

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Markéta Sauerová

**Využití přístupu zaměřeného na člověka při vytváření a budování vztahu s
klientem s mentálním postižením**

Olomouc 2014

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma využití přístupu zaměřeného na člověka při vytváření a budování vztahu s klientem s mentálním postižením vypracovala samostatně na základě pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne 14. dubna 2014

.....

Bc. Markéta Sauerová

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za pomoc při psaní mé diplomové práce a za odborné vedení. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kolegům a kolegyním, kteří se zapojili do realizace mého výzkumného šetření.

.....

Bc. Markéta Sauerová

Obsah

Úvod	7
I Teoretická část.....	9
1 Přístup zaměřený na člověka	10
1.1 Definice a zařazení přístupu zaměřeného na člověka.....	10
1.2 Filozofické a psychologické kořeny přístupu zaměřeného na člověka	11
1.2.1 Humanistická psychologie.....	11
1.2.2 Existencialismus	11
1.2.3 Fenomenologie	13
1.3 Historie a vývoj přístupu zaměřeného na člověka.....	14
1.4 Současný stav a nejnovější poznatky v přístupu zaměřeném na člověka.....	15
1.5 Základní principy a teorie přístupu zaměřeného na člověka	17
1.5.1 Teorie self	18
1.5.2 Teorie terapie	19
1.5.3 Teorie plně fungujícího člověka	21
1.5.4 Teorie mezilidských vztahů.....	22
1.6 Shrnutí	22
2 Preterapie	24
2.1 Definice a zařazení preterapie	24
2.2 Současný vývoj a výzkum preterapie	25
2.3 Teorie preterapie.....	26
2.3.1 As Itself	26
2.3.2 Psychologický kontakt a kontaktní reflexe.....	27
2.3.3 Kontaktní funkce	29
2.3.4 Expresivní a předexpresivní stav	29
2.3.5 Teorie presymboliky	30
2.4 Aplikace preterapie.....	30
2.5 Shrnutí	32
3 Člověk s mentálním postižením	33
3.1 Mentální postižení – kontext	33
3.2 Mentální postižení – definice, pojmové vymezení a související pojmy.....	34
3.3 Etiologie, diagnostika a klasifikace mentálního postižení.....	35
3.4 Specifika osobnosti člověka s mentálním postižením	38

3.4.1 Člověk s lehkým mentálním postižením	40
3.4.2 Člověk se středně těžkým mentálním postižením	41
3.4.3 Člověk s těžkým a hlubokým mentálním postižením.....	43
3.5 Sociální statut lidí s mentálním postižením a vnímání společnosti	45
3.6 Shrnutí	47
4 Role vytváření a budování vztahu při práci s lidmi s mentálním postižením.....	49
4.1 Vymezení pojmu vztah.....	49
4.1.1 Vymezení pojmu z hlediska psychologie	49
4.1.2 Vymezení pojmu z hlediska psychoterapie	50
4.2 Dyadická interakce	50
4.2.1 Vývoj dyadického vztahu	50
4.2.2 Uspokojující vztah.....	51
4.2.3 Význam vztahu v životě člověka.....	52
4.3 Vztah z pohledu terapie zaměřené na člověka.....	52
4.3.1 Zdravý vztah mezi terapeutem a klientem.....	53
4.3.2 Sebeexplorace, explikace a objasňování	54
4.4 Lidský vztah jako součást profese	54
4.5 Lidský vztah jako systém	56
4.6 Shrnutí	57
II Praktická část	59
5 Výzkumné metody.....	60
5.1 Kvalitativní přístup jako východisko výzkumného šetření	60
5.2 Fenomenologické zkoumání jako výzkumný design výzkumného šetření	61
5.3 Metody sběru dat	61
5.3.1 Kvalitativní rozhovor	61
5.3.2 Retrospekce	62
5.3.3 Videozáznam	62
5.4 Metody analýzy a interpretace dat.....	63
5.4.1 Otevřené kódování.....	63
5.4.2 Tematické kódování	64
5.4.3 Kategorizování.....	64
5.4.4 Vytváření trsů a struktur (vzorců)	64
5.4.5 Interpretace dat	65
6 Popis výzkumného šetření	66

6.1 Popis výzkumného problému, účelu výzkumu a výzkumné otázky.....	66
6.2 Popis plánu výzkumného šetření	68
6.3 Popis výzkumného vzorku	68
6.4 Analýza získaných kvalitativních dat	69
6.4.1 Kvalitativní analýza opakovaných rozhovorů	70
6.4.2 Kvalitativní analýza rozhovoru s pracovníkem Jiřím.....	77
6.4.3 Kvalitativní analýza rozhovoru s pracovnící Danou	79
6.4.4 Kvalitativní analýza deníku o využívání preterapie u klientů s mentálním postižením.....	79
6.4.5 Trsy, kategorie a interpretace výsledků kvalitativní analýzy	80
5.5 Diskuse a závěry kvalitativní analýzy	94
5.5.1 Zodpovězení výzkumných otázek	94
5.5.2 Zhodnocení – popření či potvrzení výzkumných předpokladů	98
Závěr.....	100
Seznam použité literatury	102
Seznam příloh	109

Úvod

Přístup zaměřený na člověka je psychologický a psychoterapeutický směr založený významný americkým psychologem C. R. Rogersem. V rámci své rozsáhlé teoretické a praktické práce na rozvoji tohoto směru, stanovil Rogers mimo jiné i šest tzv. „nevyhnutelných a dostačujících podmínek osobnostní změny“. Ty popsal poprvé v článku z roku 1957 a tvrdí, že pokud budou tyto podmínky ve vztahu přítomné, povedou ke konstruktivní osobnostní změně (Šiffelová, 2010).

Na tuto teorii navazuje další americký psycholog Garry Prouty, který přináší novou metodu – preterapii, jejíž snahou je u klienta rozvinout první ze šesti těchto podmínek – psychologický kontakt. Tato metoda pomocí kontaktních reflexí umožňuje lidem, kteří jsou mimo psychologický kontakt, tento stav navodit. Kontaktní funkce jsou dle Proutyho přímým důsledkem působení kontaktních reflexí a směřují k navození realitního, emocionálního a komunikačního kontaktu.

Tato práce se zabývá otázkou, zda a jakým způsobem lze využít preterapii a přístup zaměřený na člověka při vytváření a budování vztahu s klientem s mentálním postižením. Při realizaci výzkumného šetření jsme se nechali inspirovat následujícím principem přístupu zaměřeného na člověka: pro člověka neexistuje jiná realita než ta, která je vytvářena jeho vnímáním a prožíváním. Člověk je spokojený, jestliže jeho pojetí self je ve shodě se zážitky a se zpětnou vazbou od okolí. Základní lidskou potřebou je proto potřeba kladného přijetí druhými lidmi. Na základě prožívání přijetí ve vztahu s druhým člověkem se rozvíjí potřeba sebepřijetí. Sebeacceptace a kvalitní prožívání života by pak mělo být cílem každé sociální služby a každého pracovníka pracujícího s lidmi s mentálním postižením.

Práce samotná je rozdělena na dvě hlavní části, část I teoretickou a část II praktickou. Teoretickou část tvoří čtyři kapitoly – přístup zaměřený na člověka, preterapie, člověk s mentálním postižením a role vytváření a budování vztahu při práci s lidmi s mentálním postižením. V první kapitole se pokusíme definovat a zařadit přístup zaměřený na člověka, objasnit filozofická východiska, popsat směry, ze kterých vychází a nastínit jeho vznik a vývoj. Ve druhé kapitole definujeme co je to preterapie, kam se řadí, podrobně se budeme věnovat jejímu současnému výzkumu a popíšeme teorii psychologického kontaktu a kontaktního chování. V kapitole o mentálním postižení se kromě popisu příčin, diagnostiky a klasifikace, zaměříme zejména na objasnění specifík osobnosti člověka s mentálním

postižením. V poslední kapitole teoretické části se budeme zabývat definováním a vysvětlením pojmu vztah, vznikem a vývojem dyadické intervence, pokusíme se objasnit význam vztahu v životě člověka a zaměříme se na oblast vztahu v pomáhajících profesích.

V teoretické části, v rámci výzkumného šetření, budeme využívat metod a postupů kvalitativního přístupu ve výzkumu a design fenomenologického zkoumání. Hlavními metodami sběru dat bude kvalitativní rozhovor a retrospekce, hlavními metodami analýzy dat pak bude otevřené a tematické kódování, kategorizace a metoda vytváření trsů.

Cílem práce je prostudovat a popsat teorii, která se přímo váže k tématu práce, využít všech dostupných literárních tištěných i elektronických pramenů s důrazem kladeným na zahraniční a primární zdroje a zhodnotit současný vývoj a výzkum v daných oblastech. Cílem praktické části je zvolit správně metody sběru a analýzy dat a vhodným způsobem je využít k zodpovězení stanovených výzkumných otázek. Hlavní výzkumná otázka zní: *„Jaké jsou významy, struktury a esence prožívané zkušenosti vztahu mezi klientem s mentálním postižením a pracovníkem, který s ním pracuje a jakou roli hraje preterapie při vytváření a budování takového vztahu?“* Doufáme, že poznatky získané v rámci našeho výzkumného šetření doplní současné poznání v oblasti práce s lidmi s mentálním postižením a posunou poskytování péče směrem k většímu důrazu na vztah a využití jeho velkého potenciálu.

I Teoretická část

1 Přístup zaměřený na člověka

V této kapitole se pokusíme definovat a zařadit přístup zaměřený na člověka, popíšeme jeho pozici v humanistické psychologii a objasníme filozofická východiska, na kterých přístup zaměřený na člověka staví své teorie. Stručně nastíníme základní filozofické směry – fenomenologii a existenciální filozofii a poté se zaměříme na samotný vznik a vývoj směru. Z dostupných zdrojů shrneme, jaké jsou základní principy a teorie definované zakladatelem směru Carlem Ransomem Rogersem. Blíže se pak seznámíme s teorií self a aktualizační tendencí, teorií terapie a „nevyhnutelných a dostačujících podmínek“, teorií plně fungujícího člověka a na závěr ve stručnosti přiblížíme teorii mezilidských vztahů. Celý text kapitoly bude v závěru shrnut a zhodnocen.

1.1 Definice a zařazení přístupu zaměřeného na člověka

Přístup zaměřený na člověka je psychologický a psychoterapeutický směr, jehož zakladatelem je americký psycholog Carl Ransom Rogers (1902 – 1987). Tento směr je řazen do hnutí humanistické psychologie, označovaného Abrahamem Maslowem jako třetí cesta nebo také vlna v americké psychologii, kdy prvními dvěma jsou psychoanalýza a behaviorismus (Šiffelová, 2010).

Vymětal (2001) dodává, že přístup zaměřený na člověka zároveň významně přispívá k vytvoření obecného psychoterapeutického modelu, ve který ústí diferencovaně integrativní přístup. Počátky směru jsou zakotveny v poradenské a později v psychoterapeutické činnosti C. Rogerse v USA a Reinharda Tauscheho, který zhruba o deset let později přenesl jeho poznatky do Evropy (Nykl, 2004). Specifickým rysem této terapie je, že vychází z člověka a podněcuje jeho samostatný vývoj, místo toho, aby na něj zaměřovala interpretativní nebo usměrňující působení.

Stručnou charakteristiku a hlavní principy uvádí Kratochvíl (2006). Jedná se o nedirektivní terapii, ve které má hlavní místo důvěrný a otevřený rozhovor, při němž se terapeut vcítuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevovalání a současně může i sám autenticky projevit své osobní pocity. Přístup zaměřený na člověka vychází, jak uvádí Nykl (2004, s. 19), z následující základní hypotézy (aktualizační tendence): *„Každému člověku je vlastní potenciál růstu, který může být ve vztahu k jedné osobě (například terapeutovi) aktivován. Předpokladem je, že tato osoba zažívá a zároveň sděluje*

klientovi své vlastní reálné bytí, svoji vlastní emocionální náklonnost a nanejvýš senzibilní nehodnotící porozumění“ (Srovnej s Rogers, 1951).

1.2 Filozofické a psychologické kořeny přístupu zaměřeného na člověka

1.2.1 Humanistická psychologie

Humanistická psychologie, a s ní i přístup zaměřený na člověka, se vrací ke klasické introspekci a inspiruje se fenomenologií a existenciální filozofií. Člověka chápe jako vědomého a aktivního tvůrce své existence, který je především potenciálně zdravý, rozvíjející se, tvořivý a hledající sebe naplnění. Filozofické východisko je zde především východiskem noetickým a filozoficko-antropologickým, důraz je kladen na lidskou subjektivitu, která prožívá, poznává. Lidské bytosti lze důvěřovat, protože její založení je pozitivní ve směru základní sociálnosti, pohybu vpřed, racionality a realističnosti, je jí vlastní tendence k růstu, rozvoji a naplňování pozitivních možností. Člověk má zcela v rukou svůj osud, má svobodnou vůli se ve všem sám rozhodnout (Vymětal, 2001).

Humanistická psychologie a terapie, jak uvádí Vymětal (2001), vychází mimo jiné z následujících tezí:

- člověk je jedinečnou a svobodnou bytostí mající tendenci k osobnímu růstu a stálému vývoji,
- člověka lze zkoumat zásadně v rámci celostního přístupu (holistické, tvarové, případně systémové hledisko) a ve vývojovém časovém horizontu s důrazem na přítomnost,
- pro lidského jedince jsou otázky po hodnotách, vlastní odpovědnosti a po smysluplném životě otázkami zásadního významu,
- redukcionismus jakéhokoli typu a plochý scientismus jsou odmítány.

1.2.2 Existencialismus

Horyna definuje existencialismus jako: „významný filosofický směr 20. století. Termín pochází od německého historika filosofie F. Heinemanna. Zahrnuje ovšem učení, která sice spojuje důraz na pojem existence, ale která jsou značně odlišná“ (1998, s. 116). Existencialismus jako pojem byl často vnímán jako vágní, a dokonce i sporný. Existencialismus se prolíná s dalšími filozofickými směry, například s fenomenologií,

s filozofií dialogu, s filozofickou antropologií nebo s personalismem. Sám M. Heidegger se bránil tomu, aby jeho filozofie byla za existenciální označována.

Za předchůdce existencialismu jsou dle Horyny (1998, s. 116) považováni: „S. Kierkegaard (*důrazem na osobní prožívání skutečnosti ve stavech úzkosti, nahlédnutím lidské svobody a svou kritikou masové společnosti*), F. M. Dostojevskij (*evokací mezních situací a pocitů viny a odpovědnosti*) a F. Kafka (*popisem absurdna a odcizení*), z velkých filosofických nauk pak F. Kietzsche a filosofie života (W. Dilthey, H. Bergson)“.

Podle Kossaka (1978) není existencialismus systematická soustava filozofických nebo literárních názorů z toho důvodu, že existencialismus nikdy nepřijal podobu uzavřené doktríny. To, co se tímto pojmem označuje, ve skutečnosti tvoří nejrozumnější, sobě blízké světonázorové motivy. Východiskem této filozofie je subjektivita jedince, člověk je svobodný, a tudíž je sám odpovědný za své činy. Schopností každého člověka je žít autenticky. Kossak dále uvádí (tamtéž), že existencialismus ve filozofii je přímou reakcí na úplnou ztrátu víry v boha (nebo spíše v cokoliv, co by řídilo naší existenci).

Člověk je jediným jsoucím, které není dáno hotově a úplně, je bytostí, která na sobě samé musí pracovat, musí se starat o své bytí, zařizovat se v něm. Tento seberozvoj je správný a nutný, nesmí nikdy ustát. Je tedy chyba myslet si, že lze dojít úplného poznání sebe sama a dospět k jakémusi završení našeho úsilí. Tím by člověk přestal být člověkem, protože by ztratil smysl své existence. Tyto myšlenky přinesl do filozofie Friedrich Nietzsche v knize *Ecce Homo* – „Werde, der du bist“ v překladu Staň se tím, kým jsi (viz. Nietzsche, *Ecce Homo - Wie man wird, was man ist*).

Existence je trvalý souboj s vlastní nezajištěností. Nikdy nesmí být jasno o tom, co se má dělat a jak se to má se světem. Pokud tomu tak je, ztrácí člověk svoji autenticitu. Existovat znamená být v možnostech. Existence je nám dána jako úkol. To ale znamená, že zpočátku není nijak určena. Nemůže být zřejmé, čím budeme. Existence je zprvu jen vržena do situace, kterou si nevybrala, ale s kterou se musí nějak vyrovnat. Je-li v životě nějaký smysl, musí si ho dát existence sama. To je základní motiv novodobého existencialismu (Blecha, 2004).

Co si přístup zaměřený na člověka odnáší z existenciální filozofie? Jednou z existenciálních myšlenek je ta, že člověk je sám sobě účelem, má určovat sebe sama a nedat se určovat ničím vnějším. Člověk má být, čím je, protože tím být chce a chtít má. Být svobodným znamená zůstat sám sebou. Být konformní s míněním (byť zdánlivým) našeho

okolí znamená svázanost a nesvobodu. Přijmout zodpovědnost sami za sebe a osvobodit se od pout společnosti je jedním z principů přístupu zaměřeného na člověka.

1.2.3 Fenomenologie¹

Horyna (1998, s. 119 – 120) definuje fenomenologii jako: „významný směr filosofie 20. století, založený E. Husserlem. V současnosti je pojem fenomenologie vyhrazen pro označení právě tohoto učení. Velký vliv na formování výchozích myšlenek měl F. Brentano. Fenomenologie vznikala z Husserlových výzkumů, které prováděl v oblasti teorie matematiky a logiky. Snažil se rozkrýt imanentní sféry našeho vědomí v jeho autentické podobě a nalézt ideální entity a zjistit nakolik jsou dány nezávisle na usuzování. Cílem fenomenologie je odstranit z vnímání všechny předsudky a neproověřené teze a dívat se na svět ničím nezkaleným zcela čistým pohledem. Pomoci by nám v tom měla pečlivá deskriptivní analýza vnitřních stavů našeho vědomí, která by prověřila, jak je možná evidence danosti „věcí samotných“ a jejich významů pro nás tak, jak jsou tvořeny jednotlivými psychickými aktivitami.

Fenomenologie představuje pro přístup zaměřený na člověka zejména metodologickou základnu. Fenomenologie sama je filozofický směr, založený Edmundem Husserlem. Dalšími představiteli jsou M. Heidegger, M. Merleau-Ponty, J. Patočka či s existencialismem spojovaný J. P. Sartre. M Heidegger objasňuje, že fenomenologie je ve své podstatě ontologie – nauka o bytí, jsoucnu. Na rozdíl od Husserla, který se zabýval poznáním (poznáním se zabývá epistemologie). Fenomenologie znamená obecně přesné zkoumání jevů, ne však jejich podstaty, ale tak jak se nám „jeví“. Jde tedy spíše o pozorovatele nežli o jev samotný (Blecha, 2007).

Blecha (2004) vysvětluje hlavní princip fenomenologie – fenomenologickou redukci následovně: abychom mohli sejít k základům naší opravdové zkušenosti o světě, je třeba zbavit se všech předsudků, vyřadit je z naší pozornosti. Musíme se soustředit pouze a přesně jenom na to, jak se nám určitá věc jeví, bez všech nepatrných domněnek, hypotéz, vizí apod. zredukujeme jev na tzv. fenomén. V tomto okamžiku se nám ukáže mnoho zajímavých okolností, které mohli uniknout naší pozornosti.

¹ Společně s fenomenologií je významným zdrojem inspirace pro přístup zaměřený na člověka i sociální konstruktivismus a symbolický interakcionismus. Hlavní myšlenkou sociálního konstruktivismu je teze, že významy nejsou v objektech předem pevně dány, ale jsou na ně kladeny sociálními aktéry a mohou se měnit. Nemělo by být proto prioritní hledat nějakou objektivní pravdu, ale zabývat se těmi skutečnostmi, které aktéři (ať už klienti či jejich rodiny) považují za důležité. (Hanzl, 2012)

1.3 Historie a vývoj přístupu zaměřeného na člověka

Počátek směru je spojován s krátkým článkem C. R. Rogerse, kterého v roce 1940 uveřejnil v americkém časopise pro poradenskou psychologii. Vymětal (2001) periodizuje vývoj tohoto směru do šesti období. Periodizace vychází z prací amerického psychologa Johna Harta.

První období (1940 – 1950) nazývá dobou nedirektivního poradenství. Terapeut vytváří atmosféru bezpečí a vstřícnosti, plně klienta přijímá a je zcela nedirektivní. Většinu času mluví klient v dlouhých monologích. Teoretickou prací, která tento styl terapie popisuje je kniha C. Rogerse *Counseling and psychotherapy* z roku 1942.

Druhé období (1950 – 1960) označuje Vymětal jako dobu reflektivní psychoterapie. Terapeut se do pacienta intenzivně vciťuje a své porozumění získané na základě vlastní empatie mu průběžně sděluje. Hlavní úlohou terapeuta je tedy zrcadlení vnitřního světa pacienta což vede k prohloubení pacientova sebepoznání. Hlavní prací, která se váže k tomuto období, je kniha C. Rogerse z roku 1951 *Client-Centred Therapy*.

Třetí období (1960 – 1970) je obdobím zážitkové psychoterapie (proces terapie se odvíjí z pacientova prožívání, které je centrem pozornosti). Terapeut je především autentický, akceptující a dává najevo své empatické porozumění. Hlavní prací z tohoto období je kniha C. Rogerse z roku 1961 *On Becoming a Person*.

Čtvrté období (1970 – 1980) – je označováno jako psychoterapie prostřednictvím skupiny. Terapeut je zde facilitátorem skupinových procesů a skupinové dynamiky, je autentický, sám za sebe, je empatický a akceptující. Knihou, která popisuje tato skupinová setkání, je *On encounter Groups* (Rogers 1970).

Páté období (1980 – 2000) nazývá Vymětal diferencovaně integrativním obdobím. Pro toto období je hlavním tématem snaha o vytvoření obecného modelu psychoterapie, kde by rogersovský přístup tvořil základní vztahovou nabídku, která by se doplnila o specifické postupy zvolené podle problematiky pacienta.

Šesté období (od roku 2000 doposud) je obdobím obecné psychoterapie. Nastává překračování jednotlivých škol, směrů a přístupů ve prospěch hledání společného vědeckého jazyka a vytváření modelů obsahujících poznatky, které již považujeme za vědecky prokázané.

Zcela stejným způsobem popisuje vývoj přístupu zaměřeného na člověka i Nykl (2004).

1.4 Současný stav a nejnovější poznatky v přístupu zaměřeném na člověka

Dnešní rogersovskou psychoterapeutickou scénu popisuje Vymětal (2001) takto:

- a) Psychoterapeuti, kteří respektují a dodržují teoretická východiska a praktické zásady zakladatele směru C. Rogerse, považují za „klasické“ proměnné psychoterapeutického procesu „nezbytné a postačující podmínky“.
- b) Eklektický přístup (je v praxi nejrozšířenější) – kdy jsou kombinovány „klasické“ proměnné s jinými navzájem kompatibilními postupy majícími základ v ostatních směrech.
- c) Třetí přístup, který se teprve začíná uplatňovat, vychází z obecné psychoterapie. Základní vztahová nabídka rogersovského typu je systematicky a promyšleně doplňována různými technikami a postupy podle „povahy případu“.

Šiffelová (2012) popisuje vývoj tohoto směru ve čtyřech fázích. První tři reflektují myšlenkové a teoretické posuny směru, které se odrážejí i v jeho pojmenování:

- a) nedirektivní terapie,
- b) na klienta zaměřená terapie,
- c) přístup zaměřený na člověka,
- d) fáze na člověka zaměřené a zážitkové psychoterapie,

Čtvrtá fáze reflektuje spíše tendence ke vzniku různých dílčích škol a přístupů a v podstatě odkazuje na existenci dvou hlavních linií vývoje. Zážitková terapie se od původního směru odklonila výrazněji, vyzdvihuje význam prožívání jedince a opouští zásadu absolutní nedirektivity v tom, že umožňuje terapeutovi usměrňovat klientův proces. Na druhé straně je zde spousta „klasických“ rogersovských terapeutů, kteří následují tradiční pojetí nedirektivní terapie a za klíčové prvky považují koncepci aktualizací tendence a nevyhnutelných a dostačujících podmínek.

O terapii zaměřené na člověka, stejně jako o ostatních směrech existuje v povědomí veřejnosti mnoho nepřesných či přímo nepravdivých představ. Jednou z nich je, že vývoj přístupu zaměřeného na člověka se zastavil zhruba v době, kdy C. Rogers publikoval svoji hypotézu o nezbytných a postačujících podmínkách pro terapeutický a osobnostní růst. Tento mýtus se snaží osvětlit Cooper (2007). Nepravdivost tohoto přesvědčení dokládá mimo jiné

na vzniku mezinárodní asociace. Na mezinárodní úrovni sjednotila v roce 1997 národní organizace a instituty mezinárodní Association for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counseling (Asociace na člověka zaměřené a zážitkové psychoterapie a poradenství). Tato asociace sjednocuje terapeuty z více než 200 národních organizací a výcvikových center a také vydává čtvrtletní časopis Person-Centred and Experiential Psychotherapies.

V závěru svého článku o současném vývoji přístupu zaměřeného na člověka shrnuje Šiffelová (2012, s. 10), že terapie zaměřená na člověka v poslední době zažívá velký rozvoj, který je dle jejích slov dán: „*hlubokou reflexí filosofických a teoretických základů směru, které daly vzniknout novým formám klasické terapie, jako je dialogický přístup a preterapie, vedly k diferenciaci zážitkových přístupů k terapii a v neposlední řadě přinesly obohacení základních teoretických koncepcí. Na straně druhé se díky podpoře světové asociace a jejím aktivitám rozvíjí mezinárodní spolupráce a komunikace mezi jednotlivými orientacemi a zlepšuje se obecné povědomí o přístupu zaměřeném na člověka.*“

Mearns a Thorne (2013) popisují moderní pojetí na člověka zaměřeného terapeutického procesu. Jejich koncepce moderního pojetí vycházela z nejnovějších poznatků výzkumu přístupu. Novou teorii terapeutického procesu popisuje následující obrázek:



Obrázek 1: Teorie terapeutického procesu (Mearns, Thorne, 2013, s. 39)

Obrázek znázorňuje tři možné oblasti, na něž se může psychologické působení zaměřit. Přístup zaměřený na člověka nevnímá jeho problém či jeho dialogy já jako celý příběh, ale je otevřený k prozkoumání celé jeho osobnosti a směřuje k prozkoumání zejména existenciálních procesů, které se v klientovi odehrávají. Existenciální proces v sobě obsahuje směsici zážitků o sobě, domněnek, nadějí, obav, fantazií, hrůz, zážitků s druhými, domněnky o druhých a hluboce uznávané hodnoty. Když klienti hovoří o své existenciální oblasti, mluví často o svém „skutečném já“. Lidé se liší v tom, jaký přístup mají ke svým existenciálním procesům – někdo jej poznává, je pro něj lákavým neznámem, jiný se ve strachu z něj natolik odcizil, že je mu zcela nepřístupný (Mearns, 2013).

Rozsáhlá studie z roku 2008 potvrzuje, že terapie zaměřená na člověka je mnohem efektivnější, než se dříve uznávalo. Elliott a Freire z Univerzity Strathclyde Glasgow analyzovali téměř 180 jednotlivých studií a zjistili, že terapie zaměřená na člověka působí u klientů signifikantní změnu v jejich stavu po skončení terapie oproti stavu před zahájením terapie. Ve srovnání s klienty, kteří nepodstoupili žádnou terapii, dosahují klienti po terapii zaměřené na člověka významných výsledků. Terapie zaměřená na člověka je v klinickém i statistickém ohledu srovnatelná s ostatními přístupy a výsledky terapie zaměřené na člověka mají dlouhodobý efekt i po skončení terapie (Elliott, 2008).

Pörtner (2007) svojí celou jednu knihu „Trust and Understanding“ věnuje aplikaci přístupu zaměřeného na člověka do péče o lidi se specifickými potřebami, kteří vyžadují každodenní péči² (tedy lidé s mentálním postižením, vysvětlení viz poznámka). Pörtner uvádí, že udržovat kontakt je pro ně velmi těžké a často musí být stimulován ze strany pečujících osob. Ty jsou ale často v přístupu ke klientům nekongruentní a věnují spoustu energie omezování nevhodného chování místo toho, aby se snažili pochopit, proč se toto nevhodné chování u klientů objevuje. Kniha se primárně zabývá aplikací přístupu zaměřeného na člověka a Pörtner v ní popisuje i klasická terapeutická sezení, ve kterých nepoužívá kontaktní reflexe, ale pracuje na základě Rogersových šesti nezbytných a postačujících podmínek.

1.5 Základní principy a teorie přístupu zaměřeného na člověka

Jak uvádí Vymětal (2001), je pro tento směr základním východiskem subjektivní zkušenost člověka, zcela respektuje jeho duševní život, v procesu terapie nijak s klientem nemanipuluje a důsledně se věnuje jen tomu, s čím klient sám přichází. Vychází se z bezprostředně žité a osobní zkušenosti, proces vede zejména k porozumění souvislostem, jejichž východiskem jsme my sami ve vztazích k druhým k lidem a sami k sobě. Na tento proces následně navazují otázky po smyslu nás samých – člověka a jeho existence a náš sebezpřesah (transcendence).

² Marlis Pörtner v knize vysvětluje, že termínem „lidé se specifickými potřebami“ myslí osoby s mentálním postižením a uznává, že tento výraz není zcela lingvisticky korektní. Dále uvádí, že ani v zahraničí velmi frekventovaný termín „Learning disabilities“ (v překladu problémy v učení) nepostihuje zcela danou problematiku, jelikož odkazuje pouze na problémy v oblasti učení. Stejně tak podle autora nejsou zcela korektní a správné pojmy „retardation“, „handicap“, „disabled“. Tato práce bude dále vycházet z českého pojmosloví, kde lidé se specifickými potřebami jsou lidé se všemi druhy postižení, přičemž na prvním místě jsou označováni jako lidé a až na druhém místě je druh postižení, v našem případě tedy „lidé s mentálním postižením“.

Jedním ze základních principů, na kterých přístup zaměřený na člověka staví, je sebeaktualizační tendence. Její premisa, jak ji uvádí Kratochvíl (2006, s. 54), zní: *„každému člověku je vlastní schopnost uskutečnit svůj potenciál. Člověk je vrozeně dobrý a jen vlivem vnějších tlaků a nepříznivých životních zkušeností se u něho projevuje nepřátelské, egoistické nebo neurotické chování. Poskytneme-li mu příznivé podmínky, jaké vytváří chápající nemanipulující atmosféra důvěrného vztahu, bude se vlivem svých vnitřních sil znovu rozvíjet kladným zdravým směrem.“* Úkolem terapie je vytvořit bezpečnou atmosféru a uvolnit tak cestu existujícím možnostem v klientovi (Kratochvíl, 2006).

