnost a jejichž postižení je natolik vážné, že potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. Tato služba má jako cíl zajistit lidem s mentálním nebo kombinovaným postižením základní biologické, sociální a kulturní potřeby. Činnosti, která tato služba poskytuje, jsou: ubytování, strava, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, aktivizační činnosti a pomoc při vzdělávání, sociálně terapeutické činnosti, zajištění kontaktu se společenským prostředím, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a při uplatňování oprávněných zájmů klienta. Toto zařízení bylo od prvopočátku zařízením pro děti a mládež. Pokud bylo klientovo přání odejít, tak odešel do zařízení pro dospělé, jinak zde ale dospělí klienti zůstávali. Děti se zde vzdělávaly v pobožce Speciální školy pro děti s více vadami.

Z důvodu probíhající transformace v tomto zařízení musely děti odejít do jiných zařízení stejného typu a tato speciální škola zde zanikla.

Dříve žilo v domově pro osoby se zdravotním postižením celkem 95 klientů, a to 57 dívek a žen a 38 chlapců a mužů. Děti a mládeži do 18. ti let zde žilo 20 klientů. Díky probíhající transformaci v tomto zařízení zde nyní žije 52 klientů a to 34 žen a 18 mužů.

Službu těmto klientům poskytuje: vedoucí zařízení, vedoucí sestra, sociální pracovníce, ekonomka a účetní, akreditované všeobecné sestry, pracovníci sociální péče, instruktoři výchovy, kuchařky, uklízečky, údržbář.

Klienti zde žijí ve třech budovách, které jsou vzájemně propojeny. Tyto budovy jsou jednopatrové, v přízemí dvou budov jsou kanceláře managementu a stravovací zařízení.

Klienti, jsou zde rozděleni na čtyři komunity, ve kterých žijí. Zásadou probíhající transformace bydlí klienti na jedno, dvou a maximálně třílůžkových pokojích. Jedna komunita je pro muže, další tři jsou pro ženy.

## **5 PŘÍPRAVA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Nejdříve jsem si zvolila cíl výzkumného šetření, a položila otázku, z jakého důvodu budu toto šetření provádět. Po tomto uvážení jsem stanovila druh výzkumného šetření a zvolila metody a techniky. S ohledem na předešlá fakta jsem zvolila osoby, u kterých budu výzkumné šetření provádět.

### **5.1 Cíl šetření**

Cílem praktické části bakalářské práce je popsat formou případové studie projevy agresivního chování třech vybraných klientů, kteří žijí v pobytovém zařízení sociálních služeb a popsat způsoby, jakými pracovníci toto chování zvládají.

#### **5.1.1 Výzkumné otázky**

- Jaké jsou projevy agresivního a problémového chování vybraných klientů v pobytovém zařízení sociálních služeb?
- Jakým způsobem pracovníci zařízení zvládají agresivní chování těchto klientů?

### **5.2 Druh výzkumného šetření**

Nejvhodnější pro dosažení stanoveného cíle je kvalitativní výzkumné šetření. Myslím si, že je to vhodná metoda v případě dané problematiky, jelikož se agresivní a problémové chování projevuje u každého klienta individuálně.

### **5.3 Vzorek výzkumného šetření**

Pro realizaci výzkumného šetření jsem zvolila tři záměrně vybrané klienty zařízení, u kterých se opakovaně projevovalo agresivní chování. Společnou charakteristikou těchto klientů je ženské pohlaví. Z hlediska věku jsou rozdílní. Jedna klientka se pohybuje ve věkovém pásmu do dvaceti let, druhá do třiceti let a třetí klientka se pohybuje ve věkovém pásmu do čtyřiceti let. Klientka, která se nachází v hranici časového pásma do dvaceti let má diagnostikovanou těžkou mentální retardaci, další dvě klienty středně těžkou mentální retardaci. Všechny klientky pocházejí ze sociálně slabých rodin, které nikdy neprojevily zájem o dítě.

## **5.4 Metody a techniky získávání dat v rámci případové studie**

Jak uvádí Hendl (2005, s. 114), data pro případovou studii mohou poskytovat rozhovory, záznamy pozorování nebo dokumenty.

Pro vypracování jednotlivých případových studií jsem zvolila analýzu dostupné dokumentace (zdravotní dokumentace, zprávy z lékařských vyšetření, zprávy z psychologických vyšetření, zprávy speciálně pedagogického centra, sociální dokumentace, individuální plány klientů, záznamy pracovníků), vlastní pozorování vybraných klientů a rozhovory s pracovníky.

## 6 ORGANIZACE A REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření probíhalo v období od 1. 9. 2011 do 31. 8. 2012. O poskytnutí dostupných informací z dokumentace klientek jsem požádala vedoucí zařízení. Vybrané pracovníky jsem požádala o poskytnutí rozhovoru, také jsem je požádala o souhlas s nahráváním rozhovoru. Souhlas s nahráváním rozhovoru jsem nedostala, pracovnice souhlasily s tím, že si budu v průběhu rozhovoru psát poznámky. Ujistila jsem je o zachování anonymity. K zachování anonymity klientek jsou jejich jména změněna.

### 6.1 Případová studie č. 1

Marta žila v domově pro osoby se zdravotním postižením Velehrad, Salašská 12 let od svých 13 let.

