

Hynek Jůn

Moc, pomoc a bezmoc

v sociálních službách
a ve zdravotnictví

Agresivní chování, napadání ostatních klientů, útoky, které mohou vést i k těžkým zraněním, má řadu příčin. Nejčastěji je způsobeno handicapem, jindy ho může vyvolat chování lidí, kteří nejsou z principů kognitivně-behaviorální terapie, zejména zdravotní ošetřovatelé, vychovatelé a další lidé, kteří se snaží změnit chování, změnit svůj přístup tak, aby nevyvolávalo problémy svých klientů. „Problémové chování autar vzniká v kontextu vztahu pracovníků a klientů, což mu umožňuje vzniknout a profesionálních intervencí. Problémové chování není důsledkem nějaké diagnózy. Pracovníci jsou často zmatáni a bývá obtížný pro všechny zúčastněné. Klienti se snaží spolupracovat, ale spolu s pracovníky čelí výzvě zvládnout vztah. Teprve v tuto chvíli se můžeme zaměřit na řešení problému, při pojmenování a vlastním vzniku problémového chování.“
Mgr. Jan Šlosárek, vedoucí chráněného bydlení, Ústí nad Labem
Knihu ocení speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci pracující v zařízeních pro klienty s handicapem, pracovníci psychiatrických klinik (tzv. neklidových oddělení).

PhDr. Hynek Jůn, Ph.D., je předsedou organizace, která se zabývá kognitivně-behaviorální terapií problémového chování lidí s autismem a teologií a v rámci doktorandského studia se zabývá výzkumem problémového chování lidí s autismem a/nebo mentální retardací.

ISBN 978-80-7387-580-6



Hynek Jůn Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví

Hynek Jůn

Moc, pomo a bezmoc

v sociálních službách
a ve zdravotnictví

Strategie práce s klienty,
konkrétní scénáře



Jůn, Hynek

Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách
a ve zdravotnictví / Hynek Jůn. – Vyd. 1. – Praha : Portál, 2010. – 144 s.
ISBN 978-80-7367-590-5 (brož.)

364-7 * 614.2 * 616.89-008.447 * 364-4 * 364-787 * 316.462 *

[615.851:165.194]:364-785.62

- sociální služby
- zdravotnictví
- poruchy chování
- pomáhající profese
- pomáhající chování
- moc
- kognitivně-behaviorální terapie
- příručky
- případové studie

364-1/-7 - Druhy sociální pomoci a služeb [18]

Kniha byla vydána za podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky.

© Hynek Jůn, 2010

© Portál, s. r. o., Praha 2010

ISBN 978-80-7367-590-5

Obsah

| | |
|--|----|
| Slovo úvodem..... | 9 |
| Úvod | 11 |
| Co je problémové chování..... | 15 |
| Příklady problémového chování..... | 16 |
| Co mohu proti problémovému chování dělat..... | 19 |
| Příklad použití uceleného terapeutického přístupu | 21 |
| Terapie personálu | 27 |
| Terapie organizace..... | 28 |
| Možnosti personálu v případě fyzické agrese | 29 |
| Co dělat v případě fyzického napadení..... | 45 |
| Prevence, terapeutické následky a krizové následky..... | 51 |
| Kognitivní události, kognitivní procesy, kognitivní schémata | 59 |
| Vyhodnocování situace | 61 |

| | |
|---|------------|
| Účty v sociálních a zdravotnických službách..... | 71 |
| Efekt pořadí | 71 |
| Jak ovlivňuje efekt pořadí myšlení a následné chování personálu | 75 |
| Co může personál proti „efektu pořadí“ dělat | 76 |
| Základní atribuční chyba | 77 |
| Jak ovlivňuje základní atribuční chyba myšlení a následné chování personálu..... | 77 |
| Co může personál proti „základní atribuční chybě“ dělat | 79 |
| věr | 117 |
| Úloha | 118 |
| Dana: záznam konzultace | 118 |
| Tomáš: záznam konzultace | 123 |
| Závěrečný kviz | 125 |
| Použitá literatura | 140 |
| Doporučená literatura | 140 |
| Občanská sdružení pomáhající lidem s autismem | 140 |
| Zdravotnická zařízení | 141 |

Motto:

*„Úlohou personálu je
být průvodcem klienta jeho incidentem
spíše než původcem incidentu.“*

Slovo úvodem

Autor v knize zpracoval téma, kterému se dlouhodobě a do hloubky věnuje. Využil svých mnohaletých zkušeností lektora, terapeuta, supervizora a konzultanta v sociálních a zdravotnických službách. Vychází také z vlastní zkušenosti přímé práce s klienty sociálních služeb. Výsledkem je nesmírně inspirující pohled na situace, které pracovníci různých sociálních a zdravotnických služeb vyhodnocují jako „problémové“.

Takzvané problémové chování vnímá a popisuje v kontextu vztahu pracovníků a klientů, což mu umožňuje hledat nové možnosti práce a profesionálních intervencí. Problémové chování již není pouhým důsledkem nějaké diagnózy. Pracovníci jsou vnímáni jako aktivní součást vztahu, který bývá obtížný pro všechny zúčastněné. Klienti tak nejsou nositeli problému, ale spolu s pracovníky čelí výzvě zvládnout vzájemně soužití co nejlépe. Teprve v tuto chvíli se můžeme zaměřit na úlohu personálu a organizace při pojmenování a vlastním vzniku „problémového chování“. Můžeme sledovat možnosti ovlivňování kontextu a vztahu, ve kterém se toto chování objevuje. Můžeme systematicky měnit to, co opravdu nejlépe měnit můžeme – přístup pracovníků a prostředí, které organizace vytváří.

Hynek Jůn zúročil nejen zázemí kognitivně-behaviorální terapie pro popsání mnohých zákonitostí ovlivňujících lidské chování a vnímání, ale přichází i s vlastními autorskými postřehy ke zpracovanému tématu (např. model prů-

řku incidentu fyzické agrese či rozpustování mýtů v sociálních a zdravotnických službách). Čtenář se však nemusí obávat vědeckého, odborného, teoretického přístupu, který předpokládá specifické vzdělání či výcvik. Autor touží techny kapitoly a důležité oddíly bohatě ilustruje na množství příkladů a příběhů ze své praxe. Můžeme tak nahlédnout do různých reálných situací, kterým se účastní pracovníci sociálních i zdravotnických služeb, i rodiče při výchově svých dětí. Případná teorie je vždy srozumitelně doplněna a dokreslena. Dostává se nám tak čtivého textu, který rozhodně uspokojí autorův smysl pro humor tolik důležitý pro zdravou a lidskou orientaci v popisovaných příkladech.

V příloze knihy nalezneme také dvě kasusovky dokumentující teoretické postupy v knize obsažené a zajímavý kvíz, pro který doporučuji vyčlenit přibližně půl hodinu. Pokud vás neodradí nechuť k nejrůznějším testům, může vám kvíz umožnit projít malou zkušeností se sebou samým.

Kniha bude jistě velkým obohacením pro všechny, kdo hledají způsoby, jak zvládnout výzvy vlastní profese a role. Jsem si jistý, že ji ocení jak zmiňovaní pracovníci nejrůznějších služeb, tak supervizoři, terapeuti a konzultanti, kteří s nimi pracují, ale i rodiče.

Pro mne osobně byla kniha a diskuse s autorem důležitá pro další reflexi vlastní bezmoci, která je nedílnou součástí role pracovníka v pomáhající profesi. Moc, kterou se učíme používat v práci s klienty, má své hranice stejně jako odpovědnost, kterou na sebe bereme. Autor knihu uzavírá myšlenkou, že „přírodní bezmoc může být ve spoustě situací pro myšlení personálu osvobozující“, dodává, že v tomto případě nemusíme mluvit „o rezignaci, ale pouze o stálém stavu reálného...“

Mgr. Jan Šlosárek
vedoucí chráněného bydlení společnosti Duha

Úvod

„Satva. Ježíš vystoupil z lodi, vyšel proti němu z hrobů člověk posedlý nečistým duchem. Ten bydlél v hrobech a nikdo ho nedokázal spoutat už ani řetězy. Často už ho spoutali okovy i řetězy, ale on řetězy ze sebe vždy strhal a okovy rozlámával. Nikdo neměl sílu ho zkrátit. A stále v noci i ve dne křičel mezi hroby a na horách a bil do sebe kamením.“

Marek, 5,2-5

Lidé se odjakživa setkávali s osobami s problémovým chováním, které se u nich vyskytovalo jakoby „z ničeho nic“. Protože jejich chování nerozuměli a báli se ho, snažili se takovéto chování pochopit. Často si ho vysvětlovali jako důsledek určitého mystického prožitku, a to jak pozitivního (pět měsíců sedí pouze na jednom místě a nemluví – je to světec; upadl do vytržení Duchem svatým – je to mystik...), tak i negativního (tloukl se – byl posedlý nečistým duchem...). I když jsme se v dnešní západní kultuře posunuli v postojích od mystických výkladů výskytu problémového chování k diagnostikování podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (pět měsíců sedí na jednom místě a nemluví – F20.2 neboli katatonní schizofrenie; upadl do vytržení Duchem svatým – G40.2 neboli epilepsie; byl posedlý nečistým duchem v okovech – F84.0 neboli dětský autismus...), jedno nám s dřívějšími generacemi zůstalo společné. Stojíme-li tvář v tvář problémovému chování, jsme skoro stále stejně bezmocní, jako byli oni,

ále stejně čekáme na nějaký zázrak, který však bohužel často stále stejně přichází...

V této knize jsem psal o tom, co můžeme dělat, pokud zázrak nepřichází a musíme žít s lidmi, kteří se chovají problémově. Často se snažíme o hleď polovičatých a někdy až „upatlaných“ postupů, zažíváme bezmoc a zjišťujeme, že ideální a jednoduché terapeutické rady nefungují.

Lidé s problémovým chováním v zařízeních sociálního nebo zdravotnického mají velmi často **společný** jeden prvek svého jednání. Snaží se nás svým chováním ovládat, pokoušejí se personál někam tlačit a stále s ním manipulují. Pokud se personál chová přesně tak, jak chtějí, jsou tito lidé často spokojeni a jsou v pohodě. My, tedy personál, však máme úplně stejný cíl. Pokud se naši klienti chovají přesně tak, jak my chceme, jsme také velmi spokojeni a cítíme se v pohodě. Tento zájem tak nemají společný pouze klienti s problémovým chováním, ale **spojuje** klienty s personálem. Vycházíme tedy ze stejných východisek – naši klienti, každý však používáme jiné „zbraně“.

Klienti si mohou beztrestně dovolit sociálně nepřijatelné chování, které by dravé populaci bez trestu neprošlo (mohou v ústavu beztrestně krást a bít personál, aniž by se cokoli oznámilo na policii), my si zase můžeme dovolit žít moc, kterou máme nad klientem a jeho životem (rozhodujeme o tom, kam, kde a jak bude žít, koho uvidí nebo neuvidí, co bude a nebude jíst, kam odejde a kam už ne). V této knize se snažím najít alespoň částečnou rovnováhu mezi klienty a personálem, pokouším se najít kompromis, ze kterého – již žádní podstaty kompromisu – obě strany neodcházejí plně uspokojeny, ale v částečné nepohodě. Není to však výrazná nepohoda, která by se neslučovala se samotným soužitím, je to nepohoda přiměřená a normální, která sice částečně vylučuje vlastní soužití personálu a klientů, ale nevylučuje ho.

Knihy *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví* se také věnuje bojovním východiskům, která jsou blízka několika bodům kodexu samurajů. **Bojovníci** byli celý život vedeni k tomu, že důležité je **umění zvládnutí boje**. **Je důležité vyhrát, ale zvládnout vítězství i vlastní porážku.** Velmi často je východiskem personálu pro posuzování vztahu „vyhrál–prohrál“ („Když mu dovolíme, aby si neuklízěl, tak vyhrál a my to musíme uklidit za něj“...). I když je to velmi zkreslený výklad toho, co se mezi námi a klienty v pobytových službách odehrává, a jistě ne vždy atmosféru vnímáme právě takto, často se tomuto chování neubráníme. A pokud náš vztah v konkrétní situaci již takto vyhodnotíme, je důležité nenechat se myšlenkově strhnout k výkladu, že pouze pro nás naši vůle vůči klientovi je výhra a úspěch. Úspěchem je totiž zvládnutí situace, ať už dopadne jakkoli...

