

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Lucie Kopecká

Preterapie u osob s mentálním postižením
ve speciálně-pedagogickém kontextu

Olomouc 2019

vedoucí práce: Mgr. Hana Karunová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen odbornou literaturu a informační zdroje, jež jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci dne

.....

podpis

Děkuji tímto vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Haně Karunové, Ph.D., za vstřícnost, cenné rady k mé práci a veškerý čas, který jí věnovala. Můj dík patří také mým nejbližším za jejich trpělivost a podporu.

Obsah

Úvod	6
1 Člověk s mentálním postižením	8
1.1 Pojem mentální postižení.....	8
1.2 Etiologie a diagnostika mentálního postižení	9
1.3 Klasifikace mentálního postižení	10
1.4 Specifika osobnosti člověka s mentálním postižením.....	12
1.5 Komunikace osob s mentálním postižením a její specifika.....	13
1.5.1 Alternativní a augmentativní komunikace.....	14
2 Přístup orientovaný na klienta	18
2.1 Definice přístupu orientovaného na klienta.....	18
2.2 Historický kontext.....	19
2.2.1 Současné pojetí a nově vzniklé směry.....	19
2.3 Základní podmínky přístupu orientovaného na klienta.....	20
2.4 Využití přístupu orientovaného na klienta u osob s mentálním postižením.....	21
3 Preterapie	22
3.1 Vymezení konceptu preterapie	22
3.2 Koncept preterapie v současnosti.....	23
3.3 Teorie preterapie	24
3.3.1 Kontaktní reflexe (proces na straně terapeuta)	24
3.3.2 Kontaktní funkce (proces na straně klienta)	25
3.3.3 Kontaktní chování	25
3.3.4 Předexpresivní „já“	26
3.3.5 Teorie As Itself („Takovost“)	26
3.4 Využití preterapie u osob s těžkou mentální retardací	27
3.5 Tvorba informačního letáku – přehled konceptu Preterapie.....	29
Závěr.....	32

Seznam bibliografických citací.....	34
Seznam příloh	37
PŘÍLOHA 1: Graficky zpracovaný informační leták	

Úvod

Člověk je odpradáвна tvor společenský. Již od narození je součástí procesu socializace, která jej provází celým jeho životem. K tomuto procesu je však zapotřebí jeden z nejdůležitějších nástrojů – a tím je **komunikace**, která je klíčem k vnějšimu světu.

Někteří z nás však tento klíč bohužel nemají a spojit se s okolním světem je pro ně těžké. Těmito osobami mohou být např. lidé s těžkou formou mentálního postižení, schizofrenií, demencí či s psychózou. Je pro ně náročné komunikovat s ostatními pomocí běžné komunikace a v důsledku toho mohou ztratit pojem sami o sobě i o tom, co se děje kolem nich.

Určitou alternativou komunikace jim může poskytnou právě **preterapie**, která se prokázala jako velice účinný terapeutický prostředek. Její efektivitu prokázala např. studie psychologa Alda Dinacciho, který srovnával čtyři pacienty s mentální retardací a schizofrenií, jejichž délka hospitalizace byla od 30 do 55 let. S touto skupinou dále usilovně pracoval 6 měsíců. Na konci studie se prokázal výrazný posun od neartikulované slovní produkce ke smysluplným větám. Kdežto u dalších dvou pacientů, u kterých proběhl pohovor pouze na začátku a na konci těchto 6 měsíců, nebyl prokázán žádný progres (Faixová 2014, s. 36).

Důvod, proč jsem si vybrala právě toto téma, byla přednáška, na které jsem se poprvé o preterapii dozvěděla. Toto téma mne zaujalo natolik, že jsem začala shromažďovat více informací a postupně pronikat hlouběji do této problematiky. Myslím si, že koncept preterapie se stává stále aktuálnější v závislosti na růstu počtu lidí, kteří nejsou schopni komunikovat běžnými způsoby – a preterapie pro ně může být vhodným řešením.

Cílem této bakalářské práce je podrobněji přiblížit koncept preterapie, a vytvořit tak přehled o této složité leč účinné terapeutické metodě ve formě graficky zpracovaného informačního letáku. To vše s důrazem kladeným na využití dostupných zdrojů – a to jak českých, tak i zahraničních.

První kapitola této práce je zaměřena na člověka s mentálním postižením. Konkrétně se věnuje etiologii mentálního postižení, klasifikaci, osobnostním rysům, a především specifikům komunikace. Druhá kapitola je věnována přístupu orientovaného na klienta, kterou vytvořil a popsal Carl R. Rogers. Blíže se zaměřuje na samotný přístup a obecně popisuje další metody, které vycházejí z tohoto přístupu. Třetí a zároveň nejobsáhlejší kapitola je věnovaná preterapii – teorie preterapie, její vznik a vývoj, stručný vhled do současného pojetí preterapie; dále na možnosti využití tohoto konceptu – konkrétně u lidí s mentálním postižením. Je zde uveden i příklad z praxe, který napomůže představit si samotný průběh preterapie.

Na závěr se zaměřujeme na tvorbu graficky zpracovaného informačního letáku. Tento informační leták nabízí shrnutí základních informací, a zároveň slouží jako přehled konceptu preterapie pro speciální pedagogy, psychoterapeuty, odborníky z praxe, ale především i pro rodiče osob s mentálním či jiným typem postižení.

1 Člověk s mentálním postižením

V této kapitole se zaměříme na člověka s mentálním postižením a jeho osobnost. Definujeme pojem mentální postižení a uvedeme další pojmy související s touto problematikou. Dále popíšeme nejčastější etiologické faktory vzniku mentálního postižení a také základní metody diagnostiky. Následně klasifikujeme stupně mentálního postižení dle mezinárodních klasifikací a asociací. Poté se zaměříme na jednotlivé části osobnosti – volní vlastnosti a emoce – člověka s mentálním postižením. Na závěr uvedeme specifika komunikace těchto osob a také na možné alternativní způsoby dorozumívání se.

1.1 Pojem mentální postižení

V současnosti je pojem mentální postižení hojně užíván jak odbornou, tak i laickou veřejností. To však může mít za následek časté zaměňování tohoto pojmu s pojmem mentální retardace. Tyto dva pojmy mají k sobě blízko, do jisté míry se však liší.

Dle Valenty (2007, s. 12) lze pojem mentální retardace definovat jako: *„vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“* Jinou definici můžeme nalézt v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, V. Poruchy duševní a poruchy chování), která uvádí, že mentální retardace je: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“.*

Pokud se však zaměříme na pojem mentální postižení, zjistíme, že někteří autoři považují tento pojem jako nadřazený k pojmu mentální retardace (Černá a kol., 2008). Je to z toho důvodu, že do této kategorie řadíme také osoby s IQ pod 85, tj. hraniční pásmo mentální retardace (v minulosti označováno jako slaboduchost), což v mnoha případech představují žáci základních škol praktických. V mnoha případech se však jedná pouze o děti, které byly např. výchovně či sociálně zanedbané, děti se specifickou poruchou učení, s poruchami vědomí či nemocné a fyzicky oslabené děti apod. (Valenta, 2007).

Poměrně novodobý trend, co se týče terminologie, spatřujeme také v označování osob s mentálním postižením, kdy do popředí stavíme spíše než samotné postižení, osobnost jedince. Tento trend se poprvé objevuje ve druhé pol. 20. stol. (Černá a kol., 2018) a nazývá se „People First Language“ (přeloženo jako „lidé na prvním místě“). Je důležitý z hlediska uvědomění si,

že lidé jsou především individuální bytosti se svými potřebami, přáními, zájmy a až poté přichází na řadu jejich omezení či postižení. Např. osoba, která využívá invalidní vozík, neřekne, že má problém s chůzí, ale řekne že používá/potřebuje invalidní vozík (The Arc, 2018).

1.2 Etiologie a diagnostika mentálního postižení

Etiologie

V případě, že se zaměříme na etiologii mentálního postižení, zjistíme, že příčin vzniku tohoto postižení může být opravdu mnoho. Za vznikem mentálního postižení nestojí pouze jeden faktor, ale ve většině případů se jedná o souhru dvou a více faktorů, které na jedince působí (tzv. multifaktoriálnost). Beirn-Smith (in Černá a kol., 2008, s. 85) k této věci uvádí, že *„čím je stupeň mentální retardace lehčí, tím je větší pravděpodobnost, že přesná příčina nebude moci být určena.“*

V literatuře můžeme často nalézt hned několik druhů kritérií, podle kterých můžeme určit příčinu vzniku postižení. Především jsou to příčiny vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní). Dále pak mentální postižení získané či vrozené. A v neposlední řadě můžeme rozlišovat příčiny z hlediska časového působení, tj. mentální postižení vzniklé v prenatálním období (období před porodem), perinatálním (během porodu a krátce po něm) a postnatálním období (působící v průběhu života).

V prenatálním období dle Valenty (2007) sehrávají svou roli vlivy dědičné (hereditární), do kterých můžeme řadit např. nemoci zděděné po předcích či také nedostatek vloh k nějaké činnosti, které dítě dědí po svých rodičích. Dále sem řadí genetické příčiny, což mohou být např. mutagenní faktory (chemické vlivy, záření atd.) nebo mechanické poškození plodu. Dalšími příčinami mohou být onemocnění matky v období těhotenství či nedostatek plodové vody.

V období perinatálním je rizikový zejména předčasný porod matky. Avšak i při běžném porodu, který probíhá v řádném termínu, mohou nastat komplikace – jakými jsou např. hypoxie, asfyxie či poruchy krevního oběhu (Kozáková, 2013). Období postnatální je význačné svou multifaktoriálností. To znamená, že zde můžeme zařadit mnoho různých vlivů, např. zánět mozku, mechanické vlivy nebo nádorová onemocnění. Značný podíl zde mohou mít i vlivy sensorické či psychické deprivace, kdy dítě vyrůstá v nepřátelském až odcizeném prostředí, což můžeme mít za následek poklese inteligenčního kvocientu až o 20 bodů (Valenta, 2007).