Rodinná anamnéza: oba rodiče Marty se narodili v roce 1957. Otec pracoval jako brusič, matka byla dělnicí. Otec byl zřejmě zdravý, matka v době těhotenství trpěla poruchou glukosové tolerance. Rodiče jsou rozvedeni, otec založil novou rodinu. Matka se o Martu nezajímala již od roku 1996. Marta nemá žádné vlastní sourozence. Psychiatrická heredita u ní není známa. Ze záznamů vyplývá, že rodina byla dysfunkční, otec matku bil, vyháněl z bytu, nedával jí peníze do společné domácnosti a domů si vodil jinou ženu. Sousedé potvrdili, že rodina nemá peníze na nákup základních potravin, v bytě byl nepořádek. Matka přiznala fakt, že o dítě není schopná pečovat. Na základě těchto faktů byla nařízena ústavní výchova.

Osobní anamnéza: Marta se narodila v roce 1986 v 37. týdnu těhotenství, vážila 2,150 gramů a měřila 46 centimetrů, kříšená nebyla. Kojená nebyla. Po porodu byla Marta umístěna v Kojeneckém ústavu v Jihlavě. Důvodem mohlo být to, že otec byl vzat do vazby a matka se s ní nedostavovala na lékařská vyšetření. Z Kojeneckého ústavu byla Marta navracena rodičům v říjnu roku 1987 a to na základě zprávy, že otec bude propuštěn z vězení a matka v bytě udržuje pořádek. V září 1988 zasílá obvodní pediatr zprávu na odbor péče o dítě, že dítě žije v nevyhovujících podmínkách a otec na matce páchá fyzické násilí. Na základě těchto informací byla Marta vrácena do kolektivního dětského zařízení. Nejdříve byla v Dětském domově Kamenice nad Lipou, kde navštěvovala zvláštní mateřskou školu, poté byla přerazena do Zvláštní školy internátní v Boskovicích, dále byla v Ústavu sociální péče Habartov a v Pomocné škole internátní Vřesovice. Z dokumentace vyplývá, že již v těchto pobytových

zařízeních měla Marta projevy problémového chování a z tohoto důvodu byla často hospitalizována v psychiatrických léčebnách (PL Kroměříž, DPL Velká Bíteš, PL Havlíčkův Brod, PK v Plzni, DPL Opařany) pro stavy neklidu, impulzivity, eretického chování, pomočování, dráždivost, abnormní afekty, stavy nepřiměřené zlosti a agresivity, požívání různých zbytků z popelnic, mýdla, pití šamponu, okusování kartáče. Na základě odborných psychiatrických a psychologických vyšetření byla Marta diagnostikována středně těžká mentální retardace, eretická forma. Původ poruchy je patrně v perinatálním poškození centrální nervové soustavy a v emoční a sociální deprivaci. Opožděování psychomotorického vývoje bylo poprvé pozorováno asi v 5. měsíci života. Retardace se evidentně zrychlila po dosažení prvního roku života. Z jednotlivých záznamů při hospitalizacích v psychiatrických léčebnách vyplývá, že Marta je orientovaná místem, osobou, alespoň částečně situací, časem sporně. Je nesoustředěná, evidentně negativistická, jen těžko lze navázat solidní verbální kontakt. Při dotazu na jméno, odpovídá správně, při dotazu na její bydliště, odpoví „ město“, ve kterém právě žije, po chvíli dodá, že „v ústavu“. Na dotaz, kdy se narodila, neodpovídá, pouze kývne na otázku, zda si datum narození nepamatuje. Svůj věk zná, ale neví, ve kterém měsíci slaví narozeniny. Aktuální datum nezná. Bydliště svých rodičů nezná, ani jejich křestní jména. Při otázce, proč demoluje ve vzteku zařízení, nebo hračky, nebo proč napadá spolubydlící, děti a personál, neodpovídá, položí si hlavu na stůl, nakonec sedí s nepřítomným výrazem. Neumí číst, psát ani počítat, tvrdí, že ve škole byla jen jeden den. Marta o sobě říká, že je „hodná“, ale v zápětí o sobě prohlásí, že je „vzteklá“. Jen jednou u ní byla zaznamenána snaha o mazlení, většinou bývá emočně nepřiměřená. Pobyt v psychiatrických léčebnách se pohyboval od půl roku až po dva roky.

Do Ústavu sociální péče na Velehradě (nyní Domov pro osoby se zdravotním postižením) přichází Marta ve věku 13 let. Výše popsané problémové chování přetrvávalo, s přibývajícím věkem se přidružily útky ze zařízení, ničení majetku domova, demolování výkladních skříní, poškozování aut na parkovišti, agrese vůči spolubydlícím i personálu domova, sebepoškození, což mělo za následek opakované pobyty v psychiatrické léčebně. Spouštěcí mechanismus agresivního chování byl téměř vždy stejný – nedostatek soukromí a příliš mnoho klientek ve skupině vedlo k verbálnímu konfliktu Marty s ostatními klientkami, dále k rozbíjení věcí a k fyzické agresi vůči ostatním klientkám i vůči personálu. Marta měla v periodách se prolínající mánie fixace na různé předměty, zejména: plyšové hračky, hrníčky,



krabičky, DVD a CD nosiče, panenky. Předměty odcizovala klientům i personálu v celém domově a personál neustále obtěžovala požadavky na různé dárkové předměty. Tvrdila, že v psychiatrické léčebně v Kroměříži jí tety hračky nosily. Ze záznamu personálu o problémovém chování Marty vyplývá, že se musel chodit oddělení, na kterém Marta žila, plně podřídit jejím požadavkům. Spolubydlicí, u kterých vycítila slabší pozici, šikanovala (rozestýlání, ustýlání, škrabání na nohách, zádech, hlazení po vlasech, nošení sladkostí), vyhrožovala fyzickým napadením, nebo sebepoškozením (vyskočí z okna, skočí pod auto, píchne se nožem do břicha). Velmi obtížné bylo Martě vyhledat vhodnou pracovní, nebo terapeutickou činnost. Maximální doba udržení pozornosti Marty při činnosti byla 10 minut. Občas si chtěla uklidit svoji vlastní skříň, ale cílem toho bylo zůstat sama v pokoji a hrabat ostatním klientkám v jejich osobních věcech.