Text jsem doprovodil několika případy z vlastní terapeutické praxe. Příběhy jsou pravdivé a odehrávaly se převážně v ústavech sociální péče a v léčebnách v posledních deseti letech. Jména účastníků a místa jsou samozřejmě změněna.

V knize se také na několika místech objevují vulgární výrazy. Jejich použití zde však není samoúčelné, velmi často se totiž objevují v myšlení personálu. Vulgární výrazy následně v personálu vyvolávají výrazně silnější emoce, než jaké prožívá personál, v jehož myšlení se vulgární výrazy neobjevují. Vzhledem k tomu, že se zde budeme zabývat konkrétními vztahy mezi myšlením personálu, jeho chováním a emočním prožíváním, přišlo mi jejich použití pro nezkrácení situací důležité.

Často budu psát o „terapeutickém procesu“, „terapeutických scénářích“ nebo o „terapii klienta“. Nemíním zde nějakou „vyšší terapii“, která se provádí jednou týdně až měsíčně u vyškolených terapeutů s jakýmkoli terapeutickým směrem (KBT, systemická terapie, psychoanalýza, arteterapie aj.), ale myslím zde každodenní profesionální snahu personálu v přímé péči (s terapeutickým výcvikem i bez něj) o změnu chování klienta k lepšímu. Tato kniha, i když často mluví o terapii, tak není určena pouze terapeutům v užším slova smyslu, ale všem, kdo podporují lidi s handicapem nebo se o ně starají jinak.

Na závěr chci velmi poděkovat personálu v sociálních a zdravotnických službách, jenž je pro mě na supervizích v jejich zařízeních bezendou studnicí informací a který velmi často odvádí skvělou práci s klienty. Osobně chci poděkovat svým přátelům a kolegům Kateřině Balické a Janu Šlosárkovi, kteří mi velmi pomohli a neustále pomáhají utvářet si názor ohledně postoje personálu vůči klientům. Chci také poděkovat Kateřině Thorové, Magdaleně Čáslavské a Věře Čadilové za stále příjemnou spolupráci. Děkuji také své ženě Petře, která při nervózním dopisování této knihy během prvních týdnů života našeho syna Matyáše prokázala nemalou dávku tolerance. Děkuji vám všem.

PbDr. Hyněk Jůn, Ph.D.

KBT terapeut

APLA Praha, Střední Čechy, o. s.

Co je problémové chování

Existuje nějaké chování, které by bylo v sociálních či zdravotnických službách vždy a za všech okolností problémové? Existuje vůbec nějaké chování, které by bylo vždy a za všech okolností problémové? Kdo vlastně určuje, co je problémové chování a co již nikoli? A na základě čeho se tak děje? Ovlivňují nějak naše zkušenosti a postoje vyhodnocování chování klientů, nebo je chování klientů možné škatulkovat na „problémové“ a „neproblémové“ podle nějakých objektivních měřítek bez subjektivního hodnocení toho, kdo chování vyhodnocuje?

Vyhodnocování a následně návrhy terapeutických postupů u problémového chování jsou výrazně ovlivňovány postoji personálu, který chování hodnotí. Postoje personálu ke své práci (co se ode mě v sociálních nebo zdravotnických službách vlastně očekává?) a ke klientům (s kým pracuji?) často ovlivňují přímo nejen chování personálu vůči klientům, ale i samotné chování klientů. Vždyť prvním, kdo určuje, zda se klient chová problémově, či nikoli, je právě personál v přímé péči. Neexistuje totiž žádné univerzální problémové chování, které by bylo za všech okolností problémové. Agresivní chování může být v řadě případů i chováním pozitivním (při boxu, ve válce při zatlačení nepřítele, bráníme-li se při přepadení aj.). S jistou mírou nadsázky se tak dá říci, že kde není personál, není ve většině případů ani problémový klient, protože jeho „problémovost“ prostě nemá kdo vyhodnotit.

Existuje několik definic problémového chování. My se blíže podíváme na tři z nich a ukážeme si, jak je u nich postoj personálu nesmírně důležitý. První definice se často používá v odborné literatuře a jejím autorem je Eric Emerson, britský odborník zabývající se problémovým chováním. Emerson říká, že „**problémové chování je takové chování, které se svou intenzitou, cvencí nebo dobou trvání natolik odlišuje od běžné společenské normy, může vážně ohrozit fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých**“ (Emerson 3). V roce 1995 Emerson definici rozšířil o tvrzení, že „**problémové chování je být i takové, které může vážně ohrozit zapojení člověka do komunity, které žije**“.

Z této definice jasně vyplývá, že o problémovosti chování rozhoduje převážně ná společenská norma“ a „komunita“. Neexistuje tu žádný výčet konkrétních ladů chování klientů, které nazýváme problémovými. Je tu zmíněna pouze gorie chování, která vzniká v hlavách konkrétních lidí „z druhého břehu“ sonál, společnost, komunita). Pokud se bude měnit náhled komunity nebo nění společenská norma, bude se podle této definice měnit i samotný výskyt problémového chování.

Jednoduše tento fenomén můžeme vidět při užití druhé definice problémého chování, která tvrdí, že „**problémové chování je jakékoli chování, které onál vyhodnocuje jako problémové**“. Tento zdánlivě jednoduchý výrok je zálních i zdravotnických službách vysoce pravdivý.

Příklady problémového chování

Klient Karel, muž s lehkou mentální retardací, nadával sprostě klientům za to, že e na něj dívají a že mu překázejí. Klienti pak byli na Karla naštvaní a personál také. Pte co se klient přestěhoval do chráněného bytu, v němž bydlel se dvěma muži, eří měli vadu sluchu, se jeho nadávání výrazně zmírnilo (méně „třecích ploch“ bytě se dvěma spolubydlíci než v DOZP s osmi spolubydlíci), a pokud se rskytlo, tak ho personál ani klienti nehodnotili jako problémové (spolubydlíci adávky neslyšeli a nereagovali na ně, a personálu nevadily, protože nebyly adre-vány jemu a nespouštěly následné problémové chování skupiny).

Klientka Ludmila s těžkou mentální retardací se často točila dokola s roztaženými kama a mnohdy tak někoho uhodila. Personál se snažil Ludmilu zastavit, to však

nejednou vedlo k jejímu sebezraňování, protože byla frustrovaná z předčasné ukončeného rituálního chování. Poté co ji vždy, když se začala točit, personál pře-vedl do jejího pokoje, kde se mohla točit o samotě, přestal její točení personál vyhodnocovat jako problémové, i když dál přetrvávalo v repertoáru Ludmiliných volnočasových aktivit.

Klient Roman se středně těžkou mentální retardací sprostě nadával personálu za to, že jsou „kreténi, protože ho nechtějí pustit za matkou“. Matka však o Romana nejevila zájem a personál si nadávky bral osobně; zaměstnanci je chápali jako projev nespravedlnosti. Na základě toho nechtěli s klientem dále pracovat. Poté co se změnila směna a s klientem začala pracovat kolegyně, která si nadávky ne-brala osobně, přestal personál chápat nadávky jako problémové, aniž se snížil jejich výskyt (Roman nadále nejezdil za matkou, protože ta o něj stále nejevila zájem).

Třetí definice říká, že „**problémové chování je takové chování, které není nor-mální**“. Z této definice, která volně vychází z první definice od Emersona, opět můžeme jasně vyčíst, že o tom, co problémové chování, je či nikoli, nerozhoduje vlastní repertoár chování klienta, ale personál, který klientův repertoár chování vyhodnocuje.

Klient Bohumil s lehkou mentální retardací bydlel v církevním zařízení, kde byl nespokojen se spolubydlíci. V ÚSP pracovaly řádové sestry; jejich práce byla velmi kvalitní. Bohumil nebyl spokojen s chováním spolubydlíci, a proto často křel. Jeho chování personál hodnotil jako problémové a trestal je. Tento stav trval do té doby, než se v ÚSP změnil zřizovatel a řádové sestry nahradil personál sekulární. Vlastní klení sice nezmizelo (z Bohumilova pohledu nezmizel důvod, bydlel se stále stejnými spolubydlíci), ale personál je již nehodnotil jako pro-blémové.

Personál ve svém myšlení a vyhodnocování problémovosti chování používá často poslední zmíněnou definici. Každý z personálu má však různou představu normality. Proto se obvykle stává, že personál stejnou situaci s klientem vyhod-nocuje různě. V níže uvedené tabulce si ukážeme různá pojetí normality i s pří-klady normálního chování (a z pohledu personálu podle výše uvedené definice i hodnoceného jako vhodné) a nenormálního chování (personálem hodnoce-ného jako problémové) ze života lidí v DOZP.

| Pojetí normality | Praktický význam | Příklad normálního chování | Příklad nenormálního chování |
|------------------|---|---|--|
| veřejnosti | Normální je to, co je v obecné populaci běžné, průměrné, nejčastěji frekventované. | Nemluvíci dospělý klient s mentální retardací udá, že ve chvíli, kdy chce při obědi dostat přidáno a personál mu v přidávku zabránil, protože by klient měl z důvodu nadváhy držet dietu. | Nemluvíci dospělý klient s mentální retardací je fyzicky agresivní ve chvíli, kdy chce dostat přidáno a personál mu v přidávku zabránil, protože by klient měl z důvodu nadváhy držet dietu. |
| dravosti | Normální je to, co odpovídá naplnění definice pojmu zdraví. | Normální je personál. | Nenormální jsou klienti. |
| vnitřní | Normální je to, co u člověka vyvolává spíše nároky každého člověka smílivě tolerovat, snášet. | Nemluvíci dospělý klient s mentální retardací je fyzicky agresivní ve chvíli, kdy chce při obědi dostat přidáno. Personál mu v přidávku zabránil, protože by klient měl z důvodu nadváhy držet dietu. | Nemluvíci dospělý klient s mentální retardací je fyzicky agresivní ve chvíli, kdy chce dostat přidáno a personál mu v přidávku zabránil, protože by klient měl z důvodu nadváhy držet dietu. |
| společnosti | Normální je to, co je za normálního považováno společenskou veřejností. | Ve Slovensku je normální, že dospělý klient, který má sexuální potřeby, má nárok na služby sexuální asistentky (až ve věku 18 měsíců přezena pojistovnou). | Ve České republice není normální (a zákon o sexuálních službách nezakládá nárok na pojistovnu). |
| realit | Mění se normální, se stává přibližně k ideální představě, v ideální podobě (ve vztahu k ideální bibliotéce, k desce). | Normální je nevyžádání sexuálních služebních potřeb v pojistovnu, protože jde o sávk bez jistoty a vztahu. | Není normální, že dospělý klient, který má sexuální potřeby, má nárok na služby sexuální asistentky (až ve věku 18 měsíců přezena pojistovnou). |
| skupinové | Normální jsou pravidla určité sociální skupiny. | Ve skupině je normální, že když hlasitě poslechujeme hudbu, můžeme slyšet samy jen ty hlasiny, když slyšíme samy jen ty. | Ve skupině není normální, když hlasitě poslechujeme hudbu, můžeme slyšet samy jen ty hlasiny, když slyšíme samy jen ty. |
| individuální | Každý člověk má vlastní rámec normy. | Ve skupině je normální, že když hlasitě poslechujeme hudbu, můžeme slyšet samy jen ty hlasiny, když slyšíme samy jen ty. | Ve skupině není normální, když hlasitě poslechujeme hudbu, můžeme slyšet samy jen ty hlasiny, když slyšíme samy jen ty. |

Z výše uvedené tabulky plyne, že určité chování může někdo vnímat jako normální a jiný jako nenormální. Rozdílnost nespočívá ve vlastním chování klienta, ale v tom, že každý z personálu vnímá normalitu jinak. (Příklady pojetí normality a praktického významu převzaty z knihy *Speciální pedagogika*, J. Slowik, Grada 2007.)

