

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2009

Ivana JANÍČKOVÁ, DiS.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra křesťanské sociální práce

Ivana Janíčková, Dis.

Zkvalitňování života klientů s mentálním postižením
v Chráněném bydlení v Šumperku

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Milan Pšenčík

Obor: Charitativní a sociální práce

OLOMOUC 2009

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Milana Pšenčíka. K práci jsem použila jen uvedenou literaturu.

V Šumperku 10. dubna 2009

.....
Ivana Janíčková

Děkuji Mgr. Milanu Pšenčíkovi za cenné rady a pomoc při vypracování mé bakalářské práce. Zároveň mu děkuji za nasnímání klientů diagnosticko-intervenčním systémem Barvy života. Poděkování patří i mé rodině.

Obsah

Obsah.....	- 4 -
Úvod.....	- 6 -
1 Mentální retardace, mentální postižení.....	- 9 -
1.1 Pojem mentální retardace, mentální postižení.....	- 9 -
1.2 Etiologie.....	- 10 -
1.3 Mezinárodní klasifikace.....	- 10 -
1.4 Charakteristika.....	- 11 -
1.5 Metody práce.....	- 12 -
1.6 Používané terapie a jejich základní charakteristika.....	- 13 -
1.6.1 Farmakoterapie.....	- 13 -
1.6.2 Behaviorální terapie.....	- 14 -
1.6.3 Kognitivní terapie a kognitivně-behaviorální terapie.....	- 15 -
1.6.4 Ergoterapie.....	- 15 -
1.6.5 Muzikoterapie.....	- 16 -
1.6.6 Arteterapie.....	- 16 -
1.6.7 Dramaterapie.....	- 17 -
1.6.8 Socioterapie.....	- 17 -
1.6.9 Hipoterapie.....	- 18 -
1.6.10 Canisterapie.....	- 18 -
1.6.11 Haloterapie.....	- 19 -
2 Chráněné bydlení.....	- 20 -
2.1 Pojem chráněné bydlení.....	- 20 -
2.2 Popis služby.....	- 20 -
2.3 Vymezení sociální služby ze zákona 108/2006 Sb.....	- 21 -
2.4 Popis sledovaného zařízení.....	- 22 -
2.4.1 Poslání a cíle zařízení.....	- 22 -
2.4.2 Cílová skupina.....	- 23 -
2.4.3 Poskytované služby.....	- 23 -
2.4.4 Denní program.....	- 24 -
2.4.5 Složení klientů.....	- 24 -
3 Zkvalitňování života.....	- 26 -
3.1 Pastorační péče.....	- 26 -
3.1.1 Pastore a význam pastorační práce pro sociální práci.....	- 27 -
3.1.2 Pastore zdravotně postižených.....	- 28 -
3.1.3 Pastorační péče v chráněném bydlení.....	- 29 -
3.2 Životní styl.....	- 30 -
3.2.1 Znaky, dělení a faktory životního stylu.....	- 30 -
3.2.2 Zdravý životní styl.....	- 31 -
3.2.3 Životní styl v chráněném bydlení.....	- 31 -
3.3 Partnerské vztahy a sexualita.....	- 34 -
3.3.1 Pohled společnosti a lidská práva.....	- 34 -
3.3.2 Sexualita mentálně postižených.....	- 35 -
3.3.3 Partnerské vztahy a sexualita v chráněném bydlení.....	- 36 -
3.4 Barvy života.....	- 37 -

3.4.1	Historie a poslání Barev života.....	- 37 -
3.4.2	Způsob snímání.....	- 38 -
3.4.3	Možnosti využití barev života.....	- 40 -
4	Případové studie.....	- 42 -
4.1	Průběh realizace případových studií	- 42 -
4.2	Struktura případových studií	- 43 -
4.3	Jednotlivé případové studie.....	- 43 -
4.3.1	Klient A.....	- 44 -
4.3.2	Klient B.....	- 48 -
4.3.3	Klient C.....	- 53 -
4.3.4	Klient D.....	- 57 -
	Závěr	- 64 -
	Seznam použitých zkratk:	- 69 -
	Seznam příloh.....	- 70 -
	Přílohy	- 71 -

Úvod

V posledních letech dochází k výraznému posunu ve službách pro lidi s mentálním postižením. Prioritou současnosti je maximální možné začleňování těchto jedinců do společnosti a předcházení jejich vyloučení. Snahou sociálních služeb je vytvořit jim podmínky pro plnohodnotný život, zachovávat jejich práva a respektovat jejich lidskou důstojnost.

Ačkoli lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými, jejich projevy chování, způsob myšlení, komunikace aj., vzbuzují u většinové populace mnohdy nevoli, obavy, nepochopení. Odstraňování bariér je nejen úkolem sociálních služeb, ale celé společnosti. Pokud se těmto lidem poskytne odpovídající pomoc a podpora, mohou dosáhnout vysokého stupně nezávislosti a s tím spojenou kvalitu života.

Téma bakalářské práce je zaměřeno na zkvalitňování života lidí s mentálním postižením. Je to poměrně široký pojem, který zahrnuje několik oblastí, ve kterých lze úspěšně nalézat a využívat prvky vedoucí ke kvalitě lidského života. Tyto oblasti jsou zaměřeny na konkrétní klienty v konkrétním zařízení, kterým je Chráněné bydlení v Šumperku. V centru zájmu jsou klienti, kteří se projevují jako lidé klidní, nekonfliktní, málomluvní. Tím více je třeba se na ně soustřeďovat, neboť své vnitřní prožívání slovně nevyjadřují ani nedemonstrují. Takové chování může vést k mylné představě, že jsou spokojení, nic nepotřebují, nic nechtějí. Tato práce se snaží ukázat, že opak je pravdou.

Vnášet kvalitu do života lidí s mentálním postižením je podmíněno hloubkovým poznáním jejich osobnosti, potřeb, zájmů, tužeb. Takové poznání pramení z každodenní dlouhodobé interakce s těmito lidmi s využitím různých metod, postupů a terapií, které jsou nám v této oblasti známy. Jak ale pracovat s typem klientů, které jsem popsala výše? Mnohdy se jen marně můžeme domýšlet, co se děje v jejich myslích, a známé a osvědčené postupy nám nedokážou dát

uspokojivou odpověď. Z tohoto důvodu jsem využila neobvyklý systém Barvy života, jehož výstupy klienty hloubkově diagnostikují. Systém potvrdil diagnostiku již známou, ale zároveň odkryl skutečnosti dosud netušené, překvapující a umožňující zcela jiný úhel pohledu na klienta.

Celá práce je strukturovaná do čtyř kapitol. První kapitola podává základní informace o mentální retardaci, zabývá se etiologickým hlediskem a mezinárodní klasifikací. Uvádí používané metody práce a podává přehled a základní charakteristiku terapií, které se s úspěchem při práci s mentálně postiženými klienty využívají.

Druhá kapitola představuje sociální službu chráněné bydlení a její vymezení ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Popisuje Chráněné bydlení v Šumperku, jeho cíle, poslání, poskytované služby. Sleduje cílovou skupinu, složení klientů z hlediska věku a stupně postižení, denní program.

Ve třetí kapitole jsou nastíněny možnosti zkvalitňování života mentálně postižených klientů ve výše popsaném zařízení. Kapitola je rozčleněna do několika oblastí, např. pastorační péče, životní styl, sexualita. Zároveň je do jednotlivých oblastí začleněna část, která popisuje současný stav dané problematiky v chráněném bydlení. Konec kapitoly představuje diagnosticko-intervenční systém Barvy života, způsob práce s ním a možnosti jeho využití.

Čtvrtá kapitola obsahuje případové studie klientů. Jednotlivé studie obsahují stručnou charakteristiku klienta, anamnézu, profesionální diagnostiku metodou Barvy života s výstupem, rozvojový plán klienta pro individuální i skupinovou práci, návrh metod práce a využití terapeutických prvků. V závěru každé studie je zhodnocení plánu po uplynutí pěti měsíců od začátku jeho realizace.

Hlavním zdrojem informací pro bakalářskou práci je má vlastní praxe, každodenní styk s mentálně postiženými klienty, konzultace s kolegy,

dokumentace zařízení. Jako doplňkový informační zdroj jsem využila hloubkovou diagnostiku metody Barvy života a spolupráci s odborným konzultantem společnosti DAP.

Při tvorbě bakalářské práce jsem použila metodu pozorování, zaznamenávání údajů, rozhovoru, srovnání.

Cílem práce je ukázat možnosti, které vedou k prohlubování kvality života mentálně postižených lidí. Motivovat spolupracovníky, dobrovolníky, rodiče a všechny zainteresované, aby tyto možnosti aktivně vyhledávali a uváděli do života. Jen tak je možno splatit dluh, který má naše společnost k těmto lidem. Je to příležitost napravit chyby generací před námi. Nežít vedle lidí s mentálním postižením, ale žít s nimi. To je hlavním motivem pro mou bakalářskou práci, spolu s profesionálním zájmem o lidi s mentálním postižením, se kterými pracuji v Chráněném bydlení v Šumperku.

1 Mentální retardace, mentální postižení

Úvod kapitoly je věnován samotným pojmům mentální retardace a mentální postižení a jejich srovnání. V dalších částech je pozornost věnována etiologii, mezinárodní klasifikaci a charakteristice mentální retardace. Následuje popis metod práce s takto postiženými lidmi. Kapitulu uzavírá výčet terapií, které se s úspěchem při práci s těmito lidmi používají.

1.1 Pojem mentální retardace, mentální postižení

Švarcová označuje mentální retardaci takto: „*Mentální retardaci nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.*“¹

Tento stav vyjadřuje problematičnost v běžném životě, v přizpůsobování se, v získávání nových vědomostí, dovedností, sníženou schopnost žít v dospělosti samostatně. Jedná se o vrozenou vývojovou poruchu.

V souvislosti s pojmem mentální retardace upozorňuje Švarcová na pojem mentální postižení. Tyto pojmy jsou v mnoha publikacích používány jako synonyma. Pojem mentální retardace, na rozdíl od pojmu mentální postižení, vyjadřuje představu možného zlepšení situace postiženého jedince. To může působit optimističtěji než pojem postižení, který vyjadřuje spíše trvalost a nezměnitelnost stavu konkrétního jedince.² Organizace Inclusion International (dříve Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem) nedoporučuje používat označení „mentálně postižený/mentálně retardovaný člověk“, ale označení „člověk (dítě, mladistvý) s mentálním postižením/s mentální retardací“. Toto označení by mělo více posilovat identitu každého postiženého člověka, přídomek „s postižením/ s retardací“ má vystihovat jen část osobnostních rysů těchto jedinců. S pojmem handicap

¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X, s. 25

² Srov. tamtéž, s. 9

(znevýhodnění) se pojí spíše omezení příležitostí účastnit se života společnosti v plné míře než sama skutečnost postižení.³

1.2 Etiologie

Bazalová uvádí možnost vzniku mentální retardace v těchto obdobích:

- prenatálním – doba před narozením dítěte, příčinou může být především infekce matky během těhotenství, úraz matky, nesprávná výživa, působení toxických látek, záření
- perinatálním – doba porodu a bezprostředně po něm, příčinou může být hypoxie (nedostatek kyslíku plodu), dlouhotrvající porod
- postnatálním – po porodu do dvou let dítěte, příčinou bývá infekce dítěte, špatná výživa, úraz, zánět mozku apod.

Významnou úlohu hraje také dědičnost, neboť například lehká mentální retardace vzniká v důsledku zděděné inteligence, špatného vlivu rodinného a sociálního prostředí.⁴

1.3 Mezinárodní klasifikace

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace v roce 1992 v Ženevě, určuje stupeň mentální retardace pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností.

- a) (F 70) lehká mentální retardace (IQ 50 - 69), dříve debilita
- b) (F 71) středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49), dříve imbecilita
- c) (F 72) těžká mentální retardace (IQ 20 - 34), většinou kombinované postižení
- d) (F 73) hluboká mentální retardace (IQ nižší jak 20), dříve idiocie
- e) (F 78) jiná mentální retardace – stanovení stupně mentální retardace

³ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*, s. 26

⁴ Srov. BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0, s. 271

není jednoduché, neboť se k ní přidružují další postižení (senzorické, somatické, poruchy chování, autismus)

f) (F79) nespecifikovaná mentální retardace - pro nedostatek informací nemůže být zařazena do výše uvedených kategorií ⁵

1.4 Charakteristika

Švarcová charakterizuje stupně mentální retardace takto:

Lehká mentální retardace (IQ 50 – 70)

Tato forma mentální retardace je nejrozšířenější v celkovém počtu mentálně retardovaných (asi 85%). Už od dětství mají tito lidé problémy s řečí, učením, nezvládají logické operace, abstraktní myšlení. Mají problémy s psaním, čtením, počítáním. Nejsou schopni plně zvládnout požadavky základní školy. V sebeobsluze jsou většinou samostatní. Při vhodném nácviku jsou schopni docházet do práce a vykonávat různé činnosti (převážně jednoduchou manuální práci), mohou i samostatně bydlet – to vše se zajištěnou podporou a pomocí (např. podpora asistenta v chráněném bydlení).

Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

Lidé s touto mentální retardací zvládají v dětství elementární základy trivie (čtení, psaní, počítání). Úroveň řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni jednoduché konverzace, jiní se nenaučí mluvit nikdy, jsou však schopni porozumět mluvenému slovu a používat k dorozumívání formy nonverbální komunikace. Pod odborným dohledem mohou v dospělosti vykonávat jednoduchou manuální práci např. v chráněné dílně. V sebeobsluze bývají samostatní, ale potřebují pomoc a dohled, nejsou schopni samostatného života (výjimka je možná). Mobilita a fyzická aktivita jsou na dobré úrovni. Dokážou se podílet na sociálních aktivitách, navazovat kontakty. Přidružují se fyzické i neurologické handicap.

⁵ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*, s. 29

Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

Lidé s tímto stupněm mentální retardace již nejsou schopni zvládnout školní trivium. Dokážou zvládnout sebeobslužné práce, potřebují však velkou míru podpory

a pomoci. Tato skupina lidí trpí většinou značným stupněm poruchy motoriky a dalšími přidruženými vadami.

Pohyby jsou nekoordinované, jedinci jsou neobratní. Pokud se vyvine řeč, jen minimálně slouží ke komunikaci, jsou to spíše echolálie (opakování slov). Pracovní dovednosti bývají elementární, jsou však schopni se naučit celou řadu dovedností.

Při vhodné zdravotní a výchovné péči lze přispět k rozvoji komunikace, motoriky, rozumových schopností.

Hluboká mentální retardace (IQ < 20)

Schopnost lidí s hlubokou mentální retardací porozumět řeči a základním instrukcím je značně omezená. Převažuje neverbální komunikace a některé projevy sociálního chování (úsměv, radost). Často bývá narušena hybnost – buď jsou imobilní nebo omezeni v pohybu. Bývají inkontinentní. Nedokážou se starat o své základní potřeby a vyžadují stálý dohled a stálou pomoc. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny, i když je možné rozvíjet komunikaci, motorické dovednosti apod. Nedožívají se vyššího věku.⁶

1.5 Metody práce

K hlavním metodám práce s mentálně postiženými lidmi patří **asistence**. Asistent nahrazuje schopnosti a dovednosti, které těmto lidem chybějí. Využívá se velmi dobře právě v oblasti bydlení, ale také v oblasti zaměstnávání, docházky do školy apod. Hlavním znakem této metody je zaměření na jednotlivce. Aktuálně reaguje na potřeby klienta a přizpůsobuje se jim, časem může dojít i ke snižování podpory. Asistent pomáhá klientům nejen při praktických činnostech, ale i při

⁶ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*, s. 30-32

organizování aktivit, chápání souvislostí různých dějů apod. Upozorňuje na rizika chování, za klienty však nerozhoduje.⁷

Individuální sociálně-terapeutická práce úzce souvisí s asistencí. Asistence kompenzuje chybějící dovednosti, individuální práce směřuje k osvojení dovedností, zvýšení samostatnosti klientů. Usiluje o pozitivní změnu v životě klientů. Využívá individuálních plánů klientů (viz příloha č.), ve kterých se stanoví dlouhodobý cíl, k němuž se bude směřovat postupnými kroky (krátkodobé cíle). Jednotlivé činnosti, které chce klient zvládnout, jsou rozděleny na sérii kroků, zkoušení kroků bez stresu, motivaci, aktivizaci, využívání pomůcek apod.

Skupinová sociálně-terapeutická práce podporuje klienty v sociálních dovednostech (např. komunikace ve skupině), v navazování přátelských a partnerských vztahů. Práce skupiny se zaměřuje na oblasti, které působí klientům obtíže, např. trávení volného času. Obtížné situace se trénují pomocí modelových scének, využívá se zkušeností některých klientů apod.⁸

1.6 Používané terapie a jejich základní charakteristika

V této kapitole uvádím přehled nejčastěji používaných terapií, které se využívají v práci s klienty s mentálním postižením.

1.6.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie je důležitou součástí komplexního přístupu k lidem s mentálním postižením. Využívá pestrou škálu psychofarmak (jejich popis a účinky nejsou předmětem této práce). Důležitá je vhodná dávka léku pro daného klienta, neboť k nežádoucím projevům podávání psychofarmak patří vysoké dávkování léků,

⁷ Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X, s. 116-117

⁸ Srov. tamtéž, s. 117-119

tím dochází ke zbytečnému útlumu klienta.⁹ Používání psychofarmak by měla předcházet kvalitní diagnostika a spolupráce odborníků různých oborů (psycholog, psychiatr, neurolog, logoped aj.). Hlavním zaměřením farmakoterapie je ovlivňování problematického chování klientů s cílem usnadňovat jiné terapie a léčebně výchovné zásahy, navozovat příznivější emoční klima a stabilizovat celkový zdravotní stav klientů.¹⁰

1.6.2 Behaviorální terapie

K zakladatelům této terapie patří anglický klinický psycholog H. J. Eysenck a americký psychiatr J. Wolpe. Tato terapie vychází z přesvědčení, že poruchy chování jsou naučenými reakcemi, je možné je tedy přecvičit a odnaučit. Základ tvoří pozorování vztahů mezi podnětem a reakcí.¹¹ BT se tedy zaměří na změnu vnějšího chování klienta. Zaměřuje se na spouštěče chování (A), které mohou být vnitřní a vnější, vlastní chování klienta (B) a následné chování, tzv. zpevňovače chování (C). Pro žádoucí chování (B) je tedy nutno použít takových zpevňovačů (C), které přináší pro klienta zisk, takže i po stejných spouštěcích (A) bude používat žádoucí chování (B).¹²

Terapeutický postup vychází z pěti kroků, které popisuje Jůn dle terapeutického postupu EDM (Eden Decision Model):

- 1) zaznamenávání problémového chování, behaviorální a funkční analýza chování, posouzení lékaře
- 2) analýza prostředí
- 3) analýza činností
- 4) diferenční zpevňování – odměny za vhodné chování

⁹ Srov. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2, s. 152

¹⁰ Srov. NETUŠIL, R. a kol. *Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha : Modrý klíč, 2005. ISBN 80-86980-00-6, s. 35

¹¹ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 2. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7, s. 59

¹² Srov. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol., *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 109

5) averzivní tlumení

Terapeuticky se nepostupuje od jednoho kroku ke druhému, ale vždy se o další krok rozšiřuje a postupně se k sobě kroky přidávají. Chování se průběžně vyhodnocuje, aby se dospělo k objektivní změně v chování klienta.¹³

1.6.3 Kognitivní terapie a kognitivně-behaviorální terapie

Zakladatelem KT je A. T. Beck, americký profesor psychiatrie. Vychází z toho, že za emoční poruchy odpovídá nesprávné myšlení. Terapie se zaměřuje na to, jak klient interpretuje skutečnost, vede ho k přezkoumávání názorů. Snaží se naučit ho vnímat rozdíl mezi objektivní skutečností a subjektivním hodnocením.¹⁴ Na rozdíl od BT je na počátku spouštěč (A), na konci je emočně nepřiměřená reakce (C), B znamená prázdné místo v mysli klienta. Je důležité, aby klient pochopil, že výsledek chování závisí na jeho interpretaci, nezávisí na výchozí situaci. To znamená, že změna záleží na klientovi. Pokud klient pochopí, že emoce mohou měnit chování a kognice mohou měnit emoce, můžeme s ním takto terapeuticky pracovat. Tato terapie se dá využít u klientů s lehkou mentální retardací.¹⁵ Kognitivně-behaviorální terapie je logickým spojením obou terapií, jejím cílem je eliminace nežádoucích projevů, rozvoj dovedností a návyků.