Během posledních tří let byla Marta hospitalizována v psychiatrické léčebně v Kroměříži v krátkých, ale častých intervalech (tři týdny v DZP, dva týdny v PL). Pro personál psychiatrické léčebny byly hospitalizace Marty nepochopitelné, jelikož v psychiatrické léčebně bylo údajně vždy její chování bez problémů. Z tohoto důvodu navštívil personál psychiatrické léčebny Domov pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě v čele s primářem oddělení. Důvodem návštěvy bylo zjištění, v jakém prostředí Marta žije. Po zhlédnutí zařízení konstatoval primář oddělení psychiatrické léčebny, že druh této služby je pro Martu nevyhovující, prostředí je velmi podnětné, příliš mnoho klientů na jednom oddělení a na pokoji, zařízení není uzavřené. Doporučil pro Martu najít odpovídající sociální službu. Na základě tohoto doporučení se Marta přestěhovala do Domova pro osoby se zdravotním postižením v Kunovicích, na oddělení žen, kde žije jedenáct klientek ve dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. V tomto zařízení žije již jeden rok. Během prvního půl roku byla Marta relativně klidná s mírnými projevy problémového chování (např. mánie a fixace na různé předměty). V druhé polovině roku se problémové chování Marty stupňovalo, začala být vzdorovitá, vyhrožovala napadením klientů i personálu, sebepoškozování a noční enuréza. Na základě rozhovoru s klíčovým pracovníkem Marty vyplývá, že agresivita u Marty trvá podstatně kratší dobu než dříve, uvědomuje si, že její chování není správné, v novém domově se jí líbí a nechce být hospitalizována v psychiatrické léčebně.

## 6.2 Případová studie č. 2

Alena žila v domově pro osoby se zdravotním postižením Velehrad, Salašská 25 let od svých 16 let.

Rodinná anamnéza: matka Aleny se narodila v roce 1932, otec narozen v roce 1925, ale již zemřel. Matka je české národnosti, otec je národnosti slovenské. Oba rodiče Aleny byli rozvedení. Nikdy nebyli manželé, ale žili společně v jedné domácnosti na Slovensku. Matka byla zaměstnaná jako domáci, otec pracoval ve státním podniku jako krmič. U obou rodičů Aleny byla diagnostikována mentální retardace, hysterie a alkoholismus. Ze záznamů plyne, že rodina nebyla plně funkční, v bytě měli jen nejnutenější zařízení, které bylo staré a neudržované, hygienické podmínky byly primitivní, měli špinavé prádlo, povlečení a prostěradla na postelích chyběla. Děti chodily nedostatečně oblečené. Nedostatečné výchovné působení ze strany rodičů, děti byly nepřizpůsobivé, zanedbané. Matka vůbec nedocházela s dětmi k pediatrovi na povinné očkování a kontroly. Rodiče odmítali pustit zdravotní sestru do bytu. Z těchto uvedených důvodů byla Aleně i její sestře nařízena ústavní výchova.

Osobní anamnéza: Alena se narodila v roce 1970, narozena z druhé gravidity matky, vážila 2,750 gramů a měřila 46 centimetrů. Porod byl normální v domácím prostředí. Průběh těhotenství nezjištěný. Matka Alenu kojila čtyři měsíce. Vývoj motorický i řečový byl opožděný, chodit začala ve dvou letech. Do svých čtyř let žila Alena u rodičů. Během této doby byla rodina pod stálým sociálním dohledem. Veškerá doporučení, která rodině udělil sociální odbor, rodiče neakceptovali, a proto v roce 1974 soud nařídil Aleně i její sestře ústavní výchovu. Sestry byly umístěny do dětského diagnostického ústavu, kde začaly navštěvovat zvláštní školu. Adaptace pro Alenu byla velmi náročná a ze záznamu vyplývá, že nebylo možné navázat s Alenou kontakt a že učivo první třídy nezvládla. Proto první třídu opakovala. V roce 1976 byla Alena přeložena do osobitnej školy internátní Skačany. Zde byla provedena nová diagnostika: omezený řečový vývin po výslovnostní i obsahové stránce, řeč silně retardovaná, osobní hygienu nezvládá, je velmi emočně labilní, často dráždivá a agresivní, svou práci nikdy nedokončí, nesamostatná, v kolektivu dětí je útočná, neovládá svoje chování, ničí vlastní věci a věci ostatních, podvádí, krade, ubližuje dětem i zvířatům, nedbá na svůj zevnějšek. Reakce na pochvaly jsou neúčinné stejně jako tresty. V roce 1980

Byla Alena přeložena do Ústavu sociální péče Břežany. Ze záznamů z roku 1985, které byly pořizeny v Ústavu sociální péče Břežany vyplývá, že má občas špatné nálady, které se stupňují a přecházejí v agresivní chování. Měla zvýšenou snahu o upoutání pozornosti. Na pochvalu reaguje rozpačitě a přechází až do negativismu, citové vazby jsou ploché, je těžko usměrnitelná.