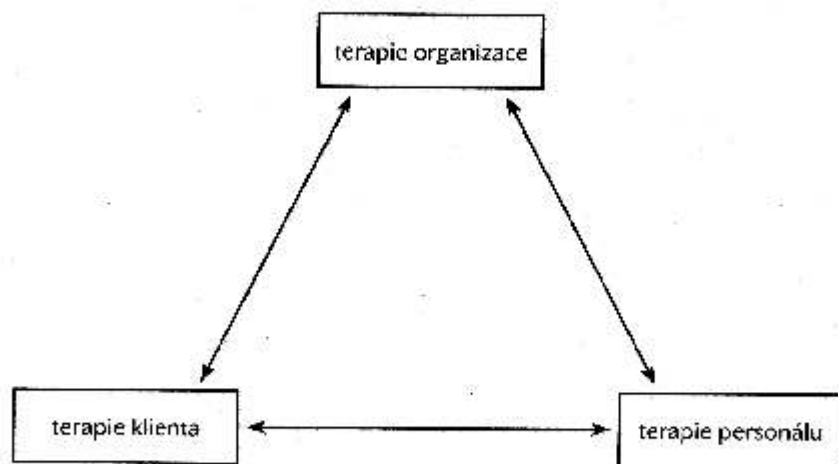
Co mohu proti problémovému chování dělat

Obecně se personál snaží terapii koncipovat vždy tak, aby klient změnil své chování, které je vyhodnocováno jako problémové. Cílem uvažování bude, jak klienta motivovat ke vhodnému chování, čím ho trestat ve chvíli, kdy se bude chovat problémově, a jak ho přesvědčit, že je v jeho zájmu své chování změnit. Terapie je tak v mysli personálu často jednosměrně cílená pouze na klienta.

Již dříve jsme si však ukázali, jak jsou důležité postoje personálu k chování klienta. V určitých případech problémové chování mizí změnou postoje personálu tak, že se sice dále vyskytuje v repertoáru dovedností klienta, ale nikdo ho už neoznačuje jako problémové. Personál se také v dobré víře často snaží ovlivňovat chování klienta i v oblastech, kde mu to již nepřísluší. Tento zvýšený tlak na klienta může spouštět agresivní chování, se kterým se pak personál musí potýkat. Často tak změna chování personálu může vést k následné změně chování klienta. Terapie je proto zaměřena na klienta a na personál.

Aby však mohl personál své změny praktikovat, potřebuje pomoc vlastní organizace (změna interních směrnic tak, abych se jako personál cítil bezpečněji a zároveň měl kompetence ke změnám v životě klientů, lepší pojištění, navýšení počtu personálu, objednání supervize chování klientů aj.). V uceleném terapeutickém přístupu jsme tedy zaměřeni na klienta, na personál i na organizaci.

UCELENÝ TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP



Při našem terapeutickém snažení tak máme tři směry, kterými bychom se měli společně ubírat.

Terapie klienta: Jak motivovat klienta ke změně? Jak ho odměňovat a jak případně trestat?

Terapie personálu: Jak změnit naše chování tak, abychom nezavdávali příčinu k problémovému chování klientů? Opravdu se klient může chovat i jinak? Není jeho chování maximem, co mu jeho handicap a organizace, ve které žije, dovolí?

Terapie organizace: Jak změnit naši organizaci tak, aby lépe vyhovovala požadavkům klientů? Jak změnit naši organizaci tak, aby se v ní personál cítil lépe a jistěji?

Intuitivně cítíme, že nejdůležitější částí, které bychom měli věnovat nejvíce energie a kterou bychom měli v terapeutickém procesu začít, je terapie klienta. V praxi by ale měla být terapie klienta až na posledním, třetím místě! Proč?

Klient totiž v drtivé většině případů vstupuje do terapeutického procesu nedobrovolně a mnohdy i proti své vůli!

Ve většině terapeutické literatury jakéhokoli směru se dočteme, že nemůžeme vstupovat do terapeutického procesu proti vůli dospělého jedince. Za prvé tu jde o etický problém, protože se snažíme měnit chování člověka, aniž by on sám změnu chtěl, za druhé se nesouhlasem s terapií jasně snižuje pravděpodobnost úspěšnosti terapie. V současné době se proti vůli klienta terapeuticky pracuje u:

- lidí se soudem nařízenou ochrannou léčbou,
- dětí (zde je často zadavatelem zakázky rodič nebo škola, málokdy si dítě samo vyhledá psychologa, že zlobí a neví co samo se sebou),
- jinak bezmocných (lidé s mentálním handicapem, senioři v sociálních službách aj.).

Abychom mohli terapeuticky pracovat proti vůli klienta, musíme klienta zbavit jeho moci výběru a dostat ho do pozice bezmocného jedince. Celý tento proces mezi personálem a klientem se dělá vždy „v dobré víře“ a velmi často ve výsledku nevede ku prospěchu věci.

Příklad použití uceleného terapeutického přístupu

Popis problému

Tricetipětiletá Hana s těžkou mentální neradací a s autismem žije od svého dětství v DOZP. DOZP má velký oplocený pozemek, na kterém je bazén o rozměrech 2x2 metry. Hana ráda tráví svůj volný čas tím, že si hraje s vodou. Vlastní hra však často končí tím, že se Hana svlékne donaha a začne se na břehu polévat vodou z bazénku. Klientka má kvůli svému handicapu nulový pocit studu. Vzhledem k tomu, že DOZP se nachází uprostřed sídliště, toto její chování personál hodnotí jako problémové, zvláště pak po několika písemných stížnostech místních spoluobčanů zřizovateli.

Stávající postup personálu

Personál uvažuje, jak docílit toho, aby se klientka venku nesvlékala. Někdy se jim daří ženu pod pohrůžkou odvedení od bazénu přesvědčit, aby zůstala oblečená. Hana je z toho však často nervózní a svoji nervozitu dává najevo hlasitým křikem a kousáním se do ruky. Pokud se personálu nepodaří Hanu přesvědčit, snaží se ji odtáhnout zpět do budovy ústavu, což je asi 20 metrů od bazénku k odtážení je třeba dvou členů personálu. Hana nesouhlasí, svůj nesouhlas dává najevo hlasitým křikem. Pokud jsou přítomni dva členové personálu, nakonec

se po určitých peripetciích vždy zdaří Hanu od bazénu odvést. Pokud je však přítomen pouze jeden člen personálu, její odvedení je často nereálné, protože klientka má velkou sílu a jasně chce zůstat u bazénku. V těchto situacích (na směně přítomen pouze jeden člen personálu v přímé péči na skupinu) personál preventivně nepouští klientku k bazénku, protože by nezvládl její odvedení ve chvíli, kdy by se svlékla donaha.

Otázky personálu při supervizi

- Jak ženu naučit tomu, aby zůstala u bazénku vždy oblečená?
- Jak můžeme klientku motivovat k tomu, aby se oblékla?
- Čím můžeme třicetipětiletou klientku trestat tak, aby to bylo ještě eticky přijatelné a zároveň trest snižoval pravděpodobnost výskytu svlékání se v budoucnosti?
- Jak klientce vysvětlit, že se dospělí lidé na veřejnosti nesvlékají, když má těžkou formu autismu a mentální retardace? Jaký způsob alternativní komunikace zvolit, aby nám rozuměla?
- Jak máme klientku odvést nahou od bazénu ve chvíli, kdy nechce a je přítom přítomen pouze jeden člen personálu?
- Jak upravit plavky tak, aby je klientka nemohla ze sebe tak jednoduše sundat?
- Jak máme klientku zaměstnat v létě v budově, když ji nemůžeme pustit k bazénu ven?

Zde si můžeme všimnout, že se personál snaží v dobré víře řešit problém tak, aby klientka mohla využívat bazén. Zároveň uvažuje pouze o terapii klientky a tím se často dostává do bezmocného postavení. To si ostatně můžeme ukázat i na odpovědích na výše uvedené otázky...

Otázka

Jak Hanu naučit tomu, aby zůstala u bazénku vždy oblečená?

Odpověď

Proč se vlastně člověk nesvléká na veřejnosti ve chvíli, kdy je mu horko a svléknout by se chtěl? Zejména ze dvou důvodů: za prvé se člověk bojí sankce ze strany okolí (přivolání policie, výsměch a pohrdání aj.) a dále proto, že se stydí,

neboť má zažito pravidlo, že svlékat se na veřejnosti se nemá (tato norma je nás směrodatná, i když nehrozí bezprostřední sankce z okolí).

U zmíněné klientky nemůžeme z důvodu autismu a těžké mentální retardace počítat s pocitem studu, který odpovídá mentálnímu věku pěti až sedmi a výše. Pocitu studu nemůžeme ženu ani naučit, protože zde narážíme na vlnu podstatu autistického handicapu.

Sankce z okolí jsou logicky také nižší až nulové. Za prvé personál klientky před těmito sankcemi často chrání. Za druhé sankce postavené na sociálním cítění (výsměch, pohrdání aj.) nebude klientka kvůli svému autismu vnímat jako sankci a zásah policie nebo předvolání na stanici bude brát spíše jako vlnu a zpestření dne než jako trest. V terapii bychom museli použít motivační systémy ve chvíli, kdy je klientka oblečená, a trestající systémy ve chvíli, kdy je svléká. V rámci trestajících systémů jsou však ty metody, které by mohly být potenciálně terapeuticky úspěšné, z etických důvodů zakázané (a je to tak správně). Terapeuticky tak budeme v tomto bodě velmi málo úspěšní.

Otázka

Jak můžeme Hanu motivovat k obléknutí poté, co se svlékla?

Odpověď

Obecně platí, že máme tři druhy odměn, a to materiální, sociální a aktivní. Mezi materiální patří jídlo, pití, žetony, peníze aj. Mezi aktivní odměny patří koupání se, poslech hudby, skákání na trampolíně, procházku do muzea, návštěvu zoo aj. Mezi sociální patří například pohlazení nebo pochvala.

Hanu nebudou sociální odměny z důvodu autistického handicapu příliš motivovat. Aktivní odměny nebudou zase příliš funkční, protože je můžeme poskytnout až po příliš dlouhé době od vhodného chování. Hana například nejezdí autem. Kdybychom navrhli terapeutický postup tak, že za 30 minut, co se svlékne, pojedou po uplynutí dvou hodin autem na výlet, klientka kvůli svému mentálnímu handicapu neudrží tyto informace ve spojitosti (jednu věc, protože jsem se nesvlékala). Můžeme si sice pomoci tím, že by buď dostala nějaký předmět, který by symbolizoval jízdu autem v budoucnosti (např. figurku auta), nebo by se jelo ihned poté, co se vrátí od bazénu oblečená, v praxi jsou však tyto postupy nejen ve větších zařízeních obtížně zvládnutelné.

Jediné, co by tedy mohlo na danou klientku „placit“, jsou odměny materiální. Víme, že má ráda banánky v čokoládě. Mohli bychom uvažovat tak, že za každých pět minut, co bude oblečená, dostane banánek v čokoládě. Problém tč

motivačních systémů však často je, že se klient po určité chvíli odměn „přejí“ a odměny přestanou správně fungovat. Zároveň pokud je budeme dávat v delších časových rozestupech, klienti s těžšími stupni mentální retardace často nezvládnou udržet požadovanou informaci (za nesvléknutí dostávám banánky) ve své mysli. V našem případě to je však jediný možný motivační systém. Terapeuticky však nebudeme příliš úspěšní, protože Hana preferuje příjemný pocit z nahého těla před uspokojením z oblíbeného jídla.