1.6.4 Ergoterapie

Ergoterapie se zaměřuje na rozvoj člověka pomocí pracovní činnosti. Jejím cílem je, aby klient získal pracovní návyky, dokázal udržet pracovní řád a pociťoval odpovědnost, která pracovní činnost provází. V pracovních úkonech by se měl postupem času zlepšovat. Východisko spočívá v rozvoji člověka tím, že dělá smysluplnou činnost. Považuje se za vhodné, aby tato pracovní výchova byla součástí přípravy přechodu klienta z chráněného do běžného prostředí. Často

¹³ Srov. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol., *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 112

¹⁴ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Základy psychoterapie*, s. 72

¹⁵ Srov. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol., *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 136-138

však práce bývá považována za činnost, která klienta jen nějak užitečně zaměstnává, a její význam je viděn v tom, že se klient cítí užitečný. V tomto případě není tedy práce chápána jako způsob výdělku, ale jako terapie k rozvoji osobnosti.¹⁶

1.6.5 Muzikoterapie

Jednotná definice muzikoterapie neexistuje. Obecně tedy můžeme shrnout, že je to terapie, která využívá jako svého hlavního léčebného prostředku hudbu. Nejobecnějším cílem muzikoterapeutické práce je podpora a obnova zdraví klientů. Probíhá individuální nebo skupinovou formou.¹⁷ Dle používaných prostředků můžeme muzikoterapii rozdělit na receptivní a aktivní. Receptivní muzikoterapie je zaměřena na vnímání a přijímání hudby, ale i různých zvuků, šumů i ticha. Jedná se o to, aby klient pochopil zvuky v prostoru a využil při tom svých individuálních zkušeností a hudebních schopností. Aktivní muzikoterapie označuje vlastní práci klienta s hlasem nebo hudebním nástrojem, většinou s účastí terapeuta. Tato oblast zahrnuje i prvky jiných uměleckých terapií (dramaterapie, arteterapie aj.).¹⁸

1.6.6 Arteterapie

Název arteterapie se v širším slova smyslu používá ve významu léčba uměním, včetně hudby, poezie, prózy, výtvarného umění, divadla, tance. V užším slova smyslu chápeme arteterapii jako léčbu výtvarným uměním. Podobně jako muzikoterapií ji můžeme rozdělit na receptivní a produktivní. Receptivní arteterapie představuje vnímání určitého díla, které vybere terapeut s určitým záměrem (např. vcítění se do obrazu, promítání vlastních emocí do uměleckého díla). Arteterapie produktivní představuje konkrétní tvůrčí činnost – malbu, kresbu, modelování aj. Cíle arteterapie souvisí s potřebami klientů, především jde

¹⁶ Srov. MATOUŠEK, O. , KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi*, s. 119

¹⁷ Srov. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9, s. 38-40

¹⁸ Srov. tamtéž, s. 142

o relaxaci, vnímání a přijetí druhých lidí, komunikaci apod.¹⁹ Arteterapie může probíhat formou individuální nebo skupinovou. Ve druhém případě se může jednat například o arteterapii rodinnou.²⁰

1.6.7 Dramaterapie

Dramaterapie je postup, který upravuje narušenou činnost organismu dramatickými (divadelními) prostředky. Je to více skupinová aktivita než individuální (na rozdíl od psychodramatu, který řeší více problémy jednotlivce). Dramaterapie se zaměřuje na hledání jiných postojů, jiných modelů chování, využívá divadelní prostředky (nastolení fikce, rolové hry). V současné době největší skupinu klientů, se kterými se pomocí dramaterapie pracuje, tvoří právě lidé s mentálním postižením. Cíle dramaterapie se odvíjí od cílové skupiny (autista, senior aj.). K hlavním cílům však všeobecně patří redukce tenze, rozvoj empatie, fantazie a kreativity, odblokování komunikačního kanálu, podpora sebevědomí. V neposlední řadě je to zvládnutí kontroly vlastních emocí a změna nežádoucího chování.²¹

1.6.8 Socioterapie

Socioterapie pomáhá začlenit klienta do společnosti, pomáhá mu nalézt např. vhodné zaměstnání. Poskytuje pomoc také jeho rodině. Podpora a pomoc může mít různý charakter, např. pomoc osobního asistenta, umístění a doprava klienta do denního stacionáře, vyřizování sociálních dávek apod.²²

¹⁹ Srov. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0, s. 30-32

²⁰ Srov. tamtéž, s. 43-44

²¹ Srov. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2.vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5, s. 16-18

²² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3, s. 315

1.6.9 Hipoterapie

Hipoterapie je součástí hiporehabilitace, která v sobě spojuje prvky fyzioterapie, psychoterapie a socioterapie. Je určena široké škále klientů. Hipoterapie je speciální formou fyzioterapie prostřednictvím koně. Pomocí senzomotorických impulzů ze hřbetu koně se cíleně působí na klienty s poruchou hybnosti nebo poruchou držení těla. Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění je psychoterapie a socioterapie prostřednictvím koně. Terapie může být skupinová, ale i individuální. Klienti plní samostatné úkoly dané terapeutem v sedle koně, ale i ve stáji. Toto ježdění provádí odborník, který se zabývá příslušnou problematikou a dbá, aby nedošlo ke zranění klientů.²³

1.6.10 Canisterapie

Canisterapie je takový způsob terapie, který využívá blahodárného působení psa na zdravotní stav člověka. Její vznik spadá do padesátých let minulého století, u nás se však plně rozvinula až po roce 1990. Je jednou ze složek zooterapie, která se realizuje i s jinými zvířaty (např. kočkami, králíky, morčaty apod.). Ke canisterapii se používají speciálně vycvičení psi, kteří mají vhodné povahové vlastnosti a jsou pod veterinární kontrolou. Pes přináší klientům pocit pohody a uvolnění, pozitivně ovlivňuje vnímání stresu a napomáhá k regeneraci sil. Může být dobrým prostředníkem ke zlepšení komunikace, navázání kontaktu s okolím. Zastupuje nejen mezilidské vztahy, ale pomáhá snižovat deficit hmatové stimulace. Canisterapie probíhá pod vedením canisterapeuta ve spolupráci se zaměstnanci zařízení, kam dochází. Může mít formu skupinovou nebo individuální. Canisterapie nachází své uplatnění např. při práci s mentálně postiženými, tělesně a smyslově postiženými, v geriatrii, u autistů, epileptiků apod.²⁴

²³ HERMANNOVÁ, H. *Hiporehabilitace a specifická role koně*. [Internet] [21.1.2009]. <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=50>>.

²⁴ *Co je canisterapie?* [Internet] [4.2.2009]. <<http://www.canisterapie-zlin.cz/canisterapie.php>>.

1.6.11 Haloterapie

Haloterapie je terapie prostřednictvím solního aerosolu. Realizuje se v solných jeskyních, které se u nás začaly uměle budovat. V solné jeskyni je vysoká koncentrace mikročástic soli, které obsahují stopové prvky – jód, vápník, sodík, hořčík, draslík, bróm, selen aj., které blahodárně působí na lidský organismus. Je to místo klidu a relaxace. Prostředí v jeskyni je nasycené minerály, tedy záporně ionizované, což vytváří vhodný protipól k prostředí kladných iontů, kde se běžně pohybujeme (vyzařují je počítače, mobily, televize). Relaxační kúra v jeskyni trvá 45-60 minut na relaxačních lehátkách, při příjemném osvětlení a hudbě. Viditelné zlepšení zdravotního stavu a nálady bývá patrné již po několika kúrách.²⁵

V závěru celé kapitoly o mentální retardaci je třeba konstatovat, že její význam je informativní, popisný. Uvádí nezasvěceného čtenáře do problematiky mentální retardace, jejích základních pojmů, rozdělení apod. Předeseílá, že se v příštích kapitolách bude jednat právě o klienty s tímto postižením. Podává výčet a základní popis terapií, které se využívají v práci s klienty s tímto postižením. Na tomto místě je nutno upozornit, že tyto terapie se považují v chráněném bydlení, které bude popisováno v následující kapitole, jako podpora, nikoli jako léčba.

²⁵ THŮR, P. *Solná jeskyně*. [Internet] 2.4.2007 [4.2.2009]. <<http://www.solna-jeskyne.biz/>>.

2 Chráněné bydlení

Úkolem této kapitoly je představit sociální službu chráněné bydlení, popsat její základní rysy a upozornit na legislativu, ve které je zakotvená. Ve druhé polovině popisuje konkrétní zařízení, jeho poslání, cíle, cílovou skupinu klientů, složení klientů a jejich denní program, poskytované služby.

2.1 Pojem chráněné bydlení

Chráněné bydlení je jedna z možností, jak lidem s mentálním postižením umožnit žít běžným způsobem života jako ostatní vrstevníci. Jedná se o sociální službu, která se vyvinula ve druhé polovině 20. století jako alternativa k velkým ústavním zařízením. Myšlenka ústavů je založena na předpokladu, že speciální potřeby lidí s postižením nejlépe naplníme, pokud tyto lidi shromáždíme na jednom místě, v jedné instituci, kde je rovněž přítomen i příslušný odborný personál. Nevýhodou tohoto přístupu je to, že je poměrně nákladný a často nepříliš efektivní: klienti jsou zbaveni svých původních sociálních vazeb a většinou se stávají pasivními a závislími na poskytovaných službách. Chráněné bydlení volí opačný postup. Vychází z myšlenky, že potřeby člověka s mentálním postižením lze nejlépe naplnit v jeho přirozeném prostředí, v rodině, v místě, kde vyrůstal a má zde své zázemí.²⁶

2.2 Popis služby

Chráněné bydlení umožňuje člověku s postižením zůstat v běžném prostředí. V tomto prostředí jsou mu i poskytovány nutné sociální služby. V řadě případů využívá stejných služeb jako běžní občané. Tento způsob posiluje přirozené sociální vazby (například s rodiči, sousedy, přáteli), vytváří se přirozená síť podpory (sousedská výpomoc, pomoc v rámci širší rodiny apod.). Obyvatelé chráněného bydlení jsou vedeni a motivováni k maximální samostatnosti, více

²⁶Chráněné bydlení. [Internet] [21.1.2009]
<http://www.portus.cz/www/basic.php?section=sections&sec_id=3>.

rozhodují o věcech, které se jich týkají, je respektována jejich dospělá role. V praxi vypadá chráněné bydlení tak, že obyvatelé bydlí v malých skupinkách v bytech nebo rodinných domcích, pokud možno nedaleko svého původního bydliště. Byty ani domky nesmí být vyčleněny z běžné zástavby. Asistence a pomoc je poskytována dle individuální potřeby.²⁷

2.3 Vymezení sociální služby ze zákona 108/2006 Sb.

Chráněné bydlení

(1) Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- b) poskytnutí ubytování
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- f) sociálně terapeutické činnosti
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí²⁸

²⁸ Zákon o sociálních službách č. 108/2006. [Internet] [25.2.2009].
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf>.

2.4 Popis sledovaného zařízení

Chráněné bydlení Pomněnka se nachází v okrajové části města Šumperka na ulici Temenická 104 a zahájilo svou činnost v lednu 2005. Zřizovatelem je Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v Šumperku. V budově je osm samostatných bytů (1+kk se sociálním zařízením), společenská místnost s kuchyňským koutem, prádelna a pokoj asistentů. Celkem se do bytů postupně nastěhovalo devět klientů (jeden pár). Pracují zde tři asistenti v nepravidelném provozu. Zpočátku bylo potřeba pomoci klientům se zařizováním jejich bytů, řešit různé provozní problémy. Nelehkým úkolem bylo naučit klienty žít společně pod jednou střechou, respektovat se navzájem a tolerovat jeden druhého, neboť tvoří skupinu s různým stupněm mentálního či tělesného postižení (pásmo lehkého a středně těžkého mentálního postižení). K chráněnému bydlení patří také rozlehlá zahrada, o kterou klienti pečují v rámci pracovních činností.

2.4.1 Poslání a cíle zařízení

Chráněné bydlení Pomněnka v Šumperku poskytuje lidem s lehkým a středně těžkým mentálním postižením službu chráněného bydlení skupinového typu.

Posláním tohoto zařízení je snaha pomáhat těmto lidem žít svobodný, samostatný a zodpovědný život, za podpory týmu asistentů, v přátelském rodinném prostředí.

Cílem zařízení je podpora klientů k získání a rozvoji dovedností potřebných k nezávislému bydlení v těchto oblastech:

- stravovací návyky
- péče o domácnost
- osobní hygiena
- denní režim
- hospodaření s finančními prostředky

- využívání přirozených sítí služeb
- aktivní účast na životu obce

2.4.2 Cílová skupina

Cílovou skupinou zařízení jsou dospělí lidé v pásmu lehkého a středního mentálního postižení převážně ze Šumperka, popřípadě blízkého okolí, kteří jsou schopni začlenit se do kolektivu, dodržovat stanovená pravidla a jsou ochotni pracovat.

Služba není určena uchazečům, kteří by si pobytem v chráněném bydlení chtěli pouze řešit ztrátu domova nebo zaměstnání, uchazečům s problémy s alkoholem a drogami, agresivním a nepřizpůsobivým jedincům, uchazečům s těžkým kombinovaným postižením. Služba není určena ani uchazečům, kteří potřebují nepřetržitou psychoterapeutickou pomoc nebo zdravotní péči. Naopak zde můžou najít své útočiště například i lidé s tělesným postižením (v kombinaci s mentálním), neboť zařízení je bezbariérové.

2.4.3 Poskytované služby

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- sociální terapeutické činnosti
- individuální a skupinové terapeutické aktivity (arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie)
- pomoc při kontaktu s úřady
- pomoc s finančním hospodařením
- volnočasové aktivity
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- podpora schopnosti samostatného rozhodování

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- ostatní služby podle individuálních potřeb klienta a možností organizace.²⁹

2.4.4 Denní program

Denní program vytváří pevnou strukturu dne a umožňuje klientům osvojit si určitý rytmus dne a týdne a lépe se orientovat v plynoucím čase. Pevně dané body každého dne jsou zvláště časy jídel. V době nočního klidu jsou klienti povinni chovat se tak, aby nerušili ostatní spolubydlící.

Dodržování denního programu a vnitřního řádu zařízení je základem úspěšného soužití všech klientů a pracovníků chráněného bydlení. Obyvatelé jsou vhodně motivováni k tomu, aby si osvojili určitou strukturu a rytmus dne. Dopoledne a část odpoledne pracovních dnů je věnováno pobytu v denních centrech pro mentálně postižené (Centrum Šumperk, Oáza Zábřeh, Stacionář Vikýřovice). Naproti tomu je zbytek odpoledne a večer čas zřetelně volný a odpočinkový. O tom klienti rozhodují dle své vůle a mohou se věnovat buď vlastnímu programu nebo se účastnit společné činnosti. Totéž platí pro víkendy. Celkově by se měl každý klient co nejvíce podílet na plánování svého volného času.

2.4.5 Složení klientů

V zařízení žije osm klientů, každý má svůj samostatný byt. Zpočátku bylo klientů devět, v jednom z bytů bydleli společně dva klienti. Jeden z nich se přestěhoval do uvolněného bytu, poté co se jiný klient z CHB odstěhoval. Nyní zde žije pět mužů a tři ženy ve věku 24 – 47 let. Průměrný věk je 30 let. Jejich postižení se pohybuje v pásmu lehké a středně těžké mentální retardace. Přibližně stejný věk a stupeň postižení umožňují této skupině společně pracovat i trávit volný čas. Všichni klienti navštěvují denní centra pro mentálně postižené osoby (Centrum Pomněnka Šumperk, Oáza Zábřeh, Stacionář Vikýřovice). Složení klientů dle

²⁹ Zákon o sociálních službách č. 108/2006. [Internet] [25.2.2009].
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf>.

pohlaví a věku ukazuje tabulka č. 1, stupeň mentálního postižení těchto klientů ukazuje tabulka č. 2.

Tabulka č. 1: Složení sledovaných klientů dle pohlaví a věku

	20 – 30 let	30 – 40 let	40 – 50 let
Muž	3	1	1
Žena	2	1	

Tabulka č. 2: Stupeň mentálního postižení sledovaných klientů

	Lehká MR	Středně těžká MR
Muž	3	2
Žena	1	2

V závěru kapitoly o chráněném bydlení je možno vyhodnotit ji jako popisnou. Seznamuje čtenáře se službou jako takovou, neboť u nás se začala rozšiřovat až po roce 1989 a všeobecné povědomí o této službě je nízké. Podává základní informace o chráněném bydlení Pomněnka v Šumperku, o jeho dosavadním vývoji, složení klientů, stupni jejich postižení apod. O možnostech práce s těmito klienty bude pojednávat následující kapitola.

3 Zkvalitňování života

Tato kapitola rozpracovává oblasti, ve kterých je v konkrétním zařízení a pro konkrétní klienty možno vykonávat širokou škálu činností, které mohou kvalitu života těchto lidí výrazně posunout k lepšímu. Jedná se o oblast partnerských vztahů a sexuality, prožívání volného času a s tím souvisejícího životního stylu a pastorační péče.

Tyto oblasti byly stanoveny na základě výstupů z hloubkových snímků jednotlivých klientů, kteří byli snímkováni diagnosticko-intervenčním systémem Barvy života a na základě zkušeností, která plyne z dlouhodobé práce s klienty.

Výše uvedené oblasti jsou popisovány v jednotlivých kapitolách, kam se promítají i specifika chráněného bydlení a nastiňují možnosti, co je v jednotlivých oblastech možno vykonat pro zvyšování kvality života vytypovaných klientů nebo celé skupiny.

V závěrečné části kapitoly je popsán systém Barvy života, jeho historie, způsob práce se systémem a možnosti jeho využití.

3.1 Pastorační péče

Pastorační péče o klienty s mentálním postižením se v popisovaném zařízení dosud nerealizovala žádným způsobem. Jelikož se nejedná o církevní zařízení, neodráží jeho poslání a cíle péči ani zájem o duchovní život klientů. Některé signály (otázky, zájem, přání navštívit kostel) však upozornily na skutečnost, že klienti o tuto oblast zájem projevují. To bylo motivem pro zahájení spolupráce s místní farností a počátkem pastorační péče nejen o vytypované klienty, ale i o celou skupinu klientů chráněného bydlení.

3.1.1 Pastorace a význam pastorační práce pro sociální práci

Pojmem pastorace se označuje soubor činností církve, ve kterých dovnitř i navenek realizuje své poslání. Z hlediska etymologie vzniklo slovo pastorace odvozením od latinského slova pastor (pastýř). Postava pastýře provází lidstvo od jeho počátků a jak ve Starém zákoně, tak i v Novém zákoně je zaměstnání pastýře považováno za těžký, odpovědný, ale také nebezpečný zdroj obživy. Pastýřem se označovali králové a vládcové, neboť měli sjednocovat, formovat k boji, ale také chránit slabé. V neposlední řadě je v Bibli označován jako pastýř sám Bůh i Ježíš Kristus.³⁰

Pojem pastorace je možno chápat i v jeho širším smyslu, tedy jako soubor činností, které mají za cíl podporovat kvalitu člověka ve všech jeho dimenzích (biologické, psychologické, sociální a spirituální). Podpora má svá východiska a motivaci v evangeliu. Je tedy spjata s křesťanským pojetím života. Za pastorační práci považujeme jen takovou činnost pomáhajících profesí, které svou činnost odvozují od poslání církve.³¹

Pastorační práce má pro sociální práci význam v několika rovinách. Může být zdrojem a motivem pro sociální práci, neboť starost o druhého člověka, zvláště o člověka v jakékoliv jeho nouzi, vyplývá přímo z vnitřní povahy církve a jejímu základnímu prvku diakonii. Sociální práce může k dosažení vlastních cílů, pokud je to pro klienta vhodné, použít služeb pastoračních pracovníků, farářů, duchovních, od kterých očekává příslušné pastorálně-teologické kompetence. Tím se pastorační práce stává prostředkem sociální práce. Obě disciplíny se tedy vzájemně doplňují, ovlivňují a pomáhají si vzájemně naplňovat své cíle a slouží člověku v jeho celistvosti.³²

³⁰ Srov. MARTINEK, M. aj. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-2-6, s. 20

³¹ Srov. tamtéž, s. 21

³² Srov. MARTINEK, M. aj., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 21-23

3.1.2 Pastorace zdravotně postižených

Primárním cílem pastorační péče i sociální práce o osoby se zdravotním, tedy i mentálním postižením, je harmonický rozvoj jedince jako individua se zachováním jeho integrity a snaha o dosažení kvality života. Na úspěšnost integračních snah mají podstatný vliv osobnost jedince, jeho subjektivní spokojenost, stupeň vlastní sebeúcty. Pro zdárný proces integrace platí tatáž pravidla jako pro socializační proces. Pro úspěšný osobností rozvoj jedince se zdravotním postižením a dosažení vyšší kvality jeho života je třeba zaměřit úsilí sociální či pastorační péče do následujících oblastí:

- pozitivní vyladění osobnosti
- důvěryhodný postoj k životu a vztahům
- komunikační dovednosti, které zakládají na trpělivosti, toleranci a vlídnosti
- schopnost otevřenosti, přejícnosti ve vztazích
- emoční kázeň ve všech rovinách lidské osobnosti
- ochota sdílet radosti a strasti druhých, schopnost odvrátit se od vlastního prožívání
- schopnost přirozených a pravdivých postojů k sobě i druhým apod.³³

Základním kritériem služby člověku se zdravotním postižením je jeho bezpodmínečné přijetí pracovníkem, absence předsudků, odsuzování či vnitřního odporu. Při setkání s takto handicapovaným člověkem je nutné se vyhnout rychlým úsudkům nebo morálním soudům. Je důležité zachovávat taktnost a mít stále na paměti, že člověk se zdravotním postižením nepřestal být plnohodnotným člověkem jen proto, že jeho možnosti jsou omezené. V posouzení toho, co tento jedinec ve svém stavu může a nemůže, co mu prospívá a co ne, spočívá jádro dobré a kvalitní péče o tohoto člověka.³⁴

³³ Srov. tamtéž, s. 107

³⁴ Srov. MARTINEK, M. aj., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 145

3.1.3 Pastorační péče v chráněném bydlení

Jak již bylo uvedeno na začátku této kapitoly, zařízení se neorientuje na duchovní potřeby klientů, které zakládají na křesťanské víře, přesto jejich zájem o tuto problematiku podnítl zahájení spolupráce s místní farností, která se začíná úspěšně rozvíjet.