Z důvodu věkového přerůstání klientů v ÚSP Břežany byla Alena v roce 1986 přeložena do Ústavu sociální péče na Velehradě (nyní domov pro osoby se zdravotním postižením), kde již žila její sestra. Ze vstupních vyšetření vyplývá, že je Alena schopná navázat slovní kontakt, slovní zásoba je chudá. Alena se vyjadřuje v jednoduchých smysluplných větách, je samostatná v sebeobsluze, mívá negativistické a občasné agresivní projevy. Předpoklad, že by mezi sestrami mohlo nastat sourozenecké pouto, se nenaplnil. Sestry na sebe vzájemně žárlily, oslovovaly se jen příjmením a nemohly společně sdílet ani pokoj. Alena vždy usilovala o přízeň někoho z personálu. Tomuto člověku projevovala náklonnost tím, že se ho snažila neustále kontaktovat, nosila mu drobné upomínkové předměty nebo sladkosti, které odcizila svým spolubydlícím. Toto se stávalo častou příčinou agresivního chování Aleny. Když se snažil personál Aleně vysvětlit, že její chování není vhodné, docházelo k agresivním projevům – sebepoškozování, vyhrožování sebevraždou, ničení majetku, fyzické napadání spolubydlících i personálu. Její chování bylo řešeno s psychiatrem, který docházel pravidelně do zařízení. Psychiatr ale nepovažoval hospitalizaci Aleny v psychiatrické léčebně za důležitou. Vždy docházelo jen k navýšení léčby, což vedlo k narůstání hmotnosti klientky. Alena se odmítala zúčastňovat různých společenských aktivit. Zůstávala v zařízení a většinu dne seděla na chodbě v křesle a hlídala si svoji igelitovou tašku, ve které měla uloženy veškeré drobnosti, které považovala za velmi cenné a bála se, že jí tašku někdo ukradne. Po personálu požadovala donášení nebo nakupování různé bižuterie a ozdobných předmětů do vlasů. Tyto předměty také kradla spolubydlícím. Vždy se personál snažil o verbální domluvu a dohodl se s ní na určitá pravidla, které však Alena nikdy nerespektovala. Z důvodu probíhajícího procesu transformace Domova pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě, byla Aleně nabídnuta možnost přechodu do nového zařízení v Kunovicích. Nejdříve byla Alena v odporu, ale po návštěvě zařízení, které je nově vybudováno a je zde poskytována pobytová sociální služba v jedno a dvoulůžkových pokojích, souhlasila Alena s přechodem.

V současné době vypadá Alena velmi spokojeně, změnil se její zevnějšek, je upravená, změnila účes, snížila se její hmotnost. Podle personálu je Alena mnohem vyrovnanější, aktivnější, dochází do terapií, na oddělení se zapojuje do pracovních činností. Je evidentní, že Aleně změna zařízení prospěla.

### **6.3 Případová studie č. 3**

Simona žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě 16 let, od svých 3 let.

Rodinná anamnéza: Oba rodiče Simony jsou slovenské národnosti. Matka Simony je negramotná, patrně intelektově defektní. V době, kdy se Simona narodila, bydlela na Moravě. Počet Simoniných sourozenců není zcela znám. V době, kdy se Simona narodila, měla matka pravděpodobně šest dětí, čtyři z nich porodila na Slovensku. Všechny děti kromě jedné dcery byly umístěny v ústavních zařízeních. Jeden z bratrů Simony žil několik let v Domově pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě stejně jako Simona.

Osobní anamnéza: Simona se narodila v roce 1993 v třicátém šestém týdnu těhotenství. Porod probíhal spontánně záhlavím, vážila 2400 gramů a měřila 49 centimetrů. Porod byl komplikován asfyxií. Relativní mikrocefalie, předčasně ukončený vývoj hlavy a mozku. Postižen celý další psychomotorický rozvoj, dále také porušena stavba nohou. Po narození byla Simona umístěna v kojeneckém ústavu Svitavy. Z dokumentace vyplývá, že byla Simona v kojeneckém ústavu umístěna jako závažný sociální případ a byla jí nařízena ústavní výchova. Do domova pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě byla Simona přijata s diagnózou od všech odborníků, kteří se Simonou v kojeneckém ústavu pracovali: centrální hypotonický syndrom, psychomotorická retardace, casus socialis, atopický ekzém od tří měsíců života, recidivující bronchitida, v neuropsychickém vývoji výrazná retardace, při plné rehabilitační péči začíná chodit až ve 2,5 letech, mentální vývoj brání dalšímu motorickému zlepšování.

V roce 1996 byla Simona přijata do Domova pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě. U Simony byly sledovány známky psychomotorického neklidu, večer sledovány poruchy usínání. Simona se samostatně nenajedla, neudržovala tělesnou čistotu. Ze záznamů vyplývá, že u Simony nebyla rozvinuta řeč a že nechápala verbální podněty, echolalicky