Otázka

Čím můžeme Hanu, které je 35 let, trestat, aby to bylo ještě eticky přijatelné a zároveň trest snižoval pravděpodobnost výskytu svlékání se v budoucnosti?

Odpověď

Obecně v sociálních službách i zdravotnictví platí, že trest nesmí být bolestivý, musí být nepřijemný. Aby byl trest funkční, musí splňovat následující body:

- Trest musí být přímo úměrný fyzickému věku člověka (co můžeme použít u zdravého člověka stejného věku) a zároveň pochopitelný z pohledu mentálního věku člověka.
- Trest nesmí být bolestivý, musí být nepřijemný.
- Trest musí přijít od osoby, ke které má klient kladný citový vztah (nebo alespoň na jednu negativní interakci musí připadat deset pozitivních).
- Trest musí přijít okamžitě po nevhodném chování.
- Klient musí vědět, za co je trestán a jak v konkrétní situaci, ve které se choval nevhodně, vypadá vhodné alternativní nebo jiné chování.
- Trest musí být klientovi maximálně srozumitelný.
- Trest musí být používán po každém překročení domluvených hranic.

Jakmile není některý z těchto bodů splněn, trest přestává terapeuticky správně fungovat a vede k následným možnostem:

- Klient se sice přestane chovat problémově, ale za cenu výrazného zastrášení, úzkosti a těžké nepohody (v praxi více ztratíme, než získáme, odstraníme sice střípek, ale přibude nám mozaika dalších problémů).
- Klient se nepřestane chovat problémově, ale personál si uleví od své nepohody z chování klienta.

- Klient se nepřestane chovat problémově a personál má výčitky svědomí, že situaci terapeuticky nezvládl.

U jmenované klientky těžko splníme výše uvedené body, zvláště pak pravidlo, že trest musí být přímo úměrný fyzickému věku klienta a zároveň pochopitelný z pohledu jeho mentálního věku. Proto i zde budeme terapeuticky v podstatě neúspěšní.

Otázka

Jak máme klientce vysvětlit, že se dospělí lidé na veřejnosti nesvlékají, když má těžkou formu autismu a mentální retardace? Jaký způsob alternativní komunikace zvolit, aby nám Hana rozuměla?

Odpověď

V Hanině dětství a dospívání se s ní bohužel nepracovalo na nácviku alternativní a augmentativní komunikace. Stalo se tak proto, že byla osvobozena od školní docházky, a dále z důvodu jejího velmi těžkého mentálního handicapu a nechutí spolupracovat, která plyne z jejího autistického handicapu. V současné době je její komunikace na úrovni výměnného systému. Když chce například napít, donese si komunikační hrníček, který symbolizuje tuto potřebu, a od personálu dostane skutečný nápoj. Tato její schopnost se ale nedá využít v případě, kdy s ní chceme komunikovat o problematice jejího svlékání se před bazénem. I zde budeme – bohužel – terapeuticky neúspěšní.

Otázka

Jak máme klientku odvést nahou od bazénu ve chvíli, kdy sama nechce odejít a je přítom přítomen pouze jeden člen personálu?

Odpověď

Pokud nechceme v sociálních službách a zdravotnictví používat různé chvaty, které umocňují autoritu personálu prostřednictvím klientovy bolesti (různé páky aj.), a zároveň má personál přibližně stejnou tělesnou konstituci jako klient, tak bude naše snaha odvést klienta proti jeho vůli pouze v jedné osobě často neúspěšná.

Otázka

Jak upravit plavky tak, aby je klientka ze sebe nemohla tak jednoduše sundat?

Odpověď

I když je Hana postižena těžkou mentální retardací a autismem, její hrubá i jemná motorika jsou na relativně dobré úrovni. Její fyzická síla odpovídá síle stejně staré zdravé ženy. Hana sice neumí rozepnout knoflíky, vzhledem ke své síle a k absenci pocitu studu však dokáže jakékoli oblečení po určité době roztrhat, takže i při úpravě plavek, které by odolaly klientčinu přání se jich zbavit, budeme neúspěšní.

Otázka

Jak máme klientku v létě zabavit v budově, když ji nemůžeme pustit k bazénu ven?

Odpověď

Z důvodu Haniny těžké mentální retardace a autismu bude vždy **nesnadné** zabavit ji v prostředí, které je smyslově obecně stabilní. Mnoho lidí s těžkým stupněm mentálního handicapu se zabaví převážně prostřednictvím svých smyslů (zrak, sluch, čich, chuť, hmat). Venkovní prostředí je vždy **podnětější** než vnitřní prostředí budovy (vítr občas foukne do obličeje, přelétne pták, brouk leze po zemi, lidé a auta jezdí kolem, padá listí, mraky zakrývají a odkrývají slunce, jsou cítit různé vůně, mohou chodit bosý po trávě, po písku a po cestě aj.). Uvnitř domu můžeme pro Hanu vymyslet několik úkolů týkajících se sebeobsluhy a vycházejících z pravidel strukturovaného učení, nicméně tyto úlohy bude mít klientka splněné během několika minut. Pak bude pravidelně následovat několikahodinový prostoj, ve kterém se Hana zabaví vždy lépe venku než uvnitř. V budově se Hana zabaví kývavými pohyby a sledováním skupiny ostatních spolubydlících klientek, nicméně po určité době se začne vždy nudit a poté se začne chovat autoagresivně (křičí a kouše se do ruky nebo bije do hlavy). Venku k tomuto chování dochází minimálně. Kvůli Haninu velmi těžkému mentálnímu handicapu tak budeme při návrzích aktivit uvnitř budovy terapeuticky málo úspěšní.

Pokud budeme o řešení daného problému uvažovat pouze na úrovni **klientovy terapie**, nemůžeme být ve své práci úspěšní a stáváme se nutně bezmocnými. Nabízí se nám však ještě možnost **terapie personálu a terapie organizace**. Jak tyto postupy využít, si ukážeme v následujícím textu...

Terapie personálu

Co přesně je problémové na Hanině chování? Je to její nahota u bazénu? Je nahota před personálem? Její nahota před klienty? Její nahota před okolními spoluobčany? Její vlastní hra s vodou? Komu to vlastně vadí? Kdo tím získává a kdo tím trpí? Koho to pohoršuje?

Pokud si zodpovědně odpovíme na výše uvedené otázky, zjistíme, že problém není v tom, že se *žena svléká u bazénu* (spousta lidí se na nudistických plážích nebo v soukromí svléká u bazénu), ale v tom, že se *svléká u bazénu v nevhodném prostředí (uprostřed sídliště)*.

Tato změna postoje může v terapeutických úvahách vést k posunu od zadání „Jak mám Hanu přesvědčit, aby se u bazénu nesvlékala?“ k zadání „Jak mám zabezpečit bazén, aby na něj nebylo vidět?“. V Hanině případě její nahota vadí pouze spoluobčanům v okolních domech, ostatní klienti využívají bazén v jiných hodinách a personál klientčina nahota nepohoršuje.

Jakmile si změním zadání do této podoby, stáváme se jako personál mnohem bližším v hledání řešení. V našem případě se nabízí pořízení bambusového paravánu, který je vysoký 2,2 metru a kryje bazén tak, že na něj není vidět z domů v okolí.

Tím jsme vyřešili problém, který vzniká přímo u bazénu, zůstává nám však ještě **nesnáž** s přesunem nahé klientky od bazénu do budovy ústavu ve chvíli, kdy se sama rozhodne odejít od bazénu. Hana má připravený župan u východu z bambusového paravánu, ale sama si ho na sebe nevezme. Proto je v blízkosti paravánu vždy někdo z personálu (uení nutný přímý dohled u bazénu ze zkušenosti víme, že samostatný pobyt u bazénu představuje v daném případě přiměřené riziko). Pokud se Hana rozhodne odejít nahá, personál přispěchá k východu a snaží se pro přechod do budovy obléknout Hanu do županu. Župan je vhodný z toho důvodu, že se do něj klientka může obléci snadněji než do svlečených plavek, které jsou navíc mokré.

Ideální by samozřejmě bylo, kdyby se personálu vždy podařilo Hanu obléknout. Není to však v jeho silách. Výše uvedeným postupem se podaří, že přibližně v sedmi z deseti případů Hana odchází od bazénu v županu. Ve zbývajících třech případech buď personál k Haně nestihne doběhnout a klientka sama přeběhne do budovy nahá, nebo si Hana nechce župan obléknout. V těchto třech případech dojde ke střetu práv a my se musíme rozhodnout, které je z našich pohledů důležitější.

Pokud Hana bude přebíhat v těchto případech nahá, tak:

- Hanino právo *svobody pohybu* je na několik hodin naplněno,
- právo spoluobčanů *nebýt pohoršováni* jim je na několik sekund odepřeno.

Pokud Hanu preventivně nebudeme pouštět k bazénu, a ona tedy nebude moci přebíhat nahá po zahradě, tak:

- Hanino právo *svobody pohybu* jí je na několik hodin denně odepřeno,
- právo spoluobčanů *nebýt pohoršováni* je naplněno.

Vzhledem k tomu, že k základním lidským právům patří také nemezování pohybu, rozhodujeme se pro menší zlo a tím je situace, že přibližně jednou týdně na několik sekund budou lidé z okolních domů možná pohoršeni, za to získáváme Haninu spokojenost a naplnění jejího základního lidského práva svobody pohybu v maximálně možné míře, kterou jí její handicap dovoluje.

Terapie organizace

Po těchto rozhodnutích nastupuje terapie organizace, která v našem případě spočívá pouze ve dvou krocích. Jedním je nákup paravánu a dalším je písemně popsání stětu Haniných práv s právy občanů z okolí a jeho následné vyhodnocení v Hanin prospěch. V tomto popisu je jasně popsáno, co dělá zařízení pro minimalizaci pobytu nahé Hany na očích veřejnosti (paraván, župan, personál poblíž aj.). Zároveň je zde také jasně napsáno, že pokud nechceme porušovat právo svobody pohybu více, než je nutné, budeme vždy mluvit o *minimalizaci* pobytu nahé Hany na veřejnosti, *ne o eliminaci*. Jakmile bychom se v našem uvažování pustili na tenký led stoprocentní eliminace problémového chování, s největší pravděpodobností bychom museli dojít k závěru, že Hana bude mít bazén zakázaný. Zákaz však vždy plodí zákaz. Pokud Haně zakážeme bazén, musíme jí zakázat i pobyt na zahradě, protože není v našich silách zabránit jí v tom, aby se nesvlékla a nedoběhla k bazénu ve chvíli, kdy jej během pobytu na zahradě spatří.

Teprve po těchto třech krocích (terapie klienta, terapie personálu a terapie organizace) můžeme Hanin problém terapeuticky úspěšně vyřešit.




Možnosti personálu v případě fyzické agrese

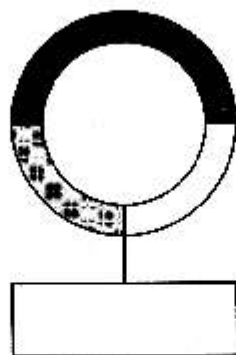
V následující kapitole se podíváme na naše možnosti jako personálu při výskytu fyzické agrese klienta. I když naše vyhlídky vypadají často velmi beznadějně, vždy se nám nabízejí určité postupy. Čím víc si připustíme myšlenku, že cílem při incidentu s projevem fyzické agrese není zvítězit nad klientem, ale incident s ním usát tak, aby naše soužití i dál bylo možné, tím víc možností se nám nabízí. I zde tak platí okřídlené: Není důležité vyhrát, ale zúčastnit se.

Kyvadlo incidentu fyzické agrese

Představme si emoční prožívání klienta jako kolo s kyvadlem. Ve chvíli, kdy se kyvadlo nekýve a visí volně dolů, klient neprožívá žádnou negativní emoci (ani strach, ani vztek, ani smutek). Obecně se dá říci, že je velmi pozitivně nebo neutrálně naladěný. Nic ho v tu chvíli nebude rozčilovat, bude spokojený. Situaci vystihuje obrázek na následující straně.