Základní principy, které zformuloval Tausch, interpretoval Kratochvíl (2006) takto:

- Pacient má sám schopnost pochopit ty stránky vlastní osoby a vlastního života, které způsobují jeho neuspokojení, strach nebo trápení. Má také schopnost a tendenci přetvářet sama sebe i své vztahy k životu ve smyslu sebeuskutečňování a zrání tak, aby u něho rostlo vnitřní uspokojení.
- Tyto schopnosti se uplatní, zajistí-li terapeut psychologickou atmosféru, kterou charakterizuje: citlivá snaha chápat myšlenky, city a projevy pacienta tak, jak existují pro něho, bez tendence je diagnostikovat nebo měnit; snaha terapeuta vyjadřovat slovně to, co z výroků a chování pacienta pochopil.
- V této akceptující, neohrožující a chápající atmosféře se pacient sám přetváří jak ve vědomých, tak hlubších oblastech své osobnosti tak, že se vyrovnává se svými životními situacemi konstruktivnějším a přizpůsobivějším způsobem. Sám si začne lépe rozumět a více se akceptovat. Stává se přizpůsobivějším, tvořivějším a zralejším (viz také Tausch, 1990).

Rogersem formulovaná teorie přístupu zaměřeného na člověka sestává ze čtyř hlavních částí: teorie osobnosti nebo též teorie self, teorie terapie, teorie plně fungujícího člověka a teorie interpersonálních vztahů. Vzhledem k povaze a rozsahu práce budou v následujícím textu stručně popsány pouze ty části jednotlivých teorií, které souvisejí s tématem práce.

1.5.1 Teorie self

Do teorie self spadá i koncepce aktualizační tendence. Ta je organismu vrozená a je považována za jedinou motivaci lidského rozvoje a chování. Je vždy přítomná i za nepříznivých vnějších okolností. Jak uvádí Šiffelová (2010, s. 36), *„Netýká se jen uspokojování primárních potřeb a redukce napětí, ale zahrnuje i potřebu a touhu být*

kreativní, učit se a obohacovat svůj život a osobnost. “ Aktualizační tendence je v přístupu zaměřeném na člověka základem důvěry v možnosti lidských bytostí, v jejich schopnost růst a maximálně realizovat svůj potenciál, je základem pro důvěru ve schopnost jedince převzít za sebe odpovědnost. Kromě aktualizační tendence je člověku vlastní i tendence k úpadku. Tyto dvě protichůdné síly jsou vždy přítomny a často mezi sebou vedou boj. Ani jednu z nich nevyklučujeme a nepopíráme. V procesu terapie je nutné, aby člověk pocítil obě a dokázal je přijmout a převzít nad nimi kontrolu (Casemore, 2008).

Self neboli sebepojetí je organizovaný celek, který vychází z vnímání „Já“ a z vnímání vztahů mého „Já“ k ostatním lidem. Je utvářeno prostřednictvím mezilidských interakcí. Vědomé vnímání a hodnocení našeho „Já“ tvoří pak sebepojetí čili „self – koncept.“ Sebepojetí v sobě zahrnuje „kým jsme“, „jací jsme“ a „jací bychom chtěli být“ (ideální self). Čím blíže jsou reálné self a ideální self, tím zralejší jedinec je.

PRO ČLOVĚKA NEEXISTUJE JINÁ REALITA NEŽ TA, KTERÁ JE VYTVÁŘENA JEHO VNÍMÁNÍM A PROŽÍVÁNÍM. ČLOVĚK JE SPOKOJENÝ, JESTLIŽE JEHO POJETÍ SELF JE VE SHODĚ (JE KONGRUENTNÍ) SE ZÁŽITKY A SE ZPĚTNOU VAZBOU OD OKOLÍ. ZÁKLADNÍ LIDSKOU POTŘEBOU JE PROTO POTŘEBA Kladného PŘIJETÍ DRUHÝMI LIDMI. NA ZÁKLADĚ ZÁŽITKU PŘIJETÍ OD DRUHÝCH LIDÍ SE ROZVÍJÍ POTŘEBA SEBEPŘIJETÍ. PROTO JE AKCEPTACE TOLIK ZDŮRAŽŇOVANÝM ASPEKTEM V TERAPII ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA (Šiffelová, 2010).

1.5.2 Teorie terapie

Do teorie terapie řadíme nevyhnutelné a dostačující podmínky osobnostní změny, terapeutický vztah a terapeutický proces. Více se budeme zabývat nevyhnutelnými a dostačujícími podmínkami a vysvětlíme si jejich podstatu. Na závěr tohoto oddílu krátce popíšeme, jakým způsobem rozpracoval Rogers terapeutický proces terapie zaměřené na člověka (viz Rogers, 1959).

Podmínky, kterými by měl být charakterizovaný vztah mezi klientem a terapeutem, jsou takzvané „nevyhnutelné a dostačující podmínky osobnostní změny“. Ty popsal Rogers poprvé v článku z roku 1957 a tvrdí, že pokud budou tyto podmínky ve vztahu přítomné, povedou ke konstruktivní osobnostní změně. Nevyhnutelné znamená, že musí být přítomné všechny najednou, a dostačující znamená, že pokud jsou všechny podmínky přítomné, není třeba ničeho dalšího, aby to podpořilo změnu (Šiffelová, 2010).

Nevyhnutelné a dostačující podmínky stanovené Rogersem, jak je uvádí Šiffelová (2010 s. 50), jsou tyto:

- dvě osoby jsou v psychologickém kontaktu,
- první osoba, kterou nazveme klientem, je ve stavu inkongruence, zranitelná a úzkostná,
- druhá osoba, kterou nazveme terapeutem, je ve vztahu kongruentní nebo integrovaná,
- terapeut prožívá vůči klientovi bezpodmínečné pozitivní přijetí,
- terapeut prožívá empatické porozumění klientova vnitřního vztahového rámce a snaží se sdělovat toto prožívání klientovi,
- klient, alespoň v minimální míře, vnímá terapeutovo empatické porozumění a bezpodmínečné pozitivní přijetí (srovnej viz Rogers, 1957).

Všech těchto šest podmínek je nutné dodržet, nestačí se pouze zaměřit na často zdůrazňované takzvané ústřední podmínky (3. kongruence, 4. přijetí a 5. empatie). První podmínka, psychologický kontakt, je naprosto nezbytným předpokladem, aby terapie vůbec mohla začít. Bez této podmínky nemá zbylých pět v terapeutickém vztahu smysl (Casemore, 2008). Druhá podmínka odkazuje na teorii osobnosti a vznik psychické poruchy (příčinou poruchy je vznik inkongruence mezi self a zážitkem jedince). To, že klient musí být ve stavu inkongruence, znamená, že potřebuje pomoc a ví, že ji potřebuje. Je tedy důležité, aby byl klient pro terapii motivovaný a uvědomoval si, že je s něčím nespokojený – přístup zaměřený na člověka jej nemůže měnit proti jeho vůli. Kongruenci můžeme pro vysvětlení nazvat i opravdovostí nebo také autenticitou – terapeut je tady a teď přítomný, je sám sebou, je bez nějaké nečitelné masky a je si vědom všech svých vnitřních pocitů, které prožívá (Vymětal, 2001).

Terapie podle Rogerse, jak uvádí Šiffelová (2010), neprobíhá plynule a rovnoměrně. V procesu změny lze pozorovat takzvané „momenty posunu“, ve kterých nastává změna. Jsou to situace, v nichž se lidé odváží udělat krok vpřed, přičemž přímo zažijí nějaký aspekt sebe, který byl doposud zkreslený nebo popřeny, ale nyní je plně připuštěn do vědomí a přijat jako součást self.

Na počátku terapie si klient neuvědomuje žádné své osobní konstrukty o self, nevede v sobě vnitřní dialogy a obává se věnovat si pozornost, dává málo najevo své prožívání

a často věří, že nemá žádné problémy – problém mají ostatní. Změna, která je zpočátku odmítaná, se postupně v procesu terapie stává přijímanou, klient se jí přestane obávat. Rogers dále definoval sedm etap v procesu změny, na jejímž konci se klient stává svobodnějším ve vyjadřování svých pocitů, pocity si více vztahuje k self, jeho pocity více odráží inkongruence mezi některými zážitky a jeho sebepojetím, plně si uvědomuje prožívání, které bylo předtím popřené nebo zkreslené, začleňuje je do sebepojetí a stává se kongruentnějším s vlastním prožíváním (Šiffelová, 2010).

Ve stručnosti si nyní popíšeme jednotlivá stádia, přičemž vycházíme ze stručného popisu Vymětala (2001):

- první etapa - klient má často rigidní názory o sobě i o světě, je vzdálen svému prožívání, vnitřně netouží ani po změně, ani po růstu, komunikuje o vnějších věcech, často je do terapie někým nucen,
- druhá etapa – o věcech mluví odtažitě, jakoby zvnějšku, mluví o obecných, neosobních tématech,
- třetí etapa – jestliže v předchozí etapě zažívá přijetí, začne se uvolňovat, hovoří o minulosti, dřívějších pocitech, začíná uvažovat o svých názorech a představách jako o potenciálně měnitelných,
- čtvrtá etapa – klient popisuje pocity v přítomnosti, je více spontánní, začíná cítit vlastní odpovědnost za své problémy,
- pátá etapa – klient vyjadřuje své pocity volněji, přímo a otevřeněji v přítomnosti, stále více si uvědomuje rozdíly mezi svým prožíváním a sebepojetím,
- šestá etapa – toto stádium je pro změnu rozhodující, od předchozích se liší a probíhá často velmi dramaticky, plné prožívání přítomnosti se všemi pocity může klienta velmi zraňovat, klient se mění, jeho vnitřní svět se stává procesem, sám se sebou otevřeně komunikuje,
- sedmá etapa – tato etapa je spíše trend a ideální cíl, jehož v plném rozsahu klienti obvykle ani nedosahují, odpovídá tomu, co popisuje teorie plně fungujícího člověka.

1.5.3 Teorie plně fungujícího člověka

Koncepce plně fungujícího člověka je často mylně chápána jako cíl terapie zaměřené na člověka. Vychází z představy, jak by vypadal člověk, kdyby terapie byla maximálně úspěšná. Tato představa odkrývá nikoli stav, ale proces. I plně fungující člověk je v neustálém procesu.

Lze však s jistotou říct, že jeho chování bude adekvátně adaptivní dané situaci. Tři hlavní dimenze směrnosti, které Rogers (viz Rogers, 1961) popisuje v procesu stávání se plně fungujícím člověkem, jak je uvádí Šiffelová (2010), jsou:

- narůstající otevřenost vůči prožívání,
- větší míra existenciálního žití,
- narůstající důvěra v organismus.

1.5.4 Teorie mezilidských vztahů

Velice stručně nám objasňuje tuto teorii Šiffelová (2010, s. 75) takto: *„Pokud předpokládáme alespoň minimální ochotu dvou lidí být v kontaktu, schopnost a alespoň minimální ochotu obou přijímat komunikaci od druhého a předpokládáme, že kontakt bude trvat určitý čas, potom bude pravděpodobně existovat následující vztah: čím větší kongruence bude mezi prožíváním, uvědomováním a komunikací na straně jedince, tím víc bude výsledný vztah obsahovat tendenci ke vzájemné komunikaci se stále větší kongruencí, tendenci vzájemně přesně porozumět sdělovanému zlepšenou psychickou adjustací a fungování na obou stranách vzájemnou spokojenost ve vztahu.“*

1.6 Shrnutí

Přístup zaměřený na člověka je psychologický a psychoterapeutický směr, jehož zakladatelem je americký psycholog C. R. Rogers. Do Evropy směr přinesl německý psycholog Reinhard Tausch zhruba o deset let později. Jedná se o nedirektivní terapii, ve které má hlavní místo důvěrný a otevřený rozhovor, při němž se terapeut vcítuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevování a současně může i sám autenticky projevovat své osobní pocity.

Přístup zaměřený na člověka se vrací ke klasické introspekci a základními filozofickými východisky jsou pro něj fenomenologie a existenciální filozofie. Filozofické východisko je především východisko noetické a filozoficko – antropologické, důraz je zde kladen zejména na lidskou subjektivitu a svobodnou vůli. Počátek směru je spojován s krátkým článkem C. R. Rogerse a jeho vývoj je nejčastěji periodizován do šesti období (Vymětal, 2001; Nykl, 2004). Šiffelová (2012) periodizuje vývoj přístupu zaměřeného na člověka do čtyř období.

Základní principy směru, které zformuloval R. Tausch, jsou tři - klient má sebeaktualizační tendenci, kterou je potřeba podporovat, terapeut zajišťuje psychologickou

atmosféru empatie, kongruence a přijetí pacienta a pacient pak sám přetváří svoji osobnost na základě vyrovnávání se se svými životními situacemi. Rogersem formulovaná teorie přístupu zaměřeného na člověka sestává ze čtyř hlavních částí: teorie osobnosti, teorie terapie, teorie plně fungujícího člověka a teorie interpersonálních vztahů.

2 Preterapie

V této kapitole si nejprve definujeme, co je to preterapie a kam ji řadíme, poté si stručně shrneme současný vývoj a nejnovější poznatky z výzkumu preterapie. V oddílu teorie preterapie popíšeme koncepty „As Itself“, psychologický kontakt rozpracovaný na tři úrovně – kontaktní reflexe, kontaktní funkce a kontaktní chování, teorii předexpresivního stavu vnímání a teorii presymboliky. Nakonec se zaměříme na oblast aplikace preterapie a jejího využití. V souhrnu pak zrekapitulujeme všechny podstatné informace z této kapitoly.

2.1 Definice a zařazení preterapie

Preterapie je metoda, která vychází z přístupu zaměřeného na člověka. Zaměřuje se na klienty s mentálním postižením, s demencí, s psychózou a s chronickou schizofrenií. Vychází z předpokladu existence psychologického kontaktu jako nejdůležitějšího předpokladu pro psychoterapii. Psychologický kontakt se rozvíjí na třech úrovních – kontaktní reflexe, kontaktní funkce a kontaktní chování. Předexpresivní „já“ (self) jako intuitivní a heuristický koncept představuje vývoj od předexpresivního k expresivnímu stavu vnímání, které je předpokladem psychoterapie (Prouty, 2003).

Preterapie je součástí přístupu zaměřeného na člověka, a řadí se tudíž do proudu humanistické psychologie, vychází z fenomenologie a existenciální filozofie. Zakladatelem a tvůrcem celé koncepce je žák Eugena Gendlina – Garry Prouty, který navázal na Rogersovu teorii šesti nevyhnutelných a dostačujících podmínek (viz první kapitola). Jako první podmínku navázání a udržení terapeutického vztahu definuje Rogers psychologický kontakt. Metoda preterapie se snaží vytvořit a rozvíjet teorii a praxi navazování psychologického kontaktu. Obsahuje definice, techniky a postupy pro měření změn chování. Představuje systematické rozšiřování terapie zaměřené na člověka, zejména na klienty, kteří mají problémy s navázáním kontaktu (Prouty, 2005).

Šiffelová (2012) uvádí, že Prouty otevřel cestu k možnosti pracovat pomocí přístupu zaměřeného na člověka s lidmi s těžšími formami postižení právě tím, že jim zpřístupnil uvědomování si vlastního prožívání. Narušené inkoherentní prožívání lze přeložit do smysluplné podoby. Pomocí kontaktních reflexí pomáhá klientovi odkrýt a znovuobjevit spojení mezi vnímáním a prožíváním v reálném kontextu. Jak uvádí Sommerbeck (2006), tito klienti jsou velmi často vnímáni „mimo dosah psychoterapie“ a preterapie jim pomáhá přiblížit se stavu, ve kterém by mohli využít jiných psychoterapeutických metod a přístupů.

Metodu preterapie Prouty rozvíjel nejdříve v Kennedyho škole pro děti se speciálními potřebami v Palos Parku ve státě Illinois a později ji teoreticky rozpracovával na vysoké škole. Východiskem pro vznik preterapie byly tři hlavní vlivy: sebezkušenostní výcvik Proutyho v terapii zaměřené na člověka, osobní zkušenost s bratrem, který měl mentální postižení, a práce se žáky v Kennedyho škole.

2.2 Současný vývoj a výzkum preterapie

Preterapie se začala uplatňovat v Evropě po Proutyho návštěvě Holandska v roce 1985. Hlavními osobnostmi, které se zasloužily o další rozvoj preterapie v Evropě, jsou Dion Van Werde, Luc Roelens a Hans Peters. Prouty navštívil několik evropských zemí, mimo jiné i Českou republiku, a to v letech 2000 a 2002, semináře organizovala Diakonie ČCE. Současný výzkum preterapie je zaměřený zejména na otázku, zda vůbec preterapie funguje, na jakých principech a s jakými výsledky.

V roce 2000 publikoval Prouty společně s Dekeyserem a Elliottem článek o metodách a výsledcích výzkumu preterapie. Dva nejčastěji používané nástroje k měření výsledků preterapeutického působení jsou Proutym publikovaná „*The Pre-Therapy Rating Scale (PTRS)*“ a „*Evaluation Criterion for the Pre-Therapy Interview (ECPI)*“. Prouty uvádí, že výsledky PTRS se zdají být spolehlivějšími než výsledky ECPI, ale oba manuály vyžadovaly další revizi. PTRS je měřicí nástroj, který využívá polostrukturovaný dotazník a následně analyzuje klientovi odpovědi a videonahrávku z rozhovoru.

PTRS i ECPI jsou schopné měřit nejen úroveň komunikačního kontaktu, ale i smysluplnost komunikace. Předběžný výsledek studie naznačoval, že trvalé účinky preterapie jsou významné zejména u komunikačního kontaktu, ale počet účastníků v těchto studiích byl obecně nízký, stejně jako počet systematických případových studií. Měření kontaktních funkcí probíhá pozorováním klienta v interakci se svým okolím. Pozorovatel sleduje verbální a neverbální projev klienta, reakce klienta na kontakt, komunikační signály a užívání kontaktních reflexí (Prouty, 2000).

V současné době je v USA i v Evropě realizován výzkum v oblasti preterapie. Peters (2005) se zabýval preterapií z vývojového hlediska a poukázal na teorii intersubjektivitu, kterou již dříve pojmenovali například Daniel Stern či Juan Carlos Gómez. Gómez definoval intersubjektivitu jako způsob, jakým myslíme, cítíme a vnímáme svět okolo sebe. Intersubjektivita je dvojí – jednosměrná a obousměrná – nebo také směřující k druhým lidem.

Děti v raném věku procházejí vývojem intersubjektivit z jednosměrné k obousměrné. Dítě je schopné obousměrné intersubjektivit ve chvíli, kdy umí přijímat subjektivitu ostatních, tedy když si uvědomuje mysl, pocity a vnímání ostatních lidí. Preterapie je typickým jednosměrným vztahem směřujícím od terapeuta ke klientovi. S klienty, kteří mají narušenou schopnost být v kontaktu sami se sebou, svým okolím a ostatními lidmi se terapeut snaží za použití kontaktních reflexí navázat kontakt a vztah, aby klient získal reálný kontakt sám se sebou a svým okolím. Jinými slovy jde o způsob přechodu od jednosměrné intersubjektivit terapeuta a klienta k obousměrné intersubjektivitě, poté je možné přejít k další psychoterapeutické léčbě, pokud je to potřeba (Peters, 2005).

Studie z roku 2010 popisuje výzkum vzdělávání pracovníků, kteří nemají terapeutické vzdělání. Výzkumu se zúčastnilo 16 studentů, u kterých byla z počátku patrná nedůvěra v účinnost a využití v praxi tohoto značně odlišného způsobu práce s klientem. Šetření mělo za cíl zjistit, jaký způsob práce a vedení kurzu by mohlo studentům napomoci v uplatnění znalostí a dovedností z kurzu v praxi. Na konci kurzu 15 z 16 účastníků souhlasilo s tvrzením, že jsou schopni využít nově nabyté poradenské dovednosti, a 10 z 16 účastníků souhlasilo s tvrzením, že jsou schopni využít dovednosti v oblasti preterapie. 14 účastníků změnilo po kurzu své pracovní návyky a 15 vidělo na svých klientech pozitivní změny (Carrick, 2010).

2.3 Teorie preterapie

Teorie preterapie vychází z filozofických základů – existenciální filozofie a fenomenologie, dále z teorie přístupu zaměřeného na člověka a z humanistické psychologie. Větší část teorie koncipoval Prouty. Do teoretických konceptů preterapie řadíme koncept „As Itself“, existenciální struktury vědomí a konkrétnost vnímání, psychologický kontakt rozpracovaný na třech úrovních – kontaktní reflexe, kontaktní funkce a kontaktní chování, teorii předexpresivního stavu vnímání a teorii presymboliky.

2.3.1 As Itself

Pojem „As Itself“ dle Proutyho (2005, s. 31) *„poukazuje na filosofické „vidění“ a existenciální porozumění konkrétně prožívané zkušenosti. Je odvozeno ze syntézy fenomenologie Sartra, Fabera a Schelera.“* Znamená pochopit a respektovat klientovo prožívání bez jakýchkoli interpretací a představ o tom, co klient právě prožívá. V kontaktu s klientem je nutné reagovat pouze na aktuální prožitky tady a teď. Na rozdíl od jiných metod

a přístupů je zde stejně důležité pozorování jako naslouchání, protože prožívání lze vysledovat i z nonverbálních projevů klienta.

2.3.2 Psychologický kontakt a kontaktní reflexe

Psychologický kontakt je první nezbytnou a dostačující podmínkou, kterou stanovil Rogers (viz výše). Lidská komunikace, lidské vztahy jsou nemožné bez základního lidského kontaktu. Když jedna osoba je v kontaktu s druhou, navzájem se vnímají a uvědomují si sebe navzájem. Psychologický kontakt je základem všech mezilidských vztahů, je i základem psychologického zdraví. Sanders si pokládá otázku, zda lze nahlížet na psychologický kontakt jako na stav, který buď je, nebo není nebo zda se jedná o spektrum stavů od minimálního kontaktu k plnému kontaktu. Zároveň si klade otázku, jaký je minimální kontakt potřebný pro navázání a udržení komunikace s klientem. Na tyto a mnohé jiné musí dát odpověď další výzkum v oblasti preterapie (Sanders, 2007).

Sanders (2007) popisuje rozdělení úrovně psychologického kontaktu podle Cameron na čtyři úrovně: základní kontakt – potkávat ostatní osoby, kognitivní kontakt (rozumět ostatním), emocionální kontakt – emocionální blízkost a jemný kontakt – intimita.

Prouty (2005, s. 36) vymezuje psychologický kontakt na třech úrovních:

- *kontaktní reflexe, tj. práce na straně terapeuta;*
- *kontaktní funkce – proces na straně klienta;*
- *zlepšení kontaktu se hodnotí podle projevů kontaktního chování.*

Kontaktní reflexe jsou techniky, kterými se uskutečňuje psychologický (empatický) kontakt. Používají se u klientů, kteří mají nedostatky v navazování kontaktu (realitního, emocionálního nebo komunikačního). Jsou velmi realistické, konkrétní a duplikované. Jsou prováděné citlivě k chování klienta a respektují jeho předřecové či nedostatečně jazykově vyjádřené pocity. Prouty (2003) uvádí pět druhů kontaktních reflexí:

- situační reflexe (SR) – terapeut sleduje, v jaké situaci se klient právě nachází, a toto mu verbálně sděluje – tento druh reflexí podporuje kontakt klienta s realitou;
- obličejové reflexe (OR) – terapeut sleduje klientovu tvář a pozoruje předexpresivní emoce, verbálně klientovi sděluje to, co vidí v jeho tváři – tento druh reflexí podporuje emocionální kontakt klienta a bývá nezbytný při práci s agresivními klienty, kteří jsou

dlouhodobě léčení sedativy, vystavení psychosociální izolaci, což vede k atrofii nebo obrannému otupování emocionálního vyjadřování;

- tělové reflexe (TR) – terapeut pozoruje tělesné projevy klienta a verbálně či tělesně je klientovi sděluje – tento druh reflexí pomáhá klientovi snáz žít ve svém těle a pomáhá mu překonávat tělesné odcizení;
- slovní reproduktivní reflexe (SRR) – terapeut pozorně naslouchá a reflektuje slovo, byť jeho významu nerozumí, aby klient byl přijat jako rovnocenný partner v komunikaci, klient je tímto přístupem povzbuzen a může se stát, že svůj další projev rozšíří, lze reflektovat i neverbální zvuky, což napomáhá rozvíjet komunikační kontakt;
- zopakované reflexe (ZR) – tyto reflexe znamenají základ pro opětovný kontakt, vidí-li terapeut, že předchozí reflexe byla účinná, použije ji znovu, zopakované reflexe mohou být krátkodobé (v rámci okamžiků) či dlouhodobé (mohou navazovat i na předchozí setkání).

Všechny tyto reflexe umožní klientovi vyjádřit se a navázat vztah s terapeutem, napomáhají mu k tomu, aby se posunul z předexpresivního stavu na úroveň exprese, což umožní přístup k další psychoterapii. Peters ve svém článku (2005) uvádí, že lze aplikaci preterapie rozdělit na primární a sekundární. Primárním použitím preterapie je dostat klienta na jeho vlastní maximum, pro některé klienty je cílem samotný kontakt s další osobou. To, co nazývá Peters sekundárním použitím preterapie, je proces, kdy už je možná určitá míra kontaktu, fungují slovní reproduktivní reflexe a důležitější roli přebírají obličejové reflexe, které umožní další verbální psychoterapii. Peters dále uvádí, že nejúčinnějšími reflexemi jsou zopakované reflexe, které nejvíce pomáhají klientům získávat kontakt sami se sebou a s vlastním okolím.

Prouty ve svém článku (2001) popisuje případovou studii, ve které byly aplikovány kontaktní reflexe u třináctiletého chlapce v katatonním stuporu (to je stav u pacientů trpících katatonní schizofrenií, pacient se nehýbá, je strnulý, nereaguje, nekomunikuje). Intervence trvala celkem 12 hodin. Již v průběhu intervence chlapec postupně začal reagovat, přestával být strnulý, až byl na konci intervence schopný s terapeutem komunikovat, a dokonce i chodit (Prouty, 2001).

2.3.3 Kontaktní funkce

Dle Proutyho (2005, s. 38) jsou kontaktní funkce „rozšířením Pearlsova pojetí kontaktu jako funkce ega a jsou označovány jako realitní, emocionální a komunikační kontakt. Jsou koncipovány jako funkce vědomí a utvářejí teoretické cíle preterapie. Účelem preterapie je z tohoto hlediska obnova a rozvoj realitního, emocionálního a komunikačního kontaktu.“ V článku z roku 1998 Prouty uvádí, že kontaktní funkce jsou přímým důsledkem působení kontaktních reflexí a směřují k obnovení (dosažení) kontaktu se světem, klientovým „já“ a druhými „(World, Self and Other)“ (1998 s. 30). Existují tři druhy kontaktních funkcí:

- realitní kontakt – znamená kontakt s realitou, uvědomovat si lidi kolem sebe, události, které se mě týkají, místo, kde se nacházím, a věci kolem sebe, součástí realitního kontaktu je i čas;
- emocionální kontakt – znamená uvědomovat si své nálady, emoce a pocity vztahují se pouze k osobě klienta, k jeho „já“ čili „self“;
- komunikační kontakt – vztahuje se k ostatním lidem, je to prostředník k mezilidskému kontaktu.

Kontaktní chování je pak výsledkem změn v důsledku posilování kontaktních funkcí prostřednictvím kontaktních reflexí. Výsledný kontakt je realitní (například slovní projev týkající se lidí, věcí, místa a událostí okolo klienta), emocionální (užití pocitových slov) a komunikační (použití slov a vět).

2.3.4 Expresivní a předexpresivní stav

V preterapii se vychází z Proutyho předpokladu, že klienti, kteří mají závažné potíže v navazování psychologického kontaktu, se nacházejí v tzv. „předexpresivním“ stavu. Tento stav definuje Prouty (2005, s. 40) takto: „je to metapsychologický koncept představující tendenci k vyjádření zkušenosti, která teprve má být integrována.“ Typický verbální projev klientů se schizofrenií působí inkoherentně, věty nemají kontextuální souvislost s naším vnímáním reality. Bývají ale často zcela v kontextu s aktuálním vnímáním a prožíváním klienta, který svému projevu rozumí. Cílem preterapeutických kontaktních reflexí je pomoci klientovi překonat předexpresivní stav, přejít tedy do stavu expresivního, ve kterém je klient schopný komunikovat a navázat psychologický kontakt.

2.3.5 Teorie presymboliky

Teorie presymboliky vychází z filozofického předpokladu, že člověk má přirozenou tendenci převádět každodenní situace a zážitky do podoby symbolů. Symbolické struktury jsou pak i kultura, věda, filozofie a náboženství. Sémiotika je věda, která se těmito symboly zabývá. Symbolizace probíhá na několika úrovních: metasymboly a logické symboly, předmětný jazyk – běžná řeč dané kultury, indexový znak (mrak = déšť) a nakonec ikonické znaky (fotografie, video/audiozáznam) jsou symbolickými duplikáty reality. Nejprimitivnější rovinou symbolizace je presymbol - skutečnost se vztahuje sama k sobě, znamená tedy samu sebe na rozdíl od symbolů, které odkazují k jiným zážitkům.

Presymboly jsou i halucinace a ty mají podle Proutyho tři složky: „*expresivní, fenomenologickou a symbolickou*“ (2005, s. 57). Z objevu presymboliky vychází psychoterapie zaměřená na objevování. Způsob, jakým lidé se schizofrenií prožívají své halucinace, vede k integraci reálných, ale neuvědomovaných zkušeností (Prouty, 2005).

2.4 Aplikace preterapie

Specifikum preterapie je její aplikace při běžných denních činnostech. Je sice možné, aby klienti docházeli za terapeutem do jeho pracovny, je ale častější, že terapeuti docházejí za klientem do jeho přirozeného prostředí a následují jeho kroky. Preterapii nemusí provádět pouze terapeuti, proškolený personál například může klientovi poskytovat kontaktní reflexe během celého dne (Sommerbeck, 2006).

Ondráček³ vysvětluje, že aplikace preterapie je v podstatě dvojího charakteru. Jedná se za prvé o využití preterapie v terapeutickém settingu. Takto aplikovaná preterapie má charakter klasického terapeutického sezení, které se koná v určitou dobu na určitém místě. Terapeut se po určitý čas věnuje klientovi, poskytuje mu kontaktní reflexe, popř. kombinuje preterapii s jiným přístupem. Druhou variantou pak je využití preterapie v mimoterapeutickém settingu, kdy se jedná zejména o vytváření kontaktního prostředí. Kontaktní prostředí se dá vytvořit v zařízení nebo i v domácnosti využíváním kontaktních reflexí ve chvílích, kdy zpozorujeme u klienta chování či projevy předexpresivního stavu. Aplikace kontaktní reflexe je v tomto případě zpravidla krátká, třeba i jen jednorázová a v průběhu dne se často opakuje.

³ citujeme poznatky z workshopu konaného 28. listopadu 2013 v rámci V. česko-slovenského sympozia PCA v Benešově u Prahy. Zápisky z workshopu jsou součástí této práce jako příloha č. 17

Preterapie se aplikuje u klientů, kteří jsou takzvaně „mimo dosah psychoterapie“. Jedná se o klienty, kteří mají dle Sommerbeck (2006) nedostatečný zájem či kapacitu pro udržení pozornosti, srozumitelnou komunikaci s terapeutem, mají nedostatečný kritický náhled na sebe a svoji situaci a nejsou schopni, nebo jsou schopni jen omezeně vnímat informace od terapeuta. Sommerbeck dále uvádí, že se preterapie nepoužívá pouze u klientů s psychiatrickou diagnózou, ale také u klientů s mentálním postižením. V Brazílii se používá při práci s dětmi na ulici i s lidmi s demencí. Dodává, že u lidí s demencí je cílem zachovat jejich stávající schopnosti být v expresivním stavu na co nejdelší možnou dobu. Nejnověji se aplikuje preterapie u klientů s poruchami autistického spektra.