opakovala slova, uměla napodobit melodii, vyhověla příkazům, které byly spojeny s gesty, prvky konstruktivní hry, na hru se soustředila, pod vedením postavila věž z kostek. Smích byl inadekvátní, nechápala situace. Diagnostikována byla mentální retardace těžšího stupně. Z další dokumentace, když bylo Simoně deset let, vyplývá, že bývá často neklidná, vzdorovitá, ale že se do výchovného procesu zapojuje, ve verbální komunikaci používá jen jednoslovná vyjadřování, používá neadekvátní skřeky, vsedě i ve stoje pozorovány stereotypní pohyby, během chvilky se u Simony rozvíjí neklid. Dokáže rozlišit barvy i tvary. V zařízení docházela do základní speciální školy přímo v prostorách domova. Výuka byla zaměřena především na sociální adaptaci, sebeobsluhu a rozvíjení komunikačních dovedností, tělesný a duševní rozvoj, ale i vytváření pozitivních vztahů ke svému okolí i spolužákům, smyslového vnímání a prostorové orientace. Ze záznamů dále vyplývá, že v procesu učení bylo důležité Simonino momentální rozpoložení a chuť spolupracovat. V učení byly velké výkyvy chování, prožívání i soustředěním na práci. Byla potřeba neustálá motivace a kladné hodnocení k dosažení přiměřených výsledků. Z důvodu procesu transformace a odchodu dětských klientů musela Simona přejít na oddělení pro dospělé ženy. Tuto změnu Simona těžce nesla, neustále se vracela do prostorů, kde žila 16 let. Na oddělení dospělých žen se dostala do nižší pozice, ze strany spolubydlících byla neustále napomínána za nevhodné chování – poslech dětských písniček, emoční projevy, pomalé tempo, nevhodné chování při jídle, nerozlišovala majetek spolubydlících, vše si přivlastňovala, neustále vykřikovala, že chce jít na vycházku, ale až byla na vycházce, odmítala jít dál, sedla si na hlavní silnici a nereagovala na upozornění personálu, tudíž se všichni museli jejímu chování podřídit a vrátit se zpět do domova. Zařazení na tomto oddělení bylo pro Simonu nevhodné, a proto byla po čtyřech měsících přeřazena na oddělení žen s vyšší mírou podpory, kde je věkový průměr 55 let. Ani zde nedošlo k výrazné změně jejího chování. Klientky seniorského věku jsou rušeny chováním Simony. Její projevy chování se ještě zhoršily, začala fyzicky ubližovat a napadat spolubydlící, u kterých ví, že se jejímu agresivnímu chování nedokážou bránit. Simoniny útky z oddělení stále přetrvávají. Největší projevy problémového chování má Simona ve večerních hodinách, kdy oddělení opouští denní služba a přichází služba na noční směnu – Simona močí na chodbě, strhává nástěnky, shazuje klec s andulkami, kope do dveří, pouští si hlasitě CD přehrávač, křičí, napadá spolubydlící. Personál i vedení domova si

uvědomují, že Simona již nespadá do cílové skupiny tohoto zařízení. Sociální pracovnice vyhledává vhodnou službu pro tuto klientku.

## **6.4 Vyhodnocení**

Ve výše uvedených případových studiích jsem se snažila popsat vývoj i současný stav klientů, které jsem si vybrala do průzkumné části mé bakalářské práce a kteří žijí nebo žili v domově pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě. V jednotlivých kazuistikách popisují výskyt agrese, agresivity a popřípadě i problémového chování těchto klientů v minulosti i v současnosti. Snažila jsem se dosáhnout daného cíle, a to lépe pochopit chování těchto tří klientů a navrhnout možné strategie pro zmírnění agrese a agresivity v chování klientů. V první kazuistice jsou nejčastější příčinou agresivního chování klientky fixace na různé předměty a jejich následné vymáhání po personálu, příliš mnoho klientů na oddělení a také období pubescence klientky. Domnívám se, že další možnou příčinou jsou časté přesuny klientky ještě v době, kdy byla dítě a následné hospitalizace v psychiatrických léčebnách. Při porovnání obou rozhovorů se zaměstnanci je jasné, že došlo k částečnému zklidnění klientky, avšak některé projevy stále přetrvávají. Tyto projevy budou pravděpodobně povahovými rysy klientky. V druhé kazuistice se jeví nejčastějším spouštěčem agresivního chování a projevů agrese u klientky opět velké množství klientů na jednom oddělení. Dle mého názoru mohl být problém ve složení psychiatrické léčby a také v nevhodném nastavení sociální služby v zařízení. Z rozhovoru s pracovníkem ze zařízení, kde klientka žije nyní, vyplývá, že kvalita jejího života se zlepšila a také došlo ke značnému zmírnění projevů agresivního chování. Myslím si, že v kazuistice třetí jsou hlavním důvodem agresivního chování a projevů agresivity povahové vlastnosti klientky a především nevyhovující umístění klientky v komunitě vzhledem k výrazně vyššímu věkovému průměru spolubydlících této klientky. Vzhledem k tomu, že v současném zařízení není odpovídající skupina klientů, do které by bylo možno klientku zařadit, je tato služba pro klientku nevyhovující. V tomto případě by bylo řešením přestěhování klientky do zařízení, kde by její spolubydlíci byli zároveň jejími vrstevníky.