Jedno otočení kyvadla ve směru hodinových ručiček kolem dokola značí průběh jednoho incidentu zahrnujícího fyzickou agresi klienta vůči personálu. Celé kolo je rozděleno do tří částí:

-  rozčilující fáze
-  agresivní fáze
-  zklidňující fáze

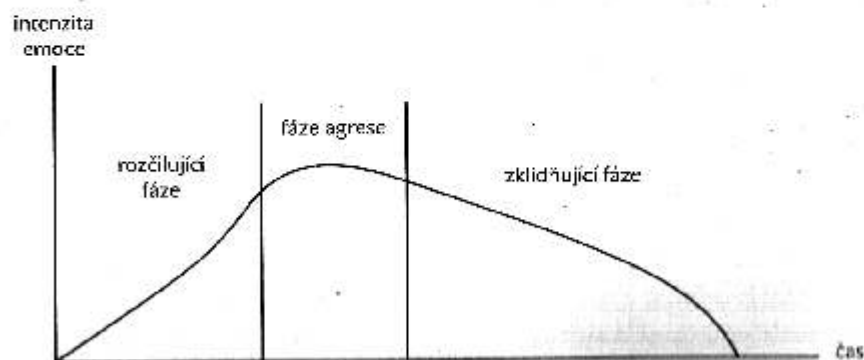


Ve chvíli, kdy je kyvadlo v tzv. rozčilující fázi, klienta něco rozladilo a dostává se do nepohody. Je to fáze, kdy klient začíná prožívat negativní emoci, která může být provázena zrychleným dechem, zrychleným tepem, pocením, zrudnutím, napnutím svalů, vyzývavým pohledem, nadáváním, pliváním, nadměrnou gestikulací aj. Prakticky to mohou být jakékoli projevy negativního emočního prožívání, při kterých však klient ještě není fyzicky agresivní.

V prostřední fázi je klient již fyzicky agresivní. Je to chvíle, kdy klient kousá, kope, bije pěstmi, škrábe, zkrátka je ve fyzickém agresivním kontaktu s personálem nebo s jinými lidmi.

Zklidňující fáze je chvíle, kdy klient přestal být fyzicky agresivní, ale zároveň není ještě emočně klidný. V bílé fázi negativní emoce odeznívá. Někteří klienti se uklidní tím, že utečou na svůj pokoj, jiní přechází ze vzteku do smutku, někteří si ještě zanedávají a pak usnou, někteří se začínou zrychleně kývat a postupně své pohyby zpomalují, další prostě odejdou aj.

Pokud se na průběh incidentu podíváme v průběhu v čase, bude vypadat následovně:



Cílem personálu je, aby se kyvadlo emočního prožívání u klienta v rámci rozčilující fáze pokud možno co nejrychleji vrátilo zpět dolů, aniž by se dostalo do agresivní fáze. Pokud je kyvadlo již v této fázi a klient je fyzicky agresivní, pak je cílem personálu, aby klient nikoho příliš nezranil, aby nezranil pokud možno sebe a aby nezničil majetek vysoké hodnoty. Ve zklidňující fázi je cílem personálu udělat vše pro to, aby se kyvadlo nevrátilo zpět do agresivní fáze a aby zklidňující fáze nastala pokud možno co nejrychleji.

Jeden incident s užitím fyzické agrese ve výše popsaném modelu tedy vypadá následovně:

Helena, žena se středně těžkým mentálním handicapem, si v domově užívala svůj nedělní oběd. Bylo jí příjemně, protože k obědu měla své oblíbené vdolky. (Kyvadlo Helenina emočního prožívání visí volně dolů, žena neprožívá žádnou negativní emoci.)

Po snědení vdolku Helena zakřičela: „Ještě!!!“ Personál jí však kvůli její nadváze odmítl další vdolky přidat. Dalším důvodem odmítnutí žádosti bylo, že i když kuchařky měly ještě vdolky pro jiné klientky, Helena svůj přiděl vdolků snědla. Klientku rozčílilo, že nedostala přidavek, odstrčila židli, prudce si stoupla, hodilo talířem a začala křičet: „Ještě, ještě!!! Krávo, ještě!!!“ Přitom zrychleně dýchala, zrudla v obličeji, začala kolem sebe plivat a z očí jí tekly slzy. Začala kolem sebe šermovat rukama. (Kyvadlo se dostalo do zelené fáze. Helena je naštvaná na personál, protože jí odmítl přidat vdolky, avšak personál fyzicky ještě nenapadla.)

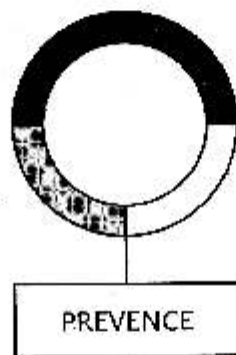
Personál Helenu okřikl a vyzval ji, ať se zklidní. Zároveň ke klientce přistoupil tak, aby jí zabránil vyběhnout mezi ostatní obyvatelky domova. Helena chytila jednu pracovníci za vlasy a začala jí cloumat hlavou. Přitom pořád opakovala: „Krávo, krávo!“ Druhá pracovníce přiběhla kolegyni na pomoc a uvolnila Heleně stisk rukou. (Kyvadlo plynule přešlo do střední fáze, Helena fyzicky napadla personál.)

Poté co se personálu podařilo uvolnit Helenin stisk rukou, s křikem vyběhla z jídelny a utíkala na svůj pokoj. Tam si lehla na postel a plakala do polštáře. Personál jí nechal pět minut o samotě a poté jí donesl vodu. Helena se posadila na postel, napila se, poté si opět lehla a usnula. (Kyvadlo přešlo do fáze uklidňování a s Heleniným usnutím se dostalo opět do výchozí polohy volně visícího kyvadla tak, jak bylo na počátku. Celý incident trval asi pět minut a kyvadlo při něm jednou oběhlo dokola.)

Možnosti personálu v práci s kyvadlem

Cílem personálu je klientovo kyvadlo vždy co nejvíce zatížit, protože čím bude kyvadlo těžší, tím je menší pravděpodobnost, že se vyhoupne až do fáze fyzické agrese. Pokud budeme mít kyvadlo kvalitně zatížené, při klientově vzteku se budeme pohybovat s jeho kyvadlem emočního prožívání pouze ve spodní části kola.

Prostředkem k zatížení kyvadla je **prevence** (předcházení problémovému chování). Vlastní prevence je mimo rámec této publikace, pro bližší seznámení doporučujeme knihu *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, která vyšla v Portálu (2007). Nás budou zajímat možnosti personálu ve chvíli, kdy i přes kvalitní prevenci klient začne prožívat negativní emoci.



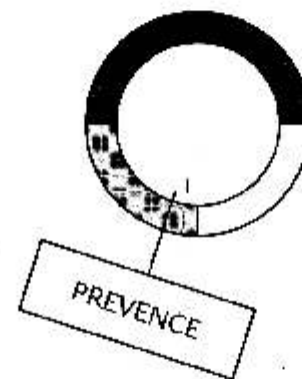
Možnosti personálu v rozčilující fázi

I když budeme prevenci provádět dobře, jednou za čas se určití klienti budou rozčilovat. Je to z toho důvodu, že:

- rozčilení je emocí přirozenou a mnohdy ji prožívá i populace bez handicapu. Velmi často není rozdíl mezi tím, jak často se rozčílí lidé s mentálním handicapem a lidé bez handicapu, ale rozdíl je v samotném průběhu rozčilení;
- klienti tráví svůj osobní život v podmínkách s výrazně větší zátěží, než jakou pociťuje personál (bydlí ve své domácnosti s lidmi, které si sami nevybrali, ale určit jim je někdo zvenčí, aj.).

V okamžiku, kdy u klienta pozorujeme, že prožívá negativní emoce, může personál ve svém přístupu ke klientovi použít určité strategie, které mohou zvýšit pravděpodobnost zvládnutí celé situace bez toho, že se klient začne chovat agresivně. Níže uvedené strategie personál používá samozřejmě s rozmyslem a pouze ve chvíli, kdy mu klient svým chováním dá čas na jejich použití. Pokud rozčilující fáze trvá čtvrt hodiny a intenzita rozčilení plynule stoupá, máme dostatek času, abychom se pokusili nejméně o dvě a více z níže uvedených pěti strategií. Pokud bude rozčilující fáze trvat pět sekund, neděje se nic jiného než pouze to, že všechny strategie z této fáze přeskochíme a postupujeme rovnou na strategie z fáze agresivní.

Pokud nám klient svým chováním dává čas na to zvládnout potenciální incident i jinak než restrikcí, první strategií, kterou můžeme použít, je **ignorace**.



Ignorace chování klienta je dobrou strategií pouze v případě, kdy klient prožívá velmi nízkou intenzitu své negativní emoce (není „skoro vůbec“ naštvaný) anebo pokud pouze verbalizuje své myšlení. Spousta lidí s mentálním handicapem neumí rozlišit, co se říká nahlas a co má zůstat pouze v hlavě. Na základě toho pak říkají vše, co se jim honí hlavou. Ve chvíli, kdy řeknou v lehce zátěžové situaci něco špatného o personálu, ignorace je často nejlepším prostředkem, jak nerozpoutat výrazně problémovější chování klienta. Zároveň zde nejde o žádnou rezignaci. K tomu, že nám vadí například to, že nás klient „poslal do pr...“, se můžeme vrátit při jakémkoli rozhovoru s klientem ve chvíli pohody a klidu. Tento rozhovor však bude patřit do „kyvadla“ prevence a slouží k tomu, aby se kyvadlo příště rozhoupalo s menší pravděpodobností a intenzivou. Ve chvíli, kdy se však kyvadlo začne rozhýbávat, záleží jen na personálu, zda chce terapeuticky vstupovat do nadávky klienta. Jeho vstup „v dobré víře“ může totiž působit kontraproduktivně a může eskalovat napětí mezi ním a klientem.

Příklad jednání personálu „v dobré víře“, který vede k eskalaci napětí

Personál (vchází do ložnice klienta): „Dobré ráno, Pavle, je šest hodin, vstávej, za půl hodiny ti odjíždí autobus do dílen.“

Klient (ospale a pro sebe): „Jdi do prdele...“

Personál: „Hele Pavle, takhle se tady nemluví, já na tebe taky nemluvim sprostě...“

Klient: „Hmmm, chytráku...“

Personál (rázně): „A dost!!! Ještě jednou se mnou takhle budeš mluvit a...“

Klient (také rázně a našťvaně): „A co učíš. blbečku?!?“

Personál: „Bud' už zticha!!“

Klient: „Jdi do prdele...“

Příklad použití ignorace

Personál (vchází do ložnice klienta): „Dobré ráno, Pavle, je šest hodin, vstávej, za půl hodiny ti odjíždí autobus do dílen.“

Klient (ospale a pro sebe): „Jdi do prdele...“

Personál: „Díky, tohě taky hezké ráno...“ (a odchází z pokoje pryč).

Personál (po pěti minutách opět vchází do pokoje, Pavel už je vzhůru): „Pavle, co si dáš ke snídani, kávu, nebo čaj?“

Klient: „Čaj.“

Pokud ignorace nezabrala nebo pokud jsme se rozhodli, že není dobré chování klienta v tu chvíli ignorovat, kyvadlo postupuje dál a nám se nabízí další strategie v našem přístupu vůči klientovi.

Druhou strategií, kterou můžeme použít, je vyřešení problému.



Pokud vyřešíme problém klienta, jeho emoční kyvadlo se logicky vrátí zpět aniž by se protočilo přes fázi fyzické agrese. Vyřešení problému patří (stejně jako ignorace) mezi strategie, které pomohou spíše při nižší intenzitě negativní emoce. Často se však dostaneme do situace, kdy problém klienta řešit nemůžeme a to ze tří důvodů:

Klientův problém neznáme

I kdybychom chtěli klientovi v jeho nesnázi jakkoli pomoci, nemůžeme si to v tuto chvíli skrze řešení jeho problému dovolit, protože jeho problém prostě neznáme. V tomto bodě se jedná o všechna chování, která jsou často popisována jako „z něčeho nic“. Víme sice, že klient prožívá negativní emoci (strach, vztek, smutek aj.), ale nevíme proč. Kvůli tomu, že neznáme funkčnost chování nemůžeme ani odstranit kořen problému.