O Vánocích klienti navštívili po předchozí domluvě vyzdobený kostel s jesličkami, kde se jim věnoval kněz zdejší farnosti. Ochotně jim odpovídal na všechny dotazy a přijal pozvání na chráněné bydlení. Několikrát již ChB navštívil a s klienty tu pracoval ve skupině i individuálně. Otázka víry klientů v Boha je sporná. Jejich mentální úroveň zakládá na problematickém zpracovávání abstraktních pojmů, přesto u klientů s lehkou formou mentálního postižení a zkušenosti, které nabyli např. v dětství ve svých rodinách, je vidět náznak pochopení problematiky a zájem. Někteří z klientů navštěvovali bohoslužby v předešlých zařízeních a projevíli přání je znovu navštěvovat. Zařízení využilo nabídky dobrovolníka, který klienty na bohoslužby doprovází.

V rámci pastorační péče se podařilo začlenit jednoho z našich klientů do skupiny farní mládeže, kam začal pravidelně docházet. Počáteční obavy byly rychle překonány díky vstřícnému přijetí mladých lidí. Zájem o osobu klienta, jeho život, potřeby, touhy a vědomí, že patří ke skupině, která ho přijímá a akceptuje, přispělo velkou měrou ke zkvalitnění jeho života.

Pastorační péče v zařízení je na svém počátku, ale již nyní můžeme konstatovat, že přinesla pozitivní výsledky. Díky pohledu na klienta jako na individualitu, respektování jeho člověčenství, důstojnosti, svobodné volby, našlo chráněné bydlení s místním církevním společenstvím společnou řeč. Výsledkem tohoto souznění je společný cíl – zlepšení kvality života člověka.

3.2 Životní styl

Termín životní styl vyjadřuje optimální uspořádání životních forem jedince do harmonického celku. Je to široká škála činností, se kterými jsou spjaty postoje, normy, návyky, hodnoty, které mají trvalý charakter. Jsou pro každého jedince specifické, neboť vystihují jeho osobitost. Životní styl jedince je zasazen do širšího kontextu společnosti. Ovlivňují ho tradice, historie, kulturní a ekonomická vyspělost společnosti.³⁵

3.2.1 Znaky, dělení a faktory životního stylu

K základním znakům životního stylu patří kognitivní hodnocení sebe samého, svého ukotvení ve světě, způsob prožívání, který se u jednotlivců liší v kvalitě i intenzitě. Za důležitý se považuje vztah k práci, odpočinku, pohybové aktivitě a také dovednost účinně relaxovat. Zvládání sociálních interakcí a fakt, že je jedinec obklopen dostatečnou sociální sítí, je taktéž znakem životního stylu.³⁶

Rozdělit životní styly je možno dle převažujících hodnot. Životní styl s náplní studia provozují lidé, kteří se věnují četbě, návštěvám kulturních akcí, poznávacím výletům, sledováním aktuálního dění. Pro tuto skupinu lidí je charakteristická zvědavost. V životním stylu, jehož hlavní hodnotou je hra a zábava se odráží osobnost sportovce, hráče různých her, návštěvníka zábavných podniků, příznivce různých oslav. Lidé, kteří jsou spíše samotáři, provozují typ životního stylu s rozjímáním.³⁷

Formování životního stylu ovlivňují specifické faktory. K nim patří objektivní společenské faktory, tedy ekonomické a politické poměry v dané společnosti (např. vysoká nezaměstnanost má výrazný vliv na životní styl skupiny lidí bez práce). Také kulturní tradice se významně podílí na utváření života jednotlivce

³⁵ Srov. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3, s. 166-167

³⁶ ŽUMÁROVÁ, M. In KRAUS, B., *Základy sociální pedagogiky*, s. 167

³⁷ HAVLÍK, R. aj. In KRAUS, B., *Základy sociální pedagogiky*, s. 167-168

i celé společnosti. Psychologická charakteristika jednotlivce, pohlaví, věk, zdravotní stav, hodnotový systém, míra dosaženého vzdělání – to jsou faktory subjektivní, které se taktéž podílejí vysokou měrou na formování životního stylu.³⁸

Na spoluvytváření životního stylu se podílejí také globální trendy. Rozvoj obchodu, cestování, televize a především internetu přináší ve svém důsledku konzumní způsob života, charakterizovaný programovou spotřebou a zábavou. Ve srovnání s tím je tvůrčí způsob života na ústupu.³⁹

3.2.2 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl představuje reakci na nepříznivý stav světového obyvatelstva. Vědecký a technický pokrok přinesl v rozvinutých státech mnoho negativních prvků, včetně vlivu masmédií a informační exploze, které se odráží ve způsobu života lidí. Při hledání zdravého způsobu života je nutno zohlednit právě základní faktory tohoto stylu. Je jím životní rytmus, který představuje ideální poměr práce a odpočinku, přiměřenou délku spánku. Optimální fyzickou námahu zajišťuje pohybový režim. Duševní aktivita napomáhá rozvoji kulturních zájmů, vzdělávání a snižování každodenního napětí. Neméně důležitým faktorem je životospráva a racionální výživa, sloužící k zachování zdraví a celkové výkonnosti jedince, a zvládání náročných životních situací, což umožňuje zvládání konfliktů a stresových situací. Zdravý životní styl tedy znamená pěstování a rozvíjení tělesné, psychické a duchovní kultury osobnosti.⁴⁰

3.2.3 Životní styl v chráněném bydlení

V této oblasti se v ChB otvírá široké pole působnosti, v průběhu dne se naskýtá mnoho příležitostí, kterých je možno využít k formování zdravého životního stylu klientů.

³⁸ Srov. KRAUS, B., *Základy sociální pedagogiky*, s. 168-169

³⁹ Srov. tamtéž, s. 169-170

⁴⁰ Srov. KRAUS, B., *Základy sociální pedagogiky*, s.170

Udržování životního rytmu je zajištěno vhodným střídáním pracovní činnosti a odpočinku. Pracovní činnost v tomto případě představují denní pobyty klientů v zařízeních pro mentálně postižené osoby, které probíhají mimo ChB. Klienti do nich ráno odchází tak, jako ostatní jedinci do zaměstnání. Po příchodu do ChB, tedy do svého domova, bývají hodně unaveni. Není tedy výjimkou, že usnou v odpoledních hodinách. Tito lidé mají výhodu v tom, že nejsou zatíženi žádnými společenskými konvencemi, neřeší vhodnost či nevhodnost svého chování, uspokojují primárně svoji biologickou potřebu. Asistent musí velmi citlivě vnímat stav klienta, aby nedošlo k nadměrnému přetěžování a klient měl dostatek prostoru k odpočinku. Jak ukázala zkušenost, v opačném případě by mohlo dojít k obranné reakci klienta, vzniku konfliktu apod. Rovněž poměr pracovních a odpočinkových činností přímo na ChB musí asistent vnímavě korigovat a přistupovat ke klientům individuálně.

Dodržování pohybového režimu bývá často problematické. Většina klientů má sklon k pohodlnosti, což se projevuje i na jejich tělesné hmotnosti. V této oblasti velice záleží na osobnosti asistenta a jeho schopnosti pro pohybovou aktivitu klienty získat. Důležitá je osobní motivace klientů, někteří z nich si přejí snížit svoji hmotnost. Okolí ChB nabízí možnosti turistických vycházek (ChB se nachází v okrajové části města), v zimě sáňkování, běžkování. K oblíbené aktivitě patří plavání a koupání, klienti pravidelně navštěvují plavecký areál. Ženy – klientky dochází do kurzu aerobiku v blízké tělocvičně, kde mimo sportovního vyžití našly i nová přátelství. Muži – klienti začali s příchodem nového asistenta (muže) posilovat v domácí tělocvičně a někteří z nich začali pravidelně běhat. Denně probíhá pro zájemce kondiční cvičení s hudbou. Přiměřená fyzická námaha se realizuje formou ergoterapie, především v sebeobslužných činnostech a v pracovních činnostech uvnitř budovy i na zahradě ChB.

Duševní aktivita představuje rozvoj kulturních zájmů, získávání nových vědomostí, dovedností a návyků a jejich udržování, odreagování se od každodenního napětí. Především o víkendu je klientům nabízena účast na kulturních akcích, pořádají se výlety do blízkého i vzdáleného okolí, většinou zaměřené na poznávání něčeho nového. Opět záleží na motivaci klientů pro tyto aktivity, i přes počáteční nezájem některých z nich bývá výsledek vždy velmi uspokojivý. Ve všední dny sledují klienti aktuální dění v televizi, čtou denní tisk, časopisy, knihy, probíhají besedy na nejrůznější témata. Často se zařazuje trénink paměti, hry zaměřené na zvýšení koncentrace a uvolnění a sociálně psychologické hry.

Životospráva a racionální výživa jsou v ChB zajištěny vhodným stravovacím režimem. Někteří klienti se však chtějí stravovat sami. V tomto případě je velice důležitá podpora klienta v oblasti nakupování a s tím spojené hospodaření s penězi, sestavování jídelníčku, přípravy jídla apod. Klienti mají tendenci nevydávat za potraviny větší částky peněz, což se na skladbě jídelníčku negativně odráží (nekupují ovoce, zeleninu apod.). Mnozí z klientů mají nesprávné stravovací návyky, nedodržují pitný režim. Úlohou asistenta je nejen podpora v této oblasti, ale také dohled. Často probíhají na toto téma besedy, klienti se aktivně účastní také sestavování společného jídelníčku, dokonce je naplánovaná návštěva poradkyně pro zdravou výživu přímo v ChB.

V rámci zdravého způsobu života jsou klienti vedeni také k zvládnutí náročných životních situací. Takových situací je v životě mentálně postiženého člověka mnoho, neboť co je pro jedince bez postižení běžnou záležitostí, to může být pro člověka s postižením stresovou situací. K nejčastějším stresovým situacím v ChB patří konflikt. Dochází k němu poměrně často, příčiny jsou různé (např. překážky v komunikaci, únava, špatné naladění klienta apod.). K řešení konfliktů v převážné většině případů potřebují klienti prostředníka – v tomto případě asistenta. V rámci skupiny mají klienti možnost se k řešení konfliktů vyjádřit na

společných setkáních, učí se řešit konflikty a zvládat stresové situace např. pomocí modelových situací.

3.3 Partnerské vztahy a sexualita

Sexualita je součástí každého lidského života, tedy i součástí života mentálně postiženého člověka. Umožňuje dosáhnout pocitu štěstí, naplnění, vlastní identity. K základním lidským potřebám patří touha milovat a být milován. Ke zkvalitňování života mentálně postižených lidí tedy neodmyslitelně patří zájem o jejich sexuální život a oblast partnerských vztahů, respekt a podpora.

3.3.1 Pohled společnosti a lidská práva

I v oblasti sexuality měla a má naše společnost vůči mentálně postiženým lidem své dluhy. Tito lidé musí překonávat nejen vnější bariéry (sociální, ekonomické, architektonické, komunikační), které jim zamezují nebo ztěžují možnost najít si partnera či uplatnění, ale i bariéry a předsudky v nás. Mnozí lidé pohlížejí obecně na sexualitu handicapovaných jako na něco nenormálního, nepřirozeného či dokonce amorálního a zruďného. Potřeba naplnění své tělesné a citové touhy však nesmí být nikomu odepřena.⁴¹

Lidé s mentálním postižením mají schopnost citového, tedy i sexuálního prožívání. Dvacátého prosince 1971 byla přijata VS OSN Deklarace práv duševně postižených. Tímto aktem bylo završeno úsilí o sjednocení a ujasnění práv osob s mentálním postižením. V souladu s touto deklarací mají mentálně postižení v oblasti sexuality stejná práva jako ostatní lidé. Je to především právo na prožití vlastní sexuality, právo na řádnou zdravotní péči, právo na sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality a právo na ochranu proti sexuálnímu zneužívání.⁴²

⁴¹ Srov. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3, s. 38

⁴² VYKYDALOVÁ, H. *Sexuální identita osob s mentálním postižením*. [Internet] [4.3.2009]. <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006102203>>.

3.3.2 Sexualita mentálně postižených

Lidem s mentálním postižením musí být umožněno prožít svou sexualitu způsobem, který si sami zvolí a který jim vyhovuje. Tento způsob však nesmí být v rozporu se zájmy ostatních. Vzhledem k míře postižení, mentální a tělesné vyspělosti, projevům v chování a zájmu o sexualitu, jsou jedincům poskytovány informace o fyziologii pohlavních orgánů, sexualitě a vzájemných partnerských vztazích přístupnou formou. Tím je posilováno právní vědomí těchto lidí. Informovanost je také důležitým prvkem prevence, neboť může zabránit negativním, traumatizujícím sexuálním zkušenostem, mnohdy i sexuálnímu zneužívání. Nejdůležitějším hlediskem sexuálního vztahu je rovnocennost a dobrovolnost lidí v něm. Výchovou a vedením je směřujeme k odpovědnosti, úctě, toleranci a plnosti citového prožívání.⁴³

Současná praxe ukazuje, že zařízení sociálních služeb využívají tzv. „Protokol k sexualitě osob s mentálním postižením“. Tento dokument chrání sexuální práva mentálně postižených osob a stanovuje míru podpory poskytovatele. Poskytovatel stanovuje oblasti, ve kterých je klient schopen rozhodnout a nést odpovědnost sám, stanoví možná rizika jeho volby, popřípadě rizika jeho nesprávného rozhodnutí. Prostřednictvím protokolu je směřováno k aktivnímu vedení klienta v této oblasti a poskytnutí možnosti podpory prožívání jeho sexuality na vyšší úrovni (po výslovném souhlasu klienta).⁴⁴

Protokol k sexualitě osob s mentálním postižením zahrnuje také sexuální osvětu. Ta by měla probíhat v určitých rovinách, které se vzájemně prolínají. Jedná se o rovinu obecně preventivní (zahrnuje anatomii, sexuální fyziologii, dovednost komunikace, základy sebeobrany), rovinu individuálně preventivní (obsahuje poučení o sexuálním chování a technikách, znalost antikoncepce) a rovinu

⁴³ VYKYDALOVÁ, H. *Sexuální identita osob s mentálním postižením*. [Internet] [4.3.2009]. <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006102203>>.

⁴⁴ Tamtéž.

intervenčního poradenství (soustřeďuje se na řešení akutních problémů jedince nebo partnerů).⁴⁵

Nelze pominout význam masturbace jako jednou z forem přístupné sexuální aktivity. Je zdravým sebevyjádřením při dodržování určitých pravidel, zkvalitňuje a obohacuje intimní život klientů, umožňuje sexuální ventilaci.⁴⁶

Problematické formy sexuality klientů je vhodné řešit s odborníkem (sexuolog, psychiatr).

3.3.3 Partnerské vztahy a sexualita v chráněném bydlení

Klientům Chráněného bydlení v Šumperku je poskytována individuální sexuální výchova, poradenství, zajištění odborného lékařského vyšetření, popř. volba vhodné antikoncepce. K zavedení antikoncepce je nutný souhlas klienta nebo jeho zákonného zástupce. Součástí sexuální výchovy je vědomí o sexuálně přenosných nemocech a jejich prevenci, a také vědomí o promiskuitním chování a jeho možných následcích. Klienti jsou vedeni k péči o intimní hygienu a jejího významu nejen pro sexuální život.

Zařízení se řídí vlastním „Protokolem sexuality“, který obsahuje obecně stanovené požadavky, vychází z možností chráněného bydlení a zohledňuje individuální zvláštnosti klientů. Protokol stanoví jednotný sexuální jazyk, který umožňuje výklad jednotlivých pojmů (fyziologie těla, sexuální chování) srozumitelným způsobem. Zaměstnanci zařízení se v této oblasti stále vzdělávají, případné problémy konzultují s odborníky.

V zařízení je v současnosti pouze jeden klient, který má dlouhodobý partnerský a sexuální vztah. Jeho partner žije mimo ChB ve vlastní rodině, ve vesnici vzdálené třicet kilometrů. Snaha zařízení je umožňovat těmto lidem, aby mohli

⁴⁵ Srov. NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství*, s. 40

⁴⁶ Srov. NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství*, s. 39

v plné míře prožívat své intimní chvíle dle svého přání (pomoc a podpora v komunikaci, cestování, zajištění podmínek pro nerušený styk - poučení ostatních klientů apod.).

Pokud by přátelství a zamilovanost u klientů přerostla v hlubší vztah a bude to i jejich přání, je možné zajistit jim společné soužití. V zařízení jsou k tomu výborné podmínky (stálá přítomnost asistenta, dostatečná velikost bytů).

Cílem partnerského a sexuálního života klientů s mentálním postižením v chráněném bydlení není rodičovství, ale uspokojování základních lidských potřeb, radost ze sdílení přítomnosti a blízkosti druhého člověka, vyjádření vlastní identity. Je to základní lidské právo těchto lidí, úkolem asistentů je klienty v této oblasti podporovat a pomáhat jim.

3.4 Barvy života

V této kapitole je představen diagnosticko-intervenční systém Barvy života. První část seznamuje s historií a posláním systému, navazující druhá část popisuje způsob snímání klientů. Ve třetí části jsou nastíněny možnosti využití systému (individuální, školní, skupinová diagnostika). Jelikož systém není publikován knižně pro veřejnost (pouze v odborných skriptech konzultantů), byl pro účely této práce využit popis z webových stránek firmy DAP (www.dap-services.cz) v citované, ale pro srozumitelnost zkrácené formě.

3.4.1 Historie a poslání Barev života

Jde o zcela jiný přístup k diagnostice i intervencím, než jak jej známe z psychologie či psychiatrie. Barvy samotné jsou uznávanou psychologickou metodou již velice dlouho. Autor metody Jiří Šimonek využil zkušeností i myšlenek starých čínských a sumerských myslitelů, pana Goetha, Maxe Planka a nejvíce pana Maxe Lüschera, který vše propojil do Lüscherova barvového testu. Max Lüscher získal doktorát v oborech filozofie, psychiatrie a psychologie.

Jeho disertační práce "Barvy jako diagnostický nástroj v psychologii" byla přijata s vyznamenáním profesory z oblastí psychiatrie, filozofie a psychologie. Lüscherovy barvové diagnostiky jsou vyučovány v sedmi jazycích, a to na univerzitách po celém světě, například v Dánsku, Finsku, Norsku, Rakousku, Itálii, Německu, Švýcarsku, USA (Yale, Boston), Chile, Peru, Argentině, Rusku, Polsku, Maďarsku, Rumunsku, České republice a také na Slovensku. A to především díky transkulturní přenositelnosti, kterou barvy vykazují. Na základě tohoto faktu jsou předpokládány podobné způsoby postojů i v jiných (vzdálených) teritoriích či dokonce jiné jazykové kultuře. Tento předpoklad byl navíc potvrzen v nejnovějších výzkumech lidského mozku, kde byly prokázány rozsáhlé neuronové sítě pro zpracovávání barev, času a prostoru, které nejsou závislé na kulturním prostředí, ve kterém jedinec či skupina žije. Nová podoba snímání dat využívá základní rastr osmi barev, ale inovuje je o prostorovou a nehomogenní plochu. Také klade důraz na využití celého spektra vlnových délek. Inovací barvového testu o barvově-slovní asociace umožňuje zaměřit se na různé oblasti lidského chování. Teorie asociací přinesli do psychologie Wilhelm Wundt a William James již koncem 19. století, přičemž detailně popsali základní principy a zákony asociací v lidském mozku. Barvy života spojují výhody těchto metod. Celá metoda Barvy života tedy nabízí objektivizovaný nástroj, který je schopen smysluplně a názorně pro jednotlivé odborníky z různých profesí i samotného příjemce služeb (klienta) objasňovat jak strukturu, tak průběhy individuálního i skupinového myšlení, cítění, prožívání i seberealizačního chování.

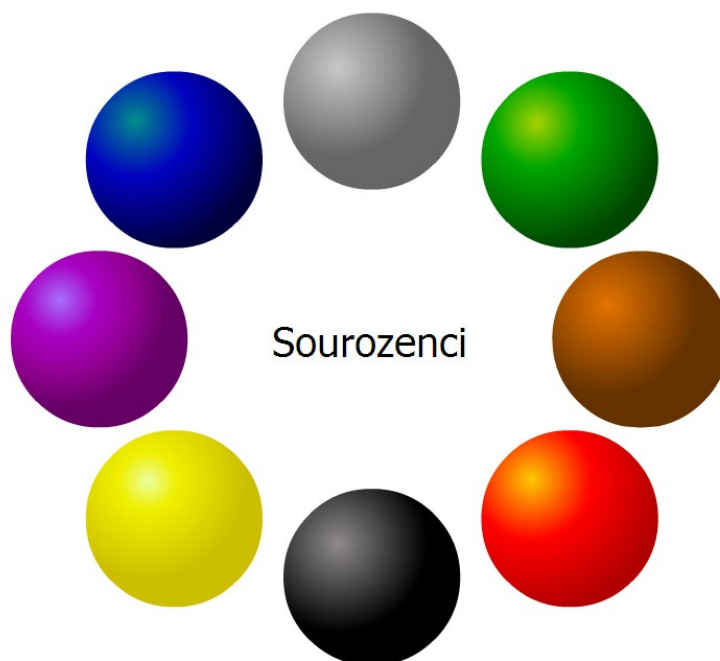
3.4.2 Způsob snímání

Respondentem jsou pro každé slovo ze slovního modulu vybírány postupně tři barvy z osmi možných. Před výběrem je každé slovo z modulu při objevení se na obrazovce doplněno zvukovým vjemem v podobě vyslovení pojmu asistentem snímání. Při výběru jsou v mozku na neurobiologické bázi (při zachování instrukce) stimulovány (aktivovány) rozsáhlé neuronové sítě zrakového, sluchového, motorického, řečového, paměťového, kognitivního, rozhodovacího,

monitorovacího i sociálně zpětnovazebného typu. Způsob snímání tedy stimuluje automatizované a intuitivní vzorce citění, myšlení i prožívání, ve kterých se promítá podíl jak rozumový, tak emocionální, tělesný i sociálně vztahový.

Slovní modul je množina slov, která sama o sobě popisuje zkoumanou oblast. Slovní modul tímto způsobem určuje zaměření prováděného testu. Existuje sada základních modulů slov, které jsou vyvážené a jsou odzkoušeny na desítkách tisíc klientů. Tyto moduly je možno okamžitě použít a výsledek je opravdu relevantní k požadované oblasti. V případě zkoumání speciální oblasti se společně s poradcem určuje speciální slovní modul, který popíše požadovanou oblast k testování a tím zaručí odpovědi na pokládané otázky.

Obrázek č. 1: Základní rastr osmi barev



3.4.3 Možnosti využití barev života

Historie výzkumu, vývoje a testování systému sahá do roku 1977. Od té doby byl v praxi úspěšně použit snad ve všech oborech, kde dochází k interakci s lidským faktorem.

Individuální diagnostika

Osobnostní test - využíván jednotlivci. Snímek analyzuje průběh asociačních procesů mozku (tj. individuální, často se opakující stereotypy citění, prožívání i myšlení) k různým reálným životním podnětům. Ve formě grafů a "slovních map" objektivizuje jejich důležitost i vzájemné vztahy v rovině prožívání (vnitřní prožitky) i chování (vnější projevy). Následně pak slouží k sestavení kroků (intervencí) pro možnosti změny kvality běžného života.

Školní prostředí

Interní evaluace školy, porovnání tříd - žáků, školní zralost, přijímací zkoušky, výběr vysoké školy a střední školy, výběr zaměstnání, závislost jednotlivce, náchylnost k závislosti na počítačových hrách, talentový test, logopedie, koktavost, týrání a šikana, úroveň flexibility a adaptability.

Skupinová diagnostika

Monitoring sociopatomixu skupin, monitoring drogových závislostí, analýzy sportovních týmů a jednotlivců, průzkumy volebních témat, analýzy spotřebního chování, analýzy cílových skupin, rizika etického chování, pre-test a post-test komunikačních koncepcí a prostředků, personální audit firmy.⁴⁷

Do závěru kapitoly o možnostech zkvalitňování života je důležité napsat, že systém Barvy života odhalil některé velké neznámé v životě klientů, o kterých budu psát v případových studiích a výrazně pomohl při práci s klienty na jejich silných a slabých stránkách. Zaměření na vytypované a popisované oblasti

⁴⁷ *Pomáháme poznávat a rozvíjet.* [Internet] [5.4.2009]. <<http://www.dap-services.cz/>>.

přineslo pozitivní výsledky, o kterých lze bez nadsázky napsat, že ke kvalitě života klientů velkou měrou přispěly.

4 Případové studie

Celá tato kapitola je po obsahové stránce kapitolou praktickou. V úvodní části je popisován časový harmonogram práce, sledovaný vzorek klientů, význam týmové práce, tvorba rozvojového plánu a hledání možností pro zkvalitňování života klientů (metody práce, terapie, péče). Navazující část stanoví strukturu případových studií a závěrečnou část tvoří jednotlivé případové studie klientů.

4.1 Průběh realizace případových studií

Časový harmonogram práce je následující. Dne 17. 10. 2008 proběhlo snímkování klientů pomocí diagnosticko intervenčního systému Barvy života odborným konzultantem firmy DAP. Z poskytnutých dat (hloubkový snímek jednotlivce, výstup z diagnostiky) a na základě prezentací grafů hloubkových snímků (viz příloha č.1) a konzultací zadavatele s vyhodnocovatelem byl na konci října sestaven rozvojový plán pro klienty, navrženy metody práce a terapie. 1. 11. 2008 se plány začaly aplikovat do praxe. 31. 3. 2009 se celé období pěti měsíců aplikace plánů vyhodnotilo.

Psychologická diagnostika byla realizována na žádost zadavatele (autora bakalářské práce) za účelem zlepšení individuální i skupinové práce s klienty a hloubkového poznání klientů, s písemným souhlasem každého klienta.

Pro snímkování byli vytypováni čtyři klienti, jejichž výběr je vysvětlen v úvodu této práce. Aplikace plánů směřovala k těmto klientům, dotkla se však a ovlivnila život celé skupiny klientů na chráněném bydlení.

Na samotné realizaci plánů se podílel celý spolupracující tým, ale také asistenti Centra, se souhlasem ředitelky zařízení. Při stanovení rozvojového plánu, vhodných metod práce a vhodných způsobů terapie probíhaly konzultace s psychiatrem, rodiči a opatrovníky klientů a v neposlední řadě s klienty samými. Rozvojový plán byl přiřazen k individuálním plánům klientů.

Plán osobnostního rozvoje obsahuje zcela konkrétní pokyny, jak s klienty pracovat, na co se zaměřit, čeho se vyvarovat a co podporovat pro zlepšení stávající situace.

Plán doporučených metod práce, terapií, popř. zdravotní péče zakládá na vyzkoušených a osvědčených pracovních postupech a úspěšně využívaných terapiích, zařazeny jsou i terapie dosud nerealizované (canisterapie, haloterapie).

V rámci ochrany osobních údajů klientů, bylo v případových studiích používáno označení „klient“ a to pouze v mužském rodě. Tím byl dodržen zákon o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.

4.2 Struktura případových studií

Jednotlivé případové studie klientů mají stejnou strukturu. Úvodní část tvoří stručné představení klienta (věk, stupeň postižení, denní program klienta, délku pobytu na ChB). Krátká anamnéza mapuje prostředí, ze kterého se klient přistěhoval, jeho typické chování a charakterové vlastnosti. Následuje diagnostika BŽ a výstup z ní. Plán osobnostního rozvoje je členěn na individuální práci s jedincem a skupinovou práci s jedincem. Na tento plán navazuje návrh metod práce, využití terapeutických prvků, návrh zdravotní péče, pastorační péče. Vyhodnocení období aplikace plánu do praxe případovou studií uzavírá.

4.3 Jednotlivé případové studie

Pro zpracování případových studií byli vytipováni čtyři klienti, jejichž chování lze charakterizovat jako nenápadné, klidné. Snímkování diagnosticko-intervenčním systémem proběhlo v přátelské a příjemné atmosféře s odborným konzultantem společnosti DAP. Klienti byli poučeni o svých právech a možnostech volby a svůj souhlas potvrdili podpisem.

4.3.1 Klient A

Rok narození: 1970

Stupeň postižení: středně těžká MR

Denní program: Centrum pro osoby s mentálním postižením Pomněnka

Pobyt na ChB: od září 2008

Anamnéza:

Klient se přistěhoval na ChB v září 2008 z rodiny, kde byly vážně narušené vztahy alkoholismem otce. S otcem si nikdy nerozuměl, nevyhledával jeho společnost. Ani v současnosti nevyhledává společnost mužů, jeho vztah k nim je vážně narušen. Naopak k ženám má vztah velice kladný. Je silně fixován na matku, obdivuje ji a napodobuje. Občas se stylizuje do role vzdělané ženy – mluví o sobě jako o Mgr., Ing. apod. Zženštilost se projevuje i v mluveném projevu, není to však pravidlem. Je klidný, tichý, neprůbojný. Učí se žít v kolektivu přibližně stejně postižených lidí. Má potíže se sebeobsluhou, udržováním pořádku, řadu činností za něj vykonávala matka. Zajímá se o televizní sport a cestopisné dokumenty. Není zbaven způsobilosti k právním úkonům. Je v péči psychiatra, bez medikace.

Psychologická diagnostika, zpráva z vyšetření:

- Jedná se o jedince, který se jeví více jako konformní osoba v rámci školního prostředí i v rámci chráněného bydlení a nevyhledává prostor pro osobní sebeprosazení, tedy osoba, která vyžaduje vedení.
- Ve svých vnitřních postojích vůči realitě má spoustu ideálů vůči společnosti, které nedokáže realizovat. Do jeho života zasahuje taktéž množství destruktorů z okolí, kterým se nedokáže adekvátně bránit.
- Má oslabenou svou osobní pozici v rámci kolektivu. To znamená např., že si není jistý, podceňuje se, nevezme si dobrovolně slovo a čeká na vyzvání, drží se v zákrytu skupiny apod.
- Ve svém vývojovém ukazateli postojů má velmi intenzivní vnitřní prožitky, které ovšem nedokáže účinně na vnějšek projevovat. Pokud

najde dostatek síly pro osobní prezentaci – postoje jsou už korigovány vlivem z vnějšku.

- Jako jedinec musí velmi mnoho energie vynaložit na to, aby zvládal požadavky ohledně pracovního nasazení. Je častěji psychosomaticky přetěžován a jeho autoregulační systém potřebuje dosti velkou vnitřní dotaci.
- Osobní rozpoložení v současné době se dá vyhodnotit jako negativní blokáce vůči okolí. Komunikace má ráz manipulačně a únikově či náhražkově volených aktivit.
- V postojích vůči realitě sehrává významnou roli propad mentálního systému, ale také osobní zdůraznění svého tělesného handicapu vůči svému okolí.
- V rámci svého chování navenek vychází ze svého vědomí, kde jsou nízké ambice a nízká míra prosazení.
- Při zpracování reality je rozhodujícím prvkem nízká výdrž, což může sehrát významnou roli při dodělávání pracovních úkolů a současně vysoká vnitřní funkční obrana.
- Dobře vnitřně zpracovává agresi z vnějšího prostředí včetně úzkostných zátěžových situací.

Diagnostický výstup:

Klient velmi citlivě vnímá ze strany autority nespravedlnost, nesplněný slib, zesměšňování před ostatními. Ve skupině si je často vnitřně nejistý, ale přitom je ukotven v reálném prožívání a možnostech okolního světa. V rámci skupiny patří mezi jeho přednosti velká míra a chuť spolupracovat s ostatními, kde je potřeba neustálého povzbuzování i za malé dílčí kroky během skupinových aktivit nebo samostatné práce. Negativní je jeho náhled na přecenění možností užívání drog (alkoholu a tabáku) v běžném životě.

Plán osobnostního rozvoje

Individuální práce s jedincem:

- Upevňovat vztahy k rodině, usměrňovat vztah k matce, odstraňovat závislost na matce, korigovat negativní vztah k otci.
- V oblasti sexuality se zaměřit na vytváření kladného postoje k vlastnímu tělu, zdravému vztahu k ženám, posilovat vlastní identitu.
- Hledat možnosti fyzického kontaktu, jehož absencí není uspokojena základní fyziologická potřeba.
- Motivovat klienta k zahájení zdravotní péče, související s jeho vzhledem.
- Zdůrazňovat nutnost hygieny a péče o svůj vzhled k získání sebevědomí.
- Podporovat samostatnost, vlastní prezentaci názorů, zvolení si osobního tempa.
- Stanovit únosnou míru psychosomatické zátěže, regulovat požadavky ohledně pracovního nasazení.
- Podporovat a povzbuzovat při dokončování úkolů, dodržovat zvolené tempo, za dokončený úkol odměňovat.
- Usilovat o uspokojování všech základních lidských potřeb, o důkladné poznání klienta (na ChB bydlí teprve měsíc).
- Současné negativní osobní rozpoložení klienta směřovat k opačnému pólu.

Skupinová práce s jedincem:

- U probíhajících aktivit nechat klienta citlivě vyniknout v rámci skupiny, zviditelňovat jeho podíl na společné práci.
- Zprostředkovat klientovi podíl na spoluorganizování skupinových aktivit.
- Využít kladného přijímání změn a ochoty spolupracovat s ostatními.
- Zapojit klienta do samoobslužných aktivit typu vaření, praní, stolování, práce v domácnosti, nakupování, uklízení apod. i v rámci skupiny.
- Dbát na dodržování úcty a respektu k jeho osobě ze strany ostatních klientů i personálu.
- Podporovat přátelské vztahy s ostatními klienty, navazování nových vztahů.
- Zapojit klienta v plné míře do života ChB, začlenit ho do blízké komunity.

Doporučené metody práce, terapie, zdravotní péče:

Metody práce: asistence, individuální práce, práce se skupinou

Terapie:

- BT – využití terapie pro žádoucí změnu nevhodných vzorců chování, využití i 4. kroku terapie – diferenčního zpevnování v podobě odměn za vhodné chování, v případě klienta se jeví jako vhodné sociální odměny (pozornost, pochvala).
- Arteterapie – v širším slova smyslu - využití prvků všech uměleckých terapií, zejména dramaterapie, která je v ChB zaměřená na hledání společensky odpovídajících modelů chování.
- Socioterapie – pomoc a podpora při začleňování do společnosti, vzhledem k míře potřebné podpory požádat o zvýšení příspěvku na péči.
- Hipoterapie – využití koňů, které vlastní SPMP na školním statku, pokusit se o zprostředkování pozitivního prožitku z jízdy, navazování přátelských vztahů.
- Ergoterapie – využití terapie pro větší samostatnost, uspokojení ze zvládnutí zadaných úkolů.
- Rodinná terapie – získat rodiče pro terapii, navrhnout terapeuta (psychiatr, který spolupracuje s ChB).
- Canisterapie – využití pravidelných návštěv zkušené canisterapeutky na ChB, prostřednictvím psa uspokojovat částečně chybějící fyzické kontakty, využití pozitivní atmosféry, kterou canisterapie přináší.
- Haloterapie - využití blahodárného působení solné jeskyně v blízkosti ChB na zdravotní problémy klienta.

Zdravotní péče:

- soustředit lékařskou péči do blízké lokality (praktický lékař, stomatolog, psychiatr)
- zahájit léčbu u kožního lékaře (problematické akné)
- pravidelným cvičením předcházet obezitě, zvyšovat tělesnou kondici

Vyhodnocení plánu:

Postupným naplňováním plánu došlo v životě klienta k výrazným změnám, nutno konstatovat, že k pozitivním. Byla zahájena rodinná terapie se spolupracujícím

psychiatrem, které se s klientem účastní pouze matka, ale přináší již teď dobré výsledky – snižuje závislost na matce, posiluje klientovu samostatnost. V oblasti sexuality se řídí ChB tzv. Sexuálním protokolem (metodika sexuality pro mentálně postižené osoby), práce s tímto protokolem přinesla vynikající výsledky, neboť se ukázala výrazná absence znalostí klienta v této problematice. Postoje k vlastnímu tělu a vlastní identitě přešly ze záporného pólu ke kladnému. Klient zahájil intenzivní léčbu u kožního lékaře a vlivem medikace, dodržováním režimu a haloterapie, akné výrazně ustoupilo. Spolu s dodržováním hygienických a estetických pravidel se vzhled klienta natolik zlepšil, že vedl k posílení jeho sebevědomí a také k navázání přátelského vztahu, který se jeví jako velmi perspektivní i pro případný partnerský vztah. I když v sebeobsluze jsou ještě značné nedostatky, klient se velmi ochotně zapojuje a snaha mu přináší výsledky a uspokojení. Zvolil si pomalejší tempo, které je v plné míře respektováno, úkoly se snaží dokončit, i když se mu to ne vždy daří. Velice mu záleží na veřejném ohodnocení, motivuje ho k lepším výkonům. V kolektivu se neprosazuje, je však kolektivem kladně přijímán a navázal přátelské vztahy, které přispívají k jeho sounáležitosti s komunitou. Celkové negativní ladění klienta na počátku jeho pobytu na ChB přešlo do vyladění pozitivního. Diagnostika BŽ v jeho případě výrazně pomohla pracovníkům ChB, kteří od počátku mohli s klientem pracovat na jeho slabých stránkách a naopak mohli využít jeho stránek silných.

4.3.2 Klient B

Rok narození: 1980

Stupeň postižení: středně těžká MR

Denní program: Oáza Zábřeh – centrum pro osoby s mentálním postižením

Pobyt na ChB: od září 2006

Anamnéza:

Klient se přistěhoval na ChB z problémové rodiny, matka a bratr jsou mentálně postižení, otec je alkoholik s agresivními sklony. Zpočátku sdílel byt s jiným klientem, což bylo východiskem pro řešení složité sociální situace obou klientů. Postupem času se ukázalo toto soužití jako nevyhovující, podařilo se však klienty

rozdělit a v současnosti již bydlí každý sám ve svém bytě. Klient je pomalý, ale velice pečlivý. Občas se projevuje umíněnost, tvrdohlavost, pokud se věci nedějí, jak by si klient přál. Úroveň komunikace je velice nízká. Klient sám nemluví, na dotazy odpovídá pouze jednoslovně a s obtížemi. Je klidný, v kolektivu se nijak neprosazuje. Často a rád se zabývá veškerými domácími pracemi, ručními pracemi a prací na zahradě. S oblibou prohlíží obrázkové časopisy. Je v péči psychiatra, bez medikace. Není zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Psychologická diagnostika, zpráva z vyšetření:

- Klient je osoba, která svou vnitřní strukturou v jednání zastupuje „originálního“ jedince, tzn. jedince s vyšší mírou odlišnosti ve svém jednání vůči stejně srovnatelné věkové populaci.
- Ve svých vnitřních postojích vůči realitě má nadmíru vlastních ideálů vůči společnosti, které dokáže jen zčásti realizovat. Je celkově vnitřně pozitivně naladěný s minimálním zásahem destruktivních faktorů z okolí, což se může jevit v některých situacích jako dětinskost.
- Díky tlaku z okolí podléhá velké míře shody v názorech a je tak potlačována jeho osobnost. Současně si však ze svého okolí nárokuje podmínky, které by ji zajistily vysokou míru stability.
- Ve vývojovém ukazateli postojů má několikanásobně větší vnitřní prožitek, který nedokáže dát na vědomí svému okolí ve vnějším projevu.
- Ve vztazích vůči svému okolí se projevuje jako jedinec s vyšší sociální vyzrálostí (respektuje společenské normy) a současně také s dobrými dispozicemi k zadané práci, kterou si umí dobře uspořádat.
- Klient má dostatek prostoru i jedinců, kteří mu dávají najevo, že si sám může v sociálním kontaktu určovat své požadavky, ale sám této možnosti nevyužívá a přitom touží ve velké míře po silné integraci.
- Má potlačenu osobní dominanci a z forem začlenění v rámci práce v kolektivu mu vyhovuje participace, což představuje spolupráci v malých skupinkách, dvojicích.

- Při zpracování reality je rozhodujícím prvkem nízká míra vlastní ochrany, kdy se podvoluje tlaku okolí a současně vyšší míra osobní vnímavosti při sledování dění ve společnosti.
- Dobře vnitřně zpracovává agresi z vnějšího prostředí včetně situací produkující úzkostné stavy. V některých situacích ovšem může mít tato pozitivní úniková reakce opačný výsledek a bylo by naopak zapotřebí zvýšit v dobrém svůj agresivní podíl.

Diagnostický výstup:

Jako jeden z mála negativních náhledů u klienta je jeho přecenění možnosti užívání alkoholu, tabáku a také přeceněnému vztahu k virtuálním drogám v běžném životě. V ostatních parametrech hloubkového snímku se jeví jako jedinec s přizpůsobivým vstřícným charakterem, s kterým není mnoho práce a který i ve svůj neprospěch upřednostňuje osoby začleněné do procesu vzdělávání a práce. Z pohledu skupiny jde o pozitivního člena, který má svou pevnou pozitivní roli, ale z pohledu jednotlivce se brzdí vlastní proces seberealizace.

Plán osobnostního rozvoje:

Individuální práce s jedincem:

- Posilovat vztah k rodině, ve které se předchozí situace stabilizovala (matka pravidelně projevuje zájem), zdůrazňovat význam rodiny pro život.
- Vést klienta k odklonu od nadměrné idealizace činností a aktivit typu vaření, praní, stolování, práce v domácnosti, nakupování, uklízení apod., které mohou vést k vlastnímu pracovnímu zastínění na úkor osobního rozvoje a vlastní kreativity.
- Podporovat komunikaci, poskytnout klientovi vždy dostatek prostoru a času, povzbuzovat ho, chválit.
- Vyhledávat příležitosti pro vnější projevy, posilovat vlastní identitu.

- Respektovat zvolené tempo klienta, postupně se snažit o zvýšení tempa (klient je extrémně pomalý), nepřetěžovat ho.
- Zdůrazňovat nutnost péče o svůj vzhled (pravidelné návštěvy kadeřníka), pokusit se o výměnu očních obrub.
- Zaměřit se na zdravý náhled klienta na alkohol a drogy individuální prací s klientem, ale i v celé skupině.
- Pečovat o duchovní rozvoj klienta, doprovázet klienta na bohoslužby a do církevního společenství.

Skupinová práce s jedincem:

- Nechat v průběhu probíhajících aktivit citlivě vyniknout klienta tak, aby měl součinnostní podíl na procesu, kdy přebírá odpovědnost a rozhoduje, organizuje v rámci skupiny.
- Nepodléhat tlaku okolí, poskytovat prostor pro sebeprosazení v rámci celé skupiny vhodnou formou (neurážet se, nestát si tvrdošijně na svém za každou cenu).
- Využívat jeho dobrých dispozic k zadané práci, pečlivosti, snahy dokončit zadaný úkol.
- Podporovat navazování přátelských vztahů i v širší komunitě (skupinové akce, výlety apod.)

Doporučené metody práce, terapie, zdravotní péče:

Metody práce: asistence, individuální práce, práce se skupinou

Terapie:

- BT – využití terapie pro žádoucí změnu nevhodných vzorců chování, využití i 4. kroku terapie – diferenčního zpevňování v podobě odměn za vhodné chování, v případě klienta se jeví jako vhodné jak materiální, tak sociální odměny (pozornost, pochvala).
- Arteterapie – v širším slova smyslu - využití prvků všech uměleckých terapií, zejména dramaterapie, která je v ChB zaměřená na hledání společensky odpovídajících modelů chování – u klienta velmi vhodná pro vyjádření jeho vnitřního prožívání.

- Socioterapie – pomoc a podpora při začleňování do společnosti.
- Hipoterapie – využití koňů, které vlastní SPMP na školním statku, pokusit se o zprostředkování pozitivního prožitku z jízdy, navazování přátelských vztahů.
- Rodinná terapie – terapie by byla velmi vhodná, ale nelze ji realizovat (rodiče nejsou schopni se účastnit).
- Canisterapie – využití pravidelných návštěv zkušené canisterapeutky na ChB, prostřednictvím psa uspokojovat částečně chybějící fyzické kontakty, využití pozitivní atmosféry a relaxace, kterou canisterapie přináší.
- Haloterapie - využití blahodárného působení solné jeskyně v blízkosti CHB pro relaxaci a pozitivní vyladění klienta.

Zdravotní péče:

- zahájit redukční dietu ve spolupráci s lékařem, péči o chrup
- pravidelným cvičením snižovat tělesnou hmotnost, zvyšovat tělesnou kondici
- motivovat klienta k veškerým pohybovým aktivitám

Vyhodnocení plánu:

Ze stanoveného plánu se podařilo zvládnout několik významných momentů, které výrazně ovlivnily život klienta v oblasti jeho prožívání, životního stylu, vzhledu. K nejdůležitějším změnám došlo v oblasti prožívání, klient se zapojil do církevního společenství mládeže v místní farnosti, začal pravidelně docházet na bohoslužby s doprovodem, což vedlo k jeho pozitivnímu vyladění. K němu přispěla velkou měrou i změna vzhledu, především úbytek hmotnosti, který je dílem dodržování správné životosprávy a dílem sportovních aktivit, které si klient oblíbil, zvl. skupinové aktivity. Důsledkem změny jídelníčku (absence pamlsků, sladkých nápojů, pochutin) došlo k našetření peněz na nové brýlové obruby. Započala také rekonstrukce chrupu, což bude záležitost dlouhodobého charakteru. Všechny tyto změny vedly k posílení sebevědomí, což se odrazilo i na chování klienta ve skupině. Projevuje se aktivněji, i když vzhledem ke komunikačnímu handicapu si své názory nedokáže prosadit. Osobní tempo zachovává stále velmi pomalé, při vhodné motivaci ho dokáže ojediněle zvýšit. Využití terapií se ukázalo vhodné kromě hipoterapie, klient se koňů bojí, nerad

se pohybuje i v jejich blízkosti. Kladný vztah k rodině se nepodařilo navázat, klient odmítá rodinu navštěvovat, sám snese pouze návštěvu matky. Kvalita života se výrazně zlepšila a její prohlubování bude předmětem další podpory a péče o klienta.

4.3.3 Klient C

Rok narození: 1975

Stupeň postižení: lehká MR

Denní program: Centrum pro osoby s mentálním postižením Pomněnka

Pobyt na ChB: od července 2007

Anamnéza:

Klient se přistěhoval do chráněného bydlení z dobře fungující rodiny v červenci 2007. Pokročilý věk rodičů byl hlavním motivem k přijetí tohoto řešení. Klient nově vzniklou situaci nepřijal, nedokázal se přizpůsobit novým podmínkám. Problém se obrátil v autoagresi a vyústil až v suicidní chování. Klient byl hospitalizován v psychiatrické léčebně. Po návratu se situace zlepšila a destruktivní stavy vymizely. Péče psychiatra, spolupráce s rodinou a jednotné působení Centra pro osoby s mentálním postižením Pomněnka a chráněného bydlení vedly ke stabilizaci situace. Dnes je klient se svou situací srozuměn, pobyt na ChB však stále považuje za nutné zlo. V kolektivu je oblíben, je klidný, nekonfliktní. Nemá žádné zájmy, občas se zapojuje do společných aktivit. Bývá neklidný, nesoustředěný, v poslední době jsou patrné poruchy paměti. Je v péči psychiatra, zamedikován. Není zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Psychologická diagnostika, zpráva z vyšetření:

- Klient je jedinec, který se svou vnitřní strukturou v jednání začleňuje mezi osoby s vyšší mírou odlišnosti ve svém jednání vůči stejně srovnatelné věkové populaci.
- Do společnosti má velmi negativní vzhled s podprůměrným počtem ideálů, které nabývají jen statického hodnotového charakteru, které ve skutečnosti nerealizuje.

- Má oslabenou svou osobní pozici v rámci kolektivu, to znamená například, že si není jistý, podceňuje se, nevezme si dobrovolně slovo a čeká na vyzvání, drží se v zákrytu skupiny apod.
- Své vnitřní prožitky dokáže ve srovnatelné kvantitě sdělit veřejně, avšak interpretace je pozměněná a neodpovídá původnímu prožitku. Jedná se o vývojový ukazatel „vnitřního chaosu“ jednotlivce.
- V pracovní oblasti musí velmi mnoho energie vynaložit na to, aby zvládal požadavky ohledně pracovního nasazení a efektivity práce.
- Osobní rozpoložení v době snímání se dá vyhodnotit jako negativní blokáce vůči okolí s minimálním podílem proaktivního přístupu, tzn. že jeho zapojení do dění je podmíněno okolnostmi, které si sám schvaluje.
- V chování vůči realitě sehrává významnou roli propad mentálního systému a nadměrné zdůraznění somatického, což může v některých situacích znamenat nadměrné zviditelnění bolesti, únavy, zatížení apod.
- V souvislosti s výše popsáním vyniká nadměrná emoční přecitlivělost a psychogenní poruchy.
- V konstruktivních typech chování ve skupině má velkou vitální kapacitu, kterou neumí zužítkovat, protože formy spolupráce mu nejsou vlastní.
- Při zpracování konkrétních cílů je rozhodujícím prvkem nízká výdrž, což může sehrát negativní roli při dodělávání pracovních úkolů, a současně vysoká citlivost na to, jak bude okolím posuzován.
- Z dezintegračních zdrojů působících na vědomí nemá zpracovanou úzkost a agresi, a proto se v kriticky vyhocených situacích může uchýlit k neočekávanému chování.

Diagnostický výstup:

Jedná se o jedince, který dokáže současně své velké nedostatky a velké přednosti dobře zužítkovat v konečném důsledku v komplexní schopný funkční celek. Nedorozumění může nastat, pokud dojde dlouhodobě k negativnímu vystavení ve vyhocených situacích a v tom se uchýlí k neadekvátnímu jednání. Významnou roli zde sehrává zesílená až manipulativní vazba na rodinu, ve zvýšené míře pak

na matku. Mezi negativa patří taktéž vstřícný postoj k možnosti užívání alkoholu a tabáku a současně podmíněná obrana vůči výchově celkově.

Plán osobnostního rozvoje:

Individuální práce s jedincem:

- Zahájit intenzivní práci s klientem v oblasti sexuality, která patří mezi jeho nevyjasněná témata, zvl. oblast osobního přístupu ke své sexualitě, včetně prožitků s tím spojených, v kontextu s partnerstvím.
- Intenzivně sledovat psychický stav klienta (ve spolupráci s psychiatrem), zamezovat vzniku úzkosti, kterou nedokáže zpracovat (zklidňující medikace), a tím předcházet neočekávanému chování (agresivní výbuchy, autoagrese).
- Sledovat nevyváženou a jednostrannou orientaci na úspěch a pozitivní postoj k útoku, jako způsobu řešení dané situace (při akumulaci negativních emocí může vést neúspěch také k agresii).
- Zaměřit se na vnější interpretaci vnitřních prožitků, která nemusí odpovídat realitě (zvl. na oblast somatiky – častá prezentace zdravotních obtíží se nezakládá na realitě).
- Posilovat nízkou výdržnost, především v pracovních činnostech, které souvisejí s péčí o vlastní osobu, o domácnost; motivovat ho a chválit.
- Zdůrazňovat význam osamostatnění a odstraňovat nezdravou fixaci na matku.
- Pracovat na celkovém pozitivním vyladění klienta, korigovat emoční přecitlivělost.
- Snažit se vzbudit zájem klienta o nabízené aktivity.
- Vzbuzovat důvěru k asistentům a k výchově jako takové.

Skupinová práce s jedincem:

- V průběhu probíhajících aktivit se citlivě soustředit na téma požadované kontroly ze strany klienta a umožnit rozvoj dovedností spojených s tématem domácnosti (vnímanou negativně) s využitím skupinové práce.

- Učit klienta spolupracovat se skupinou, což dosud neumí, ale je toho schopen.
- Zapojovat klienta do společných činností – počáteční negace se může v průběhu činnosti změnit.
- Využít skupiny ke zpracování tématu alkohol a drogy, kde se ukázal jako negativní jeho vstřícný postoj.

Doporučené metody práce, terapie, zdravotní péče:

Metody práce: asistence, individuální přístup, práce se skupinou

Terapie:

- BT – využít terapie pro žádoucí změnu nevhodných vzorců chování, využít i 4. kroku terapie – diferenčního zpevnování v podobě odměn za vhodné chování, v případě klienta se jeví jako vhodné sociální odměny (pozornost, pochvala).
- KT – pokusit se formou jednoduchých cvičení a modelových situací o změnu myšlení při interpretaci a vyhodnocování různých sociálních situací.
- Arteterapie – v širším slova smyslu - využití prvků všech uměleckých terapií, zejména dramaterapie, která je v ChB zaměřená na hledání jiných modelů chování.
- Socioterapie – pomoc a podpora při začleňování klienta do společnosti.
- Ergoterapie – využití terapie pro větší samostatnost, uspokojení ze zvládnání zadaných úkolů, prohlubování dovednosti sebeobslužných činností.
- Rodinná terapie – pokračovat v rodinné terapii ve spolupráci s psychiatrem.
- Hipoterapie – využití možnosti terapie na školním statku SPMP Pomněnka, pokusit se o zprostředkování pozitivního prožitku z jízdy, navazování přátelských vztahů.
- Canisterapie – využití pravidelných návštěv zkušené canisterapeutky na ChB, prostřednictvím psa uspokojovat částečně chybějící fyzické kontakty, využití pozitivní atmosféry a relaxace, kterou canisterapie přináší.
- Haloterapie - využití blahodárného působení solné jeskyně v blízkosti ChB pro relaxaci a pozitivní vyladění klienta

- Farmakoterapie – spolupracovat s psychiatrem, odstraňovat úzkost a strach, korigovat neklid.

Zdravotní péče:

- psychiatrická péče, pravidelné konzultace psychiatra s asistenty ChB
- zdravotní rehabilitace
- zvyšování kondice pravidelným cvičením

Vyhodnocení plánu:

V případě klienta nedošlo realizací plánu k žádným výrazným změnám. Pozitivní výsledky přinesla individuální práce s klientem v oblasti sexuality, neboť se ukázala výrazná absence znalostí klienta v této problematice. Klient naprosto nereálně hodnotí své možnosti (např. plánuje manželství, rodičovství apod.). Sexuální výchově se bude i nadále věnovat zvýšená pozornost. Diagnostika BŽ v případě klienta výrazně pomohla všem zainteresovaným osobám, kteří s klientem pracují (v ChB i Centru). Asistenti se více zaměřují na jeho interpretaci vnitřního prožívání, která často neodpovídá realitě a dříve byla zdrojem častých nedorozumění. Také úzkost a strach, které klienta občas doprovázejí, jsou asistenty citlivě a včas zachycovány a korigovány, čímž se předchází jeho neadekvátním obranným reakcím. Pro aktivizaci klienta ve všech oblastech je nutno vyvíjet stále značné úsilí, při plnění zadaného úkolu je nutná podpora a dohled asistenta, v opačném případě klient úkol nedokončí. Fixace na matku zůstává stále v nezdravé rovině. Terapie se jeví jako vhodné, je třeba klienta motivovat k účasti, v závěru však bývá spokojen. Celkově převládá negativní vyladění klienta, pro dlouhodobou práci s klientem však byla diagnostika BŽ přínosná.

4.3.4 Klient D

Rok narození: 1980

Stupeň postižení: lehká MR

Denní program: Centrum pro osoby s mentálním postižením Pomněnka

Pobyt na ChB: od července 2008

Anamnéza:

Klient se přistěhoval do chráněného bydlení v červenci 2008 z rodiny, kde zemřela matka – alkoholička na jaře téhož roku. Otec byl pracovně zaneprázdněn mimo republiku a oba starší sourozenci neprojevovali o klienta zájem. Klient se velmi rychle adaptoval na nové prostředí, rychle navázal nové vztahy a přátelství. Stimulující prostředí mu vyhovuje, doma si ho nikdo nevšímal. To se také projevuje na úrovni zvládnání sebeobslužných činností, péči o vzhled, hygienu apod. Touží po partnerském vztahu. Je málomluvný, klidný, ale projevují se u něj tendence manipulovat s ostatními. Sleduje rád televizi a poslouchá hudbu. Byl přistižen při krádeži oblečení druhého klienta. Je v péči psychiatra, bez medikace. Není zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Psychologická diagnostika, zpráva z vyšetření:

- Klient, který se svou vnitřní strukturou v jednání celkově začleňuje mezi osoby s průměrnou mírou odlišnosti ve svém jednání vůči stejně srovnatelné věkové populaci, vyjma oblasti vzdělávání a rodiny, kde se stává konformním, tedy pasivně přizpůsobivým v dodržování stanovených pravidel.
- Svým vzhledem do společnosti však vyniká neobvyklá disproporce s neúměrně vysokými hodnotami ideálů a současně destruktorů, což svědčí o ambivalentním vnitřním postoji, kdy se často přichyľuje ke krajním mezím: všechno mě vede k růstu a zároveň mi všechno ubližuje.
- Při tvorbě svých postojů požaduje od svého okolí míru shody s ostatními a míru vyváženosti mezi vlastní užitečností jednotlivce vůči svému okolí.
- Ve vývojovém ukazateli postojů má několikrát větší vnější projev, než je vnitřní prožitek, což poukazuje na to, že rychleji jedná než myslí.
- Velký energetický výdej vkládá do svého autoregulačního systému, což je schopnost postojově ovlivňovat realitu a souběžně řídit sám sebe. Zvýšenou energetickou dotaci také vkládá do vnitřního vyvážení, aby nedošlo k psychosomatickému přetížení.

- V chování vůči realitě sehrává významnou roli propad mentálního systému a nadměrné zdůraznění emotivních prožitků směrem do společnosti, jenž může v některých situacích vyústit v nadměrné zaangažování do řešení citových problémů s nízkou racionální účastí a docházet tak ke vzájemnému nepochopení.
- V sociální interakci (komunikaci s ostatními) je v popředí silná obrana, která je spojena se zaměřeností na podněty, které jsou na základě zkušenosti hodnoceny jako ohrožující, a je potřeba si aktivně bránit svou nezávislost. Do tohoto procesu se promítají sociální poruchy jednotlivce.
- V konstruktivních typech chování vůči jednotlivcům se odráží nízká míra strukturovanosti vnitřního řádu a smyslu toho, co člověk žije („chaos v hlavě“), i v souvislosti s velmi nízkými ambicemi. Pozitivem je vysoká potřeba spolupracujícího chování v rámci motivační strategie jedince v návaznosti na vyšší potřebu kontaktu a komunikace s vnějším světem.
- Při zpracování konkrétních cílů jsou rozhodujícími prvky nízká výdrž, což může sehrát negativní roli při dodělávání pracovních úkolů, a současně vysoká orientace na hledání nových podnětů a možností vidět užitečné příležitosti a uchopit se jich.
- Z narušujících zdrojů vnitřního světa jednotlivce jako je úzkost, agrese, cenzura vnějších projevů a podobně, lze konstatovat, že se s těmito zdroji dokáže dobře vypořádat až na svůj vlastní úkor, kdy k efektivnějšímu jednání by bylo vhodnější být více akční, snad s určitou mírou agresivity.

Diagnostický výstup:

Jedná se o klienta, který si žije svým komplikovaným vnitřním světem, kde například vlastní pomalý rytmus a běžné hodnoty slouží pouze k vlastnímu uspokojování. Hodnota konkurence a soupeření je ohrožujícím faktorem. Má tendenci svůj život prožívat v daleko větší míře harmonicky, ale svými možnými schopnostmi naráží na reálné hranice. Důraz je třeba klást na práci s pocity, neumí je dostatečně vyjadřovat. Důležitým faktorem je vytvořit atmosféru

vstřícnosti a pochopení proto, že chyba není odsuzujícím prvkem, ale lze z ní vytěžit.

Plán osobnostního rozvoje:

Individuální práce s jedincem:

- Zahájit intenzivní práci s klientem v oblasti sexuality, která patří mezi jeho nevyjasněná témata, zvl. oblast osobního přístupu ke své sexualitě, včetně prožitků s tím spojených, v kontextu s partnerstvím.
- Zaměřit se na práci s pocity, dávat klientovi příležitost k vyjádření svých pocitů vhodnou formou, aby nedošlo k nepřiměřeným reakcím, snažit se o zapojení rozumové složky v prožívání.
- Směřovat klienta k sebeřízení, nejdřív myslet a potom dělat, ne naopak.
- Uvést v realitu vzhled klienta, který má tendenci přeceňovat, opak je však pravdou (zanedbaný vzhled).
- Podporovat klienta v dokončování zadaných úkolů, ale respektovat jeho tempo, aby nedošlo k přetěžování.
- Individuálně pracovat s klientem v oblasti jeho morálního vědomí, zdůrazňovat společenskou závadnost jeho chování a možné důsledky takového chování (krádeže), vytvářet atmosféru vstřícnosti s pochopením.
- Udržovat vztahy k otci a sourozencům.

Skupinová práce s jedincem:

- Podporovat přátelské vztahy – přítel není nutně konkurent.
- Rozvíjet oblast spojenou s tématem domácích prací, využít práce ve skupině.
- Zařazovat skupinové aktivity na posílení sebevědomí, spolupráce a individuálního přínosu jednotlivce jako součásti skupiny, komunity.
- Využít zájmu klienta o komunikaci a spolupráci s ostatními, aktivizovat ho ke společným činnostem.

Doporučené metody práce, terapie, zdravotní péče:

Metody práce: asistence, individuální přístup, práce se skupinou

Terapie:

- BT – využít terapie pro žádoucí změnu nevhodných vzorců chování, využít i 4. kroku terapie – diferenčního zpevnování v podobě odměn za vhodné chování, v případě klienta se jeví jako vhodné především materiální odměny, sociální odměny zatím méně (pozornost, pochvala).
- KT – pokusit se formou jednoduchých cvičení a modelových situací o změnu myšlení při interpretaci a vyhodnocování různých sociálních situací.
- Arteterapie – v širším slova smyslu - využití prvků všech uměleckých terapií, zejména dramaterapie pro vyjadřování vlastních pocitů a práci s pocity.
- Socioterapie – pomoc a podpora při začleňování klienta do společnosti.
- Ergoterapie – využití terapie pro větší samostatnost, uspokojení ze zvládnutí zadaných úkolů, prohlubování dovednosti sebeobslužných činností.
- Hipoterapie – využití možnosti terapie na školním statku SPMP Pomněnka, pokusit o zprostředkování pozitivního prožitku z jízdy, navazování přátelských vztahů.
- Canisterapie – využití pravidelných návštěv zkušené canisterapeutky na ChB, prostřednictvím psa uspokojovat částečně chybějící fyzické kontakty, využití pozitivní atmosféry a relaxace, kterou canisterapie přináší.
- Haloterapie - využití blahodárného působení solné jeskyně v blízkosti ChB pro relaxaci a pozitivní vyladění klienta.

Zdravotní péče:

- návštěva očního lékaře
- zvyšování kondice pravidelným cvičením
- změna životosprávy (klient je zvyklý nejíst, nedodržuje pitný režim apod.)
- dodržovat spánkový režim

Vyhodnocení plánu:

Postupným naplňováním plánu došlo v životě klienta k výrazným změnám, nutno konstatovat, že k pozitivním. V oblasti sexuality se řídí ChB tzv. Sexuálním protokolem (metodika sexuality pro mentálně postižené osoby), práce s tímto protokolem přinesla pro klienta pozitivní výsledky, především v oblasti partnerství, sexuálního styku. Klient navštívil na základě doporučení asistentů očního lékaře, který diagnostikoval poměrně závažnou oční vadu, kterou mohl klient trpět již několik let. Klient začal nosit brýle a chystá se na operaci na specializovaném pracovišti. Ostrost vidění v něm vzbudila euforii a přispěla k jeho pozitivnímu vyladění (špatné vidění mu zřejmě působilo značné potíže a problémy). Dodržováním hygienických a estetických pravidel se vzhled klienta značně zlepšil, vedl k posílení jeho sebevědomí a uvedl ho do reality (měl tendenci svůj vzhled přeceňovat). I když v sebeobsluze jsou ještě značné nedostatky, klient projevuje snahu, dobré výsledky mu přinášejí uspokojení. Zvolil si pomalejší tempo, které je v plné míře respektováno. V kolektivu se začíná postupně prosazovat a je jím kladně přijímán, navázal přátelské vztahy, které přispívají k jeho sounáležitosti s komunitou. Také se zlepšila jeho životospráva, což se výrazně projevilo na zdravotním stavu klienta. Vztahy s rodinou nelze rozvíjet, neboť rodina neprojevuje o klienta zájem. Diagnostika BŽ v jeho případě výrazně pomohla pracovníkům ChB, kteří mohli téměř od počátku s klientem pracovat na jeho slabých stránkách a naopak mohli využít jeho stránek silných.

V závěru kapitoly případové studie je důležité vyhodnotit přínos diagnostiky a následné práce s klienty. Jak se ukazuje v jednotlivých hodnoceních plánů, po pěti měsících snahy je realizovat, byl přínos pozitivní. Znovu se potvrdilo, že pro smysluplnou práci s klienty je důležité důkladně klienty poznat. Dvojnásobně to platí o klientech, kteří své vnitřní prožívání nevyjadřují navenek. Obzvlášť překvapující se ukázala oblast sexuality, kde se projevila neznalost i základních pojmů, přílišná idealizace partnerství, rodičovství apod. Také zaměření na zdravý životní styl přineslo dobré výsledky např. zlepšení zdravotního stavu, pravidelné

provádění pohybových aktivit, vylepšení tělesného vzhledu klientů. Zahájení pastorační péče mělo a má význam především pro celou skupinu klientů. Ne vždy se podařily plány naplnit, nesplněné úkoly jsou především výzvou do budoucna pro další práci s klienty.

Závěr

Společným úkolem pracovníků chráněného bydlení je snaha pomáhat klientům s mentálním postižením žít normální život, vytvářet pro ně příležitosti k dosažení úspěchů a radosti ze života v rámci jejich pracovního a společenského uplatnění, vytvářet podmínky domova v pravém slova smyslu, vytvářet podmínky lepšího života.

Cílem této práce bylo ukázat možnosti zkvalitňování života, ukázat cesty, jakými se lze k tomuto cíli přiblížit. Jednou z těchto cest je dobrá znalost klientů. Chceme-li klientům pomáhat, musíme je dobře poznat. Systém Barvy života ukázal jednu z možností, jak klienty hloubkově diagnostikovat a tím odhalit některé skutečnosti, které byly pracovníkům, ale i odborníkům dosud skryty.

Systém Barvy života natolik zaujal všechny zainteresované pracovníky, že se většina z nich nechala také diagnostikovat. Výsledky mnohé překvapily, neboť systém nesmlouvavě odkrývá skutečnosti, které má většina z nás uloženy na nejhlubších místech své psychiky. Barvy života tedy pomohly mnohým z nás v sebepoznání a ukázaly cestu práce na vlastní osobě ve všech jejích aspektech. Po dohodě s ředitelkou zařízení budou systémem diagnostikováni všichni klienti SPMP, pokud k tomu dají svůj souhlas.

První kapitola bakalářské práce uvedla čtenáře do problematiky mentálního postižení, jsou zde popsány základní skutečnosti této oblasti např. etiologie charakteristika postižení, metody práce a terapie, které se s úspěchem při práci s mentálně postiženými lidmi používají.

Druhá kapitola představila sociální službu chráněné bydlení, jako jednu z možných forem bydlení pro mentálně postižené spoluobčany. Tato forma se v průběhu porevolučních let začala v České republice rozvíjet a získala si oblibu i uznání. Pravdou však zůstává, že drtivá většina mentálně postižených žije stále

ve velkých institucionálních zařízeních. V této části je popisováno konkrétní zařízení – Chráněné bydlení v Šumperku.

Třetí kapitola o možnostech zkvalitňování života ukázala, že systém Barvy života odhalil některé velké neznámé v životě klientů a výrazně pomohl při práci s nimi na jejich silných a slabých stránkách. Pomohl vytipovat oblasti, které byly na tomto základě popsány a zaměřila se na ně pozornost při práci s klienty. Zaměření na vytypované a popisované oblasti přineslo pozitivní výsledky, které významně přispěly ke zkvalitňování života nejen vytypovaných klientů, ale celé skupiny.

Čtvrtá kapitola obsahuje případové studie vytypovaných klientů. Jednoznačně se potvrdilo, že pro smysluplnou práci s klienty je důležité důkladně klienty poznat. Dvojnásobně to platí o klientech, kteří své vnitřní prožívání nevyjadřují navenek. Obzvlášť překvapující se ukázala oblast sexuality klientů, kde se projevila neznalost základních skutečností. Také zaměření na zdravý životní styl přineslo dobré výsledky v oblasti zlepšení zdravotního stavu, pohybových aktivit, vylepšení vzhledu klientů. Zahájení pastorační péče mělo a má význam především pro celou skupinu klientů.

Největším překvapením bylo zjištění, že všichni diagnostikovaní klienti mají tendenci přeceňovat význam konzumace alkoholu a drog v běžném životě. Žádný z klientů dosud neprojevil zájem o tuto problematiku, Barvy života však ukázaly na možný budoucí problém. Bude tedy nanejvýš vhodné věnovat této oblasti pozornost, event. přizvat ke spolupráci odborníka.

Zkvalitňování života klientů s mentálním postižením v chráněném bydlení bylo tématem nejen této práce, ale je to trvalým a hlavním úkolem všech pracovníků, kteří s klienty v Chb pracují. Není to úkol lehký, neboť vyžaduje angažovanost, vnímavost, empatii, zájem, profesionalitu. Jen pracovníci, kteří disponují tímto

potenciálem, mohou být pro klienty přínosem a oporou na jejich nelehké životní cestě.

Zkvalitňování je sloveso v nedokonavém tvaru, vyjadřující neukončenost děje. Vyjadřuje fakt, že naše práce neskončila, ale naopak je stále před námi. Každý den můžeme udělat třeba jen maličkost pro zlepšení života mentálně postižených lidí. Pochválit nový účes, květiny za oknem, namalovaný obrázek. Nebo se jen usmát...

Bibliografie:

Primární literatura

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7.

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3

MARTINEK, M. aj. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Jabok, 2008. 176 s. ISBN 978-80-904137-2-6

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

NETUŠIL, R. a kol. *Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Modrý klíč, 2005. 184 s. ISBN 80-86980-00-6.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha : Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 200 s. ISBN 80-7178-821-X.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 807178-802-3.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 152 s. ISBN 80-7178-586-5.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 366 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

Sekundární literatura

FILKA, J. *Metodika tvorby diplomové práce*. 1. vyd. Brno: Knihař, 2002. ISBN 80-86292-05-3.

Internetové zdroje:

<http://www.portus.cz/www/basic.php?section=sections&sec_id=3>

<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=50>>

<<http://www.solna-jeskyne.biz/>>

<<http://www.canisterapie-zlin.cz/canisterapie.php>>

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf>

<<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006102203>>

<<http://www.dap-services.cz/>>

Seznam použitých zkratk:

MR – mentální retardace

Centrum – Centrum pro osoby s mentálním postižením Pomněnka

ChB – chráněné bydlení

SPMP – Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením

BT – behaviorální terapie

KT – kognitivní terapie

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

Seznam příloh

Příl. 1: Hlubkový snímek jednotlivce	69
--	----

Přílohy

Příloha č. 1: Hlubkový snímek jednotlivce

Hodnotové schéma vědomí - podle naměřené průměrné pozice

Významové schéma	IDEÁLY	SATISFAKTORY A MOTIVÁTORY	OPERÁTORY	STRESORY	DESTRUKTORY
Faktor Osoby a skupiny	DĚTI PARTNER LIDÉ	MOJE RODINA MÁMA SOUROZENCI TÁTA			PSYCHOLOG
Faktor Centrální objekty	ENERGIE JÁ SKUTEČNOST	MOJE PSYCHIKA ČAS ZMĚNA		RIZIKO MOJE TĚLO	
Faktor Vnitřní regulace	SLAST PROŽÍVÁNÍ MŮJ VZHLED UMÍM SMÍM HLADÍM SE VIDÍM MYSLÍM	ÚSPĚCH MOJE ZDRAVÍ CÍTÍM MOJE VŮLE SLYŠÍM	CHCI	NEÚSPĚCH ÚTOK MOJE VINA NECHCI MOJE BOLEST JSEM AGRESIVNÍ	SEBEŘÍZENÍ SAMOTA MOJE OBRANA ÚTĚK NESMÍM STYDÍM SE MŮJ STRACH MOJE NEMOC NEUMÍM MOJE CHYBY POMSTA
Faktor činnosti a aktivity	SPORTUJI MOJE PRÁCE SPOLUPRÁCE POČÍTAČE KLID TANČÍM VYLUČOVÁNÍ SVALY VAŘÍM ORGANIZUJI SPÍM SRDCE TVOŘÍM	LÍBÁM SE SEX MLUVÍM VYNIKNOUT PLÍCE JÍM ŘÍDÍM ROZHODUJI NAKUPUJI DÝCHÁM	UKLÍZÍM	PIJU MOZEK GENITÁLIE TRÁVENÍ ŽALUDEK PODVÁDÍM HRAJU AUTOMATY KOUŘÍM CIGARETY	KOSTRA PERU KREVNÍ OBĚH PIJU ALKOHOL LŽU ZNEUŽÍVÁM BERU DROGY TRESTÁM KRADU VYDÍRÁM
Faktor Ostatní	VÝCHOVA DOMÁCNOST MOJE INTUICE TELEVIZE POMALOST	PŘÍRODA PENÍZE SAMOSTATNÝ/Á/ INFORMACE SVĚT ODPOVĚDNOST MAJETEK POVINNOSTI NÁMAHA		RYCHLOST KONTROLA POČASÍ	KONKURENCE OBTÍŽNÝ

Posuny v hodnotových skupinách - 77% objektů mimo své typické skupiny

IDEÁLY	SATISFAKTORY A MOTIVÁTORY	OPERÁTORY	STRESORY	DESTRUKTORY	Celkem
+47	+16/-6	0/-1	+3/-11	-25	+66/-43

Poškozené	7	PSYCHOLOG, SEBEŘÍZENÍ, KREVNÍ OBĚH, PERU, KOSTRA, KONKURENCE, RYCHLOST			
Přeceněné	17	LIDÉ, SKUTEČNOST, VIDÍM, MYSLÍM, HLADÍM SE, SRDCE, ORGANIZUJI, SVALY, VYLUČOVÁNÍ, TVOŘÍM, SPÍM, VAŘÍM, MOJE INTUICE, NÁMAHA, DOMÁCNOST, POMALOST, TELEVIZE			

Realizační schéma vědomí - podle naměřené kvality asociací

Realizační schéma	IDEÁLY	SATISFAKTORY A MOTIVÁTORY	OPERÁTORY	STRESORY	DESTRUKTORY
Faktor Osoby a skupiny	DĚTI PARTNER	LIDÉ	MOJE RODINA MÁMA SOUROZENCI TÁTA		PSYCHOLOG
Faktor Centrální objekty	ENERGIE JÁ SKUTEČNOST		MOJE PSYCHIKA ČAS ZMĚNA		RIZIKO MOJE TĚLO
Faktor Vnitřní regulace	SLAST PROŽÍVÁNÍ MŮJ VZHLED UMÍM SMÍM HLADÍM SE VIDÍM	CHCI MYSLÍM	ÚSPĚCH MOJE ZDRAVÍ CÍTÍM MOJE VŮLE SLÝŠÍM	NEUMÍM	SEBEŘÍZENÍ ÚTOK MOJE OBRANA NEÚSPĚCH NESMÍM ÚTĚK STYDÍM SE NECHCI MŮJ STRACH MOJE BOLEST MOJE NEMOC MOJE CHYBY SAMOTA JSEM AGRESIVNÍ POMSTA MOJE VINA
Faktor činnosti a aktivity	POČÍTAČE SPOLUPRÁCE MOJE PRÁCE KLID TANČÍM SPORTUJI VYLUČOVÁNÍ SRDCE TVOŘÍM VAŘÍM ORGANIZUJI	SVALY SPÍM UKLÍZÍM	LÍBÁM SE SEX MLUVÍM VYNIKNOUT PLÍCE JÍM ŘÍDÍM ROZHODUJI NAKUPUJI DÝCHÁM	KOSTRA PIJU ALKOHOL ZNEUŽÍVÁM TRESTÁM	PIJU GENITÁLIE MOZEK TRÁVENÍ PERU KREVNÍ OBĚH ŽALUDEK PODVÁDÍM LŽU BERU DROGY HRAJU AUTOMATY VYDÍRÁM KOUŘÍM CIGARETY KRADU
Faktor Ostatní	VÝCHOVA MOJE INTUICE TELEVIZE	DOMÁCNOST POMALOST	PŘÍRODA PENÍZE SAMOSTATNÝ/Á/ INFORMACE SVĚT ODPOVĚDNOST MAJETEK POVINNOSTI NÁMAHA	KONKURENCE	RYCHLOST KONTROLA POČASÍ OBTÍŽNÝ

Posuny v kategoriích

Faktor Osoby a skupiny	Faktor Centrální objekty	Faktor Vnitřní regulace	Faktor činnosti a aktivity	Faktor Ostatní	Celkem
+3/-7	+3/-5	+9/-20	+20/-23	+9/-13	+44/-68

Izolanty

Rozhodují	4	58%	Operátory + Tělesná citlivost
Spím	2	22%	Satisfactory + Silná integrace
Moje zdraví	5	26%	Operátory + Psychická citlivost
Moje nemoc	5	26%	Destruktory + Silná obrana

Korelace

Korelace věková: **+0.523**

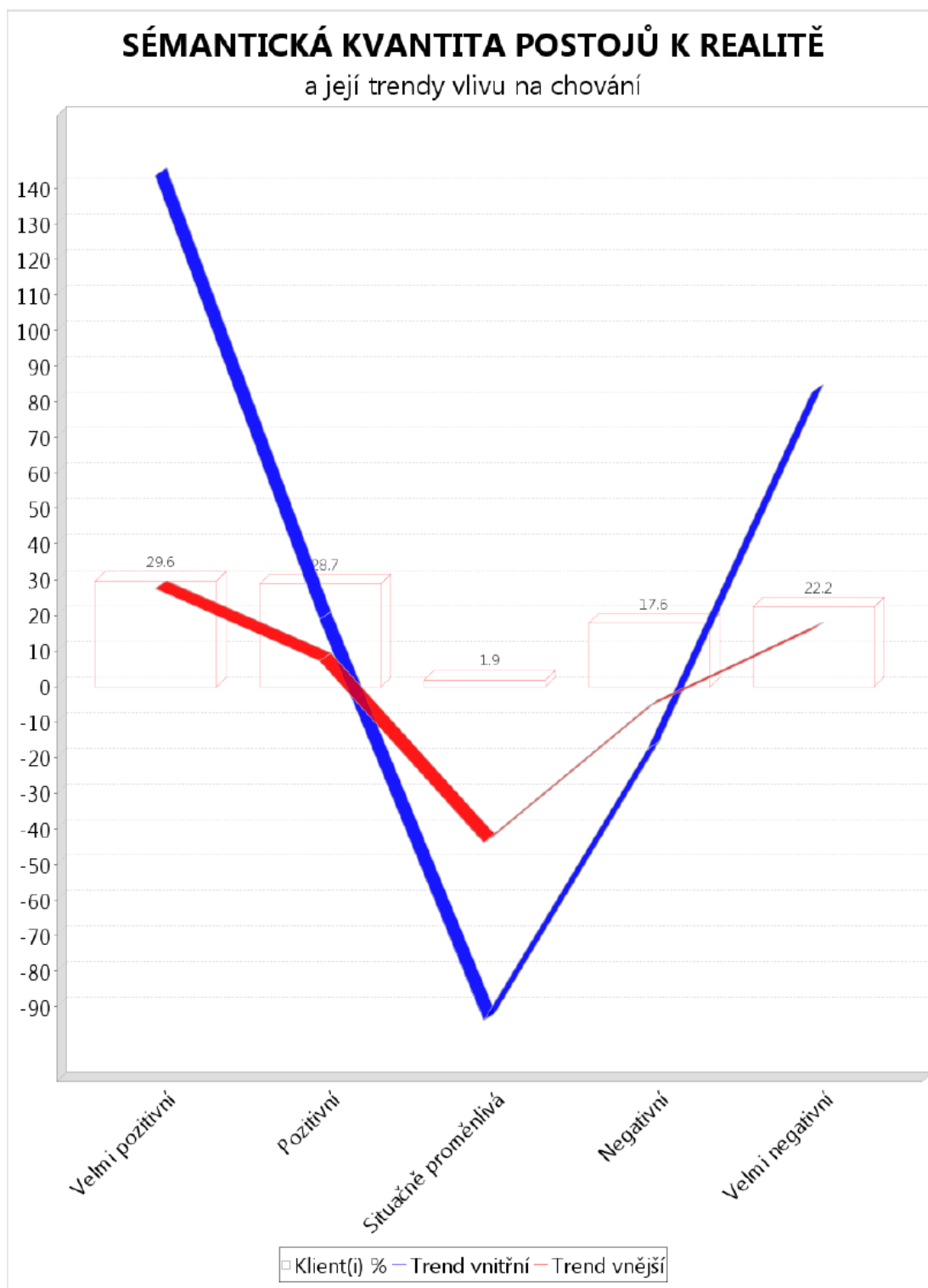
Korelace Soutěžím: **+0.634**

Korelace CAD: **+0.417**

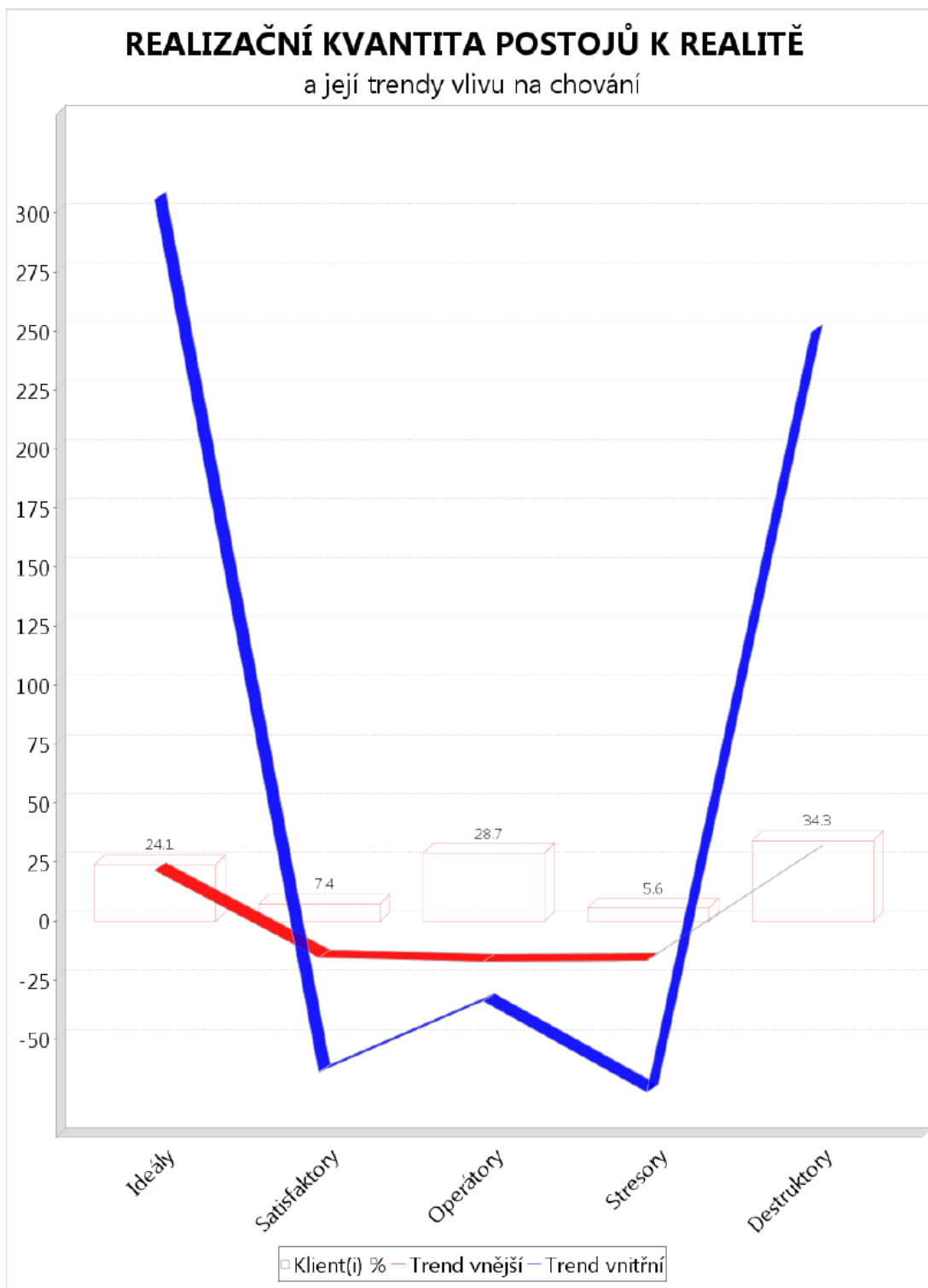
Korelace Škola: **+0.711**

Korelace Rodina: **+0.696**

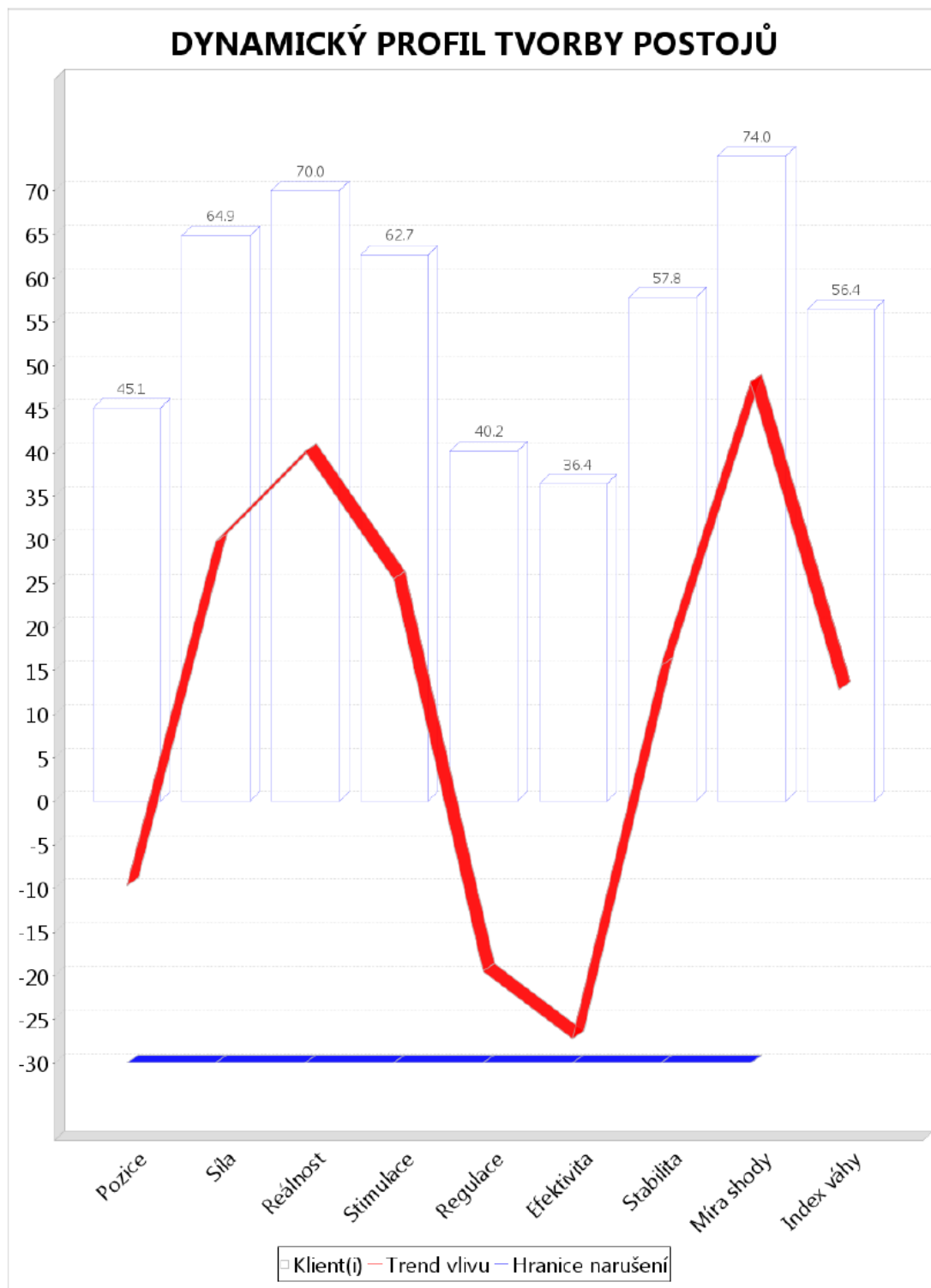
Graf sémantické kvantity ve skupinách



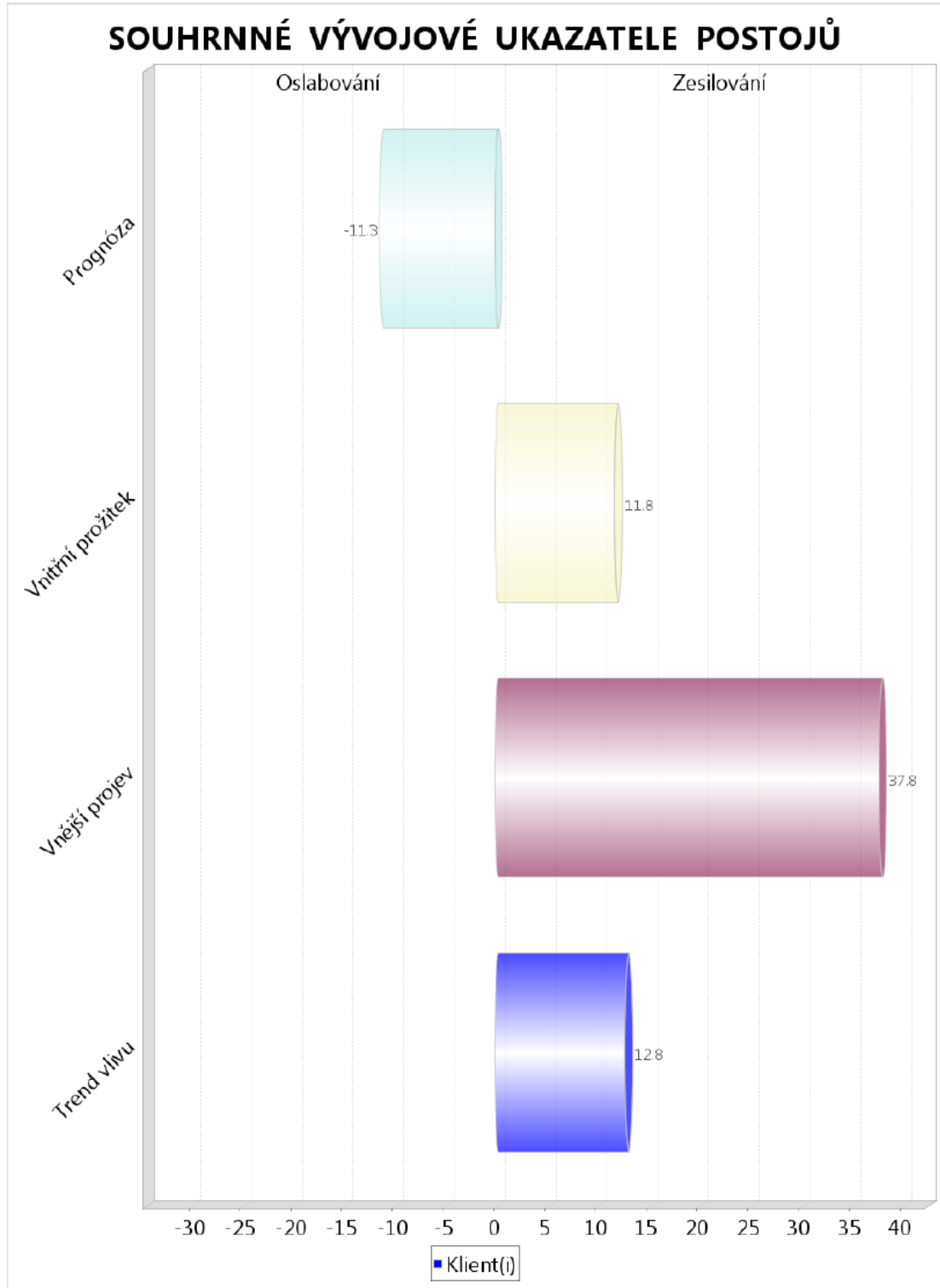
Graf realizační kvantity ve skupinách



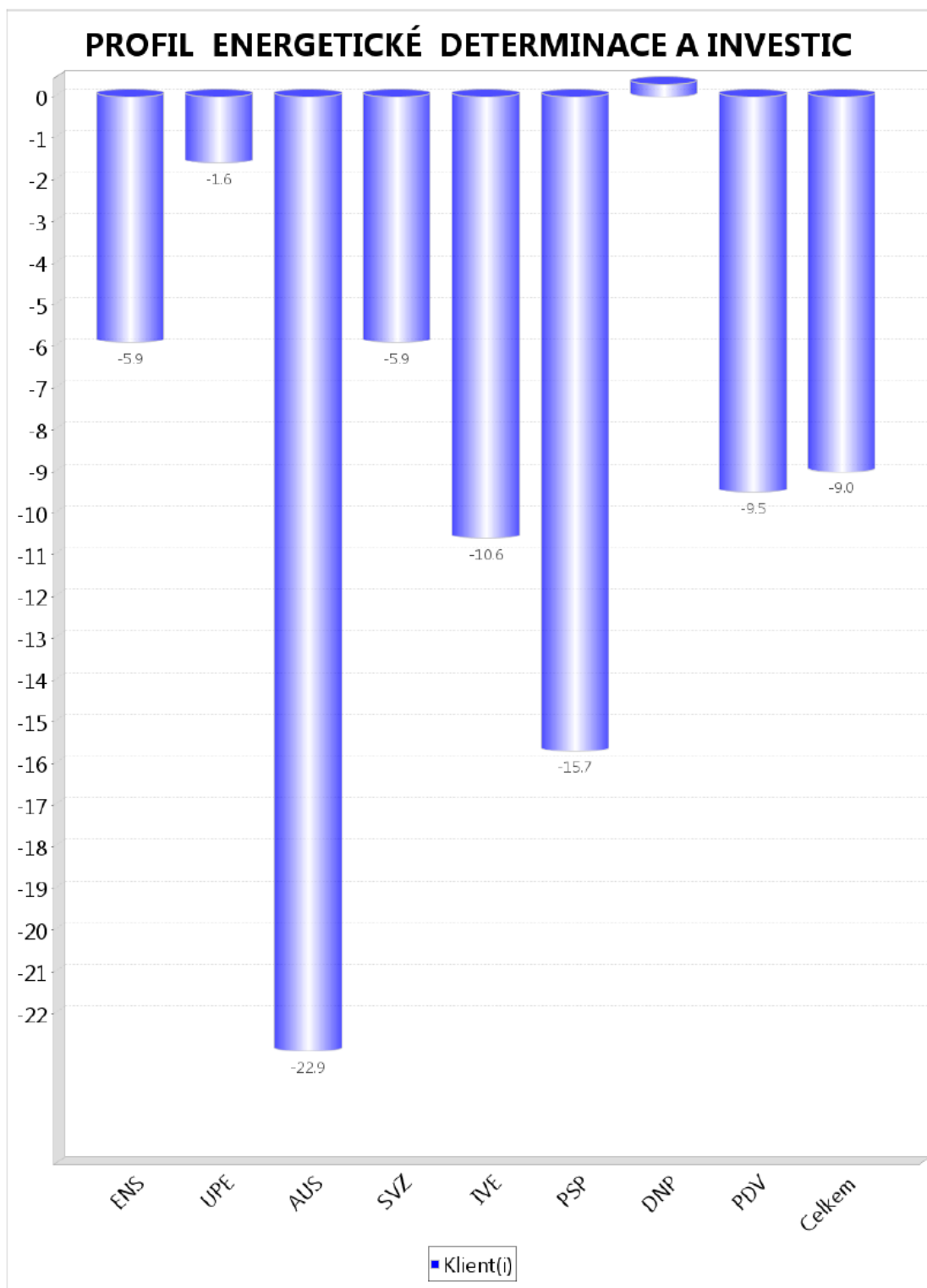
Graf dynamického vytváření postojů



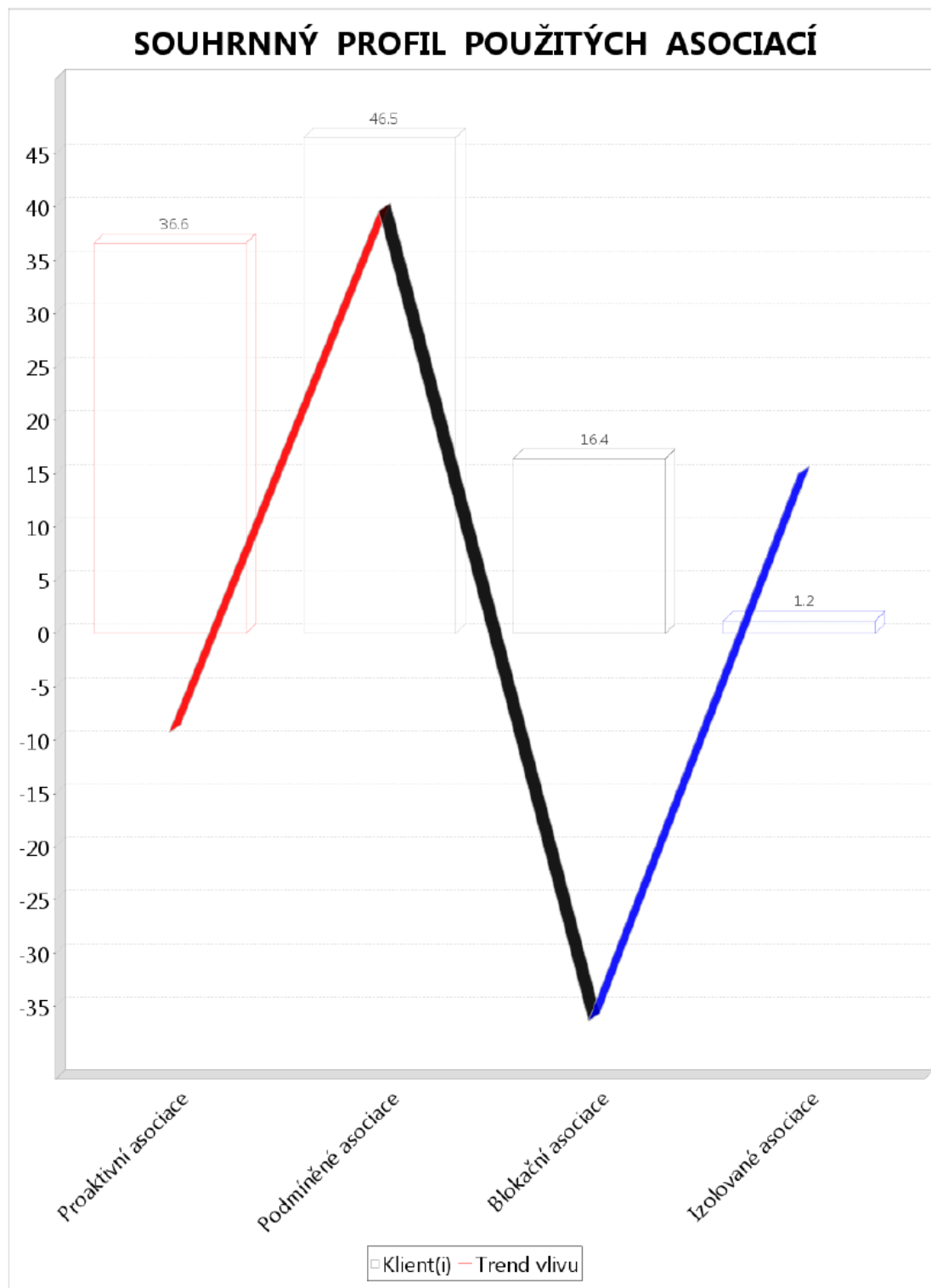
Graf důležitých vývojových ukazatelů



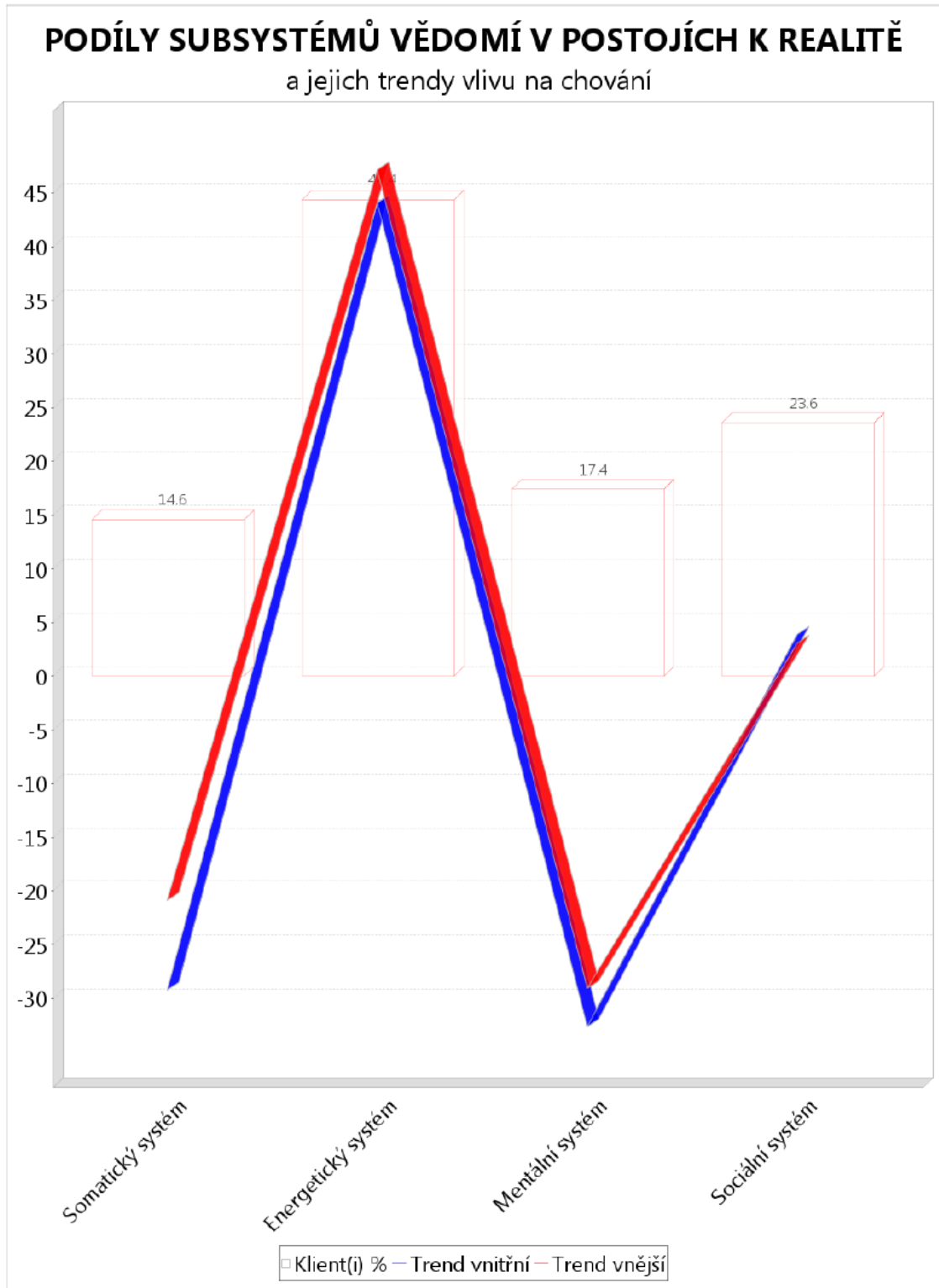
Graf vnitřní energetické determinace a investic



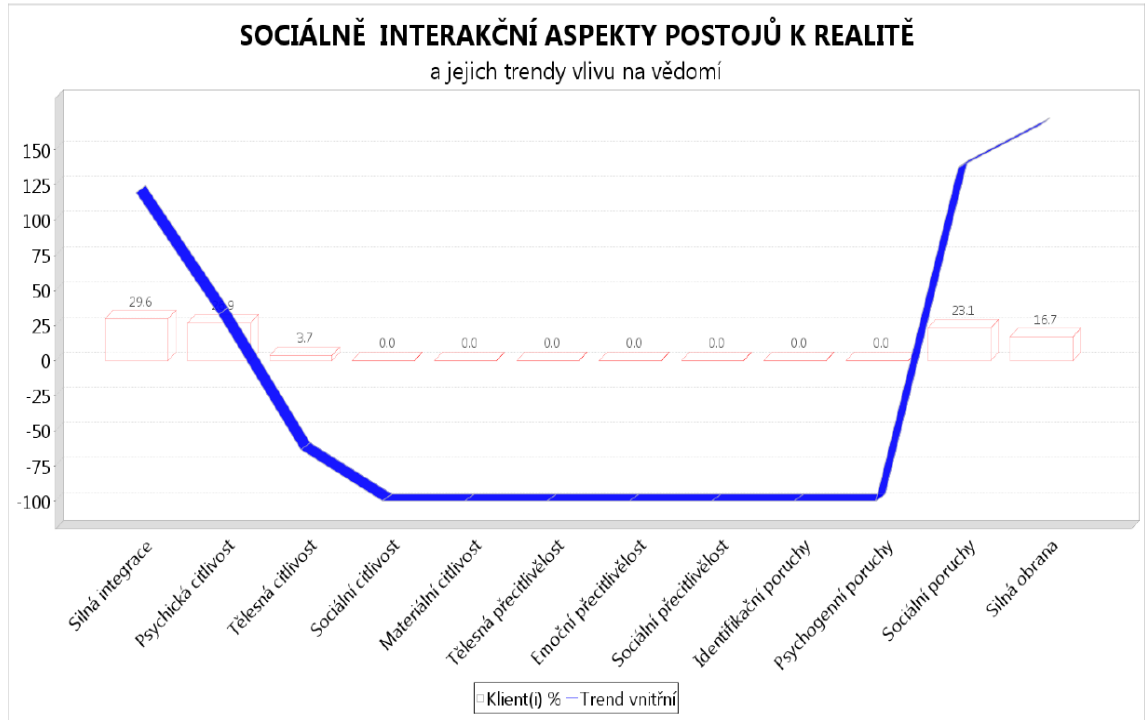
Graf použitých druhů asociací



Graf funkčnosti subsystémů vědomí

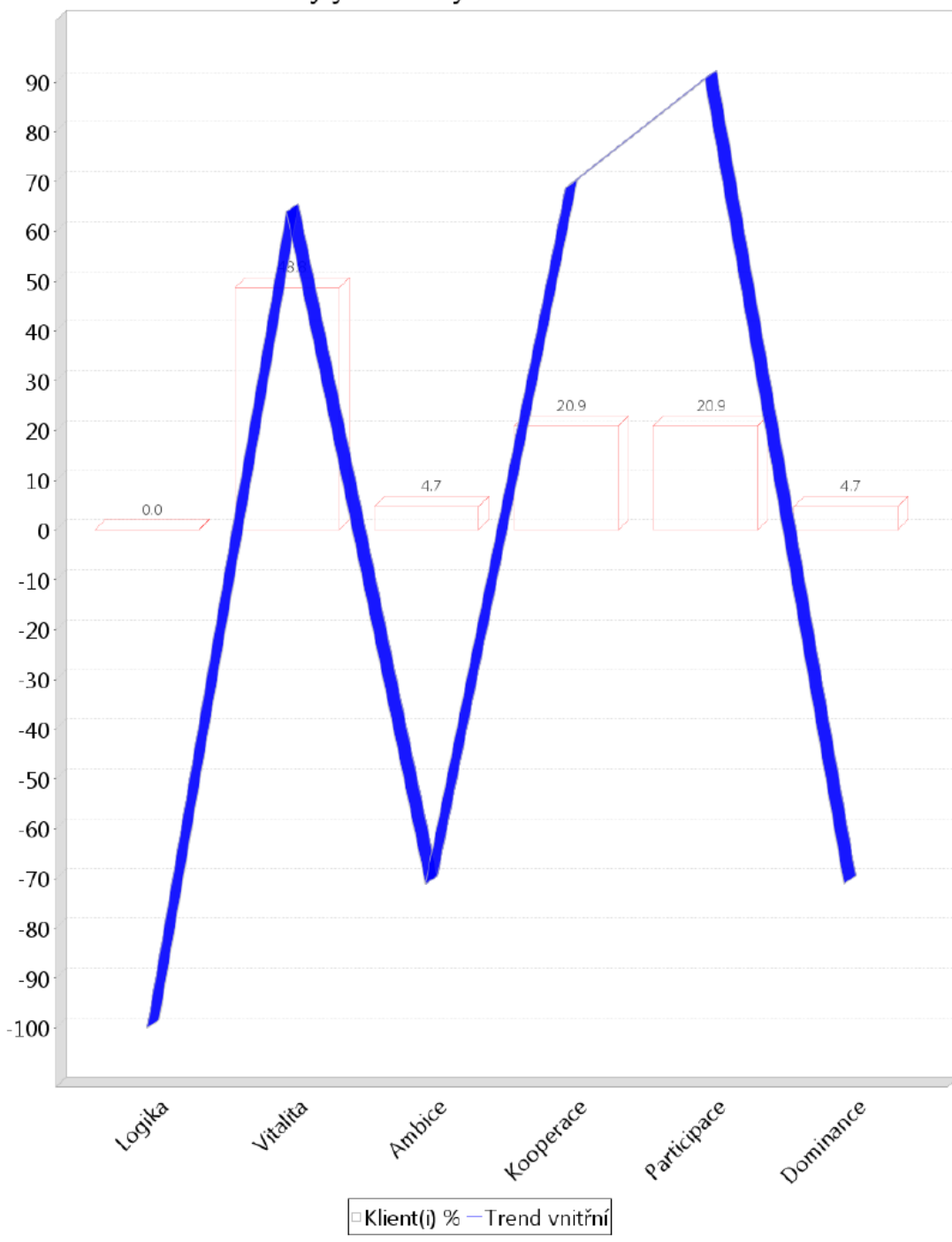


Graf sociálně interakčních aspektů v postojích

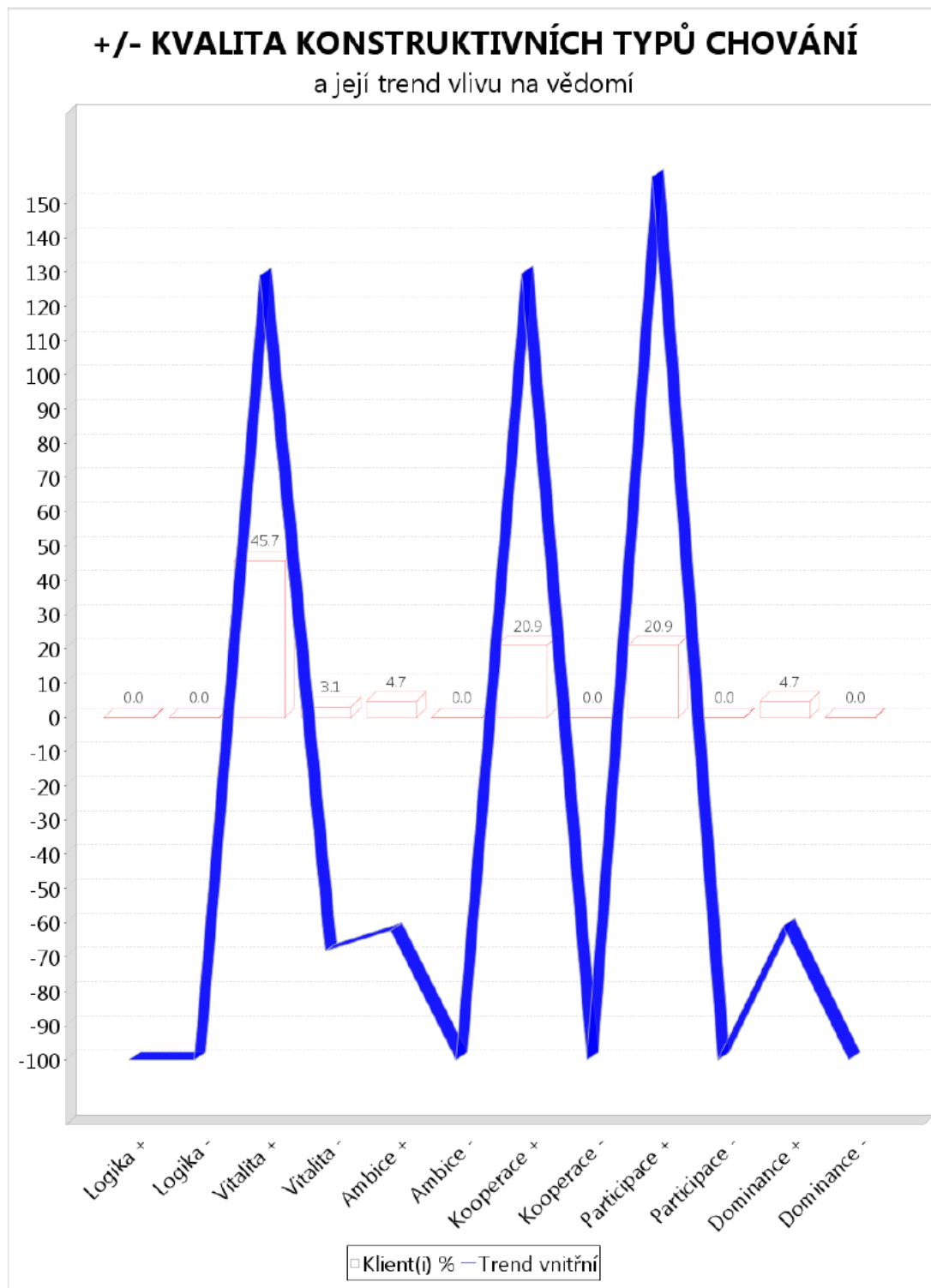


Graf kvantity konstruktivních forem chování

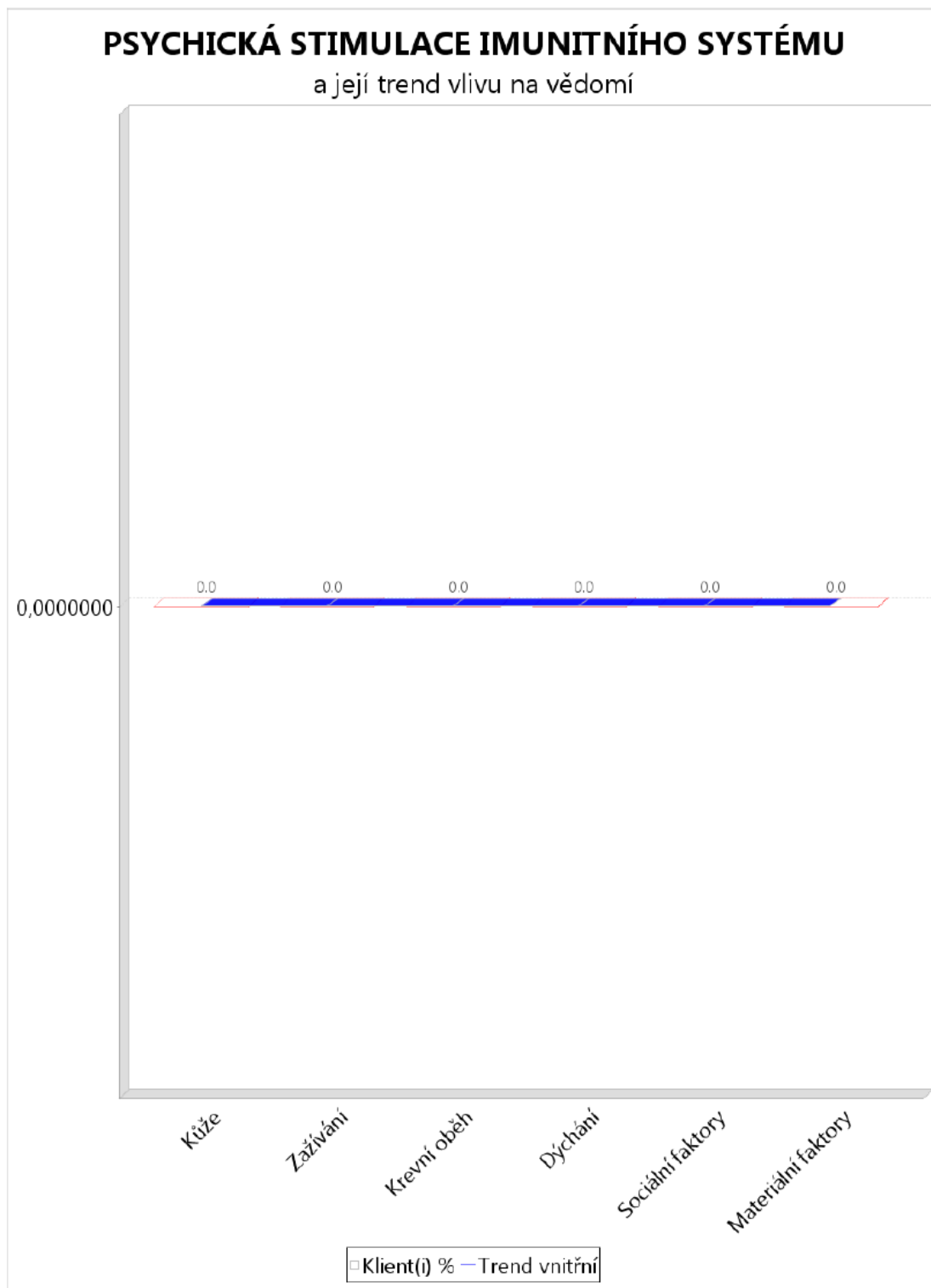
KONSTRUKTIVNÍ TYPY CHOVÁNÍ V POSTOJÍCH K REALITĚ
a jejich trendy vlivu na vědomí



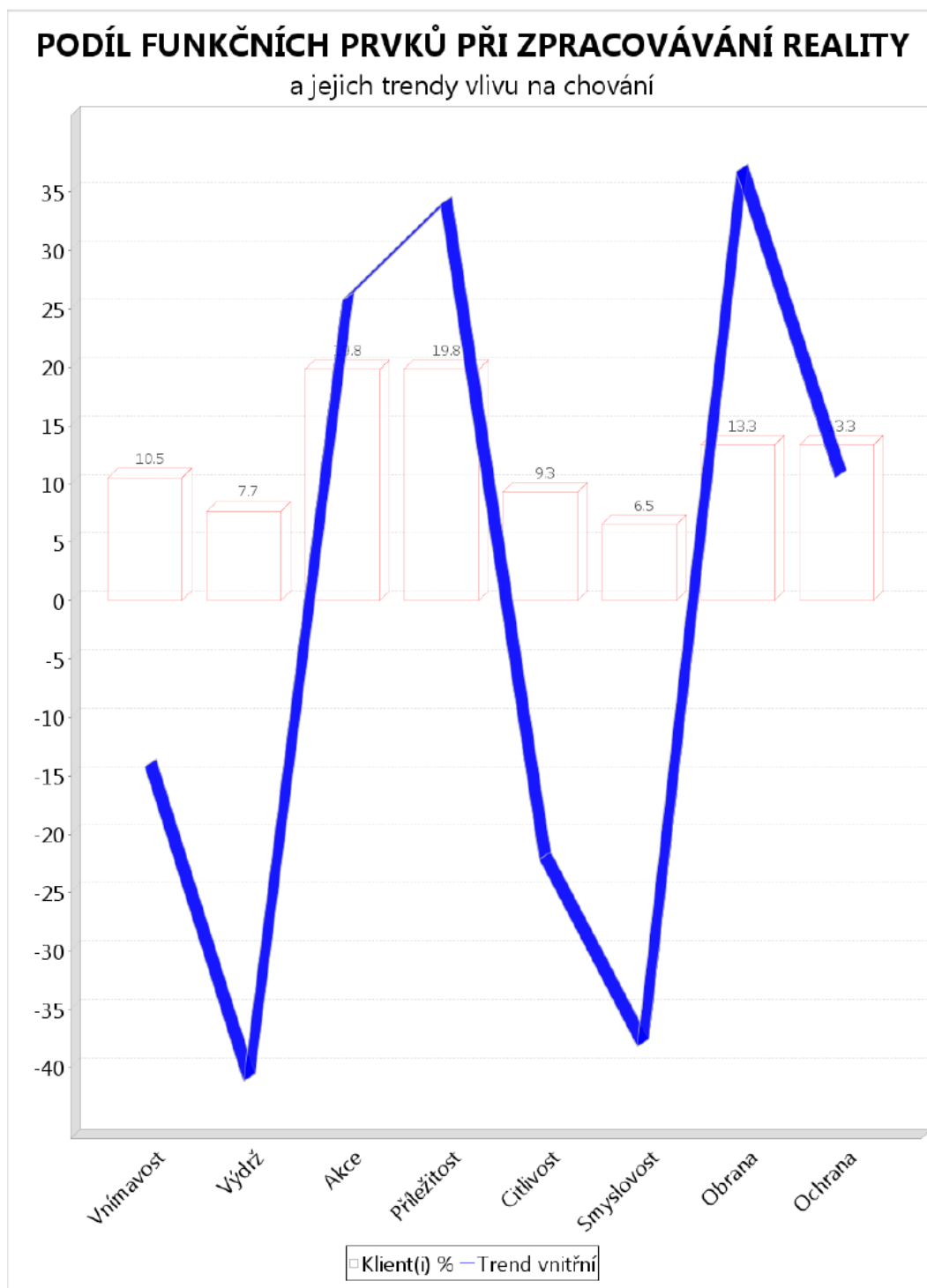
Graf kvality konstruktivních forem chování



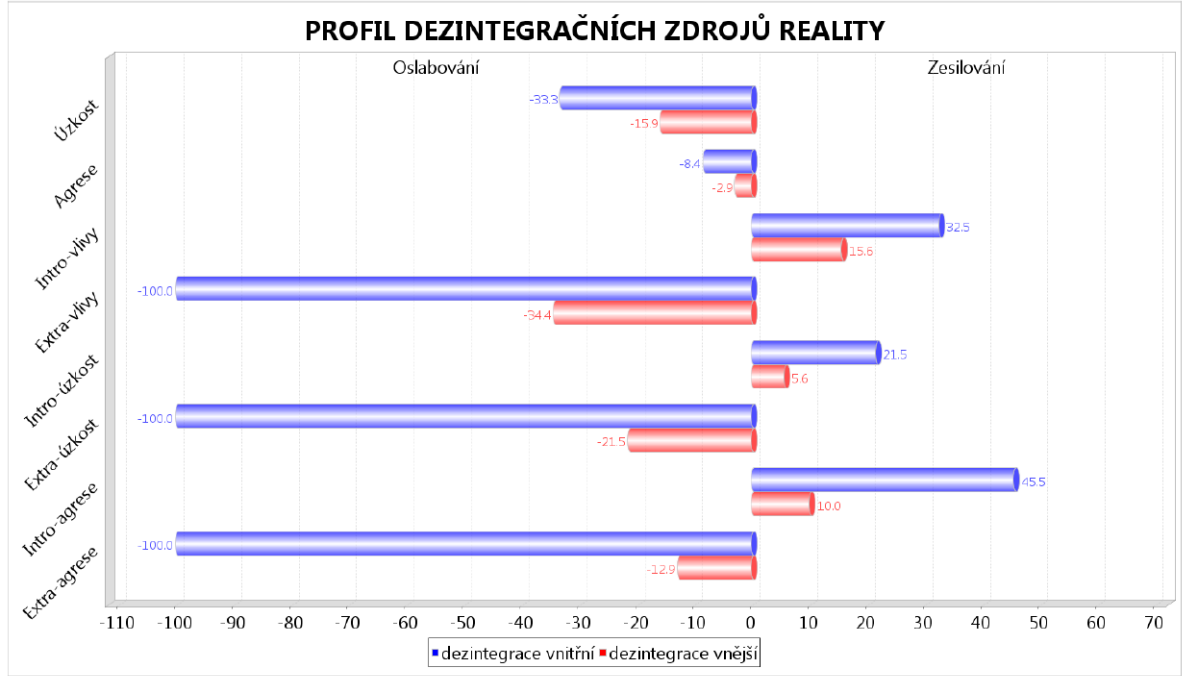
Graf psychické stimulace imunity



Graf priorit při zpracování reality



Graf primárních zdrojů dezintegrace vědomí



Graf primárních asociačních linií vědomí