## ZÁVĚR

Jako hlavní cíl mé práce jsem zvolila popsání konkrétních případů agrese a agresivního jednání lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pomocí teoretických poznatků najít možné příčiny projevů agrese a agresivního chování třech vybraných klientů v Domově pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě. Pro vyhodnocení průzkumu jsem použila kvalitativní výzkumné šetření, jelikož je vhodnou metodou vzhledem ke zkoumané problematice. Chování těchto tří vybraných klientů jsem zkoumala pomocí pozorování, které je v případě projevů agrese a agresivity velmi důležitou složkou průzkumu. Dále pak analýzou dostupných dokumentů a třetí metodou byly rozhovory s pracovníky jednotlivých klientů ze současných, ale i bývalých zařízení. Zjištěním příčin agrese a agresivity u klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením můžeme tyto příčiny odstranit a tak zamezit dalšímu takovému chování u klientů. Vyřešíme tak problém, který trápí nás i klienty. Pracovníkům domova pro osoby se zdravotním postižením doporučuji, aby přistupovali ke každému klientovi individuálně a udržovali si profesionální přístup ke klientům. Vedení zařízení bych doporučila zajistit svým zaměstnancům vzdělávání zaměřené na zvládání agresivního a problémového chování klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BALICKÁ, Kateřina a kol. *Práce s klientem s rizikem v chování: Manuál průvodce dobrou praxí*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. 79 s. ISBN 80-86878-27-9.
- [2] BROŽOVÁ, Gabriela, VANČURA, Jan. *Percepce příčin agresivního jednání v domovech pro osoby s mentálním postižením*. Československá psychologie, 2010, roč. 54, č. 1, s. 17-30.
- [3] ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
- [4] ČADILOVÁ, Věra, ŽAMPACHOVÁ, Zuzana. *Strukturované učení*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5.
- [5] ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan, KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2011. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [6] ČERMÁK, Ivo. *Lidská agrese a její souvislosti*. Vyd. 1. Žďár nad Sázavou : Fakta, 1999. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.
- [7] ČERMÁK, Ivo, HŘEBÍČKOVÁ, Martina, MACEK, Petr, (eds.). *Agrese, identita, osobnost*. Vyd. 1. Brno : psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. 315 s. ISBN 80-86620-06-9.
- [8] ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [9] EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
- [10] FISHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- [11] HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- [12] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.



- [13] JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2010. 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5.
- [14] LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
- [15] MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2009. 152 s. ISBN 978-80-247-2310-5.
- [16] NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Vyd. 1. Praha : Academia, 1997. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- [17] NETUŠIL, Radovan. *Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením. Sborník příspěvků odborníků a rodičů o různých přístupech k agresivitě a problémovému chování dětí i dospělých osob s mentálním postižením*. Praha : Modrý klíč, 2005. ISBN 8086980-00-6.
- [18] NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [19] PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- [20] PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
- [21] SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [22] ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 3. Praha : Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- [23] VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. Vyd. 4. Praha : Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

- [24] VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
- [25] VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 154 s. ISBN 80-244-0337-4.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozšířené a přepracované, Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [27] VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- [28] VOJTOVÁ, Věra. *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Vyd. 2., přepracované a rozšířené. Brno : Masarykova univerzita, 2008. 136 s. ISBN 978-80-210-4573-6.
- [29] VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan (eds.). *Sociální psychologie*. Vyd. 2., přepracované a rozšířené. Praha : Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
- [30] Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádí zákon o sociálních službách.
- [31] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

CNS	Centrální nervová soustava
DOZP	Domovy pro osoby se zdravotním postižením
IQ	Intelligenční kvocient
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize
MR	Mentální retardace
PSSP	Pesso Boyden System Psychomotor
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – Léčba a vzdělávání dětí s autismem a postižením v oblasti komunikace
WHO	Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM PŘÍLOH

### **Příloha č. 1**

#### **Rozhovory k případové studii č. 1**

*Rozhovor se zaměstnancem bývalé zařízení*

*Rozhovor se zaměstnancem současné zařízení*

### **Příloha č. 2**

#### **Rozhovory k případové studii č. 2**

*Rozhovor se zaměstnancem bývalé zařízení*

*Rozhovor se zaměstnancem současné zařízení*

### **Příloha č. 3**

#### **Rozhovor k případové studii č. 3**

*Rozhovor se zaměstnancem zařízení*

## **Příloha č. 1**

### **Rozhovory k případové studii č. 1**

#### **Rozhovor se zaměstnancem bývalého zařízení**

**1. Jaká je vaše pracovní pozice? Jste klíčovým pracovníkem?**

Pracovník v sociálních službách. Ano jsem klíčovým pracovníkem.

**2. Jak dlouho znáte klientku?**

11 let.

**3. Jakým způsobem se klientka adaptovala?**

Klientka již na domově žila. Krátce po mém nástupu na domov byla klientka dlouhodobě hospitalizována v psychiatrické léčebně. Vrátila se na domov až po deseti měsících.

**4. Docházelo u klientky k agresivnímu chování?**

Ano.

**5. Pokud ano, jak se agresivní chování projevovalo?**

Kradla ostatním spolubydlícím hračky, hrníčky, CD a DVD, sladkosti, fyzicky napadala personál i spolubydlící, z personálu si vždy vytipovala jednoho pracovníka, u kterého věděla, že se jí bojí a splní její požadavky.

**6. Jak často se agresivní chování projevovalo?**

Vždy po příchodu z PL byla asi čtrnáct dní až jeden měsíc relativně klidná. Ale potom se její chování začalo zhoršovat, stačila maličkost, nesplněné přání, nesouhlas spolubydlící a klientka začala řídit.

**7. Co bylo příčinou agresivního chování?**

Asi to, že si oblíbila nějakou věc (hrníček, DVD, CD, krabičku...), kterou vyžadovala po ostatních, byla to až taková mánie. No, a když ji nedostala, tak bylo zle. Další

příčinou bylo to, že na oddělení, kde Marta bydlela, byl velký počet klientů, se kterými byla Marta často v konfliktu. Ale myslím si, že část agresivního chování bylo v povahových rysech Marty.

**8. Jakým způsobem jste agresivní chování u klientky řešili?**

Verbální rozmluvou, odpoutání pozornosti od daného problému, pokud nic z toho nezabralo, byla nutná hospitalizace.