Příklad (z popisu personálu)

„Aleš přišel do jídelny a najednou, z ničeho nic začal křičet a bít se do hlavy. Aleš nemluví, vydává pouze zvuky. Snažíme se zjistit, co mu vadí, ale nevíme. Přijde nám, jako by mu něco proběhlo hlavou, a pak je našťvaný...“

I kdyby chtěl personál řešit Alešův problém, zůstane odkázán pouze na méně funkční, vnější motivační systémy, bude terapeuticky „klouzat“ po povrchu aniž by mohl jít přímo k jádru problému a přímo odstranit příčinu problému chování.

Klientův problém sice známe, ale nemůžeme jej objektivně řešit

V těchto chvílích sice přesně víme, co klienta trápí, ale nedokážeme aktuálně jeho problém vyřešit, protože to není v našich silách.

Příklad (z popisu personálu)

Marie se k nám do ústavu dostala před deseti lety jako osmnáctiletá slečna. Vždycky si zakládala na tom, že má matku a matka se o ni stará. My sice víme, že

matka o ni nejevila nikdy veliký zájem, ale na Vánoce si Marii vzala vždy domů. Po třech dnech se Marie vrátila vždy naštvaná a rozhádaná, matka se zaříkávala, že jí nechce už nikdy vidět, ale po roce se návštěva doma vždy opakovala a Marie se na ni každoročně těšila. Matku přes rok pořád obhajuje, že je teď nemocná, a že kdyby nemocná nebyla, tak by si ji jistě vzala zpět domů a nenechala by ji v ústravi. Vzhledem k tomu, že matku dobře známe, víme, že to tak není a že Marii nikdy nechtěla. Nikdy jsme to však Marii nerozmlouvali, její vztah k matce je přese vše velmi silný a je zbytečně brát jí iluze. Takže i když jsme věděli, že se Marie vrátí z Vánoc vždy rozhozená a týden bude velmi naštvaná, podporovali jsme ji v tom, aby k matce jezdila na Vánoce. Marie už od listopadu stále mluvila o Vánocích. Povídala o tom, jak si to s matkou velmi užijí, co všechno spolu budou dělat a koho všechno navštíví.

Předminulý rok si matka našla nového partnera a napsala nám do ústavu, že Marii už nechce nikdy vidět, že jí stejně jenom zkazila život a že se stěhuje pryč. Novou adresu neudala, telefon si změnila, Mariinou opatrovníci zůstala dál babička, která také neví, kam se Mariina matka odstěhovala. Marie velmi touží jet na Vánoce za svou matkou a stále nás žádá, ať jí to domluvíme. To, že jí říkáme, že nevíme, kde matka je, nám Marie nevěří. Myslí si, že jí nové telefonní číslo matky zatajujeme. Vždycky je po tom na nás naštvaná...

I kdyby personál chtěl své klientce pomoci tím, že vyřeší její problém (poskytnout telefonní spojení s matkou), nemůže klientce pomoci, protože její problém nemůže z objektivních důvodů řešit.

Klientův problém známe, ale nechceme ho řešit

V těchto chvílích přesně víme, co klienta trápí, a jeho problém bychom mohli i často velmi rychle objektivně vyřešit. Neuděláme to však, protože nečesáním aktuálního problému z pohledu klienta směřujeme k tzv. vyšším terapeutickým cílům. Tyto vyšší cíle často pocházejí ze vzdělávací, zdravotní nebo výchovné oblasti.

Příklad z oblasti vzdělávací (z popisu personálu)

„Když našemu žákovi Petrovi s diagnózou dětský autismus dáme na stůl strukturovanou úlohu, snaží se ji Petr shodit ze stolu. Dělá to z toho důvodu, že ho učení nebaví, jeho autistická porucha vede k tomu, že se nechce dozvídat nové poznatky,

nechápe, že je pro něj zvládnutí úlohy do budoucna důležitá. V úloze se učí otvírat a zavírat sklenice od přesnídávek s víčkem na závit. I když nyní Petr nechápe, k čemu mu to je, myslíme si, že by tuto dovednost mohl v budoucnu využít, a proto trváme na splnění požadavku i přes Petřův odpor. Petr je pak na nás naštvaný...“

Příklad z oblasti zdravotní (z popisu personálu)

„Ludmila má ve svých 30 letech 160 cm a 92 kg. Má moc ráda knedlíky; když jsou na jídelníčku, dáváme jí vždy pouze tři. Ludmila chce přidat další. I když bychom jí přidat mohli, neuděláme to, protože by dále přibývala na váze. Kvůli své těžké mentální retardaci nechápe, že více jídla vede k nárůstu hmotnosti. Ludmile by se mohly zhoršit již tak velké problémy s koleny, proto trváme i proti její vůli na dietě. Ludmila je pak na nás naštvaná...“

Příklad z oblasti výchovné (z popisu personálu)

„Vždycky když sedíme u stolu a Antonín (42 let) s lehkou mentální retardací chce něco podat, tak jenom zakřičí: „Sůl, délej, sůl!“ To se nám – tedy personálu – nelíbí a chceme po něm, aby nás slušně požádal. Poté co mu řekneme, že mu ji nepodáme, dokud nepoprosí, nám klient velmi často začne nadávat a odejde z jídelny, aniž by dojedl. My přesto trváme na slušné žádosti, protože Antonín „na to má“ a takhle by se lidé k sobě neměli chovat. Klient je potom na nás naštvaný...“

Všechny tři výše uvedené případy mají několik společných jmenovatelů, a to:

- personál ví, proč se klient chová problémově;
- kdyby personál chtěl, může splnit požadavek klienta;
- personál se rozhodl požadavek nesplnit (jde proti vůli klienta) za účelem tzv. vyššího cíle.

V rozhodovacím procesu (zda klientovi vyjít vstříc, či nikoli) hraje hlavní roli to, jak personál vyhodnotí situaci. Personál si musí ujasnit, jaké jsou jeho priority, protože při výskytu problémového chování jde často o střet dvou dobře míněných cílů (snaha někoho něco naučit versus jeho pohoda; snaha o zdravý životní styl versus klid ve skupině; snaha o spravedlnost ve skupině versus klid ve skupině aj.). V těchto případech jsou extrémy na obou stranách našich možností špatnou volbou a správnou (a často i jedinou reálnou) cestou je „pouze“

dobrá prevence (v našem modelu se jedná o co nejvíce zatížené kyvadlo). Příklad extrémních řešení výše uvedených tří příkladů včetně správné prevence si ukážeme v následující tabulce:

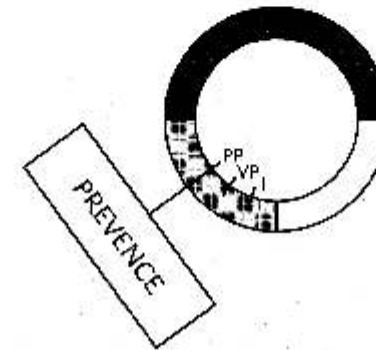
| Jméno klienta | Extrémní ochrana a zodpovědnost za všechny aspekty života klienta | Extrémní svoboda klienta | Správná prevence |
|---------------|--|--|---|
| Dea | Vždy a z každého rohu budeme sledovat, zda na dokončení úkolu nedošlo. Pokud by to bylo třeba, budeme s ním spolupracovat a snažit se mu pomoci. | Vždy když nám svým problémovým chováním dá najevo, že úkol nedokáže splnit, budeme jeho rozhodnutí plně respektovat a k úkolu jej nebudeme nutit. | Při úkolu, který nedokáže splnit, budeme pečlivě aktuální situaci sledovat a dokonzultovat s kolegy. Zastavíme úkol, který nedokáže splnit, a snažíme se do úkolu se smysluplně zapojit, například pomocí úkolu, který je pro něj lehčí, a dojde k úspěšnému dokončení úkolu. |
| Adrián | Budeme vždy sledovat, zda dítě neopouští území, zda se nezapadá do jakéhokoli problému, který by mohl být pro něj obtížný. | Budeme plně respektovat jeho právo na svobodu a nebudeme mu diktovat, jak by měl chovat. Pokud se nám zdá, že se jeho chování stává nebezpečným, budeme s ním spolupracovat a snažit se mu pomoci. | Uděláme všechno pro to, abychom lidem nebyli na obtíž. Pokud se nám zdá, že se chování stává nebezpečným, budeme s ním spolupracovat a snažit se mu pomoci. |
| Antonín | Vždy se snažíme Antonína vyvolávat k úkolu a snažit se mu pomoci. | Plně respektujeme Antonínovo právo na svobodu a nebudeme mu diktovat, jak by měl chovat. Pokud se nám zdá, že se jeho chování stává nebezpečným, budeme s ním spolupracovat a snažit se mu pomoci. | Vždy, kdy je Antonín neochotný splnit úkol, snažíme se s ním spolupracovat a snažit se mu pomoci. Pokud se nám zdá, že se jeho chování stává nebezpečným, budeme s ním spolupracovat a snažit se mu pomoci. |

Rozhodnutí, zda problém klienta řešit, či nikoli, tak záleží pouze na nás. Obecně se dá říci, že v tomto rozhodovacím procesu budou mít jednodušší situaci zaměstnanci, kteří pracují s dospělými lidmi, než jejich kolegové, kteří pracují s dětmi. U dětí se obecně klade větší důraz na vzdělávání, a to i proti jejich vůli. U dospělých můžeme s čistším svědomím na vzdělávací proces rezignovat ve chvíli, kdy nám klient dává svým problémovým chováním jasně najevo, že o vzdělávání nestojí.

Pokud aktuální přání klienta, které nám dává najevo svým problémovým chováním, nemůžeme nebo nechceme řešit, kyvadlo stoupá výše ke střednímu pásmu a nám se nabízí další strategie.

Převedení klientovy pozornosti na něco jiného

Další strategií, která také může zabrat spíše při nižší intenzitě negativní emoce, je **převedení pozornosti klienta**.



Při této strategii záleží skutečnost, zda půjde o převedení mentální nebo i fyzické pozornosti, na mentálních schopnostech klienta. Obecně se jedná o strategii, kterou často intuitivně používá řada rodičů malých dětí ve chvíli, kdy děti například spadnou na zem. Pokud rodiče vidí, že se dítěti nic moc nestalo, častokrát mu pofoúkají místo, do kterého se bouchlo, ale pak se snaží upoutat pozornost dítěte něčím jiným (např. mu ukazují letícího ptáka nebo právě projíždějící vlak). Pokud má klient lehkou mentální retardaci, můžeme se snažit převedení pozornosti postavit na slovu a rozhovoru s klientem (vzpomínání na milou situaci, rozhovor o tématu, který klienta obecně zajímá, vzpomínání na jiné aktivity nad fotkami, rozhovor o tom, jaký čaj nebo kávu si uděláme, aj.).

Příklad z praxe z rozhovoru s klientem s Aspergerovým syndromem

Klient: „Všichni věřící jsou hajzlové!!!!“

Terapeut: „Nic není jenom špatné, to platí i o víře. Víra spouště lidí pomáhá v těžkých situacích. A navíc neznáš všechny věřící, takže nemůžeš ani říkat, že...“

Klient (prudce skočí terapeutovi do řeči a zvedá se ze židle): „Takže chcete říct, že jak upalovali ty nevinné ženy a zničili mrakodrapy v New Yorku, že to je skvělý, že tohle chcete?“

Terapeut (usoudí, že klient teď čeká pouze na to, aby se pohádali, a že nechce o víře racionálně diskutovat): „Karlé, mám žízeň, jdu si udělat čaj, chceš něco?“ (Terapeut odchází z místnosti do vedlejší kuchyňky.)

Klient: „Já nevím, to teď přece není důležité!!!“

Terapeut (ví, že Karel nemá rád kakao): „Tak já ti udělám kakao, jo?“

Klient: „Ne, to ne, dám si radši čaj, no...“

Terapeut (volá již z vedlejší místnosti): „A jaký? Ovocný, černý, nebo zelený?“

Klient: „Zelený.“

Terapeut: „Sladíš? Cukr, nebo med?“

Klient: „Mcd.“

Po pěti minutách se terapeut vrací s čajem pro klienta i pro sebe, klient opět sedí na židli a je ožividně klidnější...

Pokud má však těžší stupeň mentálního handicapu, budeme se muset snažit převést pozornost dodáním jiného stimulu, který klienta zaujme a který bude často spojen se změnou prostředí, kde se klient rozčílil (jízda autem, vycházka, jít se napít, jít do odpočinkové místnosti, odejít z místnosti kamkoli jinam, dát si něco dobrého k jídlu, jít se vykoupat, dát klientovi oblíbenou hračku aj.)

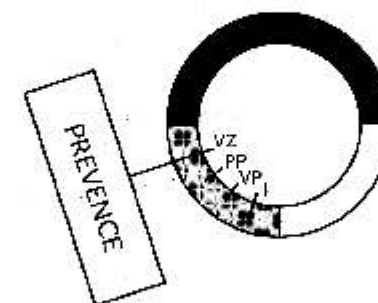
Příklad z popisu personálu

„Lukáš má těžkou mentální retardaci. Když se naštvě, často nevíme proč. Rádi bychom mu pomohli, hodně u toho brečí, je vzteklý a smutný, něco ho trápí. Tak Lukášovi dáme vždycky malou tyčinku zabalenou tak, aby mu chvíli trvalo, než se do ní dostane. Než se Lukášovi podaří čokoládovou tyčinku rozbalit, uběhne pět minut a po slzách není již ani stopy...“

Pokud strategie převedení pozornosti zabere, kyvadlo se vrací zpět a my jsme zvládli incident klientova rozčílení výborně, protože nedošlo k fyzickému napadení. Pokud převedení pozornosti nezabralo, nebyl na něj čas nebo pokud jsme si ho z technických důvodů nemohli dovolit, kyvadlo postupuje dál a nám se nabízí další strategie.

Verbální zklidňování

Strategií, která se hodí již pro vyšší intenzitu negativní emoce, je **verbální zklidňování**.



Jedná se o strategii postavenou na slově a jde v ní o potvrzení pravdivosti emoce, kterou klient právě teď před námi prožívá. Nehledáme řešení jeho problému, nesnažíme se převést jeho pozornost mimo jeho problém, ale snažíme se o souměřitost v jeho – z jeho pohledu jistě těžké – situaci. Principem tedy je, že klient v tu chvíli dostane za pravdu, což obecně vede ke zklidnění. Sdílet můžeme buď situaci, kterou prožívá, nebo jeho emoci, kterou situace u něho vyvolala. Důležité je, aby si personál vybral buď situaci, nebo emoci podle toho, v čem dokáže být před klientem pravdivý.

Příklad, kdy personál dá za pravdu situaci, kterou viděl

Personál je s klientem na nábivku samostatného nakupování. Klient při placení zdržuje frontu, protože ještě neumí dostatečně rychle zacházet s peněženkou a penězi. Z fronty se ozve: „Tak dělej, blbečku!!!“

Ani klient ani personál situaci při placení nekomentují, personál pouze klientovi pošeptá: „Romane, klid, v klidu zaplat, stojím za tebou, nedostane se k tobě, nic ti nemůže udělat.“ Po zaplacení vyjdou z obchodu a klient říká naštvaně a hrozí pěstí: „Teda ten vůl, ten mě vytočil!!! Nejradši bych mu jednu vlepil!!!“

Personál: „To máš pravdu, to byl ale vůl...“

Klient: „Máš pravdu...“

Personál: „Taková lidé mě vytáčeji...“

Klient: „Mě taky...“

Po určitém počtu opakování, kdy personál dává klientovi za pravdu, intenzita naštvání lehce polevuje. Poté se personál snaží převést pozornost na jiné téma.

Příklad, kdy personál dá za pravdu emoci (ve chvíli, kdy si není jistý, jak situace proběhla, kdo si začal a kdo je za hádku zodpovědný, protože u toho nebyl přítomný)

Klientka (příběhne z pokoje ve chráněném bydlení a rozčilně křičí): „Ta kráva mi zase řekla, že jsem čarodějnice! Já už s ní bydlet nebudu! Přestěhujte mě teď a hned!“

Personál (klidně): „Cože vám řekla? Že jste čarodějnice?“

Klientka: „Jo, přesně tak!!!“

Personál: „Ty jo, to by mě pěkně naštvalo, kdyby mi spolubydliči nadávala do čarodějnic...“

Klientka: „Taky že jsem pěkně naštvaná.“

Personál: „To chápu, no mně někdo nadávat, tak jsem úplně vytočená...“

Klientka: „Přesně tak...“

Personál stále opakuje v obměnách věty potvrzující pravdivost emočního prožívání klientky, aniž by řešil, kdo za to může či jestli to tak opravdu bylo. Nekonfrontuje klientky mezi sebou. Když se klientka trochu zklidní, personál jí nabízí čaj a po úplném zklidnění rozebírá možné řešení situace.

Pravdivost a zájem personálu je v této strategii nejdůležitější. Pokud bude personál falešný, může to vést k eskalaci napětí. Klient totiž může vycítit v řeči personálu sarkasmus a ironii, které se personál těžko vyhne, jestliže v situaci nevěří, že je pro klienta opravdu zátěžová.

Příklad špatně využitého verbálního zklidňování

Klient s autismem (naštvaně): „To je strašný, nestihl jsem se podívat, jak ručička na hodinách přeskočila z pětky na šestku, to je strašný!“

Personál (sarkasticky): „No jo, to je úplná katastrofa, co? Tvé starosti bych chrčel mít, Martine.“

Klient: Vrhne se na personál.

Příklad správně využitého verbálního zklidňování

Klient s autismem (naštvaně): „To je strašný, nestihl jsem se podívat, jak ručička na hodinách přeskočila z pětky na šestku, to je strašný!“

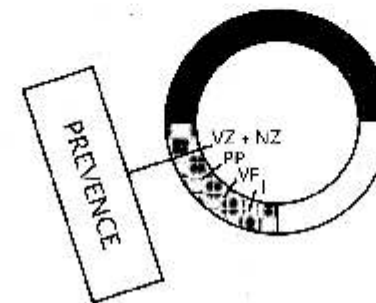
Personál (upřímně): „To chápu, že to je pro tebe strašný. Když mi o něco jde a nestihnu to, tak jsem taky pěkně naštvaný. Ach jo, to je blbý.“

Klient: „Hmmm...“

Poté se klient pomalu zklidňuje.

Neverbální zklidňování

Strategii, která se hodí také pro vyšší intenzitu negativní emoce a uplatňuje se souběžně s verbálním zklidňováním, je **neverbální zklidňování**.



Jedná se o strategii postavenou na řeči těla. V praxi se často rozhodujeme, zda máme klienta v těžké situaci obejmout, nebo se radši vzdalit. Objetí klienta si můžeme dovolit pouze, když:

- klient má rád doteky ve chvíli pohody;
- nejsme jako personál zdrojem vzteku klienta;
- zkušenostně víme, že klient v těžkých chvílích objetí vyhledává.

Pokud tyto body nejsou splněny, zvláště pak bod o zdroji vzteku, může se objetí v dobré věci stát kontraproduktivním a může vést k eskalaci napětí. Klienta můžeme pohladit samozřejmě pouze po zádech a po ramenou, a děti i po hlavě, je-li jim to příjemné. Pokud jsme zdrojem vzteku (např. jsme klientovi zakázali jíst jídlo, které patří ostatním klientům) nebo pokud klient obecně nemá rád naše aktivní doteky (např. u klientů s autismem), vyplatí se při vzteku naší vzdálenost od klienta spíše zvětšit (odejít – sejde z očí, sejde z mysli) než zkrátit (přijít ke klientovi a obejmout ho). V těchto chvílích si musíme uvědomit, zda tím, že se na klienta budeme dívat, zvyšujeme, nebo snižujeme pravděpodobnost problémového chování. Někdy se personál bojí opustit klienta ve chvíli jeho nepohody, protože se bojí, že se v jeho nepřítomnosti klient zraní. Proto se snaží být s klientem v jedné místnosti, což je však ve chvíli, kdy je perso-

nál zároveň zdrojem vzteku, velmi kontraproduktivní (oční kontakt vyvolává často u klientů ještě větší nevoli). V těchto chvílích se musíme rozhodnout, zda dozorem nad klientem neděláme pouze „falešnou bezpečnost“. Tím, že budeme zdrojem vzteku a zároveň se od klienta nedokážeme odpoutat a odejít, se dostáváme do začarovaného kruhu, kdy vlastní přítomnosti klienta nadmíru rozčilujeme a jsme přítomni, protože klient je nadmíru rozčilený. Často se po odchodu personálu klient zklidňuje rychleji než za jeho přítomnosti (zvláště pak pokud je jakékoli rozhodnutí personálu zdrojem klientova vzteku).

Ignorace, vyřešení problému, převedení pozornosti, verbální a neverbální zklidňování jsou tedy strategie, které nám mohou pomoci překlenout incident s klientem tak, aby nedošlo k fyzické agresi. Znovu zdůrazňujeme, že vlastní rozhodnutí, jakou strategii nebo jejich kombinaci zvolíme, záleží na aktuální situaci, našich možnostech a času, který na strategii máme. Důležité je rozdělení strategií podle míry emočního prožívání klienta. Pro zvládnutí nízké intenzity emoce se hodí spíše ignorace, vyřešení problému a převedení pozornosti. Pro vysokou intenzitu emoce se hodí spíše verbální a neverbální zklidňování.



Pokud použijeme některou ze strategií pro nízkou intenzitu emoce při vysoké intenzitě emoce, může být námi dobře míněný postup klientem vyhodnocován kontraproduktivně a může vést i k urychlení pohybu kyvadla do fáze fyzické agrese. Totéž platí i obráceně tak, jak si ukážeme na dalších příkladech:

Příklad chybného použití strategií pro nízkou intenzitu emoce při vysoké intenzitě emoce

Klient (naštvaně): „Chci se odsud odstěhovat, štve mě to tady!!!“

Pečovatel klienta ignoruje a dál si vaří oběd.

Klient (ještě naštvaněji): „Slyšíš mě? Chci se odstěhovat, je to tady hnusný!!! Všichni mě tu štvou!!!“

Pečovatel (volí řešení problému, snaží se mluvit mile): „Tak si dejte žádost sociální pracovníci, zařadí vás do pořadníku na chráněné bydlení a za rok budete bydlet jinde.“

Klient (výrazně naštvaně): „Já ale nechci čekat, chci pryč, teď a hned!!!“

Pečovatel (mile, ale trochu již nervózně se snaží převést pozornost klienta): „Podívejte se z okna, tamhle jede pěkně velký auto, co asi veze?“

Klient: „Jdi do hajzlu s autem, já chci pryč!!!“

Klient přiběhne k pečovateli a fyzicky ho napadne...

Příklad chybného použití strategií pro vysokou intenzitu emoce při nízké intenzitě emoce

Klient (přijde lehce naštvaný): „Hele, štve mě můj spolubydlící Lojza. Chci se přestěhovat, už jsem mluvil s Petrem, mohli bychom si prohodit pokoje, jemu Lojza nevádí, můžeme?“

Pečovatel (vybírám verbální zklidňování): „Bydlet s Lojzou je těžký. To mně kdyby někdo nadával, tak jsem taky naštvaný.“

Klient: „To chápu, můžeme se ale přestěhovat?“

Pečovatel: „Máte to těžký...“

Klient (už naštvaně): „Posloucháš mě vůbec?“

Pečovatel (soucítěně): „To chápu, že jsi naštvaný.“

Klient naštvaně zanádá na adresu pečovatele, odejde a třískne za sebou dveřmi.