Diagnostika

Primárním cílem diagnostiky jako takové je především zjistit příčinu poškození, a to za pomoci různých metod a technik. Co se však týče konkrétně speciálně pedagogické diagnostiky, ta se dle Valenty (2007, s. 61) zabývá: „rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i sociální terapie a enkulturace klientů (s mentálním či jiným duševním postižením).“

Pro to, aby se mohl uskutečnit diagnostický proces, je velice důležitá spolupráce tandemu speciální pedagog – psycholog, kde dochází k prolínání aspektu speciálně pedagogické i psychologické diagnostiky. Tato spolupráce však někdy může vyvolávat jisté otázky, které se týkají určení jakési pomyslné hranice kam až dosahuje diagnostická práce psychologa a kam speciálního pedagoga. (Valenta, 2007)

V podkapitole Etiologie jsme se zmínili o tom, že ve většině případů za vznikem mentálního postižení stojí alespoň dva faktory. Toto je podle nás nutné si uvědomit ve chvíli stanovení diagnóz, které většinou sestavují odborní lékaři – pedopsychiatr, klinický či poradenský psycholog a dále ve spolupráci např. neurolog, klinický logoped atd. (Valenta, 2007). V tomto případě je na místě využít tzv. diferenciální diagnostiku, pomocí které lze vyloučit zda se nejedná o jiné poruchy či onemocnění, které mohou mít vzájemnou podobnost s mentálním postižením (např. autismus, smyslové vady, poruchy řeči atd.).

Diagnostika využívá ke své práci mnoho různých metod. V zásadě můžeme tyto metody rozdělit na metody klinické (nestandardizované) a metody testové (standardizované). Valenta (2007) do klinických metod řadí např. anamnézu (tzv. „rozpomínání si na předchorobí“), pozorování, metodu dotazníku a rozhovoru a popř. kazuistiku. Do testových metod řadíme především standardizované didaktické testy, ale také i některé psychodiagnostické testy (Valenta, 2003). Černá (2008) k těmto testovým metodám uvádí konkrétně např. Wechslerův test či Stanford-Binetův test.

1.3 Klasifikace mentálního postižení

Pokud bychom chtěli klasifikovat mentální postižení, máme na výběr hned z mnoha klasifikačních systémů – a to proto, že mentální postižení lze klasifikovat dle různorodých kritérií (Kozáková, 20013). Pro naše účely se však zaměříme pouze na nejznámější klasifikační systémy, a těmi jsou klasifikace dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a klasifikace dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5). Na konci se krátce zmíníme také o klasifikaci dle míry podpory, kterou vydala Americká asociace pro rozumové

a vývojové poruchy (angl. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities).

V 90. letech 20. století začíná platit 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou zpracovala Světová zdravotnická organizace (Švarcová, 2011). V této revizi nalezneme klasifikaci mentálního postižení, která je součástí V. kapitoly s názvem „Poruchy duševní a poruchy chování“, oddílu F70 – F79. Stupeň postižení se zjišťuje za pomoci standardizovaných testů inteligence, které určují úroveň IQ – např. úroveň sociální adaptability. (Kozáková, 2013; MKN-10, 2018)

Dělení mentálního postižení dle MKN-10 je následující:

- F70 **Lehká mentální retardace** (IQ 50–69)
- F71 **Střední mentální retardace** (IQ 49–35)
- F72 **Těžká mentální retardace** (IQ 20–34)
- F73 **Hluboká mentální retardace** (IQ nejvýše 20)
- F78 **Jiná mentální retardace**
- F79 **Neurčená mentální retardace**

K tomuto základnímu kódování se přidává také čtvrtý znak, který určuje rozsah přidružených poruch chování (MKN-10, 2018):

- **. 0 Žádná nebo minimální porucha chování**
- **. 1 Významná porucha chování vyžadující pozornost anebo léčbu**
- **. 8 Jiné poruchy chování**
- **. 9 Bez zmínky o poruchách chování**

Další klasifikaci mentálního postižení nabízí již zmiňovaný Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, který vydala Americká psychiatrická asociace, a který je využíván především v USA (Černá a kol., 2008). DSM-5 dělí mentální postižení takto¹ (American Psychiatric Association, 2014):

- **317** (F70) lehké mentální postižení
- **318.0** (F71) střední mentální postižení
- **318.1** (F72) těžké mentální postižení
- **318.2** (F73) hluboké mentální postižení

Na závěr bychom rádi zmínili klasifikaci podle AADD, kterou můžeme využít hlavně v sociální práci s klienty s mentálním postižením. Klasifikace je založena na míře podpory, která je pro jedince důležitá s ohledem na prožití co nejběžnějšího a kvalitního života

¹ V závorkách u jednotlivých kódů jsou uvedeny čísla, která odpovídají kódům klasifikace MKN-10.

(Kozáková, 2013). Tuto klasifikaci představuje tzv. standardizovaná škála, která je rozdělena do několika sekcí – tyto sekce jsou posuzovány průběžně, a to v dlouhodobém časovém horizontu. Dle Luckassona (in Černá a kol., 2008) můžeme rozdělit posuzované oblasti na prenatalní, perinatální a postnatální.

1.4 Specifika osobnosti člověka s mentálním postižením

I přesto, že každý jsme individualita a každý se projevujeme jiným způsobem, v rámci specifík osobnosti lidí s mentálním postižením můžeme pozorovat některé společné znaky, které se ve větší či menší míře manifestují u všech. Dle Švarcové (2011, s. 28) však můžeme říci, že: *„individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace.“*

Obecně lze za osobu s mentálním postižením považovat jedince (děti, mládež, dospělí), u kterých dochází k zaostávání vývoje intelektuálních schopností, také k odlišnému vývoji některých psychických vlastností i k poruchám adaptace (Švarcová, 2011). Dolejší (in Valenta, 2007) uvádí i další specifitější determinanty jako např. zvýšená závislost, infantilnost, impulsivnost, hyperaktivita či hypoaktivita, ulpívání na detailech či zpomalená chápavost atd.

V následujícím textu se zaměříme na jednotlivé vlastnosti osobnosti osoby s mentálním postižením, které značně ovlivňují jeho běžný život. V případě **volních vlastností**, zjistíme, že specifickým rysem je převážně dysbulie, tj. porucha vůle a hypobulie (až bulie), tj. chorobná zvýšená volní aktivita, která vede např. až k nerozhodnosti – projevuje se nemožností podřízení chování určité situaci. Tato porucha je o něco výraznější u osob s mentálním postižením než u intaktní populace. (Kozáková, 2013)

Další oblastí je **myšlení**, které je v důsledku mentálního postižení nepřesné, příliš konkrétní, stereotypní a charakteristické neschopností analýzy a syntézy (Křejičřová, 2013). Svě myšlenky často vyjadřujeme pomocí **řeči**, která je však u těchto osob výrazně omezená. Jak uvádí Valenta (2007, s. 37): *„příčinou toho jsou ve většině případů nedostatky v korových částech analyzátorů a v integrátoru fatických funkcí².“* Dalšími faktory omezující řeč jedince s mentálním postižením, mohou být např. nedostatky v artikulaci či nedostatečný rozvoj fonemického sluchu (tj. dostačující diskriminace hlásek) (Valenta, 2007; Křejičřová, 2013).

Paměť u osob s mentálním postižením je specifická pomalým osvojováním si nových poznatků, a to až teprve po mnohočetném opakování (Křejičřová, 2013). Vše, co se naučí rychle

² Funkce týkající se řeči schopnost pojmenovat předmět, porozumět řeči atd. (dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/faticke-funkce>).

zapomenou, a pokud si poznatky vybaví, jsou nepřesné. Specifické pro paměť jedince s mentálním postižením je také to, že je mechanická, tzn. paměť není schopna nijak velké selekce (Valenta, 2007).

1.5 Komunikace osob s mentálním postižením a její specifika

Jak už jsme uvedli na začátku, komunikace je pro člověka velice důležitá – jedinec jejím prostřednictvím vyjadřuje své potřeby a přání a navazuje kontakt se svým okolím.

Komunikace člověka s mentálním postižením je však odlišná a má svá specifika. Tato specifika se liší v závislosti na stupni mentálního postižení. Slowík (2010, s. 47) k tomuto dodává: „...často se však setkáváme také s kombinací mentální retardace a jiných vad či poruch, které mají ještě další specifický vliv na komunikační možnosti dotyčného jedince...“ a jako příklad uvádí např. poruchy autistického spektra či Downův syndrom.

Pokud hovoříme o poruchách řeči ve spojitosti s mentálním postižením, mluvíme konkrétně o tzv. symptomatických poruchách řeči, neboť tyto poruchy vznikají jako symptomy mentálního postižení (či jiných duševních poruch). Podoba těchto symptomatických poruch je závislá na mnoha faktorech, ze kterých však nejdůležitější roli zastupuje stupeň a také příčina vzniku postižení. Jedná se například o narušení formální stránky řeči (artikulace) či o její intelektualizaci (jedinci mluví „jako malé děti“) (Valenta, 2007).

V následujícím textu se zaměříme na jednotlivé stupně mentálního postižení a jejich komunikační odlišnosti. Také se zmíníme o alternativní a augmentativní komunikaci a jejich formách, která je další možností komunikace osob s mentálním postižením a jeho okolím.

U jedinců s **lehkou mentální retardací** je postižení komunikačních schopností nejméně zasaženo ve srovnání s ostatními stupni. I přesto však dochází k jistému opoždění (přibližně o rok i více), a to především v pojmotvorném procesu, jako např. schopnost abstrakce a generalizace (Valenta, 2007). V některých případech bývá srozumitelnost jejich projevu zhoršená a dochází např. k nesprávné výslovnosti hlásek (dyslálie). Častokrát užívají opakující se fráze a výroky, které mohou zaslechnout u své rodiny, přátel či v médiích. Celkově však jsou tito jedinci schopní užívat řeč jako běžnou součást každodenního života a utvářet jednoduché konverzace (Slowík, 2010).

Osoby se **středně těžkou mentální retardací** již mají omezený vývoj řeči – počátek řečového období u těchto osob začíná až kolem 5. a 6. roku života (Valenta, 2007). Omezeno je především chápání a užívání řeči jako takové, což následně ovlivňuje další pokroky ve škole. Tito jedinci mají často velice omezenou slovní zásobu a v kombinaci s dalším narušením komunikačních schopností může docházet k neporozumění jejich sdělení. Zatímco někteří

jedinci jsou schopni zvládat běžnou a jednoduchou konverzaci, pro druhé je náročné vyjádřit např. svá přání či základní potřeby. Z tohoto důvodu můžeme často pozorovat u těchto lidí i to, že využívají ke své komunikaci doteky či objetí, aby tím zdůraznili význam svého sdělení. (Slowík, 2010)

U osob s **těžkou mentální retardací** je velice pravděpodobné, že se řeč nevyvine vůbec anebo zůstane na úrovni tzv. pudových hlasových projevů, které se mění v závislosti na situaci či pocitu jedince. Dále se mohou dorozumívat také například pomocí zvuku, gest či ukazováním na různé předměty. Mnohdy se u těchto osob setkáváme s tím, že opakují již slyšená slova (tzv. echolálie), aniž by chápali jejich význam (Křejičřová, 2013). Co se tedy týče komunikace s těmito jedinci, Slowík uvádí (2010, s. 50): „*Je tedy zcela na místě využívat alternativních metod komunikace...*“ Mezi tyto metody můžeme zařadit např. piktogramy nebo obrázkové systémy (Makaton, VOKS atd.).

U osob s **hlubokou mentální retardací** se svým způsobem řeč nevyvíjí vůbec, avšak ve výjimečných případech mohou komunikovat pomocí tzv. neartikulovaných zvuků, kterými mohou výjimečně vyjadřovat své aktuální pocity (Křejičřová, 2013). Přesto je však důležité tyto jedince stimulovat a rozvíjet jejich schopnost komunikace v co největší míře jaké je to možné. Jak uvádí Slowík (2010, s. 51): „*...je prokazatelně možné i s těmito lidmi komunikaci navázat, a dokonce to může vést k mimořádnému zvýšení kvality jejich života.*“ Jako velice využívanou a speciální metodu můžeme uvést např. metodu bazálního dialogu, kterou můžeme využít k zachycení a následnému pochopení aktuálních pocitů, přání a potřeb jedince.

1.5.1 Alternativní a augmentativní komunikace

V této podkapitole se zaměříme na význam pojmu alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK), její význam v životě jedince s mentálním postižením, a taktéž se zmíníme o prostředcích, které můžeme využít při komunikaci u osob především s těžkou mentální retardací.

V případě, že dojde k narušení komunikačních schopností (přesněji tedy expresivní stránky řeči), jako je tomu např. u osob s těžkým mentálním postižením nebo autismem, můžeme využít prostředků tzv. alternativní a augmentativní komunikace. Tato komunikace nabízí těmto jedincům možnost komunikovat se svým okolím, a zároveň tak snižovat riziko vzniku komunikační a sociální propasti (Křejičřová, 2013). Samotný koncept AAK je v České republice poměrně novou záležitostí. Do České republiky se AAK dostala teprve na konci 80. let minulého století – před tím, byli např. neslyšící či nekomunikující jedinci automaticky bráni jako jedinci s těžkou formou mentálního postižení. Následkem tohoto „přístupu“ došlo ke ztrátě

snahy o jakékoliv další rozvíjení komunikace s těmito osobami (Šarounová, 2014). Bendová (2014, cit. dle Sztraková, 2017) však uvádí, že od konce 20. století byl zaznamenán nárůst zájmu o tento typ komunikace, a to jak v profesní přípravě speciálních pedagogů, tak i v oblasti sociálních služeb.

Podle Americké asociace pro řeč, jazyk a sluch (ASHA, 2018) můžeme definovat AAK jako oblast klinické praxe, která se snaží o kompenzaci narušené expresivní komunikační schopnosti, i včetně psané formy. Jinak však pojímá AAK např. Šarounová (2014, s. 9), která říká, že: „*AAK je nabídkou a šancí především pro ty, kdo nemohou dostatečně komunikovat mluvenou řečí.*“

Augmentativní složka komunikace plní doplňkovou, funkci a slouží tak k rozvíjení již nabytých (ale nedostatečně rozvinutých) komunikačních schopností daného jedince (Křejiřová, 2013). Alternativní složka má naopak nahrazující funkci a využívá se jako náhrada orální řeči. Valenta (2007, s. 154) k tomuto dodává, v případě, že je to možné, měli bychom vždy preferovat augmentativní stránku komunikace před alternativní. Dále je také důležité klást důraz na maximální využití zbytků orální řeči, mimiky, gestiky atp. (Šarounová, 2014).

Alternativní a augmentativní komunikaci lze klasifikovat podle několika hledisek, na základě kterých se odvíjí další systémy. Prvním hlediskem je způsob přenosu informace, kde řadíme statické systémy (např. fotografie, obrázky, piktogramy, systém Bliss či symboly VOKS) a dynamické systémy (v tomto případě využíváme znaky či gesta, příkladem je např. Makaton) (Klenková, 2006). Dalším hlediskem je to, zda využíváme při komunikaci pomůcky (obrázky, reálné předměty či symboly) či nikoliv (tím rozumíme nonverbální komunikaci a její prostředky, např. gestika, haptika, pohled atp.) (Janovcová in Křejiřová, 2013). V následujících odstavcích zmíníme podle nás nejvýznamnější komunikační systémy, které lze využít jako prostředek komunikace především u osob s těžší formou mentální retardace:

a) Referenční předměty

Jedná se o reálné trojrozměrné předměty, které využíváme především k oboustranné komunikaci mezi postiženým jedincem a pracovníkem. Plní roli zástupných znaků, které svým reálným vzhledem představují skutečnou činnost (příkladem může být zubní kartáček, který představuje ranní hygienu, či vidlička a nůž představující obědovou přestávku). Dbáme především na to, aby se vždy jednalo o předměty, které představují konkrétní činnost, neboť jak už bylo řečeno na začátku, abstraktní myšlení je u těchto osob značně omezeno. (Valenta, 2007)

b) Makaton

Organizace The Makaton Charity (2018) definuje Makaton jako jazykový program využívající znaky, symboly a řeč, který pomáhá lidem komunikovat efektivněji. Tento systém byl vytvořen britskou logopedkou Margaret Walker. Původně byl Makaton vytvořen pro osoby dlouhodobě neslyšící a verbálně nekomunikující děti s autismem. Později se začal využívat také u osob s tělesným a kombinovaným postižením, které měly problém s artikulací. (Bendová, 2011)

Jedná se o znakování tzv. klíčových slov, které je doprovázeno mluvenou řečí, mimikou a symboly. Celý slovník Makatonu je tvořen 350 znaky, které lze jednoduše předvést. Tyto znaky jsou následně seřazeny do osmi řad podle náročnosti a praktické využitelnosti. Je doporučeno začít vždy od první řady, kdy se jedinec naučí vyjádřit především své základní potřeby. Součástí je i devátá řada – slovník – který slouží při tvorbě dalších slov v závislosti na potřebách jedince (obsahuje přibližně 35–40 slov). Doplňkově můžeme pracovat i s fotografiemi, piktogramy či obrázky, což dopomáhá k lepší představě znakovaných slov. (Bendová, 2011).

c) Znak do řeči

Podle Valenty (2007, s. 158) můžeme znak do řeči (dále jen ZDŘ) definovat jako: „...*otevřený systém přirozených znaků, který lze libovolně upravovat pro potřeby konkrétního klienta.*“ Je nutné si však uvědomit, že ZDŘ není znakovaná řeč – hlavní rozdíl spočívá v tom, že ZDŘ využívá znaky pouze pro zdůraznění určitého slova ve větě (Kubová a kol., 1997).

ZDŘ je svou jednoduchostí i efektivitou dobrým komunikačním prostředkem vhodným již (a především) pro děti a mládež, jelikož dbá na individualitu každého jednotlivce a také na jeho postižení. Není proto nutné se obávat, že bychom zvolením tohoto systému utlumily vývoj řečových dovedností. (Valenta, 2007)

d) VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém)

Tento systém byl vytvořen ve Spojených státech a původně byl určen dětem s autismem. Později se VOKS dostal i do České republiky, kde tento koncept podrobněji rozpracovala Margita Knapcová. V současné době lze tento systém využívat jak u dětí s autismem, tak i u dětí s Downovým syndromem či těžkým mentálním postižením. (Valenta, 2007)

VOKS funguje na bázi výměny symbolů (ty mohou mít podobu fotografie nebo piktogramu) za požadovaný předmět (např. oblíbená sladkost, či aktivita). Nejdůležitější je při nácviku

motivace jedince – proto je důležité, aby vždy dostalo to, co požaduje (většinou tedy nějakou sladkost).

Nácvik VOKSu probíhá v několika fázích, který počínaje motivací, pokračuje rozeznáváním jednotlivých symbolů a končí tvořením jednoduchých vět (Valenta, 2007). Celý tento nácvik a komunikace probíhá na komunikačních tabulkách, které se liší podle barvy nebo i podle situačního kontextu (CPR Hodonín, 2018).

e) Systém Bliss

Zakladatelem tohoto systému byl Charles Bliss, jehož prvotním záměrem při tvorbě této komunikace bylo lepší porozumění mezi jednotlivými národy bez ohledu na kulturní odlišnosti či příslušnost. Inspirován byl čínským obrázkovým písmem (tzv. ideogramy), na základě kterého vytvořil jednoduchý obrázkový systém nahrazující slova. (Valenta, 2007; Šarounová, 2014)

Na začátku 70. let minulého století se tento systém začal využívat u jedinců s DMO ke zlepšení jejich komunikačních schopností. Později se systém Bliss využíval také u jedinců s duševními a mozkovými poruchami zahrnující i osoby s mentálním postižením. (Valenta, 2007)

Bliss tvoří přibližně 26 základních grafických značek, ze kterých lze dále utvořit až 2300 symbolů (neboli slov) – díky tomu tak můžeme rozšiřovat slovní zásobu jedince. Jednotlivé symboly jsou tvořeny za pomoci geometrických tvarů, pod kterými by měl být uveden i název pro lepší pochopení (Bendová, 2011). Komunikace probíhá na základě toho, že jedinec ukazuje na jednotlivé symboly.

f) Metoda bazální stimulace

Koncept bazální stimulace byl vyvinut německým profesorem pedagogiky A. Fröhlichem a je založen na předpokladu individuálního rozvoje neuropsychického vývoje jedince a jeho zachovalých schopností. Bazální stimulace využívá především podnětů k uvědomování si vlastního tělesného schématu. Tyto podněty mohou být sluchové, somatické, dotykové, čichové, zrakové či vibrační a vždy respektují individuální možnosti daného jedince (Valenta, 2007; Bendová, 2011).

2 Přístup orientovaný na klienta

V této kapitole se krátce zaměříme na celosvětově známý psychoterapeutický směr – přístup orientovaný na klienta (dále POK), jakožto základ preterapie. Na úvod definujeme tento přístup a ve zkratce zmíníme i jeho historický kontext. Stručně se zmíníme také o současném pojetí POK a nově vzniklých směrech, které vycházejí z tohoto přístupu. Dále se zaměříme na základní podmínky POK a jejich důležitost v celém procesu terapie. Na závěr uvedeme specifika využití POK u osob s mentálním postižením.

2.1 Definice přístupu orientovaného na klienta

Přístup orientovaný na klienta můžeme definovat jako směr humanistické psychoterapie, jehož zakladatelem je Carl R. Rogers, který tento směr zmiňuje poprvé ve svém článku uveřejněném v roce 1940. Tento směr je postaven na předpokladu, že klient, jako individuální bytost, má schopnost řešit své problémy, a to ve vztahu s druhými lidmi (v tomto případě k terapeutovi). Tato schopnost může být však narušena např. z důvodu traumatického zážitku či nemoci (Pörtnerová, 2009). Terapeut zde tedy nevystupuje jako „odborník“, ale jako osoba, která respektuje samotného klienta, jeho jedinečnost a individualitu.

Podle Pörtnerové (2009, s. 15) pracovat se zaměřením na osobu znamená: *„nevycházet z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou, a z toho, jaké jsou jejich možnosti.“*

Základem tohoto rogersovského směru je osobní zkušenost klienta. Celý proces terapie je založen na vzájemném respektu a důvěře v klientovu samostatnost řešit své problémy (Vymětal, 2004). S tímto jsou také spojeny dva konstrukty tzv. **„aktualizační tendence“**, což je podle Rogerse „motivační síla“, která pomáhá jedinci překonávat překážky k řešení problémů a také mu dopomáhá k co největšímu rozvoji jeho potenciálu (Mearns a Thorne, 2013). Druhým konstruktem je poté **„organismické hodnocení“**, což můžeme definovat jako: *„...neustále probíhající proces vnitřního hodnocení a orientace v sobě i ve světě, vedoucí nás k rozhodování a jednání“* (Vymětal, 2004, s. 210).

Pro lepší představení uvádíme srovnání POK, psychoanalýzy a behaviorální terapie dle B. D. Meadorové a C. Rogerse (in Vymětal, 2004, s. 209): *„V psychoanalýze se terapeut snaží interpretovat klientovi spojení mezi současností a minulostí. V terapii zaměřené na klienta se soustředujeme na současnost a současné prožitky klienta, odhalení jeho vlastních významů. Psychoanalytik má roli učitele, experta při interpretaci klientova vnitřního světa a podporuje*

rozvoj přenosových vztahů založených na neuróze pacienta. Rogersovský terapeut se snaží být co nejtransparentnější, upřímný a otevřený, bez „masky“ experta.“

2.2 Historický kontext

Přístup orientovaný na klienta a jeho koncept prošel od svého vzniku mnoha proměnami. Podle Vymětala (2004) můžeme vývoj tohoto směru rozdělit do pěti období.

Prvním obdobím je **období nedirektivní** (1940–1950), kde terapeut vytváří pro klienta vstřícné a bezpečné prostředí. Klient je otevřený a získává nový pohled na sebe i svou situaci. Druhé období je obdobím **reflektivní psychoterapie** (1950–1960), kde se hlavním nástrojem terapeuta stává empatie, pomocí které reflektuje (zrcadlí) vnitřní svět klienta – klient na základě toho rozvíjí své povědomí o sobě. Významnou publikaci v tomto období je kniha C. Rogerse s názvem *Client-centered-therapy* (1951).

Třetí období se označuje jako **zážitková psychoterapie** (1960–1970). Zde se terapeut stává autentickým a empatickým ve vztahu ke klientovi. Klade se důraz na vzájemný vztah, dialog a osobnější setkání. Čtvrté období je označováno jako **psychoterapie prostřednictvím skupiny** (1970–1980) hlavním terapeutickým prostředkem se stává skupina, kde klient zažívá skupinovou soudružnost a získává nové zkušenosti a zážitky. Páté období je obdobím **diferencovaně integrativní** (od roku 1980), kde se vyvíjí snaha o vytvoření obecného modelu psychoterapie a zároveň dochází k rozšíření rogerovského přístupu o specifické postupy, které vycházejí z konkrétních problémů klienta.

Podobně rozděluje vývoj přístupu orientovaného na klienta i Nykl (2012).

2.2.1 Současné pojetí a nově vzniklé směry

Současné postoje a názory k přístupu orientovaného na klienta nejsou zcela jednoznačné, a to jak v oblasti odborné, tak i neodborné. Často jsou to právě nesprávná a mylná přesvědčení, která o POK kolují, a tím podkopávají významnost toho přístupu (Šiffelová, 2010). Jedno z těchto mylných přesvědčení zní: pokud se terapeut rozhodne vyjádřit pochybnosti vůči klientovi, již se nejedná o přístup orientovaný na klienta (Cooper, 2004). Myslíme si, že tuto domněnku vyvrací skutečnost, že jednou z podmínek úspěšné změny osobnosti u klienta je tzv. kongruence (viz podkapitola Základní podmínky POK), která napomáhá terapeutovi vyjádřit své pocity a emoce vůči klientovi, a tím mu pomoci k větší otevřenosti. Troufáme si proto říct, že vyjádření pochybnosti vůči klientovi může mít v celém procesu kladný dopad.

Mearns (2013, s. 165) k vývoji tohoto přístupu uvádí následující: „*Jednou z možností je, že přístup zaměřený na člověka by mohl pomoci rozšířit důležitost terapeutické profese.*“ Thorne

(2013, s. 165) k tomuto dodává: „*Přibývají důkazy, že mnohým klientům umožnil jejich zážitek terapie zaměřené na člověka najít daleko větší uspokojení nejen ve své práci a ve vztazích, ale také objevit nový pocit smyslu a významu ve svých životech. Je čím dál jasnější, že tento přístup má mnoho co nabídnout...*“

Podle Šiffelové (2010) v současnosti dochází k významnému rozvoji tohoto přístupu a také k jeho modifikacím. Příkladem nově vzniklého směru, který vychází z POK může být např. **focusing**, jehož autorem je Eugena Gendlin. Jedná se o psychotherapeutickou techniku, která je založená na uvědomování si somatických změn a následnému porozumění jejich významu. Dále se jedná o koncept **preterapie**, který vytvořil Garry Prouty. A v neposlední řadě např. metoda **validace** od Naomi Feil, která spočívá ve vcítění se do prožívání staršího a dezorientovaného člověka.

2.3 Základní podmínky přístupu orientovaného na klienta

Aby během procesu mohlo dojít u klienta ke změně osobnosti, je nutné, aby se klient objevil v podnětném prostředí, které mu pomůže řešit jeho problém. Proto je důležité, aby terapeut dodržel tři základní podmínky procesu, a těmi jsou: kongruence (opravdovost), empatie (vcítění se) a akceptace (bezpodmínečné přijetí klienta) (Pörtnerová, 2009). V následujícím textu si tyto tři podmínky blíže popíšeme.

Kongruence v tomto případě znamená, že terapeut je schopen, ve vztahu ke klientovi, „odložit“ svou profesionalitu a naplno vyjádřit své pocity a emoce. Terapeut musí být sám sebou a také se musí akceptovat. Čím více je terapeut ve vztahu sám sebou, tím je větší pravděpodobnost, že se u klienta projeví změna v jeho osobnosti (Rogers, 1989). Neznamená to však, že terapeut neustále vyjadřuje své pocity klientovi, ale naopak si musí být vědom toho, kdy je to vhodné a kdy nikoliv (Pörtner, 2009).

Kongruence napomáhá k větší důvěře klienta k terapeutovi. V praxi to znamená, že pokud klient vnímá terapeuta jako autentického, ví, že odpovědi, které se mu dostávají jsou naprosto upřímné a otevřené (Mearn a Thorne, 2013).

Empatie se vyznačuje tím, že terapeut je schopen vcítit se, a tak pochopit pocity klienta a jeho vnitřní svět. Vyznačuje se aktivním zájmem o druhou osobu, což umožňuje proniknout do jeho vnitřního soukromého světa a sdílet s ním tyto emoce a pocity. Efektivním nástrojem empatie je aktivní naslouchání (Rogers, 1989). Avšak je nutné si dávat pozor na zaměňování empatie s identifikací (nebo soucitem) – terapeut nesmí interpretovat své pocity a emoce do klientovy situace.

Důvod, proč je empatie v procesu terapie tak důležitá a zároveň účinná, definuje ve své knize Mearns a Thorne (2013, s. 65) takto: *“...když terapeut ukazuje, že rozumí pocitům a myšlenkám, jež klient vyjadřuje, zdá se být pro klienta přirozeným krokem odkrývat stále hlubší úrovně svého uvědomění.“*

Akceptace (neboli bezpodmínečné přijetí) znamená, že terapeut přijímá klienta takového, jaký je a přijímá celou jeho osobnost takovou, jaká v daný moment je. Terapeut vůči klientovi neustále zastává postoj srdečnosti a přijetí (Mearns a Thorne, 2013). Je však důležité, aby terapeut nezaujal vůči klientovi hodnotící postoj a neodsuzoval jej jako člověka (tamtéž).

Akceptace je důležitá zejména v případě, kdy přichází klient, který byl oceňován především na základě splnění očekávání od osob, které jsou pro jedince blízké. Terapeut v procesu terapie však klienta oceňuje a akceptuje i bez ohledu na to, zda splnil podmínky očekávání, což napomáhá klientovi zabránit v sebenegaci.

2.4 Využití přístupu orientovaného na klienta u osob s mentálním postižením

Podle Pörtnerové (2009, s. 15) můžeme říct, že pracovat s lidmi s mentálním postižením v konceptu POK znamená: *„...řešit problémy, rozvíjet projekty, rozhodovat s lidmi s postižením – ne za ně, a ne místo nich. Znamená to brát zřetel na jejich rozdílné schopnosti, potřeby a názory a v rámci jejich možností jim svěřovat odpovědnost.“* Z tohoto částečně vyplývá, že přístup orientovaný na klienta s osobami s mentálním postižením vykazuje určitá specifika. Tato specifika jsou ovlivněna mnohými faktory, a to např. pohledem na sebe samého, vlastním prožíváním, ale i určitou samostatností.

U osob s mentálním postižením mnohdy dochází k tomu, že potlačují své vlastní pocity, a to buď na základě svého přesvědčení (věří, že jejich prožívání je nepatřičné) anebo na základě přesvědčení svého okolí, které vnímá jejich prožívání jako něco bizarního a jako „něco, co se musí potlačit“. To však způsobuje pouze větší nahromadění emocí, které se v důsledku projeví ještě v silnějším a méně přiměřeném projevu. Proto je u těchto osob důležité se z hlediska POK zaměřit na podporu porozumění vlastního prožívání a ukázat tak, že „mít pocity“ je zcela běžné a normální.

Další otázkou, kterou se tento přístup u osob s postižením zaobírá, je postoj k mentálnímu postižení. Pörtnerová (2009, s. 71) k tomuto uvádí: *„Brát lidi s mentálním postižením vážně neznamená přehlížet jejich postižení. Znamená to brát je vážně i s jejich postižením.“* Toto pozitivní přijetí vychází především z postoje osob, které jsou jedinci s mentálním postižením

nejbližší (tzv. referenční osoby). Tyto osoby by měli být v tomto ohledu podporující a povzbuzující, a vytvářet tak v jedinci pocit jistoty a akceptace svého postižení.

Pokud se zaměříme konkrétně na proces terapie s osobami s mentálním postižením, všimneme si určitých odlišností. Jako první můžeme uvést např. častou nedobrovolnou účast osoby s mentálním postižením na sezení. Většinou se jedná o referenční osoby, které jedince na sezení pošlou, a to někdy i s mylnými představami o tom, jak toto sezení probíhá. Dalším odlišností je fakt, že osoba s mentálním postižením není schopna si uvědomovat své problémy a následně je řešit. V neposlední řadě je to i skutečnost, že sám terapeut se setkává s klientem, který má např. poruchu řeči, což může komplikovat terapeutický proces, a terapeut tak musí objevovat nové způsoby komunikace. Pro terapeuta tedy platí, že během celého terapeutického sezení by měl být co nejvíce flexibilní, což může znamenat i skutečnost, kdy musí slevit ze svých profesních požadavků (Pörtner, 2008).

3 Preterapie

V této kapitole, která je zároveň nejobsáhlejší kapitolou celé práce, se budeme věnovat preterapii. V úvodu se zaměříme na vymezení konceptu preterapie a jeho historický kontext. Dále se zaměříme na současné pojetí a výzkumy v preterapii. Následně zmíníme i teorie, které vycházejí z tohoto přístupu. V závěru této kapitoly se zaměříme na aplikaci preterapie ve speciálně pedagogické praxi a jako příklad pro konkrétnější představu uvedeme i krátkou případovou studii.

3.1 Vymezení konceptu preterapie

„Preterapie se zrodila v roce 1966 v malé dílně pro klienty s mentálním postižením a duševním onemocněním.“ (Prouty, 2005, s. 28)

Preterapie je metoda, kterou vytvořil známý americký psycholog, a zároveň žák Carla R. Rogerse, Garry Prouty, jako reakci na jeho zkušenost s mentálně postiženým bratrem. Tato metoda vychází z přístupu orientovaného na klienta a je určena především lidem, pro které je obtížné navazovat kontakt běžným způsobem a komunikace s nimi může být obtížná nebo není vůbec možná. Patří zde např. lidé s těžkým či hlubokým mentálním postižením, depresí, chronickou schizofrenií či osoby, u kterých se vyskytuje mentální i duševní postižení zároveň (Prouty, 2005).

Preterapie vychází z tzv. fenomenologie, což je směr psychologie, který je charakteristický tím, že se ve svém uvažování jedinec vrací zpět ke konkrétnímu jevu, zkušenosti či myšlence. Pro preterapii je toto východisko důležité, neboť v celém procesu se zaměřujeme především na

„skrytý“ význam dané zkušenosti klienta – snažíme se „podívat až za horizont“ této zkušenosti, tohoto pocitu nebo jevu.

Poprvé tuto metodu Prouty začal rozvíjet při své práci s dětmi s mentálním postižením v Kennedyho škole ve Spojených státech. Později svou teorii na vysoké škole sepsal a vydal v knižní podobě spolu s jeho mentorem Eugenem Gendlinem. Podle Proutyho měli na vznik konceptu preterapie vliv tři významné okolnosti. Jednak to byla již výše zmiňovaná zkušenost s mentálně postiženým bratrem, dále výcvik v Rogersově terapii a třetí okolností bylo právě setkání s klienty s mentálním postižením v Kennedyho škole (Prouty, 2005).

3.2 Koncept preterapie v současnosti

Koncept preterapie se do Evropy dostává v roce 1985, kdy Garry Prouty v Holandské Bredě pořádá svůj první seminář. Od té doby dochází k rozvoji preterapie i u nás v Evropě. Odborníci, kteří se účastnili Proutyho seminářů se také značně zasloužili o rozvoj konceptu preterapie (patřili mezi ně především Dion Van Werde, Hans Peters nebo Luc Roelens). V České republice se koncept preterapie začal rozšiřovat po seminářích uskutečněných v říjnu v roce 2000 a poté v listopadu v roce 2002, kdy tyto semináře pořádala Diakonie Českobratrské církve evangelické.

V roce 1995 vzniká v Amsterdamu organizace s názvem Pre-Therapy International Network, která se snaží o komunikaci a spolupráci mezi různými zeměmi a odborníky, kteří ke své práci využívají právě metodu preterapie. Za hlavní cíl si organizace klade především podporu spolupráce vzdělávacích center a organizací v různých zemích a vytváření efektivních výukových a výcvikových programů (Prouty, 2005).

Koncept preterapie jako takový se v České republice objevil poprvé v roce 2007, kdy zakladatelka organizace Quip požádala G. Proutyho o vytvoření výcviku preterapie pro odborníky v Čechách. S dalšími preterapeutickými odborníky se podařilo vytvořit 112 hodinový výcvik zaměřený na preterapii. Vystoupili zde odborníci jako Dion Van Werde, Marlis Pörtnerová či samotný Garry Prouty se svou manželkou.

V současné době je také znám pojem tzv. intersubjektivita, jejíž studii se zabýval už Juan C. Goméz či Daniel Stern. Ve svých studiích se vztahem mezi intersubjektivitou preterapií zabývá také Hans Peters (2012). Goméz pak definuje intersubjektivitu jako způsob, jakým vnímáme, cítíme a smýšlíme o okolním světě. Intersubjektivita může být jednosměrná (One-Way) nebo obousměrná (Two-Way), kdy si dva lidé uvědomují povědomí toho druhého (Peters, 2012).

3.3 Teorie preterapie

Stejně jako v přístupu orientovaném na klienta, tak i v preterapii je nejdůležitější tzv. **psychologický kontakt**, který probíhá mezi terapeutem a klientem. Avšak právě schopnost tento kontakt navázat je pro tyto osoby velice omezená. Podle Proutyho (2005) je tento kontakt postaven na třech úrovních, a těmi jsou: **kontaktní reflexe**, **kontaktní funkce** a **kontaktní chování**, které napomáhají klientovi tento psychologický kontakt navázat.

V závěru podkapitoly bychom se chtěli zmínit také o tzv. předexpresivním „já“ a teorii „as itself“, jakožto další důležité teorie preterapie.

3.3.1 Kontaktní reflexe (proces na straně terapeuta)

Kontaktní reflexe můžeme definovat jako „*techniky uskutečňování empatického vztahu*“ (Prouty, 2005, s. 36). Terapeut během sezení reflektuje klientovi vše, co v daný moment vnímá – napomáhá mu navázat kontakt s realitou. V procesu preterapie rozlišujeme pět následujících reflexí, které motivují k různým možnostem navazování kontaktů (Pörtnerová, 2008):

- **Situační reflexe** (dále jen SR) slouží k podnícení kontaktu klienta s okolím, ve kterém se nachází. Terapeut pozoruje aktuální stav klienta a reflektuje tak jeho chování. Podle Pörtnerové (2008, s. 116) jde o „*upozornění na zcela prosté věci z oblasti klientova vnímání*“. Příkladem může být situace, kdy klient sedí a dívá se z okna, terapeut tedy reflektuje: „Sedíte a díváte se z okna“.
- **Obličejová reflexe** (dále jen OR) se zaměřuje především na emocionální stránku klienta. Tato reflexe vytváří kontakt na emocionální úrovni a je důležitá zejména při práci s klienty, u nichž je zapotřebí vysokých dávek sedativ (nebo z důvodu psychosociální izolace), což v důsledku může tlumit jejich emocionální vyjadřování.
- **Tělové reflexe** (dále jen TR) napomáhají klientovi „navázat kontakt“ se svým tělem, se sebou samým. U osob s mentálním postižením či jinou psychózou se někdy objevuje zvláštní držení těla, nebo nezvyklá gesta či pohyby. Terapeut za pomoci tělové reflexe tyto pohyby zrcadlí, čímž klientovi napomáhá k lepšímu se sžití s jeho tělem a tím podporuje překonávání tělesného odcizení, které může klient prožívat. Příkladem může být: „Třesou se vám kolena“, „Máte ztuhlé tělo“.
- **Slovní reproduktivní reflexe** (dále jen SRR) slouží k přijetí klienta jako rovnocenného partnera v komunikaci. To znamená, že terapeut se snaží pozorně naslouchat každému slovnímu projevu klienta a ten následně opakovat slovo od

slova i v případě, že nebyl projev nijak srozumitelný. Toto reflektování v klientovi vyvolává pocit pochopení a může tak dojít k následnému rozšíření konverzace.

- **Zopakované reflexe** (dále jen ZP) vytvářejí základ pro další opětovný kontakt s klientem. Terapeut v tomto případě navazuje na reflexe, které byly úspěšné a tím podněcují další kontakt. ZP mohou být krátkodobé, které se mohou týkat přítomného okamžiku a dlouhodobé, které mohou navázat na předešlý kontakt (Pörtnerová, 2008)

3.3.2 Kontaktní funkce (proces na straně klienta)

Podle Proutyho (2005, s. 38) můžeme kontaktní funkce vnímat jako: „...rozšíření *Perlsova pojetí „kontaktu jako funkce ega“*. Tyto funkce se týkají toho, jak klient vnímá okolní svět, své „já“ a druhé (v originálním znění „*World, Self and Other*“) (Prouty, 1998, s. 30).

Rozlišujeme tři kontaktní funkce a těmi jsou realitní, emocionální a komunikační kontakt. Podle Hanse (1999, s. 11) jsou tyto tři formy kontaktu považovány za nezbytné podmínky úspěšného navázání psychologického kontaktu.

- **Realitní kontakt** je založen na uvědomování si „našeho“ reálného světa. Konkrétně tím máme na mysli místa, osoby, věci ale i čas. My jako lidé se nacházíme v neustálém kontaktu s věcmi i lidmi, kteří tvoří součást naší reality, stejně jako události, které prožíváme v našem životě (tyto události jsou však dočasné) (Prouty, 2005).
- **Emocionální kontakt** znamená být si vědom svých nálad, pocitů i emocí a být schopen je analyzovat jako vlastní (to vše ze strany klienta) (Meaden, 2015). Tento kontakt proto vždy směřuje k vlastnímu „já“ (self), jakožto původci vlastních emocí.
- **Komunikační kontakt** lze definovat jako symbolické vyjádření reality (*World*) a vlastních emocí (*Self*) lidem okolo nás, a to za pomoci využití slov a vět. Tento kontakt souvisí s tím, jak důležitý je jazyk jako nástroj pro spojení s druhými lidmi i utvářením naší osobnosti (Prouty, 1998). Nejedná se však pouze o „sdílení informací“, ale také o vyjádření sebe samých ve vztahu k našemu okolí (Prouty, 2005). Jak uvádí Prouty (2005, s. 38): „*Komunikační kontakt se vždy vztahuje k druhým lidem, k něčemu dalšímu.*“

3.3.3 Kontaktní chování

Kontaktní chování můžeme definovat jako vzniklé změny chování, které se objevují v důsledku posilování kontaktních funkcí prostřednictvím kontaktních reflexí (Prouty, 2005).

Na této úrovni dochází k vyhodnocování (nahrávání, přepisování, skórování) a výsledný kontakt by podle predikce měl být realitní, emocionální a komunikační (Prouty, 2005; Valenta, 2007).

V tomto případě můžeme říci, že pilotní studie dospěly k závěrům, které potvrzují účinnost preterapie. Jako důkaz Prouty uvádí např. nárůst očekávaného zaměření kontaktů (DeVre, 1992), zvýšení reliability (Dinacci, 1994, 1995) či pojmové validity (Prouty, 1994) (Prouty, 2005).

3.3.4 Předexpresivní „já“

Podle Proutyho (2005, s. 39) můžeme předexpresivní stav definovat jako: *“...metapsychologický koncept představující tendenci k vyjádření zkušenosti, která teprve má být integrována.”* V praxi to znamená, že u jedince, u něhož se v důsledku psychické poruchy vyskytují častokrát poruchy slovního projevu – nesourodost, nesouvislost, bez návaznosti na vnější svět, echolálie – dochází k tomu, že jedinec není schopen se vyjádřit natolik srozumitelně, aby rozumělo i okolí jedince (předexpresivní stav). V tomto případě může preterapie pomoci jedinci přejít z předexpresivního stavu do expresivního, kdy je jedinec schopen použít sociálně přijatelnou komunikaci a navázat psychologický kontakt.

3.3.5 Teorie As Itself („Takovost“)

V preterapii se můžeme setkat s pojmem „takovost“ (neboli „as itself“) a podle Proutyho (1994) se jedná o schopnost porozumět určité prožívané zkušenosti. Tato zkušenost se vztahuje právě k sobě samému, v případě procesu preterapie, ke klientovi. Během procesu je tedy kladen důraz především na to, aby terapeut pochopil klientovu skutečnou zkušenost, a nikoliv pouze to, co mu bylo interpretováno. Znamená to, že terapeut vnímá klientovy pocity v přítomném okamžiku – tady a teď (Prouty, 2005). K tomu, abychom dosáhli maximálního úspěchu, doporučuje Prouty především zaměřit se na aktuální prožitek a na to, co na nás působí v daný okamžik. Dále zaměřit své pozorování na tzv. „naturalistický“ prožitek, což znamená, nesoustředit se pouze na verbální projev, ale snažit se pochopit i ten nonverbální. A v neposlední řadě klade Prouty důraz na terapeutovu schopnost nejen intenzivně naslouchat, ale také intenzivně pozorovat.

3.4 Využití preterapie u osob s těžkou mentální retardací

Pravdou je, že systém služeb pro osoby s mentálním postižením prochází již mnoho let významnou změnou. Dochází především k tzv. humanizaci a individualizaci, díky které dochází k vytváření nových a inovativních způsobů komunikace s těmito osobami.

V rámci metodiky standardů kvality sociálních služeb – konkrétně tedy v pátém standardu, který je věnován individuálnímu plánování – můžeme nalézt, kromě možnosti využití metody bazální stimulace i metodu preterapie, jako prostředek komunikace osob s těžkou mentální retardací nebo kombinovaným postižením, které mají potíže v kontaktu s okolím či se sebou samým (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008).

Co se týká aplikace preterapie, je možné ji aplikovat během terapeutického sezení u terapeuta v jeho pracovně, avšak častější variantou je právě ta, kdy terapeuti docházejí za klientem a provádějí preterapii v každodenním životě klienta. Podle Pörtnerové (2005) je užití preterapie v každodenním a běžném životě klienta dobrou volbou právě z důvodu snížení úzkosti klienta, protože ví přesně, co se kolem nich děje. Pörtnerová (2005, str. 187) k tomuto dále dodává: „*Kontaktní reflexe lze navíc velmi snadno včlenit do každodenní práce – například při mytí, oblékání, koupání, při jídle a podobně – tak, aby si klienti snáze uvědomili, co se děje s nimi i kolem nich.*“

Jak už bylo řečeno v předchozích kapitolách, nejdůležitějším prvkem preterapie je reflexe (neboli „zrcadlení“). Klient se v tomto procesu stává člověkem, který má své potřeby a přání. Terapeut (nebo sociální pracovník) je zde proto, aby pomohl klientovi „spojit“ se s vnějším světem, a napomáhat tak reflektovat jeho potřeby a přání. Toto reflektování probíhá díky kontaktním reflexím, které slouží klientovi vytvořit si kladnou a přesnou představu o sobě samém, o druhých lidech a okolním světě. Výsledkem celého preterapeutického procesu by podle Pörtnerové (in Jurkovičová, 2013) mělo být jak celkové zklidnění klienta, tak i terapeuta, a zároveň usnadnit klientovi komunikaci v každodenním životě a podporovat tak jeho individuální osobnost se všemi jejími zvláštnostmi.

Využití preterapie je velice jednoduché, protože k jejímu aplikování nejsou zapotřebí žádné speciální pomůcky, měřicí přístroje či finanční prostředky (Prouty, 2005). To, zda byla preterapie úspěšná, lze dokázat dlouhodobějším pozorováním i na základě změn v prožívání klienta. Výkon preterapie není omezen pouze na odborníky (tj. sociální pracovníky, zdravotnický personál či ošetřovatele), ale mohou ji poskytovat i lidé bez terapeutického či poradenského vzdělání (tj. rodiče či příbuzní). Tuto skutečnost dokazuje i případová studie dívky s těžkou mentální retardací, která nekomunikovala slovně. Úkolem její matky bylo

v každodenním životě dívky efektivně využívat kontaktní reflexe (konkrétně tělové a obličejové reflexe). Výsledkem tohoto snažení bylo zintenzivnění komunikace dívky s okolním světem i se sebou, které se projevovalo navazováním kontaktu s druhými lidmi i vnímáním vlastních pocitů (Prouty, 2005).

Na závěr kapitoly bychom rádi uvedli případovou studii muže s hlubokou mentální retardací, který byl klientem ústavu sociální péče. Mentální věk odpovídal přibližně 2 rokům a 4 měsícům. Mezi jeho příznaky patřil pláč, intenzivní střídání nálad či stereotypní vytrhávání trávy. Na tomto příkladu můžeme vidět, jak klient ze stavu neverbálního vyjadřování přešel až do fáze jednoduché komunikace, kdy byl schopen vnímat, a tudíž i interpretovat realitu okolo sebe. Následuje zkrácený přepis záznamu z terapeutického sezení (Prouty, 2005, 48–50 s) (pozn. v závorce jsou vždy uvedeny o jaký druh kontaktní reflexe se jedná):

„T (terapeut): (SR) Ahoj, Dane.

T: (SR) Díváš se na volant.

T: (SR) Oba sedíme na hnědých židlích.

K (klient): Vrum.

T: (WWR) Vrum.

K: Klik, klik.

T: (WWR) Klik, klik.

T: (SR) Dan točí volantem.

T: (BR) Dan kříží ruky. (Překříží ruky)

T: (BR) Tělo se na židli ohýbá dolů. (Ohne se)

K: Vrum. Vrum.

T: (WWR) Vrum. Vrum.

T: (SR) Hlavami se dotýkáme podlahy.

T: (SR) Ohýbáme se dole k zemi.

T: (FR) Díváš se.

T: (SR) Díváš se na volant.

K: Í, prsk, sss.

T: (WWR) Í, prsk, sss.

T: (SR) Děláš zvuky jako při bouračce.

[...]

T: Ahoj, Dane.

K: Ahoj, Mimi.

T: (SR) Když si pozdravil, podíval ses na Mindi.

T: (SR) Sedíš na židli
T: (SR) Hledáš volant.
T: (FR) Rozhlížíš se po místnosti.
T: (SR) Vzal jsi si do ruky volant.
T: (FR) Usmíváš se.
K: Vrum. Vrum.
T: (WWR) Vrum. Vrum.
T: (FR) Díváš se na Mindy.
[...]
T: (SR) Díváš se na věci na stole.
K: Talíře.
T: (WWR) Talíře.
K: Ubrousky.
T: (WWR) Ubrousky.
K: Oslava?
T: (WWR) Oslava.
T: (SR) Chceš vědět, jestli bude nějaká oslava?
T: (SR) Brzo budou Vánoce.
K: Ježíšek.
T: (WWR) Ježíšek. “

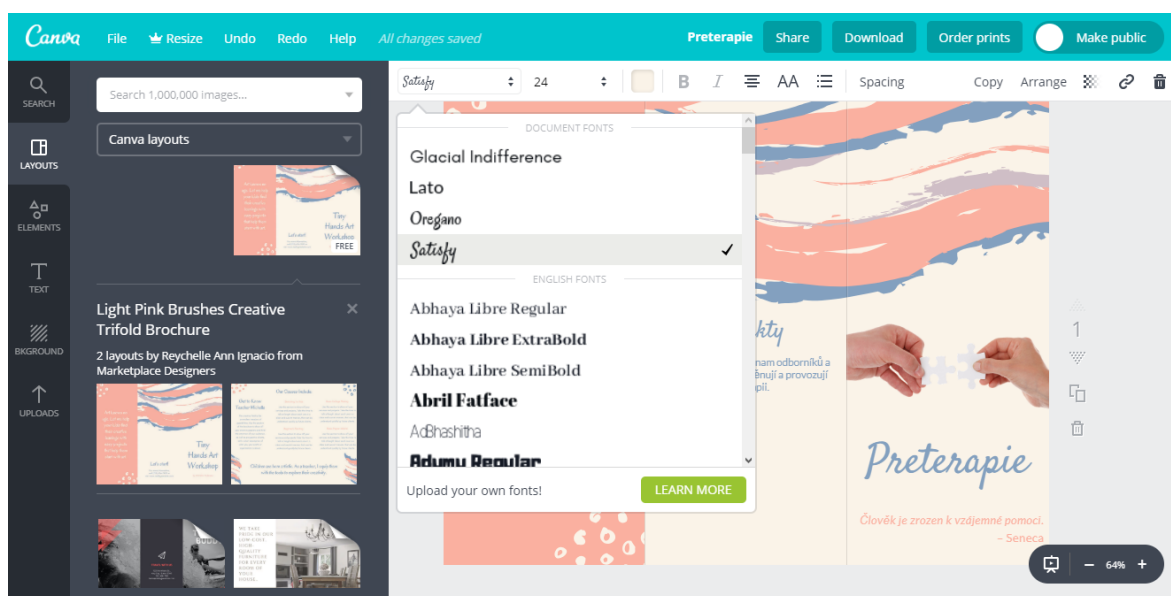
3.5 Tvorba informačního letáku – přehled konceptu Preterapie

Součástí této bakalářské práce je i graficky zpracovaný informační leták, jehož cílem je poskytnout základní informace o konceptu preterapie, tj. co je to preterapie, pro koho je určena, jak může pomoci apod.

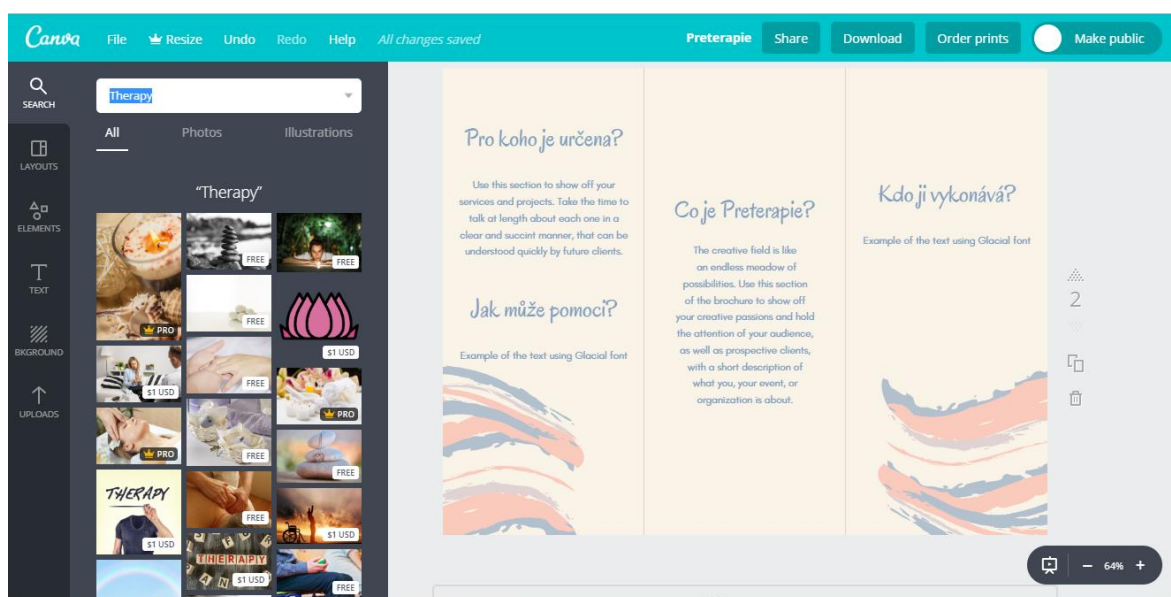
Tvorbu letáku je možné rozdělit do dvou fází. V první fázi bylo důležité nastudovat odbornou literaturu k tématu preterapie. Tato fáze vycházela z již vypracované třetí kapitoly s názvem Koncept preterapie, neboť zde byly čerpány veškeré informace, které byly později zaznamenány ve zpracovaném letáku. Zde můžeme konkrétně nalézt informace o tom, co je to preterapie, pro koho je preterapie určená (tj. klientela) či jak může tato metoda pomoci.

Úkolem druhé fáze byla samotná tvorba letáku a jeho grafické zpracování. Pro její tvorbu jsme zvolili zahraniční grafický editor Canva (dostupné z: <https://about.canva.com>), který nabízí nespočet šablon pro tvorbu jakékoliv grafiky – od prezentací, přes grafiku pro sociální media až po svatební pozvánky či oznámení. Tento online editor nabízí taktéž zásobu fotografií,

vektorů a ilustrací, které lze využít při tvorbě grafiky. Ty mohou být doplněny o zajímavé a kreativní písmo, které Canva nabízí přímo v editoru. Při úpravě různých fotografií lze také využít možnost tzv. filtrů, díky kterým budou fotografie vypadat opravdu profesionálně. Uživatel-začátečník má možnost zaregistrovat se zdarma a využívat spoustu těchto doplňků bezplatně. Tato varianta je však do značné míry omezena a v případě, že chcete využívat další doplňky editoru (měnit velikost obrázku, nahrávat své vlastní fonty či tvořit animované obrázky ve formátu .gif), je třeba zaplatit měsíční poplatek (přibližně 290 Kč/měsíc). Tento online editor je vhodný i pro uživatele-začátečníky, jelikož po celou dobu editorování má uživatel možnost nápovědy, která je součástí programu.



Obrázek 1 Ukázka práce v editoru Canva (dostupné z: <https://about.canva.com>)



Obrázek 2 Hledání ilustrací dle zadaného slova (dostupné z: <https://about.canva.com>)

Na obrázcích (obrázek 1, obrázek 2) lze vidět práci v online editoru Canva. Konkrétně se jedná o výběr fontu označeného textu. Dále lze vidět výběr obrázků a ilustrací pro zadané slovo „Therapy“.

Hlavním záměrem tvorby letáku je nabídnout přehled základních informací o konceptu preterapie a přivést tento koncept do povědomí širšího okruhu společnosti, a to jak laické, tak i odborné – rodiče osob s mentálním postižením, psychoterapeuti či speciální pedagogové. Graficky zpracovaný informační leták je součástí přílohy této bakalářské práce a zároveň je součástí i CD, na kterém je taktéž leták uložen.

Závěr

Tato bakalářská práce je věnována preterapii – metodě vycházející z Rogerovského přístupu zaměřeného na klienta, která klade důraz na individuální přístup ke klientovi, jakožto osoby, která má potíže v navazování kontaktu běžným způsobem.

V první kapitole jsme vymezili osobnost jedince s mentálním postižením – příčiny vzniku a diagnostiku mentálního postižení. Taktéž jsme se zaměřili na specifika jednotlivých oblastí osobnosti a v závěru shrnuli specifčnost a další možnosti komunikace osob s mentálním postižením. Druhá kapitola byla věnována přístupu orientovanému na klienta, který vytvořil a rozvinul Carl R. Rogers. Důraz byl kladen především na propojení poznatků Rogerovského přístupu a jejich pozdější vliv na Proutyho koncept preterapie; dále na historických kontext vzniku tohoto přístupu, a také základní podmínky přístupu orientovaného na klienta. Třetí a zároveň nejrozsáhlejší kapitola se zaměřila na koncept preterapie a její vznik, teorii, a především na možnosti praktického využití tohoto konceptu u osob s mentálním postižením. Při vypracování teoretické části bylo využito českých i zahraničních zdrojů, které pomohly v lepší orientaci v dané problematice.

Cílem bakalářské práce bylo podrobněji přiblížit koncept preterapie a na základě získaných poznatků graficky zpracovat informační leták, ve kterém by bylo možné nalézt základní informace o tomto konceptu – co je to preterapie, pro koho je určena a jak může pomoci.

Výsledkem této bakalářské práce je podrobně vypracovaná kapitola o preterapii, která nabízí širokou škálu informací, která může posloužit odborné i laické veřejnosti. Na základě této kapitoly a dalších plnohodnotných zdrojů byl taktéž vytvořen graficky zpracovaný informační leták, který zodpovídá základní otázky ohledně konceptu preterapie a nabízí i krátký seznam kontaktů na odborníky, kteří ve své praxi využívají metodu preterapie. Tento leták lze nalézt v příloze bakalářské práce, a taktéž je možné jej nalézt i na přiloženém CD.

Závěrem je tedy možné konstatovat, že cíl této práce byl naplněn. Vypracovaný přehled o konceptu preterapie i graficky zpracovaný leták považuji s ohledem na své dosavadní zkušenosti za povedené a dostačující. Věřím, že podrobně zpracovaná kapitola o preterapii i přiložený informační leták mohou posloužit jak studentům při vytváření další odborné práce, rodinám s osobami s mentálním či jiným duševním postižením, tak i odborníkům z praxe jakožto souhrn základních informací o této psychoterapeutické metodě. Zároveň bych ráda touto prací apelovala na další odborníky z praxe i rodiče, aby se nebáli dále prozkoumávat tuto ne zcela známou metodu. Věřím, že preterapie se může stát vhodným prostředkem komunikace a také jakýmsi pomyslným mostem mezi světem intaktní společnosti a lidmi, jejichž emoce a pocity

jsou častokrát ukryty za dveřmi neporozumění – se správným klíčem je však možné tyto dveře otevřít – a tím klíčem může být právě preterapie.

Za cenný přínos považuji to, že jsem mohla rozšířit své vědomosti ohledně této metody dále – za hranice výuky – a načerpat tak nové informace, které by bylo možné využít i v budoucí praxi.

Seznam bibliografických citací

Tištěné zdroje

1. BENDO VÁ, Petra; ZIKL, Pavel. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing, 2011, 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
2. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
3. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence*. Praha: Grada Publishing, 2006, 228 s. ISBN 80-247-1110-9.
4. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 115 s. ISBN 978-80-244-3716-3.
5. KUBOVÁ, Libuše a kol. *Znak do řeči*. Praha: Tech-market, 1999, 87 s. ISBN 978-80-7320-178-4.
6. MEADEN, Alan. *Innovations in Psychosocial Interventions for Psychosis: Working with the hard to reach*. London: Routledge, 2015. 248 s. ISBN 978-1317542964.
7. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009, 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
8. PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005, 197 s. ISBN 8071789496.
9. PROUTY, Garry. *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Westport, Conn.: Praeger, c1994. 113 s. ISBN 978-0275945435.
10. ŠAROUNOVÁ, Jana a kol. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. 150 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
11. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
12. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.

13. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

Elektronické zdroje

1. Canva. *About Canva* [online]. ©2019 [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: <https://about.canva.com>
2. American Speech-Language-Hearing Association. *Augmentative and Alternative Communication* [online]. Rockville, MD: Practice Portal, ©2018 [cit. 2018-07-23]. Dostupné z: <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/>
3. Centrum pro rodinu a sociální péči Hodonín. *Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)* [online]. Hodonín, ©2014 [cit. 2018-07-30]. Dostupné z: <http://www.cprhodonin.cz/stacionar-vlastovka-poskytovan/vymenny-obrazkovy-komunikacni-system-voks>
4. DSM-5® Coding Update. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* [online]. 5th. Arlington: American Psychiatric Publishing, ©2014, s. 4 [cit. 2018-05-06]. ISBN 9784260019071. Dostupné z: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/DSM-5%20Coding%20Update_Final.pdf
5. FAIXOVÁ, Kateřina. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatr. praxi* [online]. Praha: Fokus Praha, ©2014, 15(1), s. 35 [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>
6. Velký lékařský slovník. *Fatické funkce*. [online]. Maxdorf, ©2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/faticke-funkce>
7. JURKOVIČOVÁ, Petra. *Koncept Pre-terapie v práci s osobami s problémy v nadvázování kontaktu* [online]. Olomouc, ©2013, s. 17 [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2015/01/Koncept-pre-terapie-v-praci-s-osobami-s-MP.pdf>
8. Let's Talk Makaton. *About Makaton* [online]. Hampshire: The Makaton Charity, ©2017 [cit. 2018-07-28]. Dostupné z: <https://www.makaton.org/aboutMakaton/default>

9. PÖRTNER, Marlis. *Psychoterapie pro lidi s mentálním postižením na základě přístupu zaměřeného na člověka* [online]. Praha: QUIP, ©2008 [cit. 2018-07-23]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/aktuality/planovani-zamerene-na-cloveka-nastroje/psychoterapie-pro-lidi-s-mentalnim-postizenim-na-zaklade-pristupu-zamereneho-na-cloveka/>
10. SAUEROVÁ, Markéta. *Využití přístupu zaměřeného na člověka při vytváření a budování vztahu s klientem s mentálním postižením* [online]. Olomouc: ©2014 [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: https://theses.cz/id/sqdohx/Vyuit_pstupu_zamenho_na_lovka_pi_vytv_en_a_budovn_vztahu_s.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
11. SZTRAKOVÁ, Markéta. *Využívání alternativní a augmentativní komunikace ve speciálních školách Libereckého kraje* [online]. Hradec Králové, ©2017 [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/01z87p/STAG86695.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta.
12. The Arc. *What is People First Language* [online]. Washington, DC: Media Center, ©2018 [cit. 2018-07-28]. Dostupné z: <https://www.thearc.org/who-we-are/media-center/people-first-language>
13. ÚZIS ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. [cit. 2018-09-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1: Graficky zpracovaný informační leták

PŘÍLOHA 1: Graficky zpracovaný informační leták



„Kde jsou přátelé, tam je i pomoc.“

– Titus Maccius Plautus

Kontakty

QUIP (Kvalita v praxi)
email: info@kvalitavpraxi.cz
web: www.kvalitavpraxi.cz (zde naleznete i kontakty na jednotlivé pracovníky)

PhDr. Mgr. Klevetová Dana
email: Klevetova@seznam.cz
tel. č.: +420 733 570 400
web: www.peceodusi.webnode.cz



Preterapie

Člověk je zrozen k vzájemné pomoci.

– Seneca



Pro koho je určena?

Metoda preterapie je určena pro osoby, které nejsou schopny navazovat kontakt s realitou běžným způsobem a komunikace s nimi je velice náročná. Patří zde např. osoby s těžkým či hlubokým mentálním postižením, depresí, chronickou schizofrenií nebo osoby s kombinovaným postižením.

Co je preterapie?

Preterapie je psychoterapeutická metoda, za pomoci které mohou lidé s mentálním postižením či jinou duševní poruchou komunikovat a vyjadřovat své potřeby na jednoduché úrovni.

...

Hlavním technikou této metody je tzv. **reflektování** ("zrcadlení"), které pomáhá jedinci s duševní poruchou navázat kontakt s realitou.

...

Autorem preterapie je psycholog **Garry Prouty**, který při vytváření této metody vycházel ze svých osobních zkušeností s mentálně postiženým bratrem. Tato práce ho nadále motivovala k hledání dalších způsobů, jak navázat kontakt s lidmi, kteří nejsou schopni komunikovat běžně dostupnými komunikačními prostředky.

Jak může pomoci?

Díky technice reflektování, kterou preterapie využívá, je možné pro osobu s postižením navázat kontakt s realitou a později např. vyjádřit i své potřeby a pocity na jednoduché úrovni.

Metoda preterapie nabízí možnost vytvořit jakýsi pomyslný most mezi vnitřním a vnějším světem osoby s postižením, a dávají tak možnost lépe pochopit jak samu sebe tak i okolní svět.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lucie Kopecká
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Hana Karunová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název závěrečné práce:	Preterapie u osob s mentálním postižením ve speciálně-pedagogickém kontextu
Název závěrečné práce v angličtině:	Pre-therapy For People With Mental Disability In a Special Pedagogical Context
Anotace závěrečné práce:	Bakalářská práce shrnuje informace o využití preterapie u osob s mentálním postižením, a to vše s ohledem na speciálně-pedagogický kontext. Zaměřuje se podrobněji na koncept preterapie a uvádí důležité složky této metody a její specifika. Součástí je i graficky zpracovaný informační leták, který nabízí krátké představení metody preterapie pro rodiče i odborníky z praxe.
Klíčová slova:	Speciální pedagogika, mentální postižení, preterapie
Přílohy vázané v práci:	1. Graficky zpracovaný informační leták
Rozsah práce:	39 stran
Jazyk práce:	Čeština