**9. Jakým způsobem jste předcházeli agresivnímu chování?**

Snažili jsme se klientku zabavit nějakou činností, což ale šlo jen na velmi krátkou dobu, často jsme činnosti museli měnit a ne vždy chtěla klientka spolupracovat.

**10. Došlo ke změně u projevů agresivního chování?**

Když byla klientka hubená, tak byla klidná. Když přibrala, byla agresivnější.

**11. Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře...**

Změna léčby, změna počasí, období dospívání (puberta jako prase), fixace na určité osoby.

**12. Absolvovala jste kurz na téma zvládnání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem?**

Neabsolvovala. Problémové chování klientky bylo řešeno s odborníkem v psychiatrické léčebně.

**Rozhovor se zaměstnancem současného zařízení**

**1. Jaká je vaše pracovní pozice? Jste klíčovým pracovníkem?**

Pracovník v sociálních službách. Jsem klíčovým pracovníkem Marty.

**2. Jak dlouho znáte klientku?**

Jeden rok.

**3. Jakým způsobem se klientka adaptovala?**

Klientka se adaptovala celkem snadno,  
Nevěděla, jak dlouhou dobu zde zůstane. Dnes už ví, že tady bydlí.

**4. Dochází u klientky k agresivnímu chování?**

Ano.

**5. Pokud ano, jak se agresivní chování projevuje?**

Bere ostatním spolubydlícím různé předměty, ze začátku byla klidná, ale v poslední době začínají problémy narůstat.

**6. Jak často se agresivní chování projevuje?**

Vždy, když chce něco nového nebo když někomu něco závidí.

**7. Co je příčinou agresivního chování?**

Nesplnění jejich požadavků. To je nejčastější příčina.

**8. Jakým způsobem agresivní chování u klientky řešíte?**

Snažíme se jí vysvětlit, že to co chce, mít nemůže, nebo že její chování není správné.  
Někdy pomůže, když ji motivujeme na něco jiného.

**9. Jakým způsobem předcházíte agresivnímu chování?**

Snažíme se klientku zaměstnat.

**10. Došlo ke změně u projevů agresivního chování?**

V zařízení, kde klienta žila dříve, byly pravděpodobně projevy agrese častější než nyní.

**11. Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře...**

Změna léků, počasí, fixace na personál.

**12. Absolvovala jste kurz na téma zvládnání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem?**

Neabsolvovala. Ano, agresivní chování bylo řešeno v minulosti v psychiatrické léčebně.

**Příloha č. 2**

**Rozhovory k případové studii č. 2**

**Rozhovor se zaměstnancem bývalého zařízení**

**1. Jaká je vaše pracovní pozice? Jste klíčovým pracovníkem?**

Pracuji v zařízení na pozici PSS (pracovník v sociálních službách), a jsem klíčovým pracovníkem.

**2. Jak dlouho znáte klientku?**

25 let.

**3. Jakým způsobem se klientka adaptovala?**

Alena se adaptovala vcelku bez problémů.

**4. Docházelo u klientky k agresivnímu chování?**

Ano, docházelo.

**5. Pokud ano, jak se agresivní chování projevovalo?**

Alena začala křičet, bouchala do všeho, co jí přišlo pod ruku, nedělalo jí ani problém se s někým poprat. Převracela stoly, poškozovala sama sebe – kousání, škrábání.



**6. Jak často se agresivní chování projevovalo?**

Vždy, když se nevyhovělo jejím požadavkům, nebo stačilo, aby ji klientka popíchla nějakou poznámkou. Vždy, kdy se její vyvolený pracovník musel věnovat někomu jinému než jí, nebo když měl dovolenou. Žárlila na svoji nevlastní sestru.

**7. Co bylo příčinou agresivního chování?**

Uštěpačná poznámka od ostatních spolubydlících. Nejčastěji ale vynucování pozornosti jejího oblíbeného pracovníka.

**8. Jakým způsobem jste agresivní chování u klientky řešili?**

Vždy jsme se snažili, aby zůstala Alena sama v místnosti, aby v její blízkosti nebyl nikdo, komu by mohla ublížit, což bylo někdy nemožné, protože v té době bylo v našem zařízení asi 92 klientů. Chvíli jsme čekali, až se Alena trochu uklidní a snažili se přijít na příčinu jejího chování a na vhodné vysvětlení a řešení.

**9. Jakým způsobem jste předcházeli agresivnímu chování?**

Snažili jsme se Alenu zaměstnávat různými činnostmi, ostatním spolubydlícím Aleny jsme vysvětlili, že se nemají s Alenou hádat a Alena věděla, že si popichování od ostatních nemá všímat.

**10. Došlo ke změně u projevů agresivního chování?**

Ne.

**11. Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře...**

Chování personálu (vždy si vybrala jednoho z pracovníků, na kterém byla závislá), chování klientů, počasí.

**12. Absolvovala jste kurz na téma zvládnání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem?**

Neabsolvovala a chování bylo řešeno s psychiatrem.

## **Rozhovor se zaměstnancem současného zařízení**

### **1. Jaká je vaše pracovní pozice? Jste klíčovým pracovníkem?**

Jsem zaměstnaná jako pracovník v sociálních službách a jsem klíčovým pracovníkem Aleny.

### **2. Jak dlouho znáte klientku?**

Jeden rok.

### **3. Jakým způsobem se klientka adaptovala?**

Alena se adaptovala velmi dobře a rychle. Zaměstnanci z domova, kde předtím Alena žila, jezdí občas na návštěvy a říkali, že Alena zhubla a že vypadá velmi dobře. Říkali, že když byla na Velehradě, tak pořád chodila s igelitovou taškou a měla oblíbeného jednoho zaměstnance, kterého neustále pronásledovala. Tak u nás tašku nenosí, ale oblíbila si paní, která pracuje v terapeutických dílnách.