Pokud žádná strategie nezabere nebo pokud na ně nebyl čas ani prostor, neděje se nic jiného než pouze to, že kyvadlo se dostává do červené fáze a klient nás napadne.

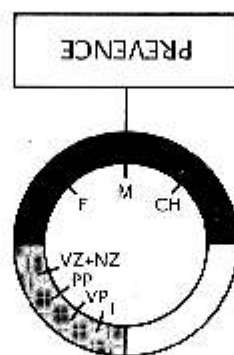
Co dělat v případě fyzického napadení

Když je personál fyzicky napaden, může se bránit, a to i tak, že omezí klienta v jeho pohybu. Aby jej mohl omezit, použije tzv. restriktivní postup.

„Restriktivní postup“ označuje jednání, k němuž se uchýlí člen personálu nebo jiný pečovatel a které těží z autority člena personálu nad dotyčnou osobou, a přitom překročí hranici, která je obvyklá ve vztazích mezi dospělými (Směrnice, 1994). Pokud zde mluvíme o **restriktivním postupu**, máme na mysli řešení jednoho konkrétního incidentu, aniž bychom očekávali terapeutickou změnu v chování klienta (nejde nám o to, aby to již příště neudělal, jde nám pouze o to aby nezranil sebe či někoho jiného, nezničil majetek vysoké hodnoty).

K omezení pohybu klienta můžeme použít restriktce:

- fyzickou,
- mechanickou,
- chemickou.



O restriktivních postupech se vedou dlouhé diskuse a spory. Spor se nevede ani tak o to, zda je možno restriktivní postupy v krizových situacích použít. Tady je odpověď jasná. Pokud hrozí zranění uživatelů nebo personálu, je dovoleno restriktivně intervenovat přímo úměrně útoku. Spor se vede hlavně o posloupnost výše uvedených tří možných restriktivních postupů.

Naše legislativa v § 8g zákona o sociálních službách vymezuje, že se nejdříve máme snažit agresi zvládnout fyzicky (pravidla šetrné sebeochrany), poté mechanicky (uzamčená místnost) a nakonec chemicky (podání tlumivé medicíny na základě indikace lékařem).

Bezpečnost, která je u personálu s použitím restriktivních postupů spojena, plyne často z toho, že od restriktce očekávají nereálné výsledky. Přehled nejčastějších nereálných očekávání je:

- Klient mě nesmí vůbec zranit a ani já nesmím zranit jeho (nesmíme mít oděrky ani modřiny). Jakmile máme oděrky či modřiny my nebo klient, postup selhal.
- Klient nesmí vůbec nic zničit. Jakmile rozbije třeba i hrníček, postup selhal.
- Ze sporu musím vyjít vítězně, musím mít navrch nad klientem. Pokud mě klient nakonec například verbálně urazí, postup selhal.
- I při incidentu se musím zachovat terapeuticky správně (to znamená, že pokud něco přikážu, tak i kdyby měl být klient agresivní půl hodiny, musím zajistit dodržení příkazu). Pokud jsem byl jako personál vůči klientovi na základě incidentu nedůsledný, postup selhal.
- Musím za každou cenu umět fyzicky zasáhnout. Pokud se klienta bojím a neodvážím se použít fyzické restriktce, postup selhal.

- Nesmím z místa incidentu utéct a klienta tam nechat o samotě. Pokud uteču, postup selhal.
- Musím vždy zajistit bezpečí ostatních klientů. Pokud se cokoli stane dalšímu klientovi, postup selhal.
- Klient mě musí vždy poslechnout, pokud mě neposlechne, postup selhal.

Jakmile se ve svém myšlení oprostíme od těchto mýtů, nebudeme se v těchto situacích cítit tak bezmocní. Je důležité si uvědomit, že restriktivní postupy a správné terapeutické následky jsou často v rozporu (rozpor si ukážeme v následující kapitole o terapeutických a krizových následcích).

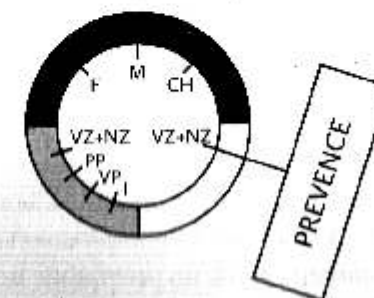
Možnosti personálu ve zklidňovací fázi

Ve chvíli, kdy personál zvládne incident s použitím jakéhokoli restriktivního postupu, kyvadlo emočního prožívání klienta se pootočí z fáze fyzické agrese do fáze zklidňovací. Klient v této fázi průběhu incidentu stále prožívá negativní emoci, velmi často přechází ze vzteku do smutku a zároveň už není fyzicky agresivní. Postupem času se v modré fázi zklidňuje až do té doby, kdy se kyvadlo dostane opět dolů do výchozí pozice a celý incident se ukončí.

V této fázi incidentu má personál dva cíle:

- zajistit, aby svým chováním nedal pobídku k navrácení klientova kyvadla zpět do agresivní fáze;
- zajistit, aby zklidňovací fáze nastala pokud možno co nejrychleji.

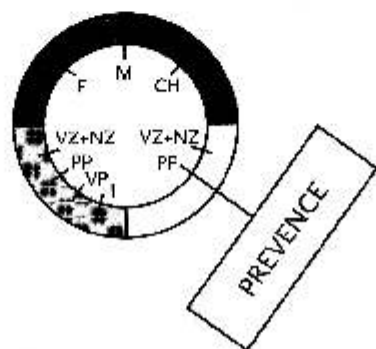
Jako první strategii, kterou může personál využít ihned po odeznění fyzické agrese, je opět verbální a neverbální zklidňování.



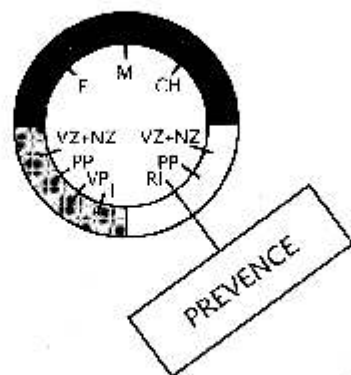
Pokud to jenom trochu jde, snažíme se o to, aby klienta verbálně a neverbálně zklidňoval někdo jiný než ten, kdo se podílel na fyzických restrikcích. Důvodem je skutečnost, že po proběhlých fyzických restrikcích se personál potřebuje uklidnit. Navíc se pracovníci, kteří klienta zklidňovali pomocí fyzických zásahů, stávají pro klienta často zdrojem vzteku.

Personál se při verbálním a neverbálním zklidňování snaží o stejné cíle jako v zelené rozčilující fázi.

Další možnou strategií je **převodní pozornosti**, stejně jako v rozčilující fázi.



Poslední strategií, která celý model kyvadla uzavírá, je **rozběr incidentu**.

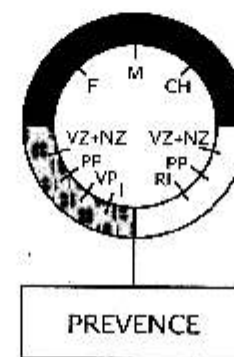


Rozborem incidentu se snažíme zjistit, proč se klient chová problémově. Pokud klient mluví a je schopen adekvátně vyhodnocovat sociální situace, rozběr incidentu provedeme s klientem. Jinak ho provádíme bez klienta. Rozbor incidentu

by měl proběhnout vždy až po úplném odeznění incidentu, ne v jeho závěru. Je to z toho důvodu, že jestliže budeme incident rozebírat s klientem, mohlo by se stát, že naše vlastní snaha najít důvod problémového chování klienta by mohla vrátit kyvadlo zpět do červené fáze fyzické agrese.

Na základě dobře provedeného rozboru incidentu upravujeme v dalších dnech prevenci přímo v kyvadle tak, abychom příště zatížili kyvadlo správnou prevencí ještě více a snížili jsme tak pravděpodobnost výskytu problémového chování.

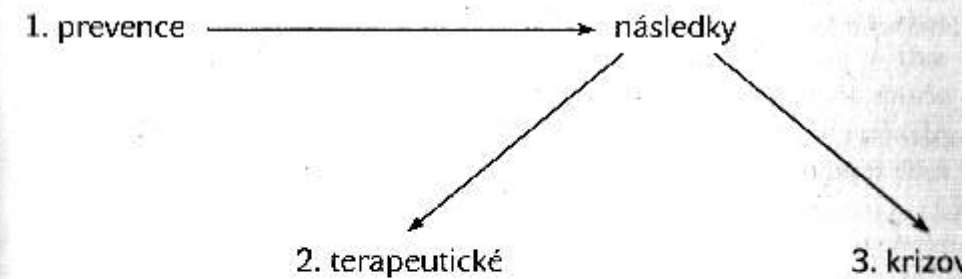
Tímto se celý kruh jednoho incidentu uzavírá.



Každý incident může poukázat na to, co je z pohledu klienta opravdu důležité. Tím nám pomáhá ve zkvalitňování našich terapeutických a krizových scénářů. Na rozdíly v těchto scénářích se podíváme v následující kapitole. Personál se totiž často cítí bezmocně ve chvíli, kdy se v krizových situacích snaží chovat terapeuticky a naopak.

Prevence, terapeutické následky a krizové následky

Při každém problémovém chování se snažíme stanovit vždy tři postupy:



- **prevence** – co mám dělat, aby k agresí nedošlo;
- **následky terapeutické** – co mám dělat, když už k agresí dojde, a to tak, aby se příště už pokud možno neopakovala;
- **následky krizové** – co mám dělat, když už k agresí dojde, a to tak, aby nikdo nezranil a nedošlo k výrazné škodě na majetku – nenárokuji si žádnou změnu v klientově budoucím chování.

Terapeutický a krizový následek jsou často v **rozporu**, ve chvíli **krize** má krizový následek **přednost** před následkem terapeutickým. Vlastní **rozpor** si ukážeme na následujícím příkladě.

Alžběta je dvacetiletá slečna s diagnózou dětský autismus a středně těžká mentální retardace. Ve chvíli, kdy jde celá skupina klientek na procházku (chodí vždy deset klientek a dva zaměstnanci), Alžběta si přibližně po půl hodině často sedá na zem. Když se jí personál snaží zvednout, zaujme polohu „hadrového panáka“, takže je těžké ji dostat zpět na nohy. Při zvedání se Alžběta směje, pobaveně pozoruje reakce personálu.

Personál uvažoval o funkčnosti Alžbětina chování a došel k následujícím hypotézám:

- sedá si proto, že jí bolí nohy;
- sedá si proto, že nechce jít tam, kam chceme my;
- sedá si proto, že se chce vrátit do ústavu;
- sedá si proto, že chce vést skupinu (skupina se kvůli ní musí zastavit a Alžběta se tak stává „vedoucím“ skupiny, který rozhoduje o tom, kdy se půjde dál a kdy ne);
- sedá si proto, že si chce odpočinout;
- sedá si proto, že se chce najíst nebo napít;
- sedá si proto, že chce na sebe přilákat pozornost personálu (personál se věnuje klientkám sporadicky, na jednoho zaměstnance připadá pět klientek, Alžběta chce mít jednoho zaměstnance sama pro sebe);
- sedá si proto, že na zemi vidí něco zajímavého.

Tyto hypotézy personál pečlivě zvažil a provedl několik experimentů (Alžběta během popsaného chování vždy sleduje personál; nikdy to neudělá ve chvíli, kdy jde na vycházku a má zaměstnance sama pro sebe, nebo když jde s klientkami, které pozornost personálu nevyžadují; sedá si při jakékoli příležitosti, nezáleží na cíli cesty; když jí dají na výběr, kam chce jít, tak to nesnižuje pravděpodobnost sednutí si na zem; když jí dají jiná privilegia nebo když je dobře najedena, tak to nesnižuje pravděpodobnost