V článku z roku 1998 popisují McWilliams společně s Proutym případovou studii jednačtyřicetileté ženy s mentálním postižením a dokládají tak úspěšnost aplikace preterapie v této oblasti. Za osm měsíců práce byl vidět posun ve všech kontaktních funkcích. Během jízdy autem se již nevěnovala pouze svým hračkám, ale hleděla z okna a pozorovala okolí, dokázala se dívat na sebe do zrcadla s úsměvem i se zasmát. Protože byla žena s okolím více v kontaktu, snížila se tím i psychická zátěž rodičů, kterou dříve intenzivně pociťovali, navíc se zlepšily její výsledky i v psychologických inteligenčních testech (McWilliams, 1998).

Preterapii lze využít i u klientů s takzvanou duální diagnózou (mají-li přítomné dvě různé diagnózy najednou). Prouty uvádí v odborném článku případovou studii dvaadvacetileté pacientky Anny s duální diagnózou mentální retardace a schizoafektivní poruchy. V minulosti se u ní objevovalo i sebepoškozování. Dívka se během rozhovoru přesunula od zájmu o hračku k rozhovoru o strachu nad ztrátou babičky, která se o ni stará (Prouty, 2007).

Preterapie je metoda, kterou je velmi snadné používat, nejsou k ní potřeba žádné speciální nástroje, přístroje, tabulky, a pokud se výsledky dostavují, je to zřetelně vidět. Pokud se nedostavují, buď dělá terapeut chybně kontaktní reflexe, nebo není klient pro tento typ práce nakloněn. Metodu mohou proto používat lidé bez terapeutického či poradenského vzdělání, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, zdravotnický personál či ošetrovatelé (viz Lečbých in Valenta, 2012). Mohou ji však také používat např. rodiče nebo děti lidí s narušenými kontaktními funkcemi. Např. jedna matka ve Velké Británii napsala článek, ve kterém popisuje, co je to preterapie a jak jí a jejímu synovi pomáhá ve zvládání běžných denních problémů (Clarke, 2005).

Sanders (2007) při popisu aplikace preterapie u lidí s mentálním postižením hovoří o aplikaci a integraci preterapeutických prvků do péče vycházející z přístupu zaměřeného na

člověka a z poradenství zaměřeného na člověka a v souladu s Pörtnerem (2007) preferuje označení preterapeutický přístup.

2.5 Shrnutí

Preterapie je metoda, která vychází z přístupu zaměřeného na člověka a řadí se tedy do proudu humanistické psychoterapie. Jejím zakladatelem je Garry Prouty, žák Gendlina, který obohatil přístup zaměřený na člověka o teorii Focusingu. Preterapie vychází z předpokladu existence psychologického kontaktu jako nejdůležitějšího předpokladu pro psychoterapii. Preterapie se snaží vytvářet a rozvíjet teorii a praxi navazování psychologického kontaktu. Představuje systematické rozšiřování terapie zaměřené na člověka a zejména na klienty, kteří mají problémy s navazováním psychologického kontaktu.

Do teoretických konceptů preterapie řadíme koncept „As Itself“, který znamená pochopit a respektovat klientovo aktuální prožívání bez jakýchkoli interpretací a představ o tom, co klient právě prožívá. Preterapie a kontaktní reflexe vycházejí z předpokladu konkrétního myšlení klientů s poškozením mozku. Psychologický kontakt je v preterapii vymezen na třech úrovních – kontaktní reflexe, kontaktní funkce a kontaktní chování. Kontaktní reflexe jsou techniky, kterými se uskutečňuje psychologický kontakt. Kontaktních reflexí je pět druhů – situační, obličejové, tělové, slovní reproduktivní a zopakované. Všechny tyto reflexe umožní klientovi vyjádřit se a navázat vztah s terapeutem, napomáhají, aby se přesunul z předexpresivního stavu na úroveň exprese.

Kontaktní funkce jsou přímým důsledkem působení kontaktních reflexí a směřují k obnovení či dosažení kontaktu se světem, sebou samým a ostatními. Existují tři druhy kontaktních funkcí – realitní kontakt, emocionální kontakt a komunikační kontakt. Výsledkem posilování kontaktních funkcí je kontaktní chování.

3 Člověk s mentálním postižením

V kapitole o mentálním postižení nejprve uvedeme do kontextu současnou literaturu zabývající se tímto tématem a změnu v přístupu k lidem s mentálním postižením. Vysvětlíme problematičnost zobecňování v kontextu mentálního postižení. Uvedeme základní definice a popíšeme související zahraniční pojmy, tak jak jsou definované Světovou zdravotnickou organizací, mezinárodními klasifikacemi a asociacemi. Popíšeme nejčastější příčiny mentálního postižení, nastíníme základní způsoby diagnostiky a klasifikace. Stěžejní částí této kapitoly bude oddíl zabývající se specifiky osobnosti člověka s mentálním postižením rozdělený na tři části dle hloubky postižení. V závěru bude krátce popsán sociální statut lidí s mentálním postižením a způsob, jakým jsou tito lidé vnímáni většinovou společností.

3.1 Mentální postižení - kontext

Současná literatura mapující oblast problematiky osob s mentálním postižením se v první řadě zaměřuje na popis základních oblastí, kterými jsou terminologie, klasifikace, diagnostika, etiologie, legislativa, systém péče a systém institucí, vzdělávání a zaměstnávání a další. Téměř každá kniha, která pojednává o psychopedii, o mentální retardaci nebo mentálním postižení, či se zabývá praktickými aspekty práce s lidmi s mentálním postižením, má zpracované tyto oblasti a ve velké míře se více či méně snaží o zobecnění, o zprostředkování obecného obrazu mentálního postižení a osob s mentálním postižením.

Méně se však v odborné literatuře můžeme setkat s popisem variabilnosti mentálního postižení, s kazuistikami a se snahou vystihnout svět lidí s mentálním postižením jejich očima. Je to dáno zejména charakterem současného pojetí vědy, kdy cílem je popsat a zobecnit zkoumanou realitu do takové míry, aby formulované vědecké poznatky byly obecně platné. Z tohoto důvodu dochází k redukci informací o lidech s mentálním postižením, což zejména u variabilní skupiny lidí s tímto druhem postižení způsobuje značné faktické zkreslení. U mentálního postižení, více než u jiných druhů postižení, hraje značnou roli zejména hloubka a druh postižení, doba vzniku a přítomnost či absence dalších druhů symptomatických postižení nebo onemocnění. Také prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, kvalita péče a vztahy s ostatními lidmi hrají podstatnou roli při utváření osobnosti jedince s mentálním postižením. Je tedy poměrně těžké vytvořit obecný klinický obraz jedince s mentálním postižením, aniž by došlo ke zkreslení a zjednodušení života jednotlivého člověka.

3.2 Mentální postižení – definice, pojmové vymezení a související pojmy

Na tomto místě je nutné definovat, kdo je člověk s mentálním postižením a koho označuje tento pojem. V dostupné literatuře se setkáváme zejména s definicemi popisujícími mentální postižení. Mentální postižení je v poslední době již zavedený a poměrně dosti používaný pojem, zejména ve speciální pedagogice a v poradenství. V českém prostředí tento pojem v širším kontextu nahrazuje starší, ale dosud stále platný pojem „mentální retardace“ (MKN – 10, 2013).

Pojem člověk s mentálním postižením však zahrnuje kromě jedinců označovaných jako „mentálně retardované“ i osoby, jejichž inteligenční schopnosti se pohybují v pásmu subnormy (IQ 85 – 70), jelikož i ti mohou být znevýhodněni svými nedostatečnými schopnostmi oproti většinové společnosti. Jak uvádí Valenta (2012, s. 30): *„mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.“* V zahraničí se setkáváme zejména s pojmem „intellectual disability“ – v překladu porucha intelektu.

Mentální retardace je definovaná podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jako *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště narušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence – poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“* (MKN- 10 Duševní poruchy a poruchy chování, 2013, s. 236). Jinou definici nabízí Valenta (2012, s. 31): *„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“*

„Intellectual disability“, v překladu intelektová disabilita (porucha), je pojem používaný zejména ve Spojených státech a Velké Británii. Definice této poruchy dle AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) zní: *„intelektová disabilita je charakterizována podstatnými omezeními jak v oblasti intelektových funkcí, tak i v oblasti adaptačního chování, jež se demonstrují v každodenních sociálních a praktických dovednostech, přičemž se stav objevuje do 18. roku věku“* (www.aaid.com, 2013).

V roce 2007 publikovala skupina vědců v čele s Robertem L. Schalockem článek, ve kterém shrnují důvody nahrazování pojmu mentální retardace pojmem „Intellectual Disability“ – v překladu porucha inteligence či inteligenční disabilita, jak navrhuje Valenta (2012). Schalock se odkazuje na studie z let 2004 – 2006 a uvádí, že tento termín postupem času nahrazuje starší termín mentální retardace v názvech vědeckých prací, článků i v názvech institucí. Schalock analyzuje jak pojem samotný, tak i jeho význam v kontextu teorie postižení jako neutrálního a nadřazeného pojmu. Pojem lépe reflektuje současný odborný přístup k osobám s mentálním postižením v návaznosti na zdůrazňování funkčních schopností.

3.3 Etiologie, diagnostika a klasifikace mentálního postižení

Etiologie

Etiologie (neboli příčiny) mentálního postižení mohou být označovány jako vnitřní (endogenní) nebo vnější (exogenní), dále mohou být příčiny vrozené či získané nebo také prenatální, perinatální či postnatální. Mezi prenatální příčiny řadí Raboch (2001) infekční onemocnění matky, endokrinní poruchy matky, Rh inkompatibilitu, fetální alkoholový syndrom, kokainový syndrom, získaný defekt imunity (AIDS) a další intrauterinní poškození. Valenta (2009) řadí mezi prenatální příčiny i vlivy dědičné (hereditární), a to jak dědičná onemocnění, tak také zděděný nedostatek určitých vloh. Dále sem řadí specifické genetické příčiny – mutagenní faktory (vliv záření, chemických látek a nemocí) a mechanické poškození plodu. Na vznik mentálního postižení může mít vliv i nedostatek plodové vody, prenatální deprivace nebo věk rodičky.

Mezi perinatální příčiny řadí Raboch (2001) mozkové hypoxie novorozence a krvácení do mozku v důsledku porodní patologie. Hort (2008) uvádí mezi perinatálními příčinami i nedonošenost a jádrový ikterus. A Valenta (2009) dále uvádí nízkou porodní váhu dítěte, nefyziologickou těžkou novorozeneckou žloutenku a věk rodičky. Mezi postnatální příčiny řadí Valenta (2009) zánět mozku způsobený mikroorganismy, mechanické vlivy – traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku, otravy, dále také senzorickou, citovou a sociokulturní deprivaci a nepřátelské, odcizené a nepodnětné rodinné prostředí.

V etiologii mentálního postižení mají významné postavení specifické genetické poruchy, a to zejména syndromy způsobné změnou počtu chromozomů nebo také narušením struktury chromozomů a genovou mutací. Mezi nejznámější syndromy, které jsou příčinou mentálního

postižení, patří Downův syndrom, Angelmanův syndrom, Cri du Chat syndrom, Edwardsův syndrom, Klinefelterův syndrom, Patauův syndrom, Rettův syndrom, Syndrom fragilního X chromozomu, Prader-Williho syndrom, Turnerův syndrom aj. (Valenta 2012, Černá 2008).

Diagnostika

Cílem diagnostiky osob s mentálním postižením by mělo být objevení zejména oblastí s potenciálem k růstu, s cílem jejich naplnění a dalšího rozvoje jedince směřujícího k autonomii a důstojnému životu ve společnosti. Valenta (2009, s. 61) uvádí, že se diagnostika osob s mentálním postižením „*zabývá rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i sociální terapie a akulturace klientů s mentálním či jiným duševním postižením*“. V diagnostice mentálního postižení rozlišujeme psychodiagnostiku, kterou provádí psycholog za účelem klasifikace klientova postižení. Dále je užívána speciálně pedagogická diagnostika, která se provádí za účelem stanovení míry speciálněpedagogické podpory (Valenta, 2012).

Při diagnostice mentálního postižení se používají metody klinické a testové (standardizované). Z klinických metod se nejvíce používají anamnéza, pozorování, rozhovor, dotazník, analýza produktů činnosti a kazuistika. Testové metody využitelné při diagnostice mentálního postižení jsou psychodiagnostické testy – zejména testy inteligence a vývojové škály. Nejčastěji využívanými podrobnými testy inteligence jsou Stanford-Binetova zkouška a Wechslerovy zkoušky inteligence (WAIS-R pro dospělé, WISC-III. pro děti a WPPSI pro předškoláky a PDW – Pražský dětský Wechsler). Z Wechslerových zkoušek lze usuzovat na strukturu inteligence, jelikož se skládá jak z verbálních, tak i performačních subtestů (Valenta, 2009).

Černá (2008) dále mezi diagnostickými nástroji uvádí i metody hodnocení adaptivního chování, mezi něž řadí Škály nezávislého chování (Scales of Independent Behavior – SIB), Vinelandskou škálu sociální zralosti, Vinelandské škály adaptivního chování („Vineland Adaptive Behavior Scales“ – VABS, Škála adaptivního chování AAMR – ABS a Günzburgova škála (P-A-C archy Günzburga). Kromě standardizovaných testů a klinických metod popisuje Černá oblasti, na které se diagnostika mentálního postižení zaměřuje. Jsou to zejména sociabilita a emoční prožívání, dále rodinné prostředí, motorika, grafomotorika a vývoj řeči a verbálních schopností. Češková (2006) se dívá na diagnostiku mentálního postižení z pohledu psychiatrie a uvádí, že se kromě klasického psychiatrického vyšetření

(pokud je možné) a objektivní anamnézy provádí i speciální vyšetření (laboratorní testy, EEG, CT, MR).

Švarcová (2006) se zmiňuje zejména o tom, kdo a kde provádí diagnostiku u osob s mentálním postižením. O zdravotní diagnostiku se dle jejích slov starají pediatři a odborní lékaři, psychodiagnostiku provádějí psychologové a kliničtí psychologové, speciálně-pedagogická diagnostika se provádí v pedagogicko-psychologických poradnách a ve speciálně pedagogických centrech. Dlouhodobá diagnostika probíhá také ve školách a školských zařízeních a v centrech rané péče. A kromě diagnostických přístupů využívajících kvantitativní metody se dle Švarcové (2006) v poslední době často využívá i kazuistický přístup, který umožňuje hlubší posouzení vývoje a zachycení různých činitelů, které vývoj ovlivňují. Kazuistika se může použít i pro stanovení prognózy dalšího vývoje sledovaného jedince.

Klasifikace

Nejznámější a zároveň nejuváděnější klasifikací mentální retardace je klasifikace dle MKN – 10, oddíl F70 – F79. Stupeň postižení je posouzen na základě inteligenčního kvocientu, posouzení struktury inteligence, schopností adaptibility a mírou zvládání obvyklých sociálně – kulturních nároků na jedince (Valenta, 2012; MKN – 10, 2013).

- F70 Lehká mentální retardace – IQ 50 – 69
- F71 Středně těžká mentální retardace – IQ 35 – 49
- F72 Těžká mentální retardace – IQ 20 – 35
- F73 Hluboká mentální retardace – IQ do 19
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace

K jednotlivým kódům lze diagnostikovat i míru postižení chování – pomocí číslice za tečkou

- 0 – žádné či minimálně postižené chování
- 1 – výrazně postižené chování vyžadující intervenci
- 8 – jiná postižení chování
- 9 – bez zmínky o postižení chování

Podobně kategorizuje mentální retardaci i DSM – V, diagnostický a statistický manuál pro diagnostiku mentálního postižení Americké psychiatrické asociace (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition), který dělí mentální postižení na tyto druhy:

- 319 Mentální postižení (duševní vývojová porucha)
 - mírné
 - střední
 - těžké
 - hluboké
- 315.8 Globální vývojové opoždění (diagnóza pro děti do pěti let, jejichž duševní vývoj nemůže být systematicky hodnocen).
- 319 Nespecifikované mentální postižení (tato diagnóza se používá ve výjimečných případech pro děti starší pěti let, jejichž mentální postižení nelze hodnotit z důvodu smyslového nebo tělesného postižení).

3.4 Specifika osobnosti člověka s mentálním postižením

V první řadě je nutné definovat pojem osobnost a způsob utváření osobnosti jedince. Dolejší (1983) uvádí, že termín osobnost se vztahuje na celou osobu – „*na charakteristiky jejího vzhledu, chování, jednání, na rysy temperamentu a charakteru*“..., dále na skryté vlastnosti, např. volní vlastnosti a motivy či tendence reagovat určitými způsoby.

S odkazem na klasifikaci a velkou míru variability mentálního postižení bude následující text s ohledem na realitu značně zkreslující a nepřesný. Obecně platí, že čím hlubší mentální postižení je, tím větší má jedinec omezení v jednotlivých oblastech. Předně chceme však zdůraznit, že každý člověk s mentálním postižením je jedinečný a neopakovatelný. Jednotlivé vlastnosti, které lidem s mentálním postižením přiřazujeme, vyjadřují jistou tendenci výskytu. Většina knih, ve kterých je popisován člověk s mentálním postižením, se zaměřuje na výčet nedostatků, omezení a snížených schopností. Rádi bychom upozornili, že vnímáme člověka s mentálním postižením spíše z pohledu jeho vlastního individuálního potenciálu k růstu.

V současné době existují tři možnosti k přístupu k lidem s mentálním postižením. Jsou jimi: limitační model, popisný model a ekologický model. Limitační model definuje mentální postižení z hlediska podprůměrného obecného intelektového fungování a nedostatečného adaptačního chování. Tento model měl svůj význam v minulosti, kdy se předpokládalo, že nejvhodnější variantou způsobu života je pro lidi s mentálním postižením

speciální, chráněné nebo ústavní prostředí, do kterého byli lidé s mentálním postižením zařazováni zpravidla vzhledem ke své intelektové úrovni (Lečbych, 2005).

Popisný model vyzdvihuje celistvost člověka a jeho prostřednictvím bylo možné překonat diskvalifikující, segregační a degradující bariéry vystavěné limitačním modelem. Přesto se tento model vymezuje vůči osobám s mentálním postižením jako k někomu, kdo je „jiný“, má „jiné“ potřeby než lidé bez postižení. Jako nejvhodnější navrhuje Lečbych (2005) model ekologický, který se odráží v pojetí mentálního postižení, jak jej prosazuje American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Výhodou tohoto modelu je také to, že zdůrazňuje interakční povahu mentálního postižení mezi jedincem a prostředím. Hlavním předmětem nejsou jejich omezení, ale charakter podmínek a prostředí, které mohou umožnit nebo uplatnit jejich potenciál k růstu.

Lečbych (2005, s. 34) k tomuto modelu dále dodává: *„pokud se však přikloníme k tomuto modelu mentální retardace, zjistíme, že se člověk s mentální retardací může hodnotně podílet s ostatními občany na široké paletě lidských činností v běžném prostředí, a zjistíme také, že řada věcí, které dělat nemůže, nesouvisí ani tak s jeho omezením intelektu či adaptivním chováním, ale s tím, že mu nedokážeme vytvořit vhodné prostředí, ve kterém by své možnosti mohl realizovat, a poskytnout mu dostatečnou podporu, kterou k tomu potřebuje.“* Důležitost globálního či ekologického přístupu v nazírání na lidi s mentálním postižením zdůrazňuje i Vančura (2007), který dodává, že bylo v minulých letech téměř nemožné představit si přínos dítěte s mentálním postižením například v rodině. Až v posledním desetiletí se začínají objevovat studie, které jsou zaměřeny pozitivně a hledají, jakým způsobem přispívají lidé s mentálním postižením společnosti.

V následujícím textu se budeme snažit popsat člověka s mentálním postižením komplexně z různých úhlů pohledu, přístupu i zaměření v duchu ekologického modelu. Knihy o mentálním postižení, mentální retardaci a psychopedii od autorů jako jsou např. Švarcová, 2006; Valenta 2009; Vágnerová, 2008 se obecně zabývají etiologií, klasifikací, diagnostikou, systémy výchovy a vzdělávání, sociálním systémem, legislativou, didaktikou či integrací. Černá (2008) provádí sondu do života člověka s mentálním postižením v jednotlivých životních etapách (předškolní a školní věk, adolescence, dospělost a stáří). Postavení člověka v celém systému, vnímání jeho situace z vlastního pohledu či celkovou sondu do jeho prožívání ve všech čtyřech typech mentálního postižení nám tyto knihy neposkytují.

Pokusíme se tedy z různých pramenů skládat informace o osobnosti člověka s mentálním postižením, přičemž budeme klást důraz na porozumění jeho postavení.

3.4.1 Člověk s lehkým mentálním postižením

Osob s lehkým mentálním postižením je ze všech osob s mentálním postižením zdaleka nejvíce. S přihlédnutím k normálnímu rozložení inteligence v populaci připadá osob, které mají sníženou inteligenci pod 70 bodů IQ, zhruba na 3%, osob s lehkým mentálním postižením je zhruba 2,5% (Valenta, 2009).

Příčinou vzniku lehkého mentálního postižení je nejčastěji vliv dědičnosti, sociokulturní deprivace, nedostatek stimulace či kombinace předešlých faktorů. Pipeková (2006) uvádí, že vliv negenetického poškození plodu je v etiologii lehkého mentálního postižení zastoupeno asi v 10% případů, vlivy sociokulturní v 30% případů a polygenní dědičností je dáno asi 60% případů. Diagnostikováno bývá dítě až v předškolním či mladším školním věku a to z toho důvodu, že lidé s lehkým mentálním postižením nemají zpravidla somatické postižení a některé nedostatky dokážou do určité míry kompenzovat – např. dobrou mechanickou paměť. Ačkoliv může být psychomotorický vývoj dítěte s lehkým mentálním postižením opožděný, objevují se hlavní potíže až v předškolním věku např. v kresbě (dítě může mít nedostatky jak v oblasti formální, tak může být jeho výtvarný projev obsahově chudší) a později v mladším školním věku se promítá do oblasti grafomotoriky a psaní (Valenta 2012).

Lidé s lehkým mentálním postižením mají poměrně často dobrou schopnost užívat řeč v každodenním životě a udržovat konverzaci, omezení mohou být z hlediska slovní zásoby a porozumění cizím a přejatým výrazům a z logopedického hlediska se u nich může objevit narušení komunikační schopnosti – dyslalie, koktavost, brebtavost a opoždění vývoje řeči oproti vývojové normě. Řeč dospívá až na úroveň II. signální soustavy, tj. ke schopnosti zobecňování a abstrahování, problém mohou mít s usuzováním. Lidé s lehkou mentální retardací jsou schopni udržovat konverzaci, komunikovat a začlenit se do sociálního prostředí bez výrazných obtíží (Bendová, 2011).

Bez větších obtíží (a za přispění přiměřených podpurných opatření) mohou dosáhnout úplné nezávislosti v péči o vlastní osobu – v oblasti sebeobsluhy, stravování, hygieny a péči o domácnost s tím, že rozvoj těchto schopností může být opožděn oproti vrstevníkům (Chaloupková in Pančocha, 2010). Problém nastává většinou až při zvládání učiva ve škole.

Edukace by se proto měla zaměřit na rozvoj schopností a kompenzaci nedostatků s přihlédnutím na častou emocionální nezralost a sugestibilitu. Jak uvádí Švarcová (2006), mají lidé s mentálním postižením problém většinou až při teoretické práci ve škole. Mohou se u nich projevit problémy s osvojováním čtení a psaní. Lépe jim vyhovují obory spíše praktické než teoretické a vzdělávání zaměřené na rozvoj dovedností a kompenzování nedostatků. Nejdůležitějším faktorem ve vzdělávání žáků s mentálním postižením jsou trpělivost okolí a dostatečná časová dotace nepoměrně větší než u žáků intaktních s dostatečným zastoupením opakování a procvičovacích cvičení. Pomoci mohou již zavedená podpůrná opatření a celkové klima ve třídě a ve škole.

V dospělosti si lidé s lehkým mentálním postižením často uvědomují své znevýhodnění oproti většinové společnosti a svoji odlišnost, byť to nemusí vnímat jako postižení. Často se cítí ohroženi a mohou vnímat negativně, když k nim přistupujeme jinak než k ostatním. V adolescenci a dospělosti mohou být citliví na snižování svého postavení ve společnosti a na zacházení jako s dítětem. Preferují partnerský přístup ve vztahu i v komunikaci. Člověk s lehkou mentální retardací často aspiruje na samostatné zvládnutí všech životních rolí – má ambice zvládnout odborný výcvik (buď na odborném učilišti či praktické škole dvouleté), najít si práci i životního partnera a osamostatnit se od rodičů. V oblasti rodičovské role mohou být a často bývají velmi ovlivněni názory druhých, zejména rodičů a učitelů.

V oblasti přípravy na budoucí povolání lidé s lehkým mentálním postižením nejčastěji navštěvují praktické školy jednoleté a dvouleté, méně často pak střední odborná a odborná učiliště. Zaměstnávání jsou nejčastěji v chráněných dílnách a v rámci různých podpůrných projektů, jako jsou například různé tréninkové kavárny, obchody apod. Na volném trhu práce se současnou mírou nezaměstnanosti jsou velmi znevýhodněni – buď zaměstnání nenajdou vůbec, nebo jen za pomoci různých agentur podporovaného zaměstnávání. Navíc v době hospodářské recese jsou lidé s mentálním postižením často ti první, kteří svá pracovní místa ztratí (Šidlová, 2013).

3.4.2 Člověk se středně těžkým mentálním postižením

Příčinou vzniku středně těžkého mentálního postižení bývá nejčastěji organické poškození centrální nervové soustavy, a to buď na základě chromozomální aberace či infekce, traumatu, nebo metabolické poruchy. Osoby se středně těžkým mentálním postižením tvoří přibližně 12% všech osob s mentálním postižením. Častěji se u nich vyskytuje opoždění motorického a psychického vývoje i vývoje řeči, což má za následek opoždění v oblasti

socializace i osvojování si sebeobsluhy. Ve většině případů potřebují lidé se středně těžkým mentálním postižením pomoc od okolí po celý život, ať už se jedná o rady v nových či složitějších situacích, nebo pomoc s některými složitými oblastmi v péči o vlastní osobu či v péči o domácnost (Bendová, 2011; Pipeková, 2006).

Valenta (2012) uvádí, že lidé se středně těžkým mentálním postižením může dosáhnout ve vývoji řeči až do úrovně I. signální soustavy. Můžou být schopni komunikovat s omezenou slovní zásobou i gramatikou. Často mají větší pasivní než aktivní slovní zásobu. Může se tedy stát, že dobře rozumějí, co jim okolí sděluje, svoje pocity a potřeby však formulují obtížně. Bendová (2011) uvádí, že v oblasti komunikace existují mezi jedinci značné interindividuální rozdíly, úroveň rozvoje řeči je značně variabilní a není neobvyklé, že zatímco někteří využívají prvků či systémů neverbální, alternativní a augmentativní komunikace, jiní jsou plně schopni verbální konverzace.

Samoobslužné činnosti tyto lidé mohou zvládnout s určitým zpožděním bez problémů, nemají-li další somatické postižení. Nejvýraznější problémy však nastávají v oblasti osvojování si učiva na základní škole. Žáci se středně těžkým mentálním postižením navštěvují zpravidla základní školu praktickou nebo speciální, ačkoliv mohou integrovaně navštěvovat i běžnou ZŠ. Při vhodném pedagogickém vedení jsou schopni naučit se základy čtení, psaní i počítání. Základní cíle v rámci vzdělávání jsou zaměřeny na osvojení základních návyků a motivace k učení, schopnosti spolupracovat, komunikovat a osvojovat si znalosti a dovednosti v praktické oblasti. Důležité pro socializaci je zejména zvládnutí sociálních a pracovních dovedností a návyků. K utváření těchto klíčových kompetencí by měl směřovat systém konkrétních úkolů, prostředků a metod. Často se však těmto žákům v procesu vzdělávání stává, že nejsou schopni aplikovat poznatky a dovednosti do praktického života (Bendová, 2011).

Emocionálně mohou být lidé se středně těžkou mentální retardací labilní, v jejich povahových vlastnostech se může objevit zvýšená dráždivost, výbušnost a negativismus. Tyto projevy se mohou jevit jako nepřiměřená reakce vůči sociálnímu okolí. Bez velké míry empatie nelze toto chování chápat, může nám v tom pomoci například koncept tzv. validace. Pomocí tohoto konceptu lze pochopit motivy k určitému druhu chování a nalézt vhodnou motivaci či vhodné stimuly k omezení takového chování. V sociálních aktivitách v závislosti na své osobnosti a procesu socializace prokazují iniciativy k navázání kontaktu a komunikaci s druhými, jsou schopni podílet se na sociálních aktivitách. Často však nejsou schopni řešit

složitější sociální situace (Pipeková, 2004). Tuto oblast ovlivňuje úroveň emoční inteligence, kterou je potřeba zejména v dětství pomáhat utvářet a formovat.

Často se můžeme setkat s jedincem, který dosahuje pásma středně těžké mentální retardace, a přesto je schopen navazovat vztahy, sdělovat své prožitky na takové úrovni, která neodpovídá stanovené míře mentálního postižení, protože vyrůstal v takovém citově hřejivém prostředí a zároveň byl dostatečně a správně veden k prožívání vlastních emocí. Vše záleží na rozvoji schopnosti navazovat psychický kontakt, komunikaci a sociální vztahy s ostatními lidmi. Tato schopnost by měla být ze strany pečujících osob – rodičů a vychovatelů podporována a rozvíjena. Důležitou roli hraje zejména první sociální vztah matka – dítě (Bendová, 2011).

Vývoj jemné a hrubé motoriky bývá u lidí se středně těžkým mentálním postižením značně zpomalen, v dospělosti může přetrvávat celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a schopnost jemných úkonů. Přestože přetrvá toto znevýhodnění, je vhodné udržovat dosaženou míru schopností na nejvyšší možné úrovni po co nejdelší možnou dobu. V dospělosti jsou lidé se středně těžkým mentálním postižením obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, je však nutné úkoly pečlivě strukturovat a zajistit odborný dohled (Valenta, 2012).

Z hlediska osamostatnění jsou jen někteří schopni žít samostatný život. Buď využívají podpory rodiny, nebo sociální služby rezidenčního typu jako jsou podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení či domov pro osoby se zdravotním postižením (Černá, 2008; Pipeková, 2004; Švarcová, 2006).

3.4.3 Člověk s těžkým a hlubokým mentálním postižením

Lidé s těžkým mentálním postižením tvoří skupinu, která je značně podobná skupině osob se středně těžkou mentální retardací, výraznější roli však hraje přítomnost či absence fyzického handicapu a úroveň komunikace. Ve všech oblastech potřebují lidé s těžkým mentálním postižením více času na osvojení znalostí, dovedností a návyků, potřebují také větší míru individuálního přístupu, tolerance a respektu k zvláštnostem a povaze klienta a klidné, citově hřejivé prostředí pro rozvoj vlastního potenciálu. Další charakteristika této skupiny je pro lepší orientaci v problematice a dle dostupných zdrojů popsána z hlediska omezení.

Bendová (2011) uvádí, že se řeč u lidí s těžkým mentálním postižením tvoří velmi pomalu, s obtížemi a někdy dojde buď k osvojení pouze základních slov, individuálního slovníku, či se verbální řeč nevyvine vůbec a jedinec pak komunikuje pomocí gest či pomocí alternativní nebo augmentativní komunikace. Někdy mohou používat echolalickou komunikaci, která je velmi obtížná pro pochopení významu a potřeb jedince. Na podporu rozvoje komunikačních schopností se uplatňují různé systémy náhradní a podpůrné komunikace. Švarcová (2006) uvádí, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná péče může významně přispět k rozvoji schopností, dovedností a návyků potřebných pro samostatnost jedinců s těžkým mentálním postižením a dosažení maximálního stavu kvality života.

Valenta (2009) píše, že nelze vnímat obtíže v osvojování si dovedností, schopností a návyků pouze jako prosté časové opožďování duševního vývoje, ale že jde o strukturální vývojové změny. Nelze tedy k jedincům přistupovat z hlediska jejich „mentálního věku“. Je nutné respektovat jedince s jeho zvláštnostmi a pomoci mu vyrovnat se s nároky svého okolí sociálně únosným způsobem. Pörtner (2007) ve své knize popisuje, jak je důležité naučit lidi s mentálním postižením znát své nevýhody a umět se s nimi vyrovnat, aby si dokázali sami říct, že něčemu nerozumí, že určitou věc potřebují znovu vysvětlit a nestyděli se za své požadavky. Předcházíme tak situacím, kdy se lidé s mentálním postižením, dle našeho názoru, chovají neadekvátně či agresivně.

Lidé s těžkým mentálním postižením mají každý v individuální míře narušeny všechny poznávací a kognitivní funkce. Vzhledem k časté organické etiologii záleží pak na struktuře narušení centrální nervové soustavy a konkrétních projevů poškození v jednotlivých oblastech. Největší problémy mají v oblasti smyslové percepce a myšlenkových operací, paměť převládá krátkodobá, dlouhodobá paměť je ovlivněna zkresleným vnímáním a je často spojena s emočním prožíváním dané události. Pozornost je omezena, vykazuje nízký rozsah sledovaného pole a je ovlivněna snadnou unavitelností. Záměrná pozornost je ovlivnitelná motivací a nezáměrná odvisí od aktuálního psychického stavu jedince.

Výrazné opožďování psychomotorického vývoje lze vysledovat již v předškolním věku. Rozvoj sebeobsluhy se neobjede bez trvalého procvičování a stupeň samostatnosti je závislý na důslednosti vedení pečujících osob. Velmi často jsou u jednotlivců s mentálním postižením přítomny v chování poruchy, jako jsou stereotypní pohyby a stimulace vestibulárního aparátu,

hry s fekáliemi, sebepoškozování, afekty a agrese. Mohou být inkontinentní nebo mít v této oblasti problémy.

Lidé s hlubokým mentálním postižením jsou nejmenší podskupinou v rámci skupiny mentálního postižení, Pipeková (2006) uvádí, že tvoří asi 1% osob s mentálním postižením, vyžadují však nejčastěji největší míru podpory a péče. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou také neurologické projevy a onemocnění (např. epilepsie). Jejich schopnosti a dovednosti jsou na velmi nízké úrovni, byť mají minimálně potenciál prožívat. Jejich poznávací a smyslové vnímání je často velmi poškozené, mohou se vyskytovat přidružené smyslové vady. Většina jedinců je imobilních, inkontinentních a mají minimální předpoklady pro rozvoj verbální komunikace. Stále však přetrvává potenciál k rozvoji nonverbální komunikace při zapojení velké míry empatie a znalosti klientovy historie a projevů od pečujících osob (Švarcová, 2006).

Bendová (2011) uvádí, že je vhodné využívat takových konceptů, které přiblíží jedince zpět do fáze intrauterinního života a poskytnou mu tak návrat k vývojovému stádiu, jež odpovídá rozsahu jeho postižení a potřeb z něho vyplývajících. Jedná se zejména o přístup a metody založené na konceptu bazální stimulace. Další metody a koncepty, které se využívají u lidí s těžkým a hlubokým mentálním postižením, jsou validace (Feil, 2007), preterapie (Prouty, 2005), expresivní terapie, animoterapie a terapie hrou, psychomotorická terapie, koncept Castillo – Morales a Bobath koncept (Bendová, 2011). Pro realizaci práce zaměřené na návrat k prenatalnímu vývoji, porodu či raně postnatálnímu vývoji dítěte v rámci konceptů, např. bazální stimulace, se používají specializované místnosti. Nejznámější je snoezelen (Vitásková, 2010), prenatalní místnost či bílý pokoj. Obecně platí, že čím hlubší mentální postižení jedinec má, tím méně fungují klasické přístupy a běžně využívané pedagogické metody a tím více se výchova, vzdělávání a přístup k těmto lidem musí opírat o alternativní metody a koncepty. V žádném přístupu by však nemělo chybět empatické, optimistické vedení, které vychází z možností a potřeb jedince s těžkým či hlubokým postižením, a respekt k individuálním zvláštnostem a projevům.

3.5 Sociální statut lidí s mentálním postižením a vnímání společnosti

Vančura (2007) se zabýval tématem prožívání zisků a ztrát v souvislosti s narozením dítěte s mentálním postižením. Upozorňuje, že rodiče těchto dětí velmi citlivě reagují na postoje okolí vůči svému dítěti, ať už se jedná o soucit, obavy a strach, vyhýbání se či předsudky. Společnost se vždycky nejvíce bojí toho, co nezná, a málokdo mimo odborníků se

setkává s lidmi s mentálním postižením. Děti dají na názor dospělých, ti zase na předsudky, které o lidech s mentálním postižením ve společnosti stále přetrvávají. Přesto Vančura (2007) hodnotí, že se společnost posunula ve svém vnímání osob s mentálním postižením od výchovy dítěte s mentálním postižením v rodině, přes nástup integračních snah a tendencí až po změny v oblasti sociálních služeb, které mají jako hlavní cíl maximální rozvoj samostatnosti a integrace svých klientů do společnosti. K pochopení situace lidí s mentálním či jiným druhem postižení přispívají zejména knihy, které napsali sami lidé s postižením či jejich blízcí, jako např. Máme dítě s handicapem (Fitznerová, 2010) nebo titul Nebij mě, můj milovaný synu od V. Hrabákové (2011).

Michalík (2013) vysvětluje, že postavení člověka, jeho sociální statut a to, jak jej vnímá většinová společnost či jeho bezprostřední okolí, určuje řada okolností daných vnějšími vlivy. Záleží nepochybně na tom, v jaké zemi se narodí, jak je tato společnost vyspělá, či jak se staví k lidem s postižením. Zároveň je vztah k okolí ovlivněn předchozí zkušeností většinové společnosti s lidmi s mentálním postižením a také osobností daného jedince, charakterem, hodnotovým systémem, dovednostmi, vlastnostmi a znalostmi jedince a jeho vlastními cíli. Tyto všechny faktory a mnohé další se prolínají ve složité vztahové interakci a vytvářejí individuální postavení jedince ve společnosti.

Postavení jedince s mentálním postižením je v ČR z hlediska celosvětového úhlu pohledu na poměrně vysoké úrovni. Z hlediska historie je také k lidem s mentálním postižením na našem území přistupováno zdaleka nejlépe. Situace v posledních několika letech je však ovlivněna hospodářskou, morální a celkovou společenskou krizí, jejíž důsledky budou zcela pochopeny až s odstupem času. Michalík (2013) uvádí, že v posledních letech je na vzestupu desolidarizace a mizí respekt k nezaměstnaným či sociálně handicapovaným. Lidé s mentálním postižením a jejich rodiny jsou a budou vystavováni ekonomickým tlakům. Jako příjemci sociálních výhod a podpor, přestože nemají reálnou možnost, jak svoji situaci ve světě založeném na výkonu a nahraditelnosti jednotlivce změnit. Zaměstnanost lidí s mentálním postižením, a tím i jejich možnost aktivně přispívat do sociálního systému, se totiž navzdory opatřením aktivní politiky zaměstnanosti paradoxně postupně zhoršuje.

Ve světle všech ekonomických, sociálních a morálních problémů je pro většinovou společnost těžké pochopit a docenit význam variability lidského života, pestrost a různorodost pohledu na svět, přínos jedinečnosti každé bytosti, přínos, který nelze vyčíslit, kvantifikovat ani dát do přehledné tabulky, zatímco náklady na zdravotní péči, sociální služby a výše

sociálních dávek a podpor lze poměrně přesně spočítat a argumentovat na nákladnost solidarity většiny s menšinou.

3.6 Shrnutí

Pojem mentální postižení nahrazuje v českém prostředí stále platný pojem mentální retardace. Pojem člověk s mentálním postižením zahrnuje kromě jedinců označovaných jako „mentálně retardované“ i osoby v pásmu subnormy. V zahraničí se setkáváme zejména s pojmem porucha intelektu. Pojem dle odborníků lépe reflektuje současný odborný přístup k osobám s mentálním postižením v návaznosti na zdůrazňování funkčních schopností.

Etiologie (neboli příčiny) mentálního postižení mohou být označovány jako vnitřní (endogenní) nebo vnější (exogenní), dále mohou být příčiny vrozené či získané nebo také prenatalní, perinatální či postnatální. Specifickou skupinou příčin vzniku mentálního postižení jsou specifické genetické poruchy a různé syndromy (např. Downův, Edwardsův apod.).

Cílem diagnostiky osob s mentálním postižením by mělo být objevení zejména oblastí s potenciálem k růstu, s cílem jejich naplnění a dalšího rozvoje jedince. V diagnostice mentálního postižení rozlišujeme psychodiagnostiku a speciálně pedagogickou diagnostiku. Používají se metody klinické (anamnéza, pozorování, rozhovor, dotazník, analýza produktů činnosti a kazuistika) i testové (intelligenční testy, škály). Oblastmi, na které se diagnostika zaměřuje, jsou kromě inteligence a sociálních schopností také emoční prožívání a dále rodinné prostředí, motorika, grafomotorika, vývoj řeči a verbálních schopností. O zdravotní diagnostiku se starají pediatři a odborní lékaři, psychodiagnostiku provádějí psychologové a kliničtí psychologové, speciálně-pedagogická diagnostika se provádí v pedagogicko-psychologických poradnách a ve speciálně-pedagogických centrech.

Mentální retardace se dle MKN Světové zdravotnické organizace dělí na lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou, dle DSM – v Americké psychiatrické asociaci na lehkou, střední, těžkou a hlubokou. V současné době existují tři možnosti k přístupu k lidem s mentálním postižením. Jsou jimi: limitační model, popisný model a ekologický model. Limitační model definuje mentální postižení z hlediska podprůměrného obecného intelektového fungování a nedostatečného adaptačního chování. Model popisný vyzdvihuje celistvost člověka, prostřednictvím popisného modelu bylo možné překonat diskvalifikující, segregační a degradující bariéry vystavěné limitačním modelem. Ekologický model zdůrazňuje interakční povahu mentálního postižení mezi jedincem a prostředím.

Obecně platí, že čím hlubší mentální postižení je, tím větší má jedinec omezení v jednotlivých oblastech. Každý člověk s mentálním postižením je však jedinečný a neopakovatelný. Jednotlivé vlastnosti, které lidem s mentálním postižením přiřazujeme, vyjadřují jistou tendenci výskytu. Každý pokus o obecný popis jedinců s mentálním postižením je nutně zkreslující a nevystihuje dostatečně značnou variabilitu této skupiny. Většina knih, ve kterých je popisován člověk s mentálním postižením, se zaměřuje na výčet nedostatků, omezení a snížených schopností. Člověka s mentálním postižením vnímáme spíše z pohledu jeho vlastního individuálního potenciálu k růstu. Každý jedinec, ať už s mentálním postižením či bez, je svébytnou bytostí, osobností hodnou respektu a uznání, s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vlastními vývojovými potenciály, které je možné a nutné podporovat a rozvíjet (Švarcová, 2006).

4 Role vytváření a budování vztahu při práci s lidmi s mentálním postižením

Tato kapitola se bude nejdříve zabývat definováním a vysvětlením pojmu vztah jak z obecného hlediska, tak i z hlediska psychologie a psychoterapie. Podrobně si rozebereme vznik a vývoj dyadické intervence – tedy vztahu dvou lidí. Zhodnotíme, jaký je význam vztahu v životě člověka a blíže si vysvětlíme, jak pracuje se vztahem terapie zaměřená na člověka. Seznámíme se s tím, jak funguje zdravý vztah mezi terapeutem a klientem a v čem se liší od běžných vztahů mezi lidmi. Na závěr kapitoly se zaměříme na lidský vztah jako součást profese (název oddílu je odvozen od stejnojmenné knihy Karla Kopřivy) a na lidský vztah jako systém.

4.1 Vymezení pojmu vztah

Kdykoliv se v této práci hovoří o vztahu, vždy se tím myslí vztah mezilidský čili sociální, nikoliv vztahy jiné, například matematické. Nejobecněji vysvětluje pojem sociální vztah Velký slovník naučný (1999, s. 679), a to následovně: *„vztah sociální je chování lidí zaměřené vůči sobě navzájem, jedna ze základních sociologických kategorií. Vztahy sociální se utvářejí jako vztahy mezosobní i jako vztahy mezi sociálními skupinami. Jsou jevem sociálním, který se vyznačuje velkou mnohotvárností, vztahy sociální se diferencují podle svého ekonomického, politického, právního a kulturního obsahu, vytvářejí se v situacích spolupráce, soudržnosti (tzv. vztahy sociální asociativní, sdružující), ale i konfliktu a boje (vztahy sociální disociativní, rozlučující).“*

4.1.1 Vymezení pojmu z hlediska psychologie

Vztahy mezi lidmi – sociální vztahy – lze nazvat interakcí, z latinského „Interactio“ - inter-agere = jednat mezi sebou. (Hartl, 2010) Znamená to tedy vzájemné působení, ovlivňování a jednání. Probíhá za pomoci komunikace, tedy pomocí gest, jazyka, symbolů a podobně.

Večeřa a Urbanová (2011) popisují vztahy jako vzájemnou závislost a ovlivňování, které se realizuje na třech úrovních: mikrosociální, mezosociální a makrosociální. Mikrosociální úroveň zahrnuje vztahy mezi jedinci navzájem či jedincem a skupinou. Mezosociální úroveň jsou vztahy mezi skupinami a organizacemi a makrosociální je úroveň celospolečenská, tedy mezi velkými organizacemi a skupinami.

4.1.2 Vymezení pojmu z hlediska psychoterapie

Vavrda (in Vymětal, 2004, s. 91) definuje, že „*vztah představuje určitou souvislost mezi jevy... vztah není nějakým pevným poměrem mezi izolovanými subjekty, ale je definovatelný pouze jako součást celé sítě vztahů v daném prostoru referenčního bodu.*“ Dle Kratochvíla (2006) je vztah jedním ze společných faktorů v různých psychoterapeutických směrech. Ačkoliv je v každém ze směrů více či méně akcentován, nelze jeho vliv na vývoj klienta popřít. Klient má k terapeutovi důvěru, očekává od něj pomoc a je přesvědčen, že terapeutovi na něm záleží. Dále také zahrnuje vztah mezi terapeutem a klientem mezi podnětové proměnné při realizaci výzkumu v psychoterapii.

Casemore (2008) uvádí, že se terapeutický vztah neliší od jiných druhů mezilidských vztahů a psychologický kontakt může nastat, jen když obě strany mají úmysl a ochotu být spolu navzájem v kontaktu. Z tohoto vyplývá, že pro rozvoj vztahu je podstatná vůle a ochota obou stran se zapojit. Pokud jsou dva lidé v jedné místnosti – jeden z nich je klient a druhý terapeut – ještě to neznamena, že probíhá terapie, i když se očekává, že se bude odehrávat.

4.2 Dyadická interakce

Nejmenší možná interakce mezi lidmi je takzvaná dyadická – neboli mezi dvěma jedinci. Jak uvádí Nakonečný (2009, s. 319): „*mezilidský vztah vzniká, když dvě osoby, které ho tvoří v po sobě následujících situacích, na sebe působí. To je vymezení, které zahrnuje jak dlouhodobé, tak i krátkodobé interakce mezi lidmi. Dlouhodobě jsou však v mnohém specifické... V jistém smyslu dyáda neznamena jenom počet, ale také nejmenší skupinu, tedy dva jedince, které spojuje víc než náhodné nebo i domluvené, ale solitérní setkání.*“

4.2.1 Vývoj dyadického vztahu

Vývoj dyadického vztahu probíhá následovně (Nakonečný, 2009):

- **výběr partnera** – motivace výběru mohou být různé, spolu s motivací se uplatňuje hodnota cílové osoby a subjektivní pravděpodobnost navázání kontaktu, interakci může podnítit i náhodné setkání nebo prostorová blízkost či sociální izolace;
- **vyjednávání a vzájemné prozkoumávání** – je to úvodní fáze již navázaného kontaktu, každý z partnerů se snaží dosáhnout co možná největšího zisku, vytvářejí mezi sebou dohody a kompromisy, které vedou krátkodobě k menšímu zisku pro jednotlivce, ale dlouhodobě k větším ziskům pro oba;

- **vytvoření závazku či závislosti** – závazky vznikají během kompromisů, které vedly k nákladům ze strany jednoho z partnerů a ziskům na straně partnera druhého, jeden z partnerů je pak více či méně závislý na druhém, přičemž se v míře závislosti a množství závazků musí sobě rovnat – princip rovnováhy. Tento princip má dvě roviny – vnitřní rovnováha („dal jsem“, „získal jsem“) a vnější („on mi dal“, „on získal“). Ve vztahu se může objevit tendence k maximalizaci zisku. Má-li jeden z partnerů pocit, že je ve vztahu vykořisťován, má tendenci z tohoto vztahu uniknout. Předpokladem rovnováhy je interpersonální valorizace – vzájemné hodnocení, které ústí do vzájemných postojů a které je založené na porovnávání příspěvků obou partnerů. Nejvýznamnější jsou pak postoje a chování partnera, které vedou k posílení sebehodnocení druhého, když partner respektuje jeho role a kompetence, obdivuje ho, projevuje mu sympatie a podobně;
- **institucionalizace** (vytvoření norem kontrolujících chování partnerů interakce) – je to zpevnění interakce normami, které se mezi partnery vytvoří jako akceptovatelné – ty pak umožní kontrolu chování obou partnerů. V interakci se rozvíjejí v první řadě interpersonální postoje s emocionálním nábojem, který určuje atraktivitu vztahu a situace, za kterých probíhá interakce.

4.2.2 Uspokojující vztah

Nejvíce uspokojující vztah je ten, ve kterém se oba partneři navzájem odměňují. Podle teorie závislosti Thibauta a Kelleyho, kterou uvádí Nakonečný (2009), existují tyto interpersonální strategie:

- přizpůsobení se osoby s nižší pozicí požadavkům a očekáváním silnějšího partnera, který zabezpečuje situaci slabšího (silnější partner má nad slabším moc);
- jeden partner má možnosti navazování dalších vztahů, na rozdíl od druhého, ten je pak v nevýhodné pozici, protože je více závislý na vztahu se svým partnerem;
- jeden z partnerů má větší možnosti odměňovat druhého a vzniká tak situace, kdy jsou slabšímu partnerovi ubírány možnosti jak trestat silnějšího partnera – obranou je udržování distance;
- jeden z partnerů si zvyšuje své zásluhy na úkor druhého.

Odměny a tresty v mezilidských vztazích jsou relativně běžným jevem. Nakonečný (2009) uvádí výzkum zaměřený na zkoumání reakcí na odměny a tresty v mezilidských interakcích, ze kterého vzešly tyto závěry:

- odměny a tresty od osoby, ke které máme pozitivní vztah, vedou k trvalejším změnám na rozdíl od osob, ke kterým máme vztah negativní (mění naše chování jen dočasně a jen ve vztahu ke své osobě);
- od osoby, kterou nemáme rádi, neakceptujeme tresty a naopak v nás vyvolávají touhu po odvetě;
- sociální závislost je termín, označující nadřazenou pozici osoby, která má sociální moc druhou osobu odměňovat či trestat.

Princip rovnováhy a bludný kruh vzájemného trestání – jedním ze specifických fenoménů fungování sociální interakce je princip reciprocity (poskytování si stejných nebo podobných odměn). Jestliže jeden člověk udělá něco pro druhého člověka, ten se mu to bude snažit dříve či později vrátit podobně hodnotným činem. Zde funguje známý princip závaznosti – „jsem ti zavázán“. Takto se ve vzájemné interakci vytváří kruhové reakce – „já udělám něco pro tebe, ty zase pro mě“ a tak dále. Opačně to také funguje – když si lidé vzájemně škodí. Tímto způsobem vzniká bludný kruh vzájemného trestání, který může být jak uvědomovaný, tak i neuvědomovaný.

4.2.3 Význam vztahu v životě člověka

Význam vztahů v životě člověka je zcela zásadní. Doložit toto tvrzení můžeme několika příklady. Jedním z nejhorších trestů, jak uvádí Vymětal (2004), je samovazba. Český režisér Vojtěch Jasný během svého exilu v Německu natočil film „Maják“, ve kterém vymění vězeň dvacetiletý trest za dva roky osamělé služby jako strážce majáku. Nakonec podlehně svým halucinacím a zabije strážného, který mu jednou za dva týdny přijel doplnit zásoby. Rodíme se jako bytosti zcela závislé na pomoci druhých. Kdyby neexistoval člověk, který by si k nám vytvořil vztah a postaral se o nás, nepřežili bychom.

4.3 Vztah z pohledu terapie zaměřené na člověka

Terapeutický vztah je založen na vzájemné úctě, terapeut i klient jsou stejně důležití. Je to vztah, ve kterém chtějí být obě strany stejnou měrou. Vztah vytváří podmínky pro rozvoj a uskutečňování změn. V přístupu zaměřeném na člověka je vztah mezi klientem a terapeutem

považován za zcela nezbytný, dokonce za terapii samu. Zároveň se předpokládá, že předpokladem pro vznik vztahu je psychologický kontakt obou partnerů. Aby se mohl uskutečnit psychologický kontakt, musejí oba partneři chtít být na stejném místě a musejí být ochotní se spolu navzájem angažovat. Jak terapeut, tak klient mají před navázáním psychického kontaktu mít možnost posoudit a rozhodnout, zda bude pro klienta terapie přínosná, zda je vhodné, aby spolu pracovali (Casemore, 2008).

4.3.1 Zdravý vztah mezi terapeutem a klientem

Ve vztahu mezi klientem a terapeutem je zcela zásadní, jaký vztah má terapeut sám k sobě. Dobrý terapeut by měl mít schopnost vztahovat se k sobě – mít jasno ve vlastním sebehodnocení. Mearns a Thorne (2013, s. 48) uvádějí, že *„pokud je terapeut zaměřený na člověka ve svém vnitřním světě „doma“ a je spokojen se svým způsobem bytí, je pravděpodobné, že jeho práce s klienty se bude vyznačovat řadou faktorů, které dohromady poukážou na zdravý terapeutický vztah“*. Zdravý vztah znamená i to, že s sebou terapeut nechá manipulovat a obelhávat se a nesnaží se tyto manipulace objevovat a vracet je klientovi. Přijímá, že klient ve fázi získávání důvěry používá staré zaběhlé strategie, a věří, že časem pochopí, že je to zbytečné a přestane takto jednat. *„Nechat být, nechat růst a nechat jít“*, takto stručně shrnují Mearns a Thorne základní pravidla zdravého vztahu. Komplexněji uvádějí znaky zdravého terapeutického vztahu (2013, s. 52) následovně:

- *„terapeut je upřímný ve svých cílech a záměrech, které sděluje klientovi;*
- *terapeut je zodpovědný vůči klientovi, nikoliv za klienta;*
- *terapeut nemanipuluje klientem, ale je připraven nechat se manipulovat;*
- *terapeut nepředstírá, že ví, co je „dobré“ pro klienta;*
- *terapeut není zaměřen na „úspěch“;*
- *terapeut má jasno v tom, co je ochoten nabídnout klientovi v každé fázi;*
- *terapeut je oddaný klientovi a bude „bojovat“ za vztah;*
- *terapeut je připraven investovat sám sebe do vztahu bez jakýchkoli podmínek;*
- *terapeut si přeje, aby klient měl svobodu být sám sebou“*.

Vymětal (2001) chápe terapeutický vztah jako meziosobní setkání, pro které je příznačný subjektivně těsný vztah, kdy druhý je mi cílem, nikoli prostředkem, odehrává se vždy v přítomnosti, je bezprostřední, terapeut a pacient se k sobě vztahují osobně a celou svou bytostí – beze zbytku. Vztah takové kvality vede k potvrzení existence člověka a k posílení

jeho identity. Pro rozvoj dalšího vztahu jsou důležité ze strany klienta sebeexplorace, explikace (otevírání) a objasňování.

4.3.2 Sebeexplorace, explikace a objasňování

Sebeexploraci definuje Vymětal (2001, s. 60) jako „*subjektivní proces, během něhož se člověk sobě i druhému otevírá a zabývá se svým nitrem, tedy osobně významnými obsahy vlastního duševního života.*“ Otevírání znamená pronikání hlouběji a hlouběji do podstaty vlastní osobnosti prostřednictvím sebeexplorace. Znamená ochotu a schopnost podělit se o své prožitky, zkušenosti a jiné subjektivně významné skutečnosti. Objasňování spočívá v hledání souvislostí mezi vědomím a prožíváním – hledání osobních významů a porozumění souvislostem. Sebeexplorace vede k porozumění sobě samému, stejně důležité je ale i vlastní hledání, přičemž se klient učí zabývat se vlastní subjektivitou a řešit problémové situace.

4.4 Lidský vztah jako součást profese

Kopřiva (2011) tvrdí, že kvalita lidského vztahu pracovníka vůči klientovi má prvořadý význam. Rozděluje pracovníky na angažované a neangažované. První mají zájem o klienta a snaží se s ním vybudovat vztah, druzí pouze chodí do práce a jiný osobní zájem o klienty neprojevují. Angažovaní pracovníci mohou upadat do dvou extrémů. Jedním z nich je nadbytečná kontrola klienta, který nemá dostatek prostoru pro vlastní růst, druhým je pak sebeobětování se pro klienty, což je naopak zhoubné pro pracovníky, kteří mohou rychleji podlehnout syndromu vyhoření. Kopřiva se zde dotýká těch oblastí práce v pomáhajících profesích, které mají co do činění s etikou. Základní otázkou, kterou si klade, je potřeba klienta a potřeba pracovníka. Při každém kontaktu s klientem bychom si měli položit tuto otázku: „Je to moje potřeba, nebo potřeba klienta toto dělat či nedělat, říkat či neříkat“ a podobně.

Nadměrná kontrola vede k utlumení autonomie klientů a naklání moc ve vztahu směrem k pracovníkům či vedení. Velmi přesně popisuje situaci v organizacích Kopřiva (2011, s. 18), když píše: „*Stupeň kontroly pomáhajících pracovníků nad klienty je logickým pokračováním stupně kontroly vyšších hierarchických úrovní organizace nad nižšími.*“ Je pak pro pracovníky velmi těžké vymanit se z těchto často velmi zaběhnutých kolejí a pracovat s klienty na jejich vlastní autonomii. Někteří pracovníci jsou si v práci nejistí, bojí se konfrontace s klientem, a tak se jí raději vyhýbají, jednají s ním jako s dítětem a znevažují tak jeho autonomii místo toho, aby i v dítěti dovedli vidět a respektovat autonomního jedince

a partnera. Tímto si opět přehazují moc na svou stranu, a nemohou tak navázat pravý lidský vztah s klientem, který má velmi omezené zdroje toto sám změnit. Není však chybou pracovníků, že takto jednají, často tak jednají v nejlepší víře. Bohužel je to úkol jejich nadřízených, aby je jednak učili, jak mají přistupovat ke klientům, a jednak aby vytvářeli na pracovišti takovou atmosféru, která by tento způsob práce podporovala. Vztahu s klientem jistě také nepomůže tendence pracovníka se pro něj obětovat. Komu je příjemné, když vidí, že péče o něj druhého ničí?

Kopřiva (2011) dále uvádí tři paradoxy profesionálního pomáhání – pochopení pro každého, láska k bližnímu ve službách potřeby úspěchu a láska k bližnímu jako zboží. Důležitým poznatkem v oblasti mezilidských vztahů je fakt, že ne všichni lidé jsou nám sympatiční a jsme ochotni s nimi navázat blízký kontakt. Stejně tomu je však naopak, my nemusíme být sympatiční každému. V případě práce s lidmi, kde je nezbytné navázat vztah, se musíme obrnit velkou dávkou trpělivosti, pochopení a empatie, abychom mohli efektivně pracovat. Je důležité si své antipatie pojmenovat, pochopit jejich příčinu a pokusit se jich když už ne zbavit, tak alespoň si jich být vědomi při kontaktu s klientem. Nesnažit se nijak přetvařovat, smířit se i s tím, že je máme, a přijmout sami sebe jako obyčejné lidi a ne polobohy, kteří bezmezně milují každého, koho potkají.

Mezi základní podmínky zdravého vztahu mezi klientem a pracovníkem patří brát druhého vážně, respektovat ho jako partnera, ctít ho jako jedinečnou bytost s vlastní historií, vlastním pohledem na věc. Vnitřní svět člověka, se kterým pracujeme, by pro pracovníky měl být nejdůležitější realitou. Vnitřní svět je obraz, který si kreslí každý sám, pro každého je stejně důležitý, byť nám se může zdát, že neodpovídá „skutečné“ realitě. To je zase pouze „náš“ obraz světa, jelikož neexistuje žádný „obecný“ obraz světa, který by se mohl stavět nad jiné. Pracovníci se musí zajímat o vnitřní světy svých klientů, pouze tak budou schopni řešit konfliktní situace a předcházet jim. Musejí si umět validovat svět, myšlení a přístup k životu svých klientů a pokoušet se jej citlivě směřovat, aby byl v konsenzu se společností. V žádném případě by neměli hodnotit oprávněnost prožívání světa klientem. To by je od kontaktu s ním pouze vzdalovalo (Kalina, 2011).

Téma nastíněné kalinou do jisté míry souvisí s profesní etikou vycházející ze sociálně konstruktivistické teorie vnímání vztahů, kterou popisuje Freedman (2009). V postmodernistické etice panuje jistá skepse ohledně použitelnosti jakékoli všeobecné univerzální, paušální pravdy – etického kodexu, apod. Vztahy nevytváří naše a klientova

osobnost, ale to jakým způsobem mezi sebou tyto dvě osobnosti fungují. Na druhou stranu je naše osobnost do velké míry utvářena pomocí vztahů, které navazujeme – tímto způsobem vzniká nikdy nekončící spirála na sobě navzájem závislých jevů. Vzhledem k tomuto je nutné si uvědomit, jak škodlivé by potom bylo člověka hodnotit na základě univerzálních etických či jiných všeobecných pravd. Je mnohem vhodnější a bezpečnější vstupovat do vztahů jako omylní lidé, lidé otevření poznání vnímání světa svých klientů. Klienti mohou být pro nás zdrojem cenného poznání, hluboké zkušenosti a životní moudrosti (Freedman, 2009).

4.5 Lidský vztah jako systém

Abychom pochopili lidský vztah jako systém, musíme si popsat, jakým způsobem definoval systemický přístup systémy jako takové. Ludewig (2011) vysvětluje, že systemické myšlení označuje kulturu myšlení, která je založena na vlastních interpretacích lidského života a poznání. Systémové teorie se zabývají systémy a vzájemnými vztahy systému a prostředí. Systemický přístup ve své podstatě neuznává kauzalitu příčin a následků, ale přináší alternativní pohled na vznik určitých jevů. Systemická teorie, jak uvádí Ludewig, tvrdí, že: *„intervence v oblasti psychických a sociálních systémů mohou být konceptualizovány, aniž by jim mohla být připsána kauzalita, pouze jako působení na okrajové podmínky nosných struktur problému. Změny okrajových podmínek mohou mít zase za následek změnu příslušných struktur a tím i problému, ale nikoli způsobem, který určuje struktura sama“* (2011, s. 19).

Podle systemického myšlení a teorií neexistuje žádná objektivní realita, člověk nevidí to, co je, ale vidí, to co vidí. O čem si myslíme, že je objektivní, je pouze náš konstrukt objektivního světa. Pozorovatel je zároveň strůjcem své reality. Ludewig (2011) však odmítá všeobecnou diskusi o pravdivosti či nepravdivosti realit a skutečností a tvrdí, že: *„teorie pozorování se pozornost systemického myšlení omezuje výhradně na to, co je nám lidem přístupné, tedy na naše pozorování a popisy“* (2011, s. 29). Systemické uvažování vychází do jisté míry z postmodernismu a ze sociálního konstrukcionismu. Konstrukcionisté odmítají existenci objektivně platné reality, která je poznatelná. Každý pozorovatel na základě vlastní zkušenosti konstruuje vlastní realitu, která je přísně individuální⁴ (Freedman, 2009).

⁴ Nejenom, že je odmítána existence jedné objektivní reality, je do jisté míry zpochybněna danost jedince jako něčím určeného a určovaného subjektu, ale je sám určitým druhem sociální konstrukce, je takový jak si jej představují druzí a on sám (Schlippe, 2001)

„Systém je celek, který je víc než jen součet částí. Má tendenci k sebezachování. Změní-li jeden člen systému své chování, vyvíjí na něj setrvačné chování ostatních částí systému tlak, aby se vrátil k dřívějšímu způsobu chování, které do systému zapadalo. Změna člena systému je pak mnohem snadnější, jestliže se od systému odpoutá nebo jestliže usilujeme o změnu systému jako celku, v jehož rámci se pak změní i chování člena.“ Takto nám Kopřiva (2011, s. 120) velmi jednoduše vysvětluje, jak fungují systémy, v nichž funguje naše společnost. Stejně tak fungují vztahy mezi pracovníkem a jeho klienty. Pro pochopení, jak fungují tyto vztahy, Kopřiva (2011) dále popisuje princip tzv. cirkulárního myšlení. Cirkulární myšlení je alternativou k takzvané příčinné analýze, kdy každý jev má svoji příčinu a každá příčina má svůj důsledek. V cirkulárním myšlení neexistují příčiny a následky, věci a lidé se ovlivňují navzájem současně, nelze říct, co bylo příčinou změny chování, protože to může mít mnoho důvodů. Jeden jev podmiňuje druhý a naopak.

Vztah tedy utvářejí oba partneři, nemá smysl hledat, čí podíl na fungování systému je větší. Dva lidé v interakci brzy vytvoří systém do sebe vzájemně zapadajících reakcí. Tento vztahový systém je velmi složitý. Chceme-li mu porozumět, musíme hledat zpětnovazební okruhy vzájemně do sebe zapadajících reakcí. Dobrým příkladem cirkulární kauzality je symetrická a komplementární eskalace. Vztahy jako dominance – submise, pečování – přijímání péče, exhibice – diváctví jsou vztahové dimenze, kde jeden člen vztahu není myslitelný bez druhého. Vztah mezi nimi je komplementární. Jestliže se obě strany chovají stejně, např. dominantně, vztah je symetrický. V symetrických vztazích dochází k symetrické eskalaci, např. k eskalaci dominance, dokud se tento vztah nezmění na komplementární. Při komplementární eskalaci se vztahová dimenze potvrzuje tím, že druhý člen páru se chová komplementárně (Gjuričová, 2009).

4.6 Shrnutí

Vztahem se v této práci myslí vztah mezilidský čili sociální. Vztah z hlediska psychologie lze nazvat interakcí, která probíhá na základě komunikace mezi dvěma subjekty. Vztahy mohou probíhat na třech úrovních – mikrosociální, mezosociální a makrosociální. Mikrosociální úroveň zahrnuje vztahy mezi jedinci navzájem či jedincem a skupinou. Mezosociální úroveň představuje vztahy mezi skupinami a organizacemi a makrosociální je úroveň celospolečenská, např. mezi velkými organizacemi a skupinami. Vztah je také jedním ze společných faktorů různých psychoterapeutických směrů, přičemž je na něj kladený největší důraz v přístupu zaměřeném na člověka.

Nejmenší možná interakce mezi lidmi je dyadická, tedy mezi dvěma jedinci. Vývoj dyadického vztahu probíhá od výběru partnera přes vyjednávání a vzájemné prozkoumávání, vytvoření závazku či závislosti až k institucionalizaci. Podle psychologů je nejuspokojivější vztah ten, ve kterém se oba partneři navzájem odměňují, přičemž existují podle teorie závislosti určité interpersonální strategie zvládání závislosti ve vztahu. Jednou ze strategií jsou i odměny a tresty. Typickým jevem, který se v souvislosti s tresty v mezilidských vztazích objevuje, je bludný kruh vzájemného trestání vycházející z principu reciprocity.

Součástí takzvaných pomáhajících profesí by mělo být i navazování a udržování zdravých lidských vztahů. Ne všichni pracovníci jsou však schopni a ochotni tyto vztahy správně a účinně vytvářet. Jedním z hlavních faktorů, který negativně ovlivňuje lidský vztah pomáhajícího a toho, komu je pomáháno, je moc, kterou má pomáhající nad svým klientem. Tato moc připravuje klienty o jejich autonomii a činí je závislými na pracovnících a institucích. Lidský vztah v profesi by neměl být nahlížen z pohledu příčinné analýzy, ale z principu cirkulárního myšlení. V tomto principu neexistují příčiny a následky, ale věci a lidé se ovlivňují navzájem a současně. Jeden jev ovlivňuje druhý a naopak. Dva lidé v interakci tvoří systém do sebe zapadajících vzájemných interakcí.

II Praktická část

5 Výzkumné metody

V této kapitole popíšeme metodologii, výzkumný design a výzkumné metody použité v našem výzkumném šetření. Jako hlavní metodologické východisko jsme si vybrali kvalitativní přístup, který osvětlíme hned na začátku kapitoly v prvním oddíle, poté popíšeme fenomenologické zkoumání jako výzkumný design našeho šetření a dále popíšeme metody sběru dat – kvalitativní rozhovor, retrospekci a videozáznam a metody analýzy dat – otevřené kódování, tematické kódování, kategorizování a vytváření trsů a struktur. Nakonec se krátce zmíníme o způsobu interpretace dat.

5.1 Kvalitativní přístup jako východisko výzkumného šetření

Metody použité v tomto výzkumu vycházejí z metodologie kvalitativního přístupu ve výzkumu, a to hned z několika důvodů. Prvním důvodem je stav současného rozvoje využívání přístupu zaměřeného na člověka a preterapie v ČR. V současné době není dostatečný počet osob, které by mohly být respondenty výzkumu, jež by přinesl dostatečné množství dat potřebných pro statistickou analýzu. Zároveň povaha tématu a zaměření práce spíše inklinuje k využití kvalitativní analýzy. Dále také vycházíme z výzkumu preterapie a psychoterapie, jež je opět spíše než kvantitativně a statisticky realizován pomocí metod kvalitativní analýzy. Ve studiích převládají zejména kazuistiky, analýzy rozhovorů a pozorování chování jedinců během intervencí. (Prouty, 2000, 2001, 2003, 2007; Peters 2005, McWilliams 1998, Cooper 2010) Konečně výběr kvalitativního přístupu pro realizaci výzkumu vychází i z faktu, že kvalitativní přístup ve výzkumu i přístup zaměřený na člověka vycházejí ze stejného metodologického základu – fenomenologie.

Kvalitativní přístup ve společenských vědách je ten, který pro popis, analýzu a interpretaci dat využívá kvalitativních metod, uvádí Miovský (2006) a dále dodává, že vlastnosti zkoumaných fenoménů jsou buď nekvantifikované, či nekvantifikovatelné. Povaha dat a zkoumaného jevu je předpokladem pro zvolení kvalitativního přístupu pro realizaci výzkumu. Kvalitativní výzkum se zabývá fenomény, které jsou jedinečné a neopakovatelné a které lidé vnímají odlišně v různých kvalitách a rovinách. Další významnou charakteristikou je dle Miovského (2006) kontextuálnost, jejímž zohledněním se zdůrazňuje fakt, že existuje jen málo pravidel či zákonitostí, které by platily obecně – bez ohledu na širší kontext. Kvalitativní přístup se snaží dále reflektovat význam procesuálnosti a dynamiky jevů, totiž, že

každý fenomén nějak vznikl, rozvíjel se a poté zanikl a toto je třeba ve výzkumu zohledňovat (viz také Hanzl, 2012).

5.2 Fenomenologické zkoumání jako výzkumný design výzkumného šetření

Výzkumný design, který je v této práci využit, je především fenomenologické zkoumání. Hlavním cílem fenomenologického zkoumání (Hanzl, 2012; Hendl, 2008) či fenomenologické metody, jak uvádí Miovský (2006), je popis a analýza prožívané zkušenosti se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec či skupina. Tento přístup vychází z filozofické fenomenologie. Snažíme se vstoupit do vnitřního světa jedince, abychom porozuměli významům, které určitému fenoménu přikládá. Aplikace fenomenologické metody vyžaduje kombinaci introspekce s extrospekci, které budou popsány níže. Hanzl (2012) dále uvádí, že výzkumník analyzuje získaná data, aby zachytil esenci prožité zkušenosti. V rámci fenomenologické studie se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků. Fenomenologický přístup volíme proto, že se snažíme prozkoumat význam prožité zkušenosti jednotlivců z výzkumného vzorku. Studovaný fenomén se nejvhodněji zachytí pokusem porozumět zkušenostem účastníka, zejména proto, že námi zkoumaný fenomén není dostatečně prozkoumán (Hendl, 2008).

Hanzl (2012) uvádí, že data se shromažďují obvykle pomocí kvalitativního rozhovoru, který se zpravidla opakuje. Oproti tomu Miovský (2006) píše, že prvním krokem k získávání dat je deskripce figury a pozadí v rámci pozorování, druhým krokem je pak korekce neboli plynulý proces prověřování a porovnávání mezi figurou a pozadím. V rámci fenomenologické metody rozeznáváme dva základní póly – noemu a noesis. Miovský uvádí, že noematickým fokusem chápeme to, co prožíváme, věc nebo objekt. Otázka pak zní, CO? Noesistickým fokusem chápeme způsob, jakým danou věc nebo objekt prožíváme. Otázka pak zní: JAK?

5.3 Metody sběru dat

Pro výzkumné šetření byly použity tyto metody získávání dat: kvalitativní rozhovor, retrospekce a videozáznam.

5.3.1 Kvalitativní rozhovor

Rozhovor je taková výzkumná metoda, při níž vede výzkumník s respondentem komunikaci za cílem získání dat. Za vědeckou metodu považujeme takový rozhovor, jak

uvádí Miovský (2006), který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie. Je prováděn s jednou až třemi osobami, při více osobách se jedná o skupinový kvalitativní rozhovor, ve kterém hrají roli i jiné procesy, jakým je např. skupinová dynamika apod. Rozhovor se dle míry strukturace dělí na tři základní skupiny – nestrukturovaný rozhovor, polostrukturovaný rozhovor a strukturovaný rozhovor.

V našem výzkumu jsme využívali polostrukturovaný rozhovor, který je nejrozšířenější podobou této metody. V rámci rozhovoru je nutné stanovit tzv. „jádro rozhovoru“ a popř. klást doplňující otázky a ověřovat si u dotazovaného, zda jsme jeho interpretaci pochopili a zaznamenali správně. Kvalitativní rozhovor probíhal s třemi pracovníci opakovaně, zpravidla jednou za měsíc či dva. S dalšími dvěma pracovníky proběhl pouze jeden rozhovor.

Pro zajištění záznamu rozhovoru jsme pořizovali audiozáznamy.

5.3.2 Retrospekce

Kromě introspekce, která je popsána v rámci fenomenologické metody výše, byla v rámci výzkumu použita i metoda retrospekce a to jako zdroj, u kterého jsme si vědomi reálné možnosti úpravy prožívaných událostí vlivem kognitivní disonance. Přesto využíváme metodu retrospekce z toho důvodu, že u většiny situací, do kterých pracovníci vstupovali, nemůžeme být přítomni a musíme se k nim retrospektivně vracet. Retrospekce je introspektivní pozorování, které provádíme až po proběhnutí zážitku s tím, že pozorujeme i jevy a prožitky, které v nás proběhlý zážitek vyvolal (Švaříček, 2007).

Tato metoda byla použita ve formě deníkových zápisků výzkumníka, který sám realizoval v zařízení pro klienty s mentálním postižením preterapeutické intervence.

5.3.3 Videozáznam

Videozáznam je metoda uchování dat a je to nejdetailnější metoda zachycení pozorované reality v rámci konkrétní situace a kontextu. Videozáznam byl ve výzkumném šetření využíván jako doplňkový zdroj informací pro terénní deník výzkumníka. Záznamy nejsou v práci samostatně analyzovány a kromě přepisu do deníku s nimi nebylo jinak nakládáno.

5.4 Metody analýzy a interpretace dat

Při realizaci analýzy kvalitativních dat budeme využívat postupu, který navrhuje Miovský (2006). Jako první metoda, která předchází všem ostatním, je kódování, to je přiřazování jmen či symbolů k různě velkým částem analyzovaného textu. Je to proces identifikace a označování významových celků dle předem daných kritérií, která se váží primárně k vyslovené výzkumné otázce. Následuje propojování jednotlivých kódů, hledání spojitostí a rozdílů a vytváření větších významových celků, vytváření a identifikace kategorií, trsů apod. Dalším postupem je pak komentování a doplňování dat, které ústí k vyvozování závěrů a verifikace, posledními kroky jsou pak budování teorie a grafické mapování získaných poznatků.

Samotné interpretaci výsledků musí v každé práci předcházet kvalitní deskripce dat. Deskriptivní přístup, jak uvádí Miovský (2006, s. 220), tvoří „základní bázi, z níž vycházíme a k níž se zpětně při interpretaci vztahujeme. Validní interpretace má vždy pevné zakotvení v kvalitní deskripci a obě části od sebe nelze oddělit“. Jednu část práce se získanými daty tedy tvoří deskripce a jako další na ní navazuje interpretace.

5.4.1 Otevřené kódování

Kódování obecně, jak uvádí Hendl (2008) pomáhá data popsat. Kód je symbol nebo jméno přiřazené k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje (viz kategorizace). Kódy by měly mít relevanci k výzkumným otázkám, konceptům a tématům. Kódování je ústředním bodem analýzy. Nejdříve přiřazujeme kódy k úsekům textu, poté shlukujeme kódy do smysluplných skupin podle tématu. Můžeme využívat i metodu poznámkování, která je podpůrnou metodou pro zpracování dlouhých textů a slouží k jejich zpřehlednění. Poznámkování nemá za cíl dodávat nová data, ale usiluje o propojení několika částí dat.

Otevřené kódování je technika, která je součástí metody zakotvené teorie. Je však použitelná i mimo tento rámec v kvalitativně orientovaném výzkumném šetření. Kódování obecně je postup, při kterém jsou údaje rozebrány, analyzovány a následně složeny novým způsobem. Švaříček (2007, s. 211) uvádí, že: „při otevřeném kódování je text rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje“.

Jednotkou v rámci otevřeného kódování může být slovo, úryvek, věta či dokonce i celý odstavec, jednotky přitom nejsou formální, ale významové, mohou se překrývat a v textu

mohou mít různé velikosti. Všechny významové jednotky by se měly vztahovat k výzkumné otázce, přičemž na ni nemusí odpovídat a zpravidla na ni ani přímo neodpovídají. Jako pojmenování se mohou používat odborné termíny, nadřazené pojmy, obecné pojmy nebo se může využít tzv. in vivo kódů – což jsou výrazy, které v textu užili sami respondenti. Švaříček (2007) uvádí, že je nutné kódovat i to, co nebylo vyřčeno, či bylo zamlčeno. Tento chybějící kód může být z hlediska výzkumného šetření přínosný.

5.4.2 Tematické kódování

Tematické kódování začíná otevřeným kódováním veškerého materiálu, další analytický postup se drží v rámci jednotlivých zdrojů dat či respondentů. Cílem je popsat, různé pohledy na určitý jev. Výsledkem pak je určitá typologie zahrnující různé druhy škál. Prvním krokem při realizaci tematického kódování je kategorizace kódů na úrovni jednotlivých zdrojů dat (např. rozhovor). Systém kategorií je vytvořen pro každý případ zvlášť, ke každému případu je vytvořeno specifické motto, které je charakterizuje. Poté se procházejí jednotlivé kategorie a soustředíme se na ty, které jsou mezi jednotlivými případy shodné nebo slučitelné do „nad-kategorie“. Výsledkem je tabulka či grafické znázornění, kde jednu osu tvoří jednotlivé případy a druhou kategorie, které byly vytvořeny způsobem výše popsaným (Švaříček, 2007).

5.4.3 Kategorizování

Kategorizace, dle Švaříčka (2007), probíhá po vytvoření seznamu kódů. Jednotlivě pojmenované kódy se systematizují a rozřídí do kategorií podle významů, podobnosti a vnitřní souvislosti. Vytváří se hierarchický systém, kdy se některé podobné významové jednotky spojí pod společný nadřazený kód. Na této i na předchozí úrovni je možné zařadit metodu komparace. Při realizaci této metody budeme vycházet z pěti základních pravidel kategorizace, které popsal Miovský (2006, s. 240) dle Kerlingera: *„kategorie musí být vyčerpávající (musí pojmut všechny identifikované jednotky), musí se vzájemně vylučovat (zamezení vzájemnému překryvu kategorií), každá jednotka musí být zařaditelná pouze do jedné kategorie, kategorie by měly být vytvořeny tak, aby se při zařazování do nich shodovali nezávisle na sobě různí výzkumníci (požadavek konsenzuálního výkladu významu jednotky)“*.

5.4.4 Vytváření trsů a struktur (vzorců)

Tato metoda slouží k tomu, abychom systematizovali kódy do skupin na základě vzájemné podobnosti. Tímto způsobem vznikají obecnější kategorie, které se sdružují např. na základě shody v tématu a na základě prostorového či časového překryvu. Základním

principem této metody je srovnávání a agregace dat za účelem hierarchizace, kdy prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější (Miovský, 2006).

Na základě otevřeného kódování a kategorizace dat se dále vytváří struktury, které mají za úkol identifikovat v datech nějaké odlišitelné typy, opakující se vzorce, kauzální řetězce apod. Jedním z výsledků procesu vytváření struktur může být i narativní zachycení získaných nálezů, čemuž musí ovšem předcházet nalezení spojení mezi jednotlivými kategoriemi, definování základní proměnné a osvětlení vztahů mezi nimi. Výsledkem této práce je identifikování kostry analytického příběhu, který je poté deskriptivně rozvinut ve výzkumné zprávě interpretující kódy a kategorie (Švaříček, 2007). Základním principem této metody je rozbor detailů a identifikace opakujících se vzorců či témat a jejich zaznamenání. Jde o vyhledávání obecných principů, vzorců či struktur na základě vzájemných podobností či odlišností (Miovský, 2007).

5.4.5 Interpretace dat

Někteří autoři používají pojmy analýza a interpretace jako synonyma. Jiní autoři jako např. Švaříček (2007) považují analýzu dat jako proces rozbíjení dat do fragmentů, přeskupování, hledání vztahů a struktur. Interpretací potom míní systematický rozbor a hledání významů. Připouští však, že se tyto procesy prolínají a již při analýze svým způsobem získaná data interpretujeme. Švaříček dále navrhuje, aby se v pracích rozlišovala analýza, interpretace a psaní výzkumného textu, a dále navrhuje, aby se interpretativní činnost rozdělila na primární a sekundární, kdy primární interpretace je uskutečňována paralelně s procesem analýzy, přičemž se výzkumník drží na úrovni dat. Sekundární interpretace je pak paralelní s procesem psaní výzkumného textu. Znamená vysvětlování a popis toho, o čem data vypovídají, co schémata a tabulky znamenají a proč k popisovaným jevům dochází.

Hendl (2008) hovoří dále o tzv. fenomenologické interpretaci. Tato interpretace se realizuje v rámci fenomenologického designu, kde je cílem odpovědět na otázku: Co znamená daná zkušenost? Po realizaci hloubkových rozhovorů výzkumník zkoumá rozdílné struktury ve zkušenosti jedince a poté hledá společné rysy u několika jedinců. Po analýze dat se sestavuje zpráva, která obsahuje bohatý popis prožívaných zkušeností, jenž má umožnit vcítění a prožití popisované situace.

6 Popis výzkumného šetření

V této kapitole nejprve popíšeme stanovený výzkumný problém, nastíníme účely a cíle výzkumu a definujeme výzkumné otázky. Kromě hlavní výzkumné otázky stanovíme další podpůrné výzkumné otázky a předpoklady, které budou v závěru této kapitoly podrobně rozebrány v oddíle diskuse a závěry kvalitativní analýzy. V této kapitole bude dále popsán plán výzkumného šetření a plán realizace kvalitativní analýzy a interpretace dat. V oddíle popis výzkumného vzorku uvedeme složení respondentů pro opakované rozhovory a popíšeme respondenty individuálních rozhovorů. Analýza kvalitativních dat bude realizována postupně, nejprve provedeme kvalitativní analýzu opakovaných rozhovorů, poté individuálních rozhovorů a nakonec deníku o využívání preterapie u klientů s mentálním postižením. Poté bude následovat popis vzniklých kategorií a trsů a interpretace dat kvalitativní analýzy.

6.1 Popis výzkumného problému, účelu výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo co nejpodrobněji zmapovat oblast vztahu mezi klientem s mentálním postižením a pracovníky, kteří jsou s ním v každodenním kontaktu. Poznat význam těchto vztahů a zjistit jakým způsobem lze využít přístup zaměřený na člověka a preterapii při práci s lidmi s mentálním postižením. Z tohoto důvodu bylo při realizaci výzkumu použito několik různých metod kvalitativního přístupu ve výzkumu. Tyto metody jsou popsány v páté kapitole.

Naším úkolem bylo prozkoumat zcela nové téma, kterým se před námi zabývalo jen málo vědeckých pracovníků, a nemůžeme se tedy opřít o žádnou konkrétní vědeckou teorii. Budeme proto provádět explorativní neboli průzkumový výzkum. Vycházíme z faktu, že zkoumáme fenomén, který je málo známý. Naším úkolem bude navrhnout takové výzkumné otázky, které bude nutné zcela zodpovědět v budoucnu v rámci rozsáhlejšího a dlouhodobého systematického výzkumu. Náš výzkum se bude snažit o maximální kreativitu a flexibilitu, budeme se snažit zohledňovat možné neočekávané jevy. V rámci interpretace dat se pokusíme navrhnout nové koncepty a vztahy pro další výzkum.

Základním výzkumným problémem je oblast vztahů mezi pracovníky a klienty s mentálním postižením. Náš zájem je orientován zejména na povahu těchto vztahů, jaké faktory jej utváří, jakých kvalit nabývají, jak v tomto procesu funguje pracovník a jak klient. Zajímá nás také jejich vzájemná interakce, komunikace a způsob jakým spolu tvoří vztah.

Hlavním úkolem je pak zjistit, jakým způsobem do tohoto systému zapadá preterapie vycházející z přístupu zaměřeného na člověka.

Na začátku výzkumu před sběrem dat a jejich analýzou jsme si stanovili základní výzkumné otázky. Hlavní výzkumnou otázkou je:

„Jaké jsou významy, struktury a esence prožívané zkušenosti vztahu mezi klientem s mentálním postižením a pracovníkem, který s ním pracuje a jakou roli hraje preterapie při vytváření a budování takového vztahu?“ Otázka tvoří střed naší práce, okolo kterého se odvíjí celé zaměření práce. Je to základní otázka, kterou si v rámci výzkumu klademe, dílčí výzkumné otázky by nám měli pomoci zodpovědět hlavní otázku.

Předpoklady:

- a) Domníváme se, že mezi klienty a pracovníky, kteří jsou s nimi v každodenním kontaktu, vznikají kvalitativně odlišné vztahy.
- b) Domníváme se, že jsou tyto vztahy důležité jak pro klienty, tak pro pracovníky, kteří jsou hlavními podněcovateli dynamiky těchto vztahů.
- c) Domníváme se, že je možné využít preterapii pro vytváření a budování těchto vztahů.
- d) Předpokládáme, že odpovědi pracovníků nebudou objektivní, protože jsou ve vztazích s klienty přítomny různé emoce bránící nadhledu pracovníků nad svojí prací.

Dílčími výzkumnými otázkami jsou:

- 1. Jakým způsobem využívají pracovníci při práci s klienty přístup zaměřený na člověka a preterapii?
- 2. Jakou roli hraje vztah pro pracovníky v přímé péči při práci s klienty s mentálním postižením?
- 3. Jakým způsobem mohou pracovníci vytvářet a budovat vztahy s klienty s mentálním postižením?
- 4. Jakým způsobem získávají pracovníci zpětnou vazbu od klientů o povaze jejich vztahu k nim?

6.2 Popis plánu výzkumného šetření

Prvním krokem v rámci výzkumného šetření byla realizace školení v oblasti preterapie a přístupu zaměřeného na člověka. Jako první tímto školením prošla autorka práce se svým kolegou, poté autorka práce proškolila v preterapii ostatní kolegy, ze kterých postupně vzešli respondenti pro opakované rozhovory. Druhým krokem byl sběr dat a hledání dalších nezávislých respondentů.

Následoval sběr dat v terénu, zejména realizace rozhovorů s respondenty, psaní terénního deníku, pořizování podpůrných videozáznamů a vyhledávání dalších nezávislých respondentů. Postupnými kroky, jak jsou uvedeny v tabulce č. 1, byla poté realizována analýza a interpretace sebraných dat.

Tabulka č. 1 plán realizace kvalitativní analýzy a interpretace dat

Posloupnost kroků	Kódovací techniky	Roviny interpretace
1.	otevřené kódování tematické kódování	primární interpretace
2.	Kategorizování	
3.	vytváření trsů a struktur,	
4.	psaní výzkumné zprávy	sekundární interpretace

6.3 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se v rámci kvalitativního přístupu vybírá na třech různých úrovních: při sběru dat, při interpretaci nebo při zobrazení výsledků (Švaříček, 2007). Hendl (2008) uvádí několik strategií výběru vzorku. V první řadě existuje předem daná struktura výběru, potom postupné určení výběrové skupiny a replikační mnohopřípadové studie. My jsme si pro výběr vzorku vybrali prostřední z nich. Základní výběr vzorku nastal po realizaci prvního školení o preterapii pro pracovníky z instituce poskytující sociální služby klientům s mentálním postižením.

Respondenti pro opakované rozhovory

Ti pracovníci, kteří se rozhodli zúčastnit se školení, se zároveň mohli stát respondenty opakovaných rozhovorů realizovaných v jejich zařízení s měsíčními až dvoutříměsíčními intervaly. Ze čtyř pracovníků, kteří byli proškoleni, se tři pracovnice staly respondentkami pro opakované rozhovory. Jeden pracovník se z časových a provozních důvodů těchto rozhovorů neúčastnil. Dvě respondentky pracují v zařízení s klienty s mentálním postižením nepřerušeně 4 a 5 a půl roku, jedna pracovnice zde pracuje necelé dva roky. První dvě pracují s klienty, kteří jsou převážně imobilní s těžkou až hlubokou mentální retardací a přidruženými druhy postižení, převážně s diagnózou dětské mozkové obrny a s metabolickými poruchami. Třetí pracovnice pracuje zejména s klienty se středně těžkou až těžkou mentální retardací, kteří jsou velmi různí, jak ve svých diagnózách, tak v možnostech naplňování svých potřeb.

Respondenti pro individuální rozhovory

Prvním respondentem je pracovník, který s výzkumníkem absolvoval školení Úvod do Preterapie, které realizovala Aurelie Chábová z občanského sdružení Quip – Společnost pro změnu v květnu 2013. Tento respondent pracuje jako pracovník v sociálních službách v zařízení poskytujícím sociální služby klientům s mentálním postižením. Pracuje ve skupině, kam jsou zařazováni klienti s poruchou autistického spektra. V této skupině pracuje třetím rokem, klienty dobře zná.

Druhá respondentka pracuje v jiném zařízení než, ve kterém probíhalo výzkumné šetření, absolvovala dříve zcela jiné školení než výzkumník. Respondentka pracovala několik let v zařízení pro seniory, kde využívala různé metody včetně preterapie. Nyní v této oblasti nepracuje, rozhovor s ní bude proto zaměřen zejména na rozpomínání se na předchozí zkušenosti a bude využívána metoda retrospektivy. Tato pracovnice byla vybrána jako vzorek nezávislý, pracující v jiné organizaci, s jinými klienty a v této práci slouží jako nezávislý zdroj informací.

6.4 Analýza získaných kvalitativních dat

V následující kapitole se výzkumné šetření zaměří na analyzování získaných dat. Využívanými metodami budou otevřené a tematické kódování, kategorizace kódů a metoda vytváření trsů. Zdrojem dat jsou opakované rozhovory s třemi pracovníci, jednotlivé rozhovory s dvěma pracovníky a analýza deníku využívání preterapie u klientů s mentálním postižením.

Nejprve rozebereme každý zdroj dat zvlášť. Popíšeme, co bylo obsahem jednotlivých rozhovorů, a uvedeme první závěry, které z nich plynou. Následně bude provedena celková analýza všech zdrojů dat dohromady, a to dle výzkumného plánu uvedeného výše. Kvalitativní analýza proběhne pomocí kódování, kategorizování a vytvářením trsů. Tento postup bude v následujících oddílech popsán a výsledky budou interpretovány čtenáři.

V rámci otevřeného kódování text rozbijeme na jednotky, buď slova, jejich sekvence či věty a k těmto jednotkám přidělíme jmenná označení vystihující podstatu jednotky, tak abychom mohli od sebe jednotlivé jednotky oddělit. Při pojmenovávání každé jednotky si budeme klást otázku, o čem jednotka vypovídá, jaký jev či téma reprezentuje. Budeme vycházet z výzkumných otázek a předpokladů, které jsou uvedeny výše.

V případě, že některá otázka bude představovat více než jedno klíčové téma, označíme ji více jmény současně. Do datového záznamu budeme pomocí funkce komentářů vkládat jména a ohraničení jednotek. Jména jednotek budeme volit tak, aby co nejlépe odpovídala povaze jednotky vzhledem k výzkumné otázce. Jen velmi výjimečně, v případě, že bude jednotka sama o sobě vypovídající, využijeme možnosti „in vivo“ kódu (jednotka i její pojmenování se v takovém případě shodují).

Následujícím krokem po otevřeném kódování, bude při realizaci analýzy jednotlivých zdrojů dat, tematické kódování, které začneme otevřeným kódováním každého rozhovoru zvlášť. Následovat bude kategorizace kódů na úrovni jednotlivých zdrojů dat. Pro každý rozhovor nebo terénní deník vytvoříme systém kategorií. Analýzou těchto kategorií a sloučením některých kategorií do nad-kategorií vznikne tabulka.

6.4.1 Kvalitativní analýza opakovaných rozhovorů

Cílem opakovaných rozhovorů bylo zachytit měnící se zkušenost pracovníků, kteří využívali preterapii jako novou metodu ve své práci. Snahou výzkumníka bylo klást respondentům otázky tak, aby bylo možné zachytit jejich zkušenosti i názory vzniklé na základě praxe. Rozhovor byl veden jako polo-strukturovaný, přičemž si výzkumník dopředu rozvrhl okruhy otázek. Kostru rozhovoru proto vždy tvořili připravené otázky a ty byly doplněny otázkami vycházejícími z vývoje rozhovoru s respondenty. Opakované rozhovory byly realizovány celkem čtyři (přičemž druhý rozhovor v pořadí byl realizován dvakrát) – jednou se dvěma a podruhé s jednou pracovnící, a to z provozních důvodů vzniklých v zařízení, kde respondentky pracují.

Připravenými okruhy otázek byly:

- a) preterapie a její aplikace – jak se pracovníkům daří aplikovat preterapii u jejich klientů, co jim to nového přináší, co je pro ně problematické, do jakých situací se s klientem dostali, jak v nich reagovali, jak reagovali klienti, v jakých situacích využívají preterapii s jakým cílem a očekáváním
- b) vztah – jakým způsobem navazují pracovníci s klientem kontakt, jak jim v tom pomáhá preterapie, jakou povahu mají jejich vztahy s klienty, jak jsou pro ně a pro klienty vztahy s nimi důležité, jakých kvalit a vlastností tyto vztahy nabývají

Prvním krokem při realizaci analýzy opakovaných rozhovorů bude jejich kvalitativní rozbor, následovat bude otevřené a tematické kódování, které začneme otevřeným kódováním každého rozhovoru zvlášť. Následovat bude kategorizace kódů na úrovni jednotlivých zdrojů dat. Pro každý rozhovor vytvoříme systém kategorií. Analýzou těchto kategorií a sloučením některých kategorií do nad-kategorií vznikne tabulka.

Kritéria analýzy rozhovorů:

- a) jaké uvádějí pracovníci zkušenosti s preterapií
- b) jaké uvádějí reakce klientů na preterapii
- c) jak hodnotí změny v chování u klientů
- d) co se jim daří a proč
- e) co se jim nedaří a proč
- f) jakou roli hraje v jejich práci vztah
- g) jak tyto vztahy s klienty vytváří, budují, co jim v tom pomáhá, co je překážkou
- h) jakým způsobem využívají přístup zaměřený na člověka a preterapii – s jakým cílem, za jakých podmínek

Kvalitativní analýza prvního rozhovoru

První rozhovor byl zaměřen na první zážitky a první zkušenosti pracovníků s preterapií. Rozhovor se konal cca měsíc po realizaci školení. Pracovnice hodně popisovali překvapení klientů z nové metody práce a změnu obvyklých reakcí a stereotypů chování. Např. „*ta byla úplně vyšokovaná, ta byla úplně jako hleděla, vůbec nechápala co se děje*“, „*vyloženě se smála a byli jsme jí pro legraci*“, pracovnice v rozhovoru popisovaly zejména, jak se s novou metodou sžívají, jak ji využívají a jaké situace jim přináší a co jim brání v používání preterapie. Nejčastěji pracovnice uváděly provozní a personální důvody jako je nepřítomnost

klienta v zařízení, jejich nepřítomnost v práci nebo aktuální špatný fyzický či psychický stav klienta. Např. pracovnice uváděly, že: „*já třeba když mám noční, tak ji třeba nevidím týden*“.

Pracovníci uvádějí pozitivní zkušenosti s preterapií jako je i to, že klient změnil chování, vybočil ze stereotypu, byl zaujat něčím novým, stala se legrační situace, klient se rozesmál, klient na pracovníka zareagoval, spolupracoval, sdílel s ním pocity radosti. Dále uváděli negativní reakce, jako byla postupná ztráta zájmu, ignorace ze strany klienta, vyprchání počátečního zaujetí nebo vůbec žádná reakce.

Pracovníci uváděli pozitivní reakce klientů na preterapii jako bylo překvapení klienta, upoutání jeho pozornosti, vyvedení z míry, „vyšokování“ v pozitivním slova smyslu, pootočení hlavy, navázání očního kontaktu, emocionální napojení, smích, úsměv na tváři a podobně. Dále uváděli i negativní reakce, postupnou ztrátu zájmu o činnost či komunikaci ze strany klienta či absenci jakékoli reakce na kontaktní reflexe.

Pracovníci vypožadovali změny v chování u klientů, které se projevovali změnou v komunikaci, navázáním kontaktu s následnou nonverbální komunikací či změnou stereotypního chování v rámci komunikace. Pracovníkům se dařilo upoutat pozornost klienta novým způsobem práce, nabourat klientovy stereotypy v chování a v komunikaci, přizvat klienta ke spolupráci, k společné činnosti apod. Naopak se jim nedařilo udržet dlouhodobě klientův zájem a kontakt, navázat kontakt s klientkou v terminálním stádiu vývoje nemoci z důvodu ztráty energie k aktivitám všeho druhu, navázat kontakt s klientkou v procesu změny medikace a náhlého zhoršení fyzické kondice.

Pracovníci využívají přístup zaměřený na člověka a preterapii s cílem prozkoumat možnosti nového způsobu práce, navázat kontakt s klientem, seznámit klienty s novým způsobem práce a komunikace či za účelem navázání spolupráce k činnosti. V rámci prvního rozhovoru popisují zejména, jakým způsobem se seznamují s novým způsobem práce a jak se jim daří preterapii aplikovat do každodenní praxe.

Příloha č. 8 zobrazuje výsledek tematického kódování. Na základě tematického kódování vznikly rozbohem prvního rozhovoru tři nad-kategorie: preterapie, vztahová rovina a kontext. V nad-kategorii preterapie jsou obsaženy tyto kategorie: efekt preterapeutické intervence, pozorované signály předexpresivního stavu, hodnocení efektu preterapie respondentem, emoce spojené s preterapeutickou intervencí, vývoj intervencí v průběhu času, překážky na straně klienta, překážky na straně pracovníka, faktory, které pomáhají zefektivnit

preterapeutickou intervenci a kategorie cíl preterapeutické intervence. V nad-kategorii vztahová rovina je obsažena kategorie efekt preterapeutické intervence související s vývojem vztahu s klientem a v nad-kategorii kontext je obsažena kategorie souvislosti. V tabulce jsou uvedené (zleva) všechny kódy, kategorie a nad-kategorie.

Kvalitativní analýza druhého rozhovoru

U aplikace preterapie se vyskytly rozdíly mezi reakcemi stejných klientů na jiné pracovníky, tyto rozdíly mají dle respondentek původ ve vztazích s klienty, které nabývají rozdílných kvalit. Pracovnice uvádějí jak negativní reakce klientů na preterapii jakými jsou zejména stav, při kterém se klientka zarazí, jinak nic, nebo vůbec nereaguje, po čase jí to přestane bavit a dělá „naschvály“ a podobně. Z pozitivních reakcí na kontaktní reflexe pracovnice uvádějí, že se na ně klientka podívala, rozpovídala se, rozhlížela se, napojila se na pracovníci, klientka reaguje dobře už od začátku, podala pracovníci sama ruku a dokázala se trošku někam posunout.

Mezi změnami v chování u klientů pracovnice uvádějí, že jedna klientka nezměnila své stereotypní chování oproti očekávání pracovníků, druhá klientka velmi dobře reagovala na kontaktní reflexe kontaktním chováním již od začátku, třetí klientka oproti předchozímu nezájmu a nedostatku energie se nyní dokázala na jednu pracovníci napojit a být s ní v kontaktu, u druhé pracovnice se takový efekt neobjevil.

Respondentkám se daří navázat kontakt až na komunikační úroveň, daří se jim využít empatie k navázání komunikace s klienty, daří se jim vytvářet kontaktní prostředí, výsledky mají zatím náhodnou povahu, žádný konkrétní vztah nebyl vypořádan. Naopak se jim nedaří navázat komunikační kontakt s klientkou, u které na základě dosavadních zkušeností usuzují, že se u ní nevyskytují předexpresivní stavy a není tudíž smysluplné využívat preterapii, klientka má v komunikaci stereotypy, kterých se neumí či nechce vzdát, respondentky usuzují, že jí to zřejmě vyhovuje více v nich zůstat než z nich být pracovníky vytrhávána.

V otázce vztahu – jeho vytváření a budování pracovnice velmi pozitivně hodnotí empatii a empatickou komunikaci, která je základem nejen pro vytváření vztahů s klienty, ale také hlavním prostředkem jejich práce. Vztahy vytváří a budují zejména pomocí empatie, empatického napojení a komunikace s klientem, vypořádaním reakcí klienta na různé

podněty, nabídky apod., komunikují i pomocí zachytávání neverbálních signálů u klienta. Jako velmi důležitou dále uvádějí upřímnost v prožívání a v přístupu ke klientovi.

Respondentky využívají přístup zaměřený na člověka a preterapii za účelem změny stereotypních komunikačních návyků klientky, navázání a rozvoj komunikace, během aktivizačních činností využívají preterapii jako podporu kontaktu se situací, zapojení klientky do aktivizačních činností, sdílení času s klientkou a to ve formě vytváření kontaktního prostředí. Dále uvádějí, že je pro ně tato metoda práce zdrojem alternativního přístupu ke klientovi či alternativní možností poznávání světa klienta a jeho prožívání.

Příloha č. 9 zobrazuje výsledek tematického kódování. Na jeho základě vznikly rozborem druhého rozhovoru tři nad-kategorie: preterapie, vztahová rovina a kontext. Nad-kategorii preterapie obsahuje tyto kategorie: efekt preterapeutické intervence, hodnocení efektu preterapie respondentem, vývoj intervencí v průběhu času, faktory, které pomáhají zefektivnit preterapeutickou intervenci, překážky na straně klienta, překážky na straně pracovníka, emoce spojené s preterapeutickou intervencí, přínos preterapie pro pracovníka a kategorie cíl preterapeutické intervence. Nad-kategorii vztahová rovina tvoří kategorie vliv stávajícího vztahu na realizaci preterapeutické intervence, efekt preterapeutické intervence související s vývojem vztahu s klientem a kategorie faktory, které pomáhají vybudovat či podpořit vztah. Třetí nad-kategorii kontext opět tvoří kategorie souvislosti. V tabulce jsou uvedené (zleva) všechny kódy, kategorie a jejich nad-kategorie.

Kvalitativní analýza třetího rozhovoru

Pracovnice v rozhovoru uvádí změnu reakcí na kontaktní reflexe u obou klientek u jedné k lepšímu a u druhé k horšímu. Jedna klientka se na chvíli napojila na pracovníci, ale po chvíli byl vždy kontakt přerušen. Tato klientka postupně přestala reagovat na preterapeutickou intervenci. Naopak druhá klientka rychleji a více navazuje psychologický kontakt po aplikaci kontaktních reflexí. Respondentka dále vyhodnocuje, že lepší reakce u jedné klientky může způsobovat její lepší fyzický a psychický stav. Respondentka nedokáže vyhodnotit, z jakého důvodu druhá klientka tolik nereaguje na preterapii jak dřív.

Pracovnice využívá přístup zaměřený na člověka a preterapii za účelem uspokojení základních lidských potřeb v kontaktu s klientem, s klidnějším a efektivnějším způsobem pro klientku i pro pracovníka a za účelem navození kontaktu pro realizaci efektivního rozhovoru na téma osvěta v oblasti sexuality.

Tabulka č. 2 zobrazuje výsledek tematického kódování. Na základě tematického kódování vznikla rozbořem třetího rozhovoru jedna nad-kategorie: preterapie. Tuto nad-kategorii tvoří tyto kategorie: překážky na straně pracovníka, vývoj intervencí v průběhu času, hodnocení efektu preterapie pracovníkem a kategorie faktory, které pomáhají zefektivnit preterapeutickou intervenci. V tabulce jsou uvedené (zleva) kódy, kategorie a nad-kategorie.

Tabulka č. 2 – tematické kódování rozhovoru č. 3

Kód	Kategorie	Nad-kategorie
Nepřítomnost v práci	Překážka na straně pracovníka	Preterapie
Nedostatek času	Překážka na straně pracovníka	Preterapie
Obavy z emočních reakcí klienta	Překážky na straně pracovníka	Preterapie
Přerušování intervence	Překážka na straně pracovníka	Preterapie
Změna reakcí u klientky oproti předchozímu období	Vývoj intervencí v průběhu času	Preterapie
Nezpozorovatelný důvod změny reakcí u klientky na preterapii	Vývoj intervencí v průběhu času	Preterapie
Pozitivní reakce klienta na preterapii	Hodnocení efektu preterapie pracovníkem	Preterapie
Preterapie nemá vliv na přítomnost či absenci agresivního chování u klienta	Hodnocení efektu preterapie pracovníkem	Preterapie
Změna fyzického a psychického stavu jako pozitivní předpoklad pro realizaci preterapie	Faktory, které pomáhají zefektivnit preterapeutickou intervenci	Preterapie

Kvalitativní analýza čtvrtého rozhovoru

Pracovnice v rozhovoru hodnotí, jak preterapie funguje nebo nefunguje u jednotlivých klientů. U jedné klientky shledávají tento způsob práce jako zcela nevyhovující jejím potřebám, u ostatních klientů se setkávají s většími či menšími úspěchy. U jedné klientky udávají, že se neprojevují žádné reakce na preterapii. U dvou z nich se to, jak reagují, hodně odvíjí od situace, ve které se nacházejí a z aktuálního fyzického a psychického stavu. U dvou dalších hodnotí jejich reakce často jako velmi pozitivní, odpovídající jejich očekáváním. Změny v chování u klientů jsou velmi odlišné – od žádné pozitivní změny až po velmi pozitivní změnu. Pozitivní změna je spojována s pozitivní změnou ve zdravotním stavu, negativní změna je ve své podstatě nulovou změnou, což je vysvětlováno pracovníci tak, že metoda preterapie není pro danou klientku vhodná.

Pracovnicím se daří navázat psychologický kontakt s klienty, zpřístupnit klientům kontakt se situací, ve které se nachází a navázat komunikační kontakt. Daří se jim klienty zapojovat do činností. U jedné klientky došlo k významnému posunu v reakcích na preterapii, kdy dříve nereagovala vůbec a nyní se napojí velmi dobře a v kontaktu i vydrží. Naopak u ostatních klientů jsou buď reakce stejné jako dřív, nebo se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu.

Pracovnicím se dle jejich vyjádření nedaří u některých klientů udržet navázaný kontakt, u některých klientů vůbec. Toto hodnotí hodně razantně tvrzením, že pro ně není tento způsob práce vhodný. Pravděpodobně se tito klienti přes nedostatek kontaktního chování, nenacházejí v předexpresivním stavu a tudíž je u nich aplikace preterapie v podstatě neúčinnou. Další možnou variantou odpovědi proč u některých klientů nedochází k posunu, tak jak by si to pracovnice přáli je to, že mají na tuto metodu přehnané očekávání, nebo ji aplikují s naddimenzovaným cílem, který se neshoduje s cílem klienta.

Vztah v jejich práci hraje velmi důležitou roli, pracovnice se vyjadřují tak, že je to pro ně nepostradatelná součást práce, kanál, prostřednictvím něhož komunikují s neverbálně komunikujícími klienty. Prohlubovat tyto vztahy je pro ně zcela zásadní a nepostradatelnou součástí každodenní práce. Základním druhem vztahu je podle nich vztah důvěry a jistoty, prostřednictvím kterého může vzniknout psychologický kontakt, komunikace a spolupráce s klientem. Do vztahů se pracovnicím promítají jejich osobní sympatie a antipatie k těmto klientům, kterých jsou si vědomy a dovedou si je pro sebe pojmenovat.

Pracovnice uvádí, že vztahy ke klientům mají nyní podobu pracovních vztahů, oproti kamarádkým vztahům, které měla ke klientům, když nastoupila. Dle jejích slov jsou nyní tyto vztahy více profesionální. K tomuto stavu si musela dospět sama na základě mnoha různých i negativních situací. Druhá pracovnice již od začátku buduje vztahy ke klientům jako pracovní vztahy a daří se jí držet si vlastní hranice a nastavovat hranice ostatním.

Pracovnicím pomáhá udržovat vztah ke klientům jejich zájem o ně a jakákoliv zpětná vazba od klienta směrem k pracovníkovi. Projevy kontaktního chování, toho, že je pracovnice vnímají, vytváří podklad pro komunikaci a tím i rozvoj vztahu. Preterapie jim, dle jejich slov, umožňuje prohlubovat si vztah s klientem tím, že klient vidí zvýšený zájem o svou osobu. Umožnilo jim to najít novou cestu, která je pro ně alternativou ve chvíli, kdy ostatní způsoby navázání komunikace selhávají. Klientům to umožnilo dostat se ze stereotypu, dostat se do přítomnosti a reality. Umožňuje jim to přenést klienta do kontaktu se situací, ve které se

nachází, aby nebyl v kontaktu jen se situací, která je uvnitř něho v rámci jeho vnitřních prožitků.

Cílem zapojení preterapie do činností je vrátit klienta do přítomnosti a pak na to navázat jinou činností s větším zapojením klienta. Cílem je navázat kontakt s klientem, zajistit, aby pracovníka vnímal, vymanil se ze svého vlastního světa. U klientky je možné poznat, že nechce být ze svého světa vytrhnuta a zase jindy je za to ráda, že může být na chvíli v kontaktu s pracovníci. Ta tyto signály dokáže interpretovat a respektovat. Druhá pracovnice využívá preterapii k zapojení klientů do činností, do komunikace, což se jí spíše nedaří. Dále využívá preterapii za cílem zajištění základních potřeb klientky (jídlo, hygiena apod.).

Příloha č. 10 zobrazuje výsledek tematického kódování. Na základě tematického kódování vznikly rozbořem čtvrtého rozhovoru dvě nad-kategorie: preterapie a vztahová rovina. V nad-kategorii preterapie jsou obsaženy tyto kategorie: vývoj intervencí v průběhu času, hodnocení efektu preterapie pracovníkem, překážky na straně klienta, efekt preterapeutické intervence, faktory, které pomáhají zefektivnit preterapeutickou intervenci, přínos preterapie pro pracovníka a cíl preterapeutické intervence. Nad-kategorii vztahová rovina tvoří kategorie vztah a jeho kvality, faktory, které pomáhají vybudovat či podpořit vztah a efekt preterapeutické intervence související s vývojem vztahu s klientem. V tabulce jsou uvedené (zleva) všechny kódy, kategorie a jejich nad-kategorie.

6.4.2 Kvalitativní analýza rozhovoru s pracovníkem Jiřím

Stejně jako u opakovaných rozhovorů, bylo cílem zachytit zkušenost respondenta s preterapií u klientů s mentálním postižením. Rozhovor měl opět polo-strukturovaný charakter, kromě připravených otázek pokládal výzkumník respondentovi i otázky, které vycházely přímo z kontextu vývoje rozhovoru.

Připravenými okruhy otázek byly:

- a) preterapie a její aplikace – první pocity z metody po absolvování školení, očekávání od nové metody, zkušenosti s preterapií, co přináší tato metoda nového do praxe, význam signálů předexpresivního stavu pro aplikaci preterapie, vztah preterapie a budování vztahu s klientem
- b) vztah – důležitost vztahu pro práci, důležitost vztahu pro klienty s mentálním postižením, jakých kvalit jeho vztahy s klienty nabývají, přítomnost a význam zpětné vazby od klienta

Prvním krokem při realizaci analýzy tohoto rozhovoru bude, stejně jako tomu bylo u opakovaných rozhovorů, jeho kvalitativní rozbor, následovat bude otevřené a tematické kódování. Poté budeme jednotlivé kódy kategorizovat a vytvoříme systém kategorií, který bude navazovat na předchozí analýzu opakovaných rozhovorů.

V úvodu rozhovoru se respondent vyjadřoval k prvním dojmům, které mu přinesl seminář o preterapii, co na něj zapůsobilo nejvíce a co si ze semináře odnesl do praxe. Poté srovnal stávající metodu zrcadlení, kterou využíval před seminářem s kontaktními reflexemi realizovanými v rámci preterapie. Dle svých zkušeností zastává názor, že podle rozpoložení klienta, může být i samotné zrcadlení vhodnou metodou navázání kontaktu.

Respondent používá preterapii zejména ke zklidnění klienta, navázání kontaktu a k sdílení přítomnosti, jeho času a prostoru s klientem. Signály předexpresivního stavu u klienta nezaznamenává a nechává situaci spíše plynout. V oblasti vztahu je pro respondenta důležité pocítit přítomnost vztahu, získat zpětnou vazbu od klienta a prožít souznění s klientem. Respondent si myslí, že vztah může ovlivnit jen on sám svojí ochotou se soustředit, akceptovat chování klienta a neklást mu podmínky vztahu.

Stejně jako u předchozích respondentek je pro něj důležité pro rozvoj vztahu soustředit se na klienta, jeho zvýšený zájem o něj, sdílení tváří v tvář, komunikace a zpětná vazba v podobě nonverbálních signálů (např. ztišení se, oční kontakt, komunikace dotekem, apod.). Respondent dále uvádí, že podle něj je pro klienty s mentálním postižením důležité, když cítí, že o něj má pracovník zájem, že tu je pro něj, že spolu můžou sdílet emoce, prožitky a komunikovat.

Příloha č. 11 zobrazuje výsledek tematického kódování. Na základě tematického kódování vznikly rozbořením rozhovoru tři nad-kategorie (preterapie, vztahová rovina a kontext). Nad-kategorii preterapie tvoří kategorie faktory, které pomáhají zefektivnit preterapeutickou intervenci, efekt preterapeutické intervence, cíl preterapeutické intervence a kategorie pozorované signály předexpresivního stavu. Nad-kategorie vztahová rovina je tvořena těmito kategoriemi: vztah a jeho kvality, efekt preterapeutické intervence související s vývojem vztahu s klientem, zpětná vazba od klienta a kategorie faktory, které pomáhají vybudovat či podpořit vztah. V tabulce jsou uvedené (zleva) všechny kódy, kategorie a jejich nad-kategorie.

6.4.3 Kvalitativní analýza rozhovoru s pracovnící Danou

Na začátku respondentka uvádí své zkušenosti s preterapií u seniorů, zmiňuje se také o tom, že když začínala pracovat se seniory, využívala podobných principů, aniž by metodu znala. Až později jí došlo, že to, co dělala z části intuitivně a z části dle návodu ošetřující manželky klienta, byla preterapie. Respondentka dále v rozhovoru uvádí čtyři opěrné body, které jsou dle jejího názoru, společné pro různé směry, metody a koncepty. Těmito body jsou – co potřebuje tělo klienta, jak klient prožívá své omezení, jaká je jeho role v životě a co očekává od budoucnosti. Toto tvrzení se bohužel nepodařilo pomocí studia literatury potvrdit ani vyvrátit, proto nemůžeme tuto myšlenku ani potvrdit, ani vyvrátit.

Respondentka se vyjadřuje k vztahové rovině takto: *„nejdřív musím vytvořit vztah, to znamená, že mi ten člověk musí věřit, že jsem s tvým strachem, s tvými obavami a že já musím vytvářet to prostředí bezpečný a teprve potom, když on mi věří, tak pro mě udělá všechno.“* Je pro ni zásadní vytvářet ve vztahu s klientem bezpečí a důvěru, na základě čehož poté pracuje. Dále klade důraz na navazování očního kontaktu při komunikaci s klientem, na klidný tón hlasu a pomalé tempo řeči, tak aby měl klient dostatek času na zpracování informace.

Za velmi přínosnou informaci z rozhovoru považujeme to, že respondentka uvádí, že pokud se pracovníkovi nepodaří dostat klienta do expresivního stavu, tak to je sice z toho důvodu, že udělal něco špatně (např. špatně formuloval kontaktní reflexi), ale přesto by si to neměl vyčítat, protože by ho to mohlo blokovat v další práci s metodou či s klientem.

Příloha č. 12 zobrazuje záznamem tematického kódování, na základě kterého vznikly tři nad-kategorie (preterapie, vztahová rovina a kontext). Nad-kategorii preterapie tvoří kategorie: faktory, které pomáhají zefektivnit preterapeutickou intervenci, efekt preterapeutické intervence, cíl preterapeutické intervence, překážky na straně pracovníka a kategorie emoce spojené s preterapeutickou intervencí. Nad-kategorii vztahová rovina tvoří kategorie vztah a jeho kvality a efekt preterapeutické intervence související s vývojem vztahu s klientem. Poslední nad-kategorii kontext opět tvoří pouze kategorie souvislosti.

6.4.4 Kvalitativní analýza deníku o využívání preterapie u klientů s mentálním postižením

Deník si vedl výzkumník během období září – prosinec 2013. Průběžně si zapisoval záznamy o využívání preterapie, postřehy, výsledky jednotlivých intervencí i reakce klientů. Tento deník obsahuje celkem 32 záznamů intervencí, není zde záznam z každého dne, ani zde

nejsou zaznamenány všechny intervence, které výzkumník provedl, ale pouze ty, jež přináší do výzkumu nové důležité informace. Oproti rozhovorům s pracovníky obsahuje deník více situací, ve kterých intervenci ukončil sám klient, kde došlo k agresivní reakci klienta vůči pracovníkovi a také více informací o krátkodobosti efektu preterapie.

Deník obsahuje záznamy o provedených intervencích a jejich výsledcích – zklidnění klienta, vytvoření situačního či komunikačního kontaktu, zapojení klienta do činnosti, změna postoje klienta, zmírnění úporného chování klienta, nastartování kontaktního chování, vytvoření kontaktního prostředí, navázání komunikace, lepší pocit intervenanta ze situace a zlepšení vztahu s klientem na základě častějších kontaktů a častější spolupráce.

Ale také obsahuje i záznamy o odmítnutí nabídky intervence ze strany klienta, ukončení intervence odchodem klienta, přerušení intervence z důvodu strachu z agresivního chování a agresivní reakci klienta, krátkodobost efektu preterapie na chování klienta či nemožnost napojení se na klientku. Z výčtu těchto výsledků se jeví efekt kolísavý, odpovídá názoru respondentů z rozhovorů, kteří se často vyjadřovali k efektu preterapie, že je to „*jak kdy*“. Negativní reakce klientů jsou popisovány zejména na začátku deníku, tedy ze začátku práce s klienty, kdežto pozitivní reakce se spíše objevují na konci deníku, je tedy možné, že z počátku narážel intervenant na svoji nezkušenost a nedostatečně vyhodnocoval chování klientů před a během intervencí, časem na základě zkušenosti se uměl vyvarovat chybám a výsledky se lepšili. Lze tedy předpokládat, že probíhal-li by výzkum delší dobu, negativních reakcí klientů by ubývalo na úkor pozitivních.

Příloha č. 13 zobrazuje výsledek tematického kódování, na základě kterého vznikly dvě nad-kategorie (preterapie a vztahová rovina). Nad-kategorii preterapie tvoří kategorie překážky na straně klienta, efekt preterapeutické intervence, cíl preterapeutické intervence, překážky na straně pracovníka, faktory, které pomáhají zefektivnit preterapeutickou intervenci a pozorované signály předexpresivního stavu. Nad-kategorii vztahová rovina tvoří kategorie efekt preterapeutické intervence související s vývojem vztahu s klientem.

6.4.5 Trsy, kategorie a interpretace výsledků kvalitativní analýzy

Všechny nahrávky rozhovorů byly přepsány do písemné formy přesnou transkripcí, některá slova byla částečně upravena vzhledem k jejich formální podobě v českém jazyce, většina slov byla ponechána tak, jak byly vysloveny respondenty. Celý soubor textů určených ke kódování tvořili čtyři opakované rozhovory s třemi pracovníky (viz příloha č. 1 – 4),

rozhovor s pracovníkem Jiřím O. (příloha č. 5), s pracovnící Danou K. (příloha č. 6) a deník o využívání preterapie u klientů s mentálním postižením (příloha č. 7), všechny texty jsou ve formě opatřené kódy přiložené k této práci. Ke kódování jsme využívali funkci vkládání komentářů v aplikaci Microsoft Office Word 2007. Tento způsob práce nám umožnil lépe manipulovat s kódy v rámci elektronického zpracovávání analýzy.

Metodou kódování vzniklo celkem 259 kódů (viz příloha č. 14). Kódy reprezentují jak jednotlivá slova, tak věty a v některých případech i celý odstavec. U jednotlivých kódů jsme si položili otázku, co reprezentují za informaci, k jakému tématu se vztahují a o čem vypovídají a na základě toho jsme je rozdělili do trsů podle významu. Těchto trsů vzniklo 17. Spojením kódu do trsů a analýzou jejich společných vlastností vznikly kategorie (viz příloha č. 15 a 16), které nesou stejný název jako skupiny trsů. Analýzou kategorií pak vznikly tři nad-kategorie – preterapie, vztahová rovina a kontext (viz příloha č. 16).

Nad-kategorie preterapie

Efekt preterapeutické intervence

Tuto kategorii tvoří trs kódů, které označují reakce klientů na preterapeutickou intervenci. Většina těchto reakcí tvoří skupinu takzvaného kontaktního chování – *oční kontakt, změna výrazu v obličeji, komunikační kontakt, situační kontakt, přítomnost kontaktu – kontaktní chování, zpřítomnění, smích, větší kontakt se situací, zklidnění klienta, krátkodobá změna, překvapivá reakce na preterapii, menší úpornost, pozitivní výsledek kontaktních reflexí a spánku, navázání komunikace a dotyk*. Tyto reakce popisují pracovníci po aplikaci kontaktních reflexí a potvrzují tak vliv těchto kontaktních reflexí na klienta. Dále tuto kategorii tvoří kódy, které vyjadřují nezdár při aplikaci kontaktních reflexí, jsou jimi zejména kódy *žádná reakce na preterapeutickou intervenci, zarazí se, jinak nic, změna reakcí je pouze na začátku intervence, nepřítomnost kontaktního chování po preterapeutické intervenci, krátkodobý efekt preterapie, postoj klienta nezměněn, ukončení intervence po vytvoření kontaktu se situací, žádná reakce na preterapii ze strany klienta, krátkodobá změna a agresivní reakce klienta*. Všechny tyto kódy reprezentují situace, ve kterých aplikace preterapie nevedla k zpřítomnění klienta, nevedla k navození kontaktního chování, nebo účinek nebyl dlouhotrvající.

V této kategorii jsou také zařazeny kódy, které označují velmi specifické reakce klientů na kontaktní reflexe, jsou jimi *změna stereotypních reakcí u klientky, reaktivní chování – smích, překvapení klientky a překvapivá pozitivní reakce klientky*. Zejména kód *změna*

stereotypních reakcí vyjadřuje jak pracovníci, kteří byli respondenty rozhovorů, přistupovali k aplikaci preterapie jako k možnosti změny stereotypů u klientů. Právě tento způsob aplikace preterapie se na konci opakovaných rozhovorů ukázal jako slepá ulička využití kontaktních reflexí. Ačkoliv se ze začátku dařilo občas nabourat stereotypy klientky, časem došli pracovníci k závěru, že sama klientka je v těchto stereotypech natolik ukotvena, že není v možnostech pracovníka zároveň s ní navázat kontakt a zároveň jí její stereotypy nabourávat.

Cíl preterapeutické intervence

Tuto kategorii tvoří trs kódů, které se týkají zacílení preterapeutických intervencí. Jsou jimi: *změna stereotypních reakcí u klientky, vytváření kontaktního prostředí, zpřítomnění klientky, navázání kontaktu s cílem další činnosti, sociální kontakt, uspokojení potřeby klienta, zapojení klienta do činnosti, zahájení obousměrné komunikace, manipulace, zajištění základních potřeb, rozvoj vztahu pomocí preterapie, reflektování agresivního chování klienta za účelem zklidnění, zklidnění klienta, zabránění narušování atmosféry kolektivu.*

Všechny cíle jsou zaměřeny na každodenní situace, do kterých se pracovníci s klienty dostávali během realizace praktické části výzkumu. Ne vždy se podařilo stanovený cíl s klientem naplnit, nebo se to nepodařilo zcela. Jako nejpravděpodobnější se jeví vysvětlení, že ne vždy se cíl stanovený pracovníkem shodoval s cílem či přáním klienta, proto nemohlo dojít k splnění cíle. Jako hlavní cíl, kterého by mělo být v rámci aplikace kontaktních reflexí dosaženo, je přítomnost kontaktního chování – zde je však otázka do jaké míry jsou respondenti schopni zachytit signály kontaktního chování a do jaké míry je v praxi možné dosáhnout v nepříznivých časových a personálních podmínkách takového kontaktního chování, které by bylo zachytitelné pracovníkem – pozorovatelem. Tyto otázky není s dostupnými daty možné správně zodpovědět.

Pro náš výzkum je zajímavé, že jako jeden z cílů byl definován i *rozvoj vztahu pomocí preterapie* a zejména kód *zahájení obousměrné komunikace*, což je podle teorie (viz teoretická část) podmínkou rozvoje vztahu. Zde se ukazuje, že ačkoliv jsou pracovníci bez rozsáhlé znalosti teorie, dokážou sami od sebe správně zacílit aplikaci preterapie směrem k navázání kontaktu, komunikace a směřují i k rozvoji vztahu s klientem.

Pozorované signály předexpresivního stavu

Tuto kategorii tvoří trs kódů: *nepřítomnost kontaktního chování v komunikaci, absence kontaktního chování, projevy předexpresivního stavu* a kód *předexpresivní stav nehraje roli*. Tuto kategorii tvoří velmi malý trs kódů a její význam pro studii je zanedbatelný. První dva

kódy pouze zaznamenávají situace, při kterých nebyl klient v expresivním stavu. Třetí kód je zajímavější svým hodnotícím charakterem. Pracovník v rozhovoru uvádí, že pro využívání preterapie či kontaktních reflexí nehraje roli, zda je či není klient v předexpresivním stavu. Nechává situaci plynout a čeká na reakci klienta, podle které zhodnotí, zda v intervenci pokračovat, či využít jiný způsob práce. Absence dalších kódů nasvědčuje také tomu, že ani ostatní respondenti nehodnotili předexpresivní stav klienta, ale je možné, že o tom pouze nehovořili v rozhovorech.

Hodnocení efektu preterapie respondentem

Kategorii tvoří trs kódů: *změna reakcí klientky je vnímána jako pozitivní ze strany pracovníka, žádoucí chování jako pozitivní výsledek preterapeutické intervence, pozitivní reakce klienta na preterapeutickou intervenci, preterapie nemá vliv na přítomnost či absenci agresivního chování u klienta, přítomnost kontaktního chování na základě preterapeutické intervence, špatná metoda, nevhodná pro klientku*. Tento trs kódů je velmi specifický svým hodnotícím charakterem kódů. Jednotlivé kódy reprezentují hodnocení efektu preterapie respondenty rozhovorů. První kód reprezentuje pozitivní hodnocení změny reakcí klientky, kdy se respondenti vyjadřují ke změně chování na základě preterapie jako o pozitivním jevu. Dále je pozitivně hodnocena i změna z nevhodného chování na žádoucí chování, přičemž se efekt preterapie shoduje s cílem intervence stanoveným pracovníkem.

Velmi důležitý je v tomto trsu kód, který hodnotí, že preterapie nemá vliv na přítomnost či absenci agresivního chování u klienta. Toto tvrzení vychází ze zkušenosti respondentky s využíváním preterapie u klientky s agresivním chováním, u které nezaznamenala souvislost s výskytem agresivního chování při aplikaci preterapie. Přestože se opakovaně pracovníci z počátku zmiňovali o svém strachu z toho, že by při nesprávné aplikaci preterapie mohli vyvolat agresivní chování u klienta. Agresivnímu chování se nedalo pomocí preterapie předejít ani je naopak způsobit. Poslední dva kódy se váží ke zjištění, že u jedné klientky se tento způsob práce neosvědčil, nebylo naplněno očekávání pracovníků ze změny formy komunikace s touto klientkou. Pracovníci postupem času došli ke zjištění, že jí její stereotypy v komunikaci vyhovují natolik, že není vhodné tyto stereotypy narušovat.

Emoce spojené s preterapeutickou intervencí

Tuto kategorii tvoří trs kódů, které se odkazují na přítomnost emocí ve výrocích respondentů. Jsou jimi kódy – *přerušení intervence z důvodu strachu, obavy z reakcí klienta na preterapeutickou intervenci, nejistota interventů v rozpoznávání přítomnosti/absence*

kontaktu, nepřírozenost, stud před ostatními, nejistota, nepříjemné pocity, přenos nejistoty a nepříjemných pocitů na klienta, odvaha, zklamané očekávání, pocit napojení, potřeba obhájit se před okolím a nezdar by neměl být důvodem vzniku výčitek svědomí intervenanta. Tato kategorie navazuje na kategorii předchozí, ve které se objevil kód, jež hodnotil vliv preterapie na vznik či zamezení agresivního chování u klienta. V této kategorii se objevuje několik kódů, které odkazují na strach ze vzniku agresivního chování jako následku nevhodně zvolené či provedené preterapie, ve všech případech tyto obavy nebyly ze strany pracovníků naplněny.

Poměrně často se zde objevují obavy, strachy a nejistota pracovníků jak z neúspěchu, tak i z reakcí okolí na neobvyklou metodu. Tyto emoce jsou přítomné při vytváření kontaktu s klientem a mohou tuto interakci ovlivnit. Sami respondenti to hodnotí jako překážku v procesu preterapie a uvádí, že je možné tyto emoce na klienta v různé podobě přenést a změnit tak negativně jeho chování. Tento jejich závěr je odvozen od podobných zkušeností, které mají zejména s klienty komunikujícími neverbálně a jsou velmi senzitivní na emoce lidí v jejich okolí. Proto respondenti uváděli, že v případě vlastní nepohody se takto intenzivně s klienty nekontaktují a vyčkají na lepší příležitost k využití kontaktních reflexí.

Vývoj intervencí v průběhu času

Kategorii vývoj intervencí v průběhu času tvoří trs kódů: *zájem z počátku intervence časem upadá, změna reakcí u klientky oproti předchozímu období, nezpozorovatelný důvod změny reakcí u klientky a preterapeutickou intervencí, žádný posun v reakcích klienta na preterapeutickou intervencí, dlouhodobá pozitivní reakce klientky, změna reakcí u klientky, lepší reakce u klientky v kontrastu s horším fyzickým stavem, vlastní způsob práce na základě zkušenosti, absence pokroku, stagnace vývoje u klientky, potřeba jiné metody práce, humorná forma komunikace bez efektu a kód výkyvy v efektivnosti preterapeutické intervence.*

Tuto kategorii tvoří kódy, které jsou z velké části zachycené z opakovaných rozhovorů a jsou tvořené zejména těmi výroky respondentů, které hodnotí vývoj práce a posun v aplikaci preterapie u klientů, se kterými takto pracují. Většina kódů se vyjadřuje k posunům v aplikaci preterapie negativně, je to způsobené formou vedení rozhovorů, kdy se výzkumník více dotazoval na případy, kde se objevovaly problémy a ty případy, kde byla aplikace kontaktních reflexí snadná a úspěšná již od začátku se přešly v rozhovoru mnohem rychleji.

Trs tvoří dvě skupiny kódů, kódy o neúspěšnosti aplikace preterapie a její nevhodnost pro určitý typ klientů a vliv změny zdravotního či psychického stavu klienta na výsledek aplikace kontaktních reflexí. Zde se k překvapení výzkumníka objevují jak situace, kdy špatný fyzický

stav komplikoval použití kontaktních reflexí, tak se objevila i situace, kdy se u klientky navzdory horšícímu se zdravotnímu stavu, zlepšili reakce na kontaktní reflexe. Tato situace nebyla předpokládána a nebyla ani respondenty zcela zodpovězena otázka, proč tomu tak bylo. Zde by bylo nutné se na tento konkrétní případ více zaměřit pomocí longitudinálního pozorování, čemuž ale zaměření tohoto výzkumného šetření neodpovídá. Nebudeme se proto tomuto specifickému případu, který se zde objevil více věnovat a budeme jej vést jako extrémní vzorek ne tendenci k výskytu.

Překážky na straně klienta

Tuto kategorii tvoří dva kódy: *fyzický stav klienta jako překážka či podmínka preterapeutické intervence, nezáměr o jiný způsob práce, ukončení intervence ze strany klienta, nemožnost napojení se na klientku a počáteční odmítání kontaktních reflexí*. První kód vyjadřuje tendenci k výskytu, která se v rozhovorech objevila a to je vztah fyzického stavu klienta a úspěšnost preterapeutické intervence. Ve většině případů kromě jednoho znamenalo zhoršení fyzického stavu klienta komplikaci či překážku v aplikaci kontaktních reflexí, pracovnícím se vždy snadněji dospělo ke kontaktnímu chování, byl-li klient po zdravotní stránce v lepší kondici. Velkou roli sehrála i situace respondentů – začátečníků a lze předpokládat, že při větší zkušenosti s aplikací kontaktních reflexí by se i při horším fyzickém stavu klienta dalo úspěšně navodit kontaktní chování. Což je pouze předpoklad výzkumníka, který by bylo nutné ověřit dalším dlouhodobějším výzkumem v této oblasti.

Dále je nutné uvést, že výše uvedené komplikace, jsou stanovené pouze pracovníky, kteří je uváděli. Další skupinu kódů by měly logicky tvořit komplikace na straně klienta z pohledu klienta. Bohužel tuto zpětnou vazbu není výzkumník od klientů, o kterých pracovnice hovoří, pomocí dostupných metod získat, protože jde ve většině případů o klienty, kteří komunikují jinou, než verbální formou komunikace.

Překážky na straně pracovníka

Tato kategorie je tvořena trsem kódů: *přerušování intervence z důvodu strachu, obavy z reakcí klienta na preterapeutickou intervenci, nepravidelný kontakt, časový odstup, obtížné navázání na předchozí intervence, personální překážky, přenos nejistoty a nepříjemných pocitů na klienta, negativní vliv na klienta, nucení se do preterapie jako alternativy práce, rušivé podněty jako překážka preterapeutické intervence, nepřítomnost v práci, nedostatek času, obavy z emočních reakcí klienta, přerušování intervence, odmítání pracovníka na základě neoprávnělosti, výčitky svědomí z nezdaru, přemáhání se k preterapii a nezdar vzniká vždy ze*

strany intervenanta. V první řadě je nutné uvést, že tyto kódy jsou z větší části extrahovány z prvních opakovaných rozhovorů a postupem času byly některé výroky pracovníci přehodnocovány. Nesou však významnou úlohu, protože se mohou při aplikaci dále objevovat v případě indispozice pracovníka a je nutné mít je vždy v patrnosti.

Velkou překážkou při aplikaci preterapie je zejména prvotní strach a obavy z reakcí klienta či okolí, obavy z přenosu těchto emocí na klienta, obavy z emocí klienta způsobených těsným navázáním kontaktu či jeho psychickým rozladěním a výčitky z nezdaru. Jsou to hlavně překážky ovlivněné emocemi pracovníka, obavami z emocí klienta, které se eliminují zejména praxí a zkušenostmi v aplikaci preterapie. Další skupinu kódů tvoří provozní a personální překážky, které nemohou pracovníci ovlivnit a jde zejména o nepřítomnost v práci, či dlouhodobé zařazení na jiné oddělení, rušivé podněty okolí, které narušují schopnost soustředění se pracovníka na navazování kontaktu s klientem či prostý nedostatek času způsobený přetěžováním pracovníků v sociálních službách v současném českém kontextu.

Další zajímavý poznatek reprezentuje kód *odmítání pracovníka na základě neoprávněnosti*, který poukazuje na přítomnost oprávněnosti pracovníka jako předpokladu navázání kontaktu a rozvoje vztahu s klientem, kterou definoval Rogers (1957) jako kongruentnost. Tento kód vychází ze zkušenosti pracovníků při aplikaci preterapie i z předchozích zkušeností s klientem, které se k tomuto fenoménu vztahují.

Faktory, které pomáhají zefektivnit preterapeutickou intervenci

Trs, který tvoří tuto kategorii obsahuje tyto jednotlivé kódy: *nutnost vypořádat předexpresivní stav u klienta, dobrý fyzický stav klientky jako předpoklad preterapeutické intervence, odpoutání se od okolních vlivů, vysvětlení situace kolegům, podněty pro intervenci vycházejí z klienta, kontakt sám se sebou jako předpoklad preterapeutické intervence, zvědomnění si situace teď a tady, soustředění, vnitřní předpoklady k preterapeutické intervenci, existence smysluplného cíle preterapie jako motivace k intervenci, poznávání nové metody jako motivace k intervenci, změna fyzického a psychického stavu k lepšímu jako pozitivní předpoklad pro realizaci preterapie, empatické napojení pracovníka na klienta, upřímnost, základní předpoklady práce, které zahrnují i koncept preterapie, časový odstup mezi jednotlivými kontaktními reflexemi, klidný pracovník, vyzařování pozitivní energie z pracovníka, vlídný, laskavý pracovník, komunikace prostřednictvím pozorování nonverbálních signálů, komunikace prostřednictvím doteku a zařazení preterapie dle reakcí*

a aktuálního stavu klienta, střídavé zařazení preterapie a zrcadlení, zařazení preterapie dle schopnosti klienta reagovat na to, schopnost koncentrace jako faktor pomoci souznění, akceptace chování klienta, požadavek na specifické vlastnosti pracovníka, klientovi nebyl rozmlouván jeho názor a akceptace stejných vlastností u klienta.

Tato velká skupina kódů má společnou jednu zásadní věc a to, že kromě dvou kódů, které uvádí dobrý fyzický stav klienta jako dobrý předpoklad intervence, to jsou především podmínky, předpoklady a vlastnosti, které na sebe kladou sami respondenti výzkumu. Jsou to požadavky, které především kladou oni sami na sebe a je zajímavé, kolik těchto požadavků nakonec tvoří tuto kategorii. Kódy jsou většinou natolik konkrétní a přesné, že je není potřeba více interpretovat. Důležité je zdůraznit kvality pracovníka, které jsou podle respondentů nezbytné nejen pro úspěšnou aplikaci preterapie, ale zejména pro tvoření vztahu s klientem. Zejména se jedná o tyto schopnosti a vlastnosti: být v kontaktu sám se sebou, soustředit se, uvědomovat si cíl preterapie, empaticky se napojit na klienta, být klidný, vlídný, laskavý umět pozorovat a interpretovat neverbální signály od klienta, komunikovat prostřednictvím doteku, akceptovat chování klienta a akceptovat stejné vlastnosti u klienta.

Přínos preterapie pro pracovníka

Tato kategorie je tvořena kódy: *preterapie jako možná alternativa práce, alternativní způsob práce, když jiné selhávají* a kód *nový způsob navázání komunikace s klientem*. Jako největší přínos vidí pracovníci – respondenti v tom, že mají alternativní způsob navázání kontaktu s klientem ve chvíli, kdy ostatní ověřené způsoby práce selhávají. Vidí v preterapii zejména metodu, kterou mají takzvaně v zásobě pro situace, ve kterých si neumějí jinak poradit. Ve chvílích, kdy je klient mimo kontakt a jakákoliv činnost je pro něj nedosažitelná, mají pracovníci možnost, alternativu, jak klienta dostat do kontaktu se situací, ve které se nachází. Pracovníci mají možnost navázat komunikační kontakt, ve kterém klient získá informaci, co se po něm chce, co má nyní dělat a začne s pracovníkem spolupracovat. Navázání spolupráce je často pro pracovníky nejvíce úlevné zejména ve chvíli, kdy do té doby veškerou péči klientovi doslova nutili, a klient se bránil pomoci od pracovníka.

Nad-kategorie vztahová rovina

Faktory, které pomáhají vybudovat či podpořit vztah

Kategorii tvoří tato skupina kódů: *vznik vztahu na základě osobního setkání, komunikace prostřednictvím empatického navázání, zájem o klienta jako forma zpevňování vztahu, zpětná vazba (i negativní) od klienta jako forma zpevňování vztahu, komunikace jako forma*

zpevňování vztahu, empatické napojení jako forma zpevňování vztahu, exkluzivita, otevřenost, spoluprožívání přítomnosti jako forma zpevňování vztahu, důležitost role pracovníka pro utváření vztahu, neklást klientovi podmínky, nastavování hranic, situace jeden na jednoho, jiný způsob tvoření vztahu, klid na tvoření a vnímání vztahu, hlubší prožívání vztahu v situaci jeden na jednoho, prohlubování vztahu v rámci preterapie, zájem o klienta, vnímání klienta, zájem o komunikaci s klientem, důležitost vztahu pro klienta a kód klient má někoho, s kým může sdílet své prožitky. Tento trs kódů je pro naši práci stěžejní a proto se mu budeme věnovat podrobněji.

První kód reprezentuje situaci, kterou popisuje jedna z respondentek jako zásadní. Osobní rovina v pracovních vztazích, které navazují pracovníci s klienty je jejich nedílnou součástí, nedá se od ní zcela oprostit. Proto také pracovníci v rozhovorech často zmiňují, že „*klient má své oblíbené pracovníky*“ či „*nejsme si úplně sympatické*“, anebo „*nejlepší kámošky bychom asi nebyli*“ přes tyto osobní sympatie či antipatie musí být pracovníci schopni navázat kvalitní vztah s klientem, který by jim umožnil společně pracovat. V tomto jim pomáhají vlastnosti a schopnosti uvedené v předchozí kapitole, které si sami uvědomují a snaží se podle nich řídit. Na druhou stranu si uvědomují, že přestože některým klientům nemusí být sympatičtí a jiným naopak velmi, je důležité udržovat si v těchto vztazích profesionalitu a vyvažovat oba extrémy. Na jedné straně být opravdoví ke klientům, na druhé straně k nim přistupovat s respektem a úctou. Do vztahů nepřenášet své aktuální psychické rozpoložení a naopak se soustředit na přítomnost, situaci tady a teď.

Dalším velmi významným kódem je „*komunikace prostřednictvím empatického navázání*“, kdy respondenti ve shodě potvrzují, že bez této schopnosti komunikovat pomocí empatického navázání by nebyla jejich práce možná. Tento stěžejní bod je důležitější tím víc, čím méně klient komunikuje verbálně. Respondenti se v této souvislosti vyjadřují, že bez empatické komunikace by nebyla jejich práce prakticky možná a je to tedy nejnnutnější předpoklad nejenom pro budování vztahu s klientem, ale i pro jakoukoliv činnost s těmito klienty.

Další skupinou kódů, které jsou velmi významné pro náš výzkum, jsou kódy, které reprezentují zájem o klienta, či dokonce reprezentují jistou exkluzivitu v přijímání klienta pracovníkem. Klient musí vědět, že o něj má pracovník „opravdový“ zájem, či zájem větší než o ostatní klienty, byť to tak ve skutečnosti není. Tento zájem je nutné projevovat v každodenních situacích a zejména v krizových situacích, ve kterých potřebuje klient pomoc pracovníka naléhavěji, než ostatní klienti. Tento fakt klade na pracovníky větší nároky, než je

mnohdy jejich mentální kapacita v dané situaci a lehce může dojít ke zranění citů klienta a prolomení harmonie ve vztahu s klientem. Tohoto jsou si pracovníci vědomi, a proto se snaží balancovat mezi zájmem o všechny klienty a vhodně analyzovat situace, ve kterých je vhodné se věnovat jednomu klientovi více než ostatním. S tím, že je důležité danou situaci všem klientům vhodným způsobem vysvětlit.

Zpětná vazba od klienta je důležitou součástí budování vztahu s klientem, zejména pokud se jedná o klienty komunikující jiným, než verbálním způsobem. Zde je důležité pro pracovníky alespoň čas od času zachytit pozitivní či negativní zpětnou vazbu, která by jim poskytla informaci o tom, co klientovi chybí či se mu naopak líbí. Bez této zpětné vazby se mohou pracovníci jen těžko domnívat jak danou situaci či vztah klient vnímá. Jedna pracovnice hodnotí tuto zpětnou vazbu jako natolik důležitou, že i negativní projevy vnímá pozitivně a vítá je, doslova uvádí, že vítá „*i když mě H. třeba doškrábe*, ale je to alespoň něco“. Stejně jako zpětná vazba, je pro pracovníky při vytváření vztahu důležitá obousměrná komunikace s klientem a schopnost spoluprožívání situace teď a tady s možností alespoň částečné identifikace prožitků a pocitů klienta.

Pracovníci dále uvádějí jako podstatnou roli pracovníka v utváření vztahů, kdy je zodpovědnost za vytvoření vztahu často na jeho straně a klient do vztahu vkládá pouze svá vlastní očekávání, svoji osobnost, svůj specifický přístup k lidem či předchozí zkušenosti. Podstatný je pak přístup pracovníka, jeho zájem o klienta, schopnost navazovat vztahy s lidmi s postižením, vůle budovat důvěru, učit se komunikovat specifickým způsobem a otevřít se všem případným eventualitám, které ve vztahu s klientem mohou nastat. Často se takto dá pracovat pouze v situacích jeden na jednoho, když mají pracovníci kapacitu věnovat celou svoji pozornost jednomu klientovi a mohou se na jeho přání a potřeby zcela soustředit.

Vzhledem k povaze preterapie a způsobu, jakým se poskytují klientovi kontaktní reflexe, se pracovník s klientem často dostávají do blízkého kontaktu v situaci jeden na jednoho, plně věnují svoji pozornost pouze jemu a to v situaci tady a teď. V těchto pretereapeutických intervencích tak vzniká prostor na vytváření a prohlubování vztahu s klientem.

Tento trs kódů uzavírá „*klient má někoho, s kým může sdílet své prožitky*“ a považujeme jej za velmi důležitý poznatek, ke kterému respondenti došli. Tento kód reprezentuje situaci, ve které se velká část klientů s mentálním postižením, nachází. Často se stává, že v institucích nemají jiné klienty, se kterými by mohli prožívat rovnoprávný a zdravý vztah, klienti si i často mezi sebou nerozumějí – používají jiné komunikační systémy a nemají dostatečné

schopnosti empaticky porozumět ostatním klientům. V těchto případech je důležitá role pracovníka, který by měl být pro klienta kromě osoby, která umí zajistit jeho základní potřeby, i osobou, která umí sdílet jeho každodenní prožívání. K tomuto sdílení je však potřeba být s klientem v kontaktu a k tomu mu může pomoci preterapie.

Efekt preterapeutické intervence související s vývojem vztahu s klientem

Kategorii efekt preterapeutické intervence, který souvisí s vývojem vztahu s klientem, tvoří trs kódů: *silný emoční zážitek v rámci preterapeutické intervence, projevení emoce ze strany klienta, identifikace kontaktu na základě vlastních emocionálních prožitků, emocionální kontakt, vlastní pozitivní emoční reakce intervenanta, empatická komunikace, empatie jako předpoklad práce, komunikace, pozitivní vliv na intervenanta, narušení vztahu na základě špatné zkušenosti, změna chování na základě reakce pracovníka, zlepšení vztahu na základě častosti kontaktů, změna postoje klienta, zlepšení vztahu s klientem, navázání kontaktu i vztahu, rozvoj vztahu a intervence, která vedla k vytvoření důvěry*. Tato skupina kódů by měla společně s předchozí kategorií přímo odpovídat na hlavní výzkumnou otázku, a proto se jí budeme opět podrobněji zabývat. Většina těchto kódů v sobě obsahuje odkaz na emoce, buď na emoce klienta, na emoční zkušenost pracovníka či na situaci sdílení nějakých společných emocí, prožitků a emočních situací. Zejména projevení emoce ze strany klienta, či vlastní emoční reakce intervenanta jsou takto zcela definovány.

Přítomnost emocí ve vztahu je často nejdůležitějším aspektem rozvoje těchto vztahů. Pozitivní emoce mají potvrzovací úlohu, negativní emoce umožňují dynamiku čili rozvoj vztahů. Zejména pracovník je nucen přehodnocovat svoje předchozí jednání a snaží se navodit opět harmonii ve vztahu s klientem. Častým cílem intervencí, které mají přímý vliv na vztah s klientem s mentálním postižením, jsou ty intervence, které navodí komunikační kontakt, důvěru ve vztahu a poskytnou pracovníkovi zpětnou vazbu od klienta o povaze jejich vztahu.

Dále se zde opět objevují kódy, které uvádějí jako podstatnou součást intervencí, které vedli k rozvoji vztahu s klientem empatii, která se již objevila jako důležitý fenomén i v předchozích kategoriích. Empatie, jako předpoklad práce, empatická komunikace a samotná komunikace společně s emocemi a jejich projevem jsou proto základem pro navázání i rozvoj vztahu s klientem s mentálním postižením.

Vliv stávajícího vztahu na realizaci preterapeutické intervence

Tuto kategorii tvoří kódy: *klientka reaguje jen na někoho, různé reakce na různé pracovníky a rozdílný vztah – rozdílné reakce klientky*. Tyto kódy popisují, že vztah, který má

klient s určitým pracovníkem je do určité míry určující pro to, jak bude klient na pracovníka reagovat při realizaci preterapeutické intervence. Zejména u vztahů, ve kterých se objevovala ať už ze strany klienta či pracovníka určitá antipatie nebo spíše se dá říct malá míra vzájemné sympatie, byla realizace kontaktních reflexí problematičtější a bylo nutné s charakterem vztahu počítat.

Tato kategorie potvrzuje předchozí poznatky o tom, že se do vztahů s klienty promítají osobnosti charakteristiky a předchozí zkušenosti klientů. Kódy zde uvedené reprezentují situace, kdy klienti buď na některé pracovníky nereagují a na jiné ano, nebo na některé reagují jinak než na jiné. Zde je pravděpodobné vysvětlení, že se do vztahů promítají osobní sympatie a antipatie. Pracovníci dále v rozhovorech uvádějí, že se zde promítají i zkušenosti klienta s různými pracovníky a jeho aktuální psychická kapacita k navazování nových vztahů. U klientů s projevy demence či v terminálním stádiu nemoci je navázání nových vztahů komplikovanější než u klientů mladších a zdravotně stabilních.

Vztah a jeho kvality

Kategorii vztah a jeho kvality tvoří trs následujících kódů: *vytvoření vztahu a vztah jako základ práce, pracovní vztah, změna vztahu na základě vlastní sebereflexe, změna vztahů směrem k formálnějšímu profesionálním vztahům, rozdíl ve vztazích k verbálně komunikujícím a verbálně nekomunikujícím klientům, jiný vztah k verbálně komunikujícím klientům, změna vztahu na základě změny situace, sympatie a antipatie ve vztazích ke klientům, specifika osobnosti koresponduje s charakterem vztahu s pracovníkem, vztah jako bezpečný prostor, vztah jako priorita pro práci, důležitost vnímání přítomnosti vztahu pro pracovníka, budování vztahu na stejné rovině jako jiné aktivity a souznění přítomnosti jako důkaz přítomnosti vztahové roviny*. Tuto kategorii tvoří zejména kódy, které reprezentují popisy vztahů mezi pracovníky a klienty, tak jak je uváděli v rozhovorech respondenti.

Hned prvním kódem je kód, který představuje předpoklad uvedený respondenty o tom, že k realizaci přímé péče s klienty s mentálním postižením, k tomu, abychom mohli zabezpečovat jejich každodenní potřeby a pomáhat jim naplňovat jejich cíle, je existence vztahu nezbytná. Přímo je to předpoklad, základ jejich práce. Tento poznatek je pro naše výzkumné šetření zcela zásadní a zodpovídá jak je vytváření a budování vztahu s klientem zcela zásadním jevem, který je nutné více prozkoumat. Dále ze zde vyskytuje kód – pracovní vztah. Takto pojmenovaný kód reprezentuje poznatek respondentů a o určité odlišnosti mezilidských vztahů a těch, které jsou ovlivněné postavením klient – pracovník. Zde je

zejména úlohou pracovníka, aby zabezpečoval ve vztahu s klientem rovnováhu, partnersví, vzájemnou úctu a respekt a aby tento vztah budoval.

Dále se zde uvádí kód – změna vztahu na základě vlastní sebereflexe, zde se myslí vlastní sebereflexe pracovníka. Je to důležitý faktor, který pomáhá utvářet vztahy pracovníků a jejich klientů. Pracovníci často postrádají zpětnou vazbu klienta a musí se spoléhat na vlastní sebereflexi, popř. intervizi či supervizi. Často dochází s posouvání hranic pracovního vztahu na profesionální úrovni do oblasti vztahů mezilidských a může zde docházet k neproduktivním vztahům, které nabývají spíše kamarádských či přátelských rovin. Což sami respondenti uvádějí jako značné riziko a sami se snaží udržovat s klienty zdravé pracovní vztahy s profesionálním přístupem.

Dále bychom se zmínili i o jevu, kdy pracovníci vnímají rozdíl ve vztazích s klienty komunikujícími a nekomunikujícími verbálně. Tento jev je zřejmě nejvíce ovlivněn mírou zpětné vazby, kterou od klienta komunikujícího verbálně získávají. Často pracovníci uváděli, že právě nedostatek zpětné vazby jim brání v rozvoji vztahu a naopak zpětná vazba od klienta jim pomáhá vztah upevnit. O vlivu sympatií a antipatií na rozvoj vztahu jsme se již zmínili v předchozích odstavcích.

Jako potvrzení významu vztahů pro pracovníky jsou i kódy *důležitost vnímání přítomnosti vztahu pro pracovníka, budování vztahu na stejné rovině jako jiné aktivity a souznění přítomnosti jako důkaz přítomnosti vztahové roviny*, které reprezentují zkušenosti pracovníků s vytvářením pracovních vztahů s klienty. Tyto kódy popisují zejména důležitost přítomnosti vztahu a jeho vnímání ze strany pracovníka, důležitost procesu budování vztahu a přítomnost souznění s klientem – čili přítomnost pozitivní zpětné vazby od klienta.

Zpětná vazba od klienta

Tuto kategorii tvoří kódy: *racionální zhodnocení projevů klienta, intuice jako hodnocení projevů klienta a přítomnost zpětné vazby od klienta v náznacích*. O významu zpětné vazby se hovoří i v popisu předešlé kategorie o významu vztahů a i v několika předešlých kategoriích. Je to oblast, která jde ze všech nejkomplikovaněji studovat. Prožívání, stav klienta či jeho názor, způsob nahlížení a prožívání – to vše je pro nás jako pro pozorovatele velmi náročné identifikovat tím hůře, čím méně klient komunikuje verbálně. Zde musíme zapojit veškerou empatii a fantazii, schopnost zachytit signály nonverbální, tělové, svalový tonus, výraz v obličejí a jiné. Zejména zde pracovníkům pomáhá předchozí často i letitá zkušenost s klienty. Znájí jejich projevy chování, návyky, emoční projevy a jiné. Vztah často vnímají

jako komunikační kanál, prostřednictvím kterého s klientem sdílejí vše předešlé a dále jej poznávají.

Nad-kategorie kontext

Souvislosti

Kategorii souvislosti tvoří skupina kódů, která nebyla zařazena do žádné z předchozích kategorií, a přesto se domníváme, že je důležité se o těchto kódech ve výzkumné zprávě zmínit. Mezi tyto kódy patří: *seznamování se s novou metodou práce, spontánní použití preterapie, automatická laická preterapie, dobrá zkušenost, objevování nových možností práce, předchozí zkušenost klienta, součinnost s využíváním bazálních stimulací, respektování návyků klienta, využívání preterapie bez znalosti konceptu jako intuitivní způsob práce, společný základ různých konceptů, odkaz na zakladatele preterapie, sdílení bytí místo preterapie je někdy vhodnější a zařazování preterapie jen tak během dne dle možností pracovníka*. Jako velmi zajímavé se ukazují kódy, které představují jev, kdy pracovník ačkoliv nezná preterapii, používá kontaktních reflexí, aniž by věděl, že to jsou kontaktní reflexe. Stejně jako matka novorozence a kojence neustále používá kontaktních reflexí situačních, tělových a obličejových aniž by realizovala preterapii. Tato intuitivní preterapie je důkazem přirozenosti a jednoduchosti této metody.

5.5 Diskuse a závěry kvalitativní analýzy

V tomto oddíle se pokusíme shrnout předcházející text, zodpovědět výzkumné otázky, zhodnotit výsledky výzkumného šetření a zobecnit výsledky analýzy.

5.5.1 Zodpovězení výzkumných otázek

Dílčí výzkumná otázka č. 1 – Jakým způsobem využívají pracovníci při práci s klienty přístup zaměřený na člověka a preterapii?

Pracovníci využívají přístup zaměřený na člověka zejména v oblasti navazování kontaktu s klientem, empatii v komunikaci a sdílení prožívání s klientem, opravdovost v přistupování ke klientům a snaží se o přijetí klienta takový jaký je s vědomím vlastních hranic a limitů. U klientů se snaží nabourat jejich stereotypy jak v chování, tak v komunikaci, umí však rozeznat, když o to klient nemá zájem, či jej to určitým způsobem poškozuje a respektují to.

Pracovníci využívají preterapii s cílem prozkoumat nové možnosti práce, navázat spolupráci, komunikaci, přizvat klienta do nějaké činnosti či mu v bezpečném prostoru poskytnout podporu při hygieně či poskytnutí stravy. Jako velmi praktické a účinné se ukázalo využívání preterapie během obvyklých činností ve formě vytváření kontaktního prostředí se zapojením klienta do činností, jako spontánního způsobu vytržení z vlastního prožívání vnitřního světa. Preterapie pak pomáhá pracovníkům přiblížit se světu klienta a jeho vnitřního prožívání napojením se na jeho prožívání pomocí zrcadlení jeho chování.

Dále bylo vyzorováno, že aktuální fyzický stav hraje významnou roli ve schopnosti klienta dostat se do expresivního stavu. Prožívá-li klient bolestivé stavy, má dlouhodobě silné bolesti, je pro pracovníky obtížné pomocí kontaktních reflexí navodit kontaktní chování.

Dílčí výzkumná otázka č. 2 – Jakou roli hraje vztah pro pracovníky v přímé péči při práci s klienty s mentálním postižením?

Pracovníci vnímají vztah jako důležitou až prioritní součást práce. Vztahy ke klientům se snaží udržovat jako pracovní ne kamarádké z důvodu ochrany jak své tak klientovy. Prostřednictvím vztahu komunikují s klienty, kteří nekomunikují verbálním způsobem, a sdílení vztahu jim poskytuje zpětnou vazbu o jejich práci. Pracovnice mají kvalitativně odlišné vztahy k verbálně komunikujícím a verbálně nekomunikujícím klientům. Do vztahů k verbálně komunikujícím klientům se promítají jejich osobní sympatie a antipatie, kterých jsou si vědomi a dovedou si je pro sebe pojmenovat. Pracovnice se nesnaží přistupovat ke

všem klientům stejně. Klienty, ke kterým mají bližší vztah, více vyhledávají, pracují s nimi pomocí preterapie a snaží se tento vztah dále prohlubovat. U neverbálně komunikujících klientů však přistupují zcela jinak, zde je pro ně zásadní přistupovat ke všem stejně, se všemi empaticky komunikovat a učit se stále lépe zachytávat neverbální signály a reakce na různé situace.

Respondenti si všimli, že při využívání preterapie reagují klienti na různé pracovníky jiným způsobem, přestože pracovníci reflektovali obdobným způsobem. U těch klientů, kteří měli s danou pracovnící bližší vztah, docházelo rychleji k navození kontaktního chování, než u pracovníků, s kterými tak dobrý vztah neměli. Zde hrají zřejmě také významnou úlohu vzájemné sympatie, přestože k tomuto tvrzení bychom potřebovali znát i názor klienta, na který můžeme pouze usuzovat.

Dílčí výzkumná otázka č. 3 – Jakým způsobem mohou pracovníci vytvářet a budovat vztahy s klienty s mentálním postižením?

Pracovníci uvádějí, že je pro ně stěžejní navázat s klientem vztah důvěry a bezpečí, ve kterém se učí rozpoznávat neverbální signály klienta zabezpečující komunikaci na základě empatie. Vztahy s klienty vytváří a budují zejména pomocí empatie, empatického napojení a empatické komunikace. Komunikují pomocí vypořádávání reakcí klienta na různé podněty, nabídky. Pro tento způsob komunikace a vnímání vztahu s klientem je však prioritní být upřímný v prožívání a v přístupu ke klientovi.

Dalším způsobem jak lépe vytvářet vztah s klientem je věnovat mu kvalitativně i kvantitativně více pozornosti, soustředěnosti, přičemž největší prostor na budování vztahu s klientem je situace jeden na jednoho, kdy se pracovník plně věnuje pouze jednomu klientovi a mají tak čas sdílet prožívání přítomnosti. Preterapie je pro pracovníky mostem k ukotvení klienta v přítomném okamžiku, aby komunikace s ním a společný čas s ním strávený klient dokázal vnímat a prožívat jej.

Dalším významným činitelem rozvoje vztahu je pak zpětná vazba od klienta, kde zejména ta pozitivní je velmi dobře vnímána pracovníky a negativní je podle formy buď dynamickým činitelem, na základě kterého pracovník přehodnocuje své chování a postoje nebo je příčinou zhoršení vztahu s klientem (zejména se jedná o agresivní projevy klienta). Největší odpovědnost za rozvoj vztahu s klientem s mentálním postižením má pracovník, který má více možností osobní sebereflexe a vlastního růstu, než klient. Pokud však klient

pracovníka odmítá, či se pracovníkovi přes jeho snahu nedaří prohlubovat vztah s klientem, nemělo by to znamenat, že pracovník s klientem přestane pracovat. Vždy se musí ve vztazích ke klientům přistupovat profesionálně. Ve většině služeb není možné z personálního hlediska pracovat pouze s klienty, se kterými má pracovník dobrý vztah.

Dílčí výzkumná otázka č. 4 – Jakým způsobem získávají pracovníci zpětnou vazbu od klientů o povaze jejich vztahu k nim?

Prožívání, stav klienta či jeho názor a způsob nahlížení, to vše je pro nás jako pro pozorovatele velmi náročné identifikovat tím hůře, čím méně klient komunikuje verbálně. Zde musí pracovníci zapojit veškerou empatii a fantazii, schopnost zachytit signály nonverbální, tělové, svalový tonus, výraz v obličeji a jiné. Zejména zde pracovníkům pomáhá předchozí často i letitá zkušenost s klienty. Znájí jejich projevy chování, návyky, emoční projevy a jiné. Dalším důležitým projevem zpětné vazby od klienta je kontaktní chování, které tvoří základ pro navázání komunikace a tím i rozvoje vztahu s klientem.

Přestože je zpětná vazba pro pracovníky formou zpevnování a prohlubování vztahu s klientem, je velmi těžké ji od klienta komunikujícího jinak než verbálně získat, často mají pracovníci pocit, že komunikace a interakce s klientem je pouze jednostranná. Proto je důležité pro pracovníky alespoň čas od času zachytit pozitivní či negativní zpětnou vazbu, která by jim poskytla informaci o tom, co klientovi chybí nebo se mu naopak líbí.

Hlavní výzkumná otázka – Jaké jsou významy, struktury a esence prožívané zkušenosti vztahu mezi klientem s mentálním postižením a pracovníkem, který s ním pracuje a jakou roli hraje preterapie při vytváření a budování takového vztahu?

V pracovních vztazích, které mají pracovníci s klienty s mentálním postižením, se promítá jak osobní tak profesní rovina, přičemž osobní rovinu tvoří zejména vzájemné sympatie a antipatie, které nelze zcela eliminovat a profesní rovinu tvoří hlavně nastavování hranic a limitů pracovníkem. Ačkoliv je pro pracovníky důležité nabízet klientovi bezpodmínečné přijetí, jsou hranice pracovníkem nastavené ochrannou bariérou jak pro klienta, tak pro pracovníka samotného. Do vztahů by pracovníci neměli přenášet své aktuální psychické rozpoložení a naopak by se měli soustředit na přítomnost tady a teď.

Ukázalo se, že zejména projevení emoce ze strany klienta a přítomnost emocí ve vztahu je velmi důležitým aspektem rozvoje vztahu klienta s pracovníkem. Pozitivní emoce mají potvrzovací úlohu, negativní emoce umožňují dynamiku a rozvoj vztahů, kdy zejména

pracovník je nucen přehodnocovat svoje předchozí jednání a snaží se opět navodit harmonii ve vztahu s klientem. Častým cílem preterapeutických intervencí, které mají přímý vliv na vztah s klientem s mentálním postižením, jsou ty intervence, které navodí komunikační kontakt, důvěru ve vztahu a poskytnou pracovníkovi zpětnou vazbu od klienta o povaze jejich vztahu.

Poměrně často se v intervencích objevují obavy, strachy a nejistota pracovníků z neúspěchu, vlastního selhání či z negativních projevů klienta (např. z agrese). Tyto emoce jsou přítomné při vytváření kontaktu s klientem a mohou tuto interakci ovlivnit. Sami respondenti to hodnotí jako překážku v procesu preterapie a uvádí, že je možné tyto emoce na klienta v různé podobě přenést a změnit tak negativně jeho chování. Tento jejich závěr je odvozen od podobných zkušeností, které mají zejména s klienty komunikujícími neverbálně, kteří jsou velmi senzitivní na emoce lidí v jejich okolí. Je proto důležité si přítomnost těchto emocí uvědomit a zařídit se podle toho. Například i přesunutím se s klientem do jiného soukromějšího prostoru, nebo naopak do prostoru, kde se nachází i jiní pracovníci, kteří by jim v případě potřeby mohli pomoci.

Důležitým aspektem rozvoje vztahu je změna na základě vlastní sebereflexe pracovníka. Sebereflexe je důležitý faktor, který pomáhá utvářet vztahy pracovníků a jejich klientů. Pracovníci často postrádají zpětnou vazbu klienta a musí se spoléhat na vlastní sebereflexi, popř. intervizi či supervizi. Často dochází s posouvání hranic pracovního vztahu na profesionální úrovni do oblasti vztahů mezilidských a může zde docházet k neproduktivním vztahům, které nabývají spíše kamarádských či přátelských rovin. Což sami respondenti uvádějí jako značné riziko a snaží se udržovat s klienty zdravé pracovní vztahy s profesionálním přístupem.

Dalším faktorem, který ovlivňuje vznik a rozvoj vztahu mezi pracovníkem a klientem s mentálním postižením jsou specifické vlastnosti, schopnosti a dovednosti pracovníka. Zejména se jedná o to být v kontaktu sám se sebou, soustředit se, uvědomovat si cíl preterapie, empaticky se napojit na klienta, být klidný, vlídný, laskavý umět pozorovat a interpretovat neverbální signály od klienta, komunikovat prostřednictvím doteku, akceptovat chování klienta a jeho variabilní reakce.

Zajímavým poznatkem v rámci využívání preterapie při rozvoji vztahu s klientem s mentálním postižením je i fakt, že ne vždy je vhodné pro klienty ovlivňovat jejich stereotypy v komunikaci, chování a jednání, přestože je to uzavírá v jejich vlastním světě.

Tato oblast je velmi složitá a klade velké nároky na citlivost a empatii pracovníka. Vycítit, zda klient stojí o to zapojit se do sdílení přítomnosti, nebo chce dál být uzavřený ve svých vlastních stereotypch.

5.5.2 Zhodnocení – popření či potvrzení výzkumných předpokladů

Domníváme se, že mezi klienty a pracovníky, kteří jsou s nimi v každodenním kontaktu, vznikají kvalitativně odlišné vztahy.

Bylo zjištěno, že mezi respondenty výzkumu a jejich klienty byly kvalitativně odlišné vztahy. Zejména jsme objevili existenci rozdílu mezi jejich vztahy s verbálně komunikujícími klienty a s verbálně nekomunikujícími klienty. Tento jev je zřejmě nejvíce ovlivněn mírou zpětné vazby, kterou od klienta komunikujícího verbálně získávají. Často pracovníci uváděli, že právě nedostatek zpětné vazby jim brání v rozvoji vztahu, naopak zpětná vazba od klienta jim pomáhá vztah upevnit.

Domníváme se, že jsou tyto vztahy důležité jak pro klienty, tak pro pracovníky, kteří jsou hlavními podněcovateli dynamiky těchto vztahů.

Analýzou rozhovoru se ukázalo, že vztah je zejména pro pracovníky nepostradatelným fenoménem při každodenní práci s klienty komunikujícími jinak než verbálně. Budování vztahu s klientem se pak snaží vnímat jako prioritní i u verbálně komunikujících klientů, zde se však více projevuje osobní rovina vztahu. Protože mají pracovníci větší možnost sebereflexe, potvrdilo se, že jsou hlavními aktéry dynamiky vztahu právě oni společně se zpětnou vazbou klienta, která hraje velkou roli a to zejména pokud se jedná o zpětnou vazbu s emocionálním nábojem. Jak vnímají vztahy s pracovníky klienti, se nám nepodařilo zjistit.

Domníváme se, že je možné využít preterapii pro vytváření a budování těchto vztahů.

Preterapie je pro pracovníky pouze mostem pro získání pozornosti klienta, pomocnou metodou, když jiné, osvědčené metody selhávají. Pomocí preterapie se mohou přiblížit prožívání klienta. Rozvoj vztahu je pak však vždy o empatii, komunikaci a pozornosti pracovníka, jeho schopnosti sdílet s klientem jeho prožitky. V určitých případech je tak preterapie nápomocná při začátku komunikace, v další fázi však již klient ztrácí pozornost a intervence vede spíše směrem k zapojení klienta do činností, poskytnutí stravy či hygieny, apod.

Předpokládáme, že odpovědi pracovníků nebudou objektivní, protože jsou ve vztazích s klienty přítomny různé emoce bránící nadhledu pracovníků nad svojí prací.

Pracovníci emoce ve vztazích s klienty opravdu prožívají, nebyly však překážkou při rozhovorech ani pracovníci nezkreslovali své odpovědi na jejich základě. Přesto však odpovědi respondentů nebyly objektivní, protože vycházeli se svých zkušeností, neměli a nemohli mít srovnání s jinými možnostmi a způsoby práce a tak závěry plynoucí z jejich odpovědí jsou nutně platné pouze ve velmi specificky zúženém kontextu.

Závěr

Přístup zaměřený na člověka je psychologický a psychotherapeutický směr, jehož zakladatelem je významný americký psycholog C. R. Rogers. Jedná se o nedirektivní směr, ve kterém má hlavní místo důvěrný a otevřený rozhovor, při němž se terapeut vcítuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevování a současně i sám autenticky projevuje své prožitky. Z tohoto směru vychází metoda preterapie, jejímž zakladatelem je Garry Prouty. Preterapie vychází z předpokladu existence psychologického kontaktu jako nejdůležitějšího předpokladu pro psychoterapii. Preterapie se snaží vytvářet a rozvíjet teorii a praxi navazování psychologického kontaktu. Představuje systematické rozšiřování terapie zaměřené na člověka a zejména na klienty, kteří mají problémy s navazováním psychologického kontaktu.

Psychologický kontakt je v preterapii vymezen na třech úrovních – kontaktní reflexe, kontaktní funkce a kontaktní chování. Kontaktní reflexe jsou techniky, kterými se uskutečňuje psychologický kontakt. Kontaktních reflexí je pět druhů – situační, obličejové, tělové, slovní reproduktivní a zopakované. Všechny tyto reflexe umožní klientovi vyjádřit se a navázat vztah s terapeutem, napomáhají, aby se přesunul z předexpresivního stavu na úroveň exprese. Kontaktní funkce jsou přímým důsledkem působení kontaktních reflexí a směřují k obnovení či dosažení kontaktu se světem, sebou samým a ostatními, existují tři druhy kontaktních funkcí – realitní kontakt, emocionální kontakt a komunikační kontakt. Výsledkem posilování kontaktních funkcí je kontaktní chování.

Každý člověk s mentálním postižením je však jedinečný a neopakovatelný. Jednotlivé vlastnosti, které lidem s mentálním postižením přiřazujeme, vyjadřují jen jistou tendenci k výskytu. Každý pokus o obecný popis jedinců s mentálním postižením je nutně zkreslující a nevystihuje dostatečně značnou variabilitu této skupiny. Vnímáme člověka s mentálním postižením spíše z pohledu jeho vlastního individuálního potenciálu k růstu. Každý jedinec ať už s mentálním postižením či bez, je svébytnou bytostí, osobností hodnou respektu a uznání, s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vlastními vývojovými potenciály, které je možné a nutné podporovat a rozvíjet.

Součástí takzvaných pomáhajících profesí by mělo být i navazování a udržování zdravých lidských vztahů. Jedním z hlavních faktorů, který negativně ovlivňuje lidský vztah pomáhajícího a toho, komu je pomáháno je moc, kterou má pomáhající nad svým klientem.

Tato moc připravuje klienty o jejich autonomii a činí je závislými na pracovnících a institucích.

V rámci výzkumného šetření jsme provedli celkem šest rozhovorů, přičemž dva proběhli s dvěma pracovníky individuálně a čtyři proběhli v rámci opakovaných setkání se třemi pracovníci s měsíčními až dvouměsíčními rozestupy. Dále si výzkumník v rámci své terénní práce vedl deník o využívání preterapie u klientů s mentálním postižením. Všechny tyto zdroje dat jsou ve formě přesné transkripce vázanými přílohami této práce. Pomocí otevřeného a tematického kódování vzniklo 259 kódů, jejichž následnou analýzou vzniklo 17 trsů, 17 kategorií a tři nad-kategorie. Interpretace výsledků výzkumu je součástí poslední kapitoly, každá kategorie je zde podrobně rozepsaná. Na konci poslední kapitoly jsme podrobně odpověděli na hlavní i všechny dílčí výzkumné otázky a zhodnotili stanovené výzkumné předpoklady.

Jistá omezení tohoto výzkumu vidíme zejména v nízkém počtu respondentů daným zejména malou úrovní rozvoje využívání této metody u pracovníků v přímé péči. Kromě školení, která v ČR provedl sám Garry Prouty, provádí školení o preterapii pouze jedna organizace a nedá se zpětně dohledat, kdo školením prošel a preterapii v praxi využívá. Vzhledem k tomuto jsou závěry námi vyvozené platné pouze omezeně v kontextu specifických klientů jednoho zařízení. Bylo by tedy velmi vhodné tento výzkum zopakovat s jinými pracovníky, kteří pracují v jiném zařízení a porovnat výsledky obou šetření. Poté by bylo možné komparovat výsledky obou šetření prohlásit závěry z komparace za spolehlivé a platné.

Seznam použité literatury

- BENDOVIÁ, Petra a ZIKL, Pavel. 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
- BLECHA, Ivan. 2007. *Proměny fenomenologie: úvod do Husserlovy filosofie*. 1. vyd. Praha: Triton. 403 s. ISBN 978-80-7254-938-2.
- BLECHA, Ivan. 2004. *Filosofie*. 4. opravené a rozšířené vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. ISBN 80-7182-147-0.
- CARRICK, Lorna a MCKENZIE, Sheila. A Heuristic examination of the application of Pre-Therapy skills and the person-centred approach in the field of Autism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, červen 2011, roč. 10, č. 2, s. 73 – 88. ISSN 1477-9757.
- CASEMORE, Roger. 2008. *Na osobu zaměřená psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-454-0.
- CLARKE, Catherine. Prouty's contact work: a carer's perspective. *Mental health practice*, září 2005, roč. 9, č. 1, s. 24 – 27. ISSN 1465-8720.
- COOPER, Mick, WATSON, Jeanne, HÖLLDAMPF, Dagmar. 2010. *Person-Centred and Experiential Therapies Work : A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices*. 1. vyd. Herefordshire: PCCS BOOKS Ltd. ISBN 978-1-906254-25-4.
- COOPER, Mick. Person-centred therapy : the growing edge. *Therapy Today*, červenec 2007, roč. 18, č. 6, s. 33 – 36. ISSN 1748-7486.
- ČERNÁ, Marie a kol. 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DOLEJŠÍ, Mojmír. 1973. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. 184. s.
- FITZNEROVÁ, Ivana. 2010. *Máme dítě s handicapem*. 1. vyd. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-663-6.
- FREEDMAN, Jill a COMBS, Gene. 2009. *Narativní psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 320s. ISBN 978-80-7367-549-3.

- GJURIČOVÁ, Šárka a KUBIČKA, Jiří. 2009. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-2390-7.
- HANZL, Daniel. 2012. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. 1. vyd. Jihlava: Soukromá vyšší odborná škola sociální, o.p.s. ISBN 978-80-87710-01-2.
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HORT, Vladimír a kol. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.
- HORYNA, Břetislav a kol. 1998. *Filosofický slovník*. 2. rozšířené vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. ISBN 80-7182-064-4.
- CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KOPŘIVA, Karel. 2011. *Lidský vztah jako součást profese: s předmluvou Jiřiny Šiklové*. 6. vyd. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KOSSAK, Jerzy. 1978. *Existencialismus ve filozofii a literatuře*. 1. vyd. Praha: Svoboda.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. 2006. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.
- LEČBYCH, Martin. 2005. Modely mentální retardace. *Psychologie dnes*, 11, 2005, č. 6 : str. 33 -34. ISSN 1212-9607.
- McWILLIAMS, Korey a PROUTY, Garry. Life enrichment of a profoundly retarded woman : an application of Pre-Therapy. *The Person-Centered Journal*, 1998, roč. 5, č. 1, s. 29 – 35. ISSN 1477-9757.
- MEARNS, Dave a THORNE, Brian. 2013. *Terapie zaměřená na člověka: Pro využití v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3881-9.

- MICHALÍK, Jan. 2013. *Právo, společnost a zdravotně postižení*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3533-6.
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOTSCHNIG, Renate a NYKL, Ladislav. 2011. *Komunikace zaměřená na člověka: Rozumět sobě i druhým*. 1. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
- NAKONEČNÝ, Milan. 2009. *Sociální psychologie*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Nakladatelství Academia. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NYKL, Ladislav. 2004. *Pozvání do rogersovské psychologie*. Barrister & Principal. 137 s. ISBN 80-86598-69-1.
- PANČOCHA, Karel. 2010. *Životní dráha jedince v inkluzivním prostředí*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 185 s. ISBN 978-80-210-5340-3.
- PETERS, Hans. Pretherapy from a developmental perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 2005, roč. 45, č. 1, s. 62 – 81. ISSN 0022-1678.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. 2004. *Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. 62 s. ISBN 80-86856-01-1.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- PÖRTNER, Marlis. *Trust and Understanding : the person-centred approach to everyday care for people with special needs*. 2. vyd. PCCS BOOKS, 2007. ISBN 978-1-898-05991-2.
- PROUTY, Garry, WERDE, Dion Van, PORTNER, Marlis. 2005. *Preterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7178-949-6.
- PROUTY, Garry. *Theoretical evolutions in person-centered / experiential therapy : applications to schizophrenic and retarded psychoses*. 1. vyd. Londýn: Praeger Publishers, 1994. ISBN 0-275-94543-X.
- PROUTY, Garry. Pre-Therapy: A Newer Development in the Psychotherapy of Schizophrenia. *Journal of the Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 2003, roč. 31, č. 1, s. 59 – 73. ISSN 1546-0371.

PROUTY, Garry. Pre-Therapy : The Application of Contact Reflections. *American Journal of Psychotherapy*, 2007, roč. 61, č. 3, s. 285 – 295. ISSN 0002-9564.

PROUTY, Garry. The Practice of Pre-Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2001, roč. 31, č. 1, s. 31 – 40. ISSN 0022-0116.

PROUTY, Garry, DEKEYSER, Mathias, ELLIOTT, Robert. Pre-Therapy Process and Outcome : A review of research instruments and findings. *Person-centered and Experiential Psychotherapies*, 2000, roč. 7, č. 1, s. 37 – 55. ISSN 1477-9757.

RABOCH, Jiří. 2001. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

SANDERS, Pete. 2008. *The Contact Work*. 1. vyd. Herefordshire : PCCS BOOKS Ltd. ISBN 13-978-1-898059-84-4.

SCHALOCK, Robert. L. a kol. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, April 2007, roč. 45, č. 2, s. 116-124. ISSN 1934-9556.

SCHLIPPE, Arist Von a SCHWEITZER, Jochen. 2001. *Systematická terapie a poradenství*. 1. vyd. Brno: Cesta. 251 s. ISBN 80-7295-013-4.

SOMMERBECK, Lisbeth. Udenfor Terapeutisk Rækkevidde? Introduktion til Præ-Terapi. *Psykolog Nyt*, 2006, roč. 60, č. 8, s. 12 – 20. ISSN 0901-7089.

SVOBODA, Mojmir, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

ŠIDLOVÁ, Marta. *Pracovní uplatnění lidí s mentálním postižením*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2013. 50 s., 4 s. příloh. Vedoucí závěrečné práce: prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

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

ŠVARCOVÁ, Iva. 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. aktualizované a přepracované vyd. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVAŘÍČEK, Roman a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOLAN, Janet. 2006. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Portál. 223 s. ISBN 80-7367-146-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, Milan a MÜLLER, Oldřich. 2009. *Psychopedie*. 4. doplněné a upravené vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-099-2.

VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin a kol. 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VANČURA, Jan. 2007. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-14-5.

VEČEŘA, Miloš a URBANOVÁ, Martina. 2011. *Sociologie práva*. 2. upravené vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 313 s. ISBN 978-80-7380-321-6.

Velký slovník naučný. M - Ž. 1. vyd. Praha: Diderot, 1999. s. 843-1679. ISBN 80-902723-1-2.

VYMĚTAL, Jan a REZKOVÁ, Vlasta. 2001. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. 2. přepracované vyd. Praha: Portál. 240 s. ISBN 80-7178-561-X.

VYMĚTAL, Jan a kol. 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Grada. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.

Elektronické zdroje

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), 2013 [online]. Publikováno 2010, [cit. 19. 10. 2013]. Dostupné z: http://aaidd.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability#.UmLVn_mGr0w

ELLIOTT, Robert a FREIRE, Brien. Person-Centred/Experiential Therapies Are Highly Effective : Summary of the 2008 Meta-analysis. In: *website for the World Association for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counseling*. [online]. [cit. 29.8.2013]. Dostupné z http://www.pce-world.org/images/stories/meta-analysis_effectiveness_of_pce_therapies.pdf

ŠIFFELOVÁ, Daniela. 2012. Současný vývoj přístupu zaměřeného na člověka. In: *webové stránky PCA Institutu Praha* [online]. [cit. 29. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.pca-institut.cz/cs/category/4-clanky/>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, I. díl – Tabelární část). [online]. Platná k 1. 1. 2013, aktualizovaná tisková verze [cit. 31. 8. 2013]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Referenční literatura

FEIL, Naomi. 2007. *Validation*. 5. vyd. München: Reinhardt-Verlag. ISBN 3-497-01914-3.

HRABÁKOVÁ, Vendula. 2011. *Nebij mě, můj milovaný synu*. 1. vyd. Nové Strašecí: Gelton. 159 s. ISBN 978-80-904303-6-5.

NIETZSCHE, Friedrich. 2001. *Ecce homo: jak se stát, čím kdo jsme*. Olomouc: J. W. Hill. 132 s. ISBN 80-86427-13-7.

ROGERS, Carl R. 1942. *Counseling and psychotherapy*, 1. vyd. Boston: Houghton Mifflin Company.

ROGERS, Carl R. 1951. *Client-Centred Therapy*. 1. vyd. London: Constable and Company.

ROGERS, Carl R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 1957, roč. 21, č. 2, s. 95 – 103. ISSN 0022-0167.

ROGERS, Carl R. A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-entered Framework. In *Psychology: A Study of a Science*. New York – Toronto – London: McGraw-Hill, 1959. Kapitola 3, s. 184 – 256.

ROGERS, Carl R. 1961. *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. 1. vyd. Boston – Massachusetts: Houghton Mifflin Company.

ROGERS, Carl R. 1970. *Carl Rogers on Encounter Groups*, 1. vyd. New York – Evanston – London: Harper & Row.

ROGERS, Carl R. 1972. *Becoming Partners. Marriage and its Alternatives*. 1. vyd. New York: Delacorte Press.

ROGERS, Carl R. 1977. *On Personal Power. Inner Strenght and its Revolutionary Impact*. New York: Delacorte Prss.

ROGERS, Carl. R. 1980. *A way of being*. 1. vyd. New York: Houghton Mifflin Company. ISBN 0-395-75530-1.

TAUSCH, Reinhard a TAUSCH, Annemarie. 1990. *Gesprächspsychotherapie*. 1. vyd. Göttingen: Hogrefe. ISBN 978-3801704179.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. 189 s. ISBN 978-80-7368-915-5.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – kódovaný přepis rozhovoru č. 1

Příloha č. 2 – kódovaný přepis rozhovoru č. 2

Příloha č. 3 – kódovaný přepis rozhovoru č. 3

Příloha č. 4 – kódovaný přepis rozhovoru č. 4

Příloha č. 5 – kódovaný přepis rozhovoru s pracovníkem Jiřím

Příloha č. 6 – kódovaný přepis rozhovoru s pracovnící Danou

Příloha č. 7 – kódovaný deník o využívání preterapie u klientů s mentálním postižením

Příloha č. 8 – tematické kódování rozhovoru č. 1

Příloha č. 9 – tematické kódování rozhovoru č. 2

Příloha č. 10 – tematické kódování rozhovoru č. 4

Příloha č. 11 – tematické kódování rozhovoru s pracovníkem Jiřím

Příloha č. 12 – tematické kódování rozhovoru s pracovnící Danou

Příloha č. 13 – tematické kódování deníku o využívání preterapie u klientů s mentálním postižením

Příloha č. 14 – seznam kódů

Příloha č. 15 – seznam kategorií

Příloha č. 16 – trsy kódů a tvorba kategorií

Příloha č. 17 – preterapie v mimoterapeutickém settingu – zápis z přednášky a workshopu

Příloha č. 18 – studijní materiál pro účastníky školení o preterapii