### **4. Dochází u klientky k agresivnímu chování?**

Ano, k mírným projevům dochází, ale jen občas.

### **5. Pokud ano, jak se agresivní chování projevuje?**

Vulgární nadávky, k fyzickému násilí ale nedochází.

### **6. Jak často se agresivní chování projevuje?**

Většinou vždy, když se musí její oblíbený pracovník věnovat jinému klientovi.

### **7. Co je příčinou agresivního chování?**

Vynucování si pozornosti.

### **8. Jakým způsobem agresivní chování u klientky řešíte?**

Domluvou.

**9. Jakým způsobem předcházíte agresivnímu chování?**

Takovým běžným hádkám se předejít nedá. Doporučili jsme jí, aby dodržovala rozvrh v terapeutických dílnách.

**10. Došlo ke změně u projevů agresivního chování?**

Ne.

**11. Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře...**

Počasí, chování personálu i klientů, zdravotní stav.

**12. Absolvovala jste kurz na téma zvládnání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem?**

Neabsolvovala, Alena je pod kontrolou psychiatra, který pravidelně dochází do zařízení.

**Příloha č. 3**

**Rozhovor k případové studii č. 3**

**Rozhovor se zaměstnancem**

**1. Jaká je vaše pracovní pozice? Jste klíčovým pracovníkem?**

Pracuji zde jako pracovník v sociálních službách. Jsem klíčový pracovník Simony.

**2. Jak dlouho znáte klientku?**

6 let

**3. Jakým způsobem se klientka adaptovala?**

Simonu znám od roku 2006, když jsem nastoupila, žila Simona na oddělení malých dětí. Teď jsem já i Simona na oddělení starších žen.

**4. Dochází u klientky k agresivnímu chování?**

Ano.

**5. Pokud ano, jak se agresivní chování projevuje?**

Fyzicky napadá ostatní spolubydlící, záměrně se pomočuje, ničí vybavení, utíká z oddělení, je vzdorovitá (od doby, co ji znám byla vždy vzdorovitá, ale v menší míře) atd. Toto chování ale já chápu jako projev nespokojenosti, a možná taky projev puberty.

**6. Jak často se agresivní chování projevuje?**

Každý den, nejhorší to bývá večer.

**7. Co je příčinou agresivního chování?**

Nespokojenost, upoutávání pozornosti, pubertální věk.

**8. Jakým způsobem agresivní chování u klientky řešíte?**

Domluvou, napomenutím, vysvětlením.

**9. Jakým způsobem předcházíte agresivnímu chování?**

Snažíme se Simonu zabavit, chodíme na dvůr (vycházky jsou komplikované), zapojujeme ji do úklidu jejích věcí jako je skříň, noční stolek, skládání prádla atd.

**10. Došlo ke změně u projevů agresivního chování?**

Ano, na oddělení malých dětí tak agresivní a problémová nebyvala, i když vzdorovitá a umíněná byla vždy.

**11. Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře...**

Změna prostředí a lidí, změna počasí, pubertální období.

**12. Absolvovala jste kurz na téma zvládnání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem?**

Absolvovala jsem workshop na téma Práce s klientem s rizikovým chováním, který vedla Mgr. Eva Pogodová. Simona je v péči psychiatra, který dochází k nám do zařízení.

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Petra Vavříníková
<b>Ústav:</b>	Speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Agrese a agresivita v domovech pro osoby se zdravotním postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Agression and aggressiveness at home for handicapped people
<b>Anotace práce:</b>	Tato bakalářská práce se věnuje problematice agrese a agresivního jednání lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Teoretická část se zabývá vymezením pojmů, jako je agrese, agresivita, mentální postižení a jejich možné terapie. Praktická část pojednává o prostředí pobytového zařízení, kde výzkum probíhal. Formou případových studií popisuje projevy agresivního chování klientů pobytových zařízení sociálních služeb a způsoby zvládnání tohoto chování.
<b>Klíčová slova:</b>	agrese, agresivita, mentální retardace, terapie agresivního chování
<b>Anotace v angličtině:</b>	This bachelor thesis deals the aggression and a aggressive manner of mentally handicapped people at home for handicapped people. The theoretical part defines the aggression, aggressiveness, mental handicap terms and theirs

	available therapy. The praxis is focused onto the home for handicapped people where the research was realized. The exemplary study describes the aggressive client's manner and self control of this manner at home for handicapped people.
<b>Klíčová slova</b> v angličtině:	agression, aggressiveness, mental retardation, the aggressive manner's therapy
<b>Seznam příloh:</b>	<p><b>Příloha č. 1</b></p> <p><b>Rozhovory k případové studii č. 1</b></p> <p><i>Rozhovor se zaměstnancem bývalé zařízení</i></p> <p><i>Rozhovor se zaměstnancem současné zařízení</i></p> <p><b>Příloha č. 2</b></p> <p><b>Rozhovory k případové studii č. 2</b></p> <p><i>Rozhovor se zaměstnancem bývalé zařízení</i></p> <p><i>Rozhovor se zaměstnancem současné zařízení</i></p> <p><b>Příloha č. 3</b></p> <p><b>Rozhovor k případové studii č. 3</b></p> <p><i>Rozhovor se zaměstnancem zařízení</i></p>
<b>Rozsah práce:</b>	52 s. (počet znaků 85 125), 9 s. příloh
<b>Jazyk práce:</b>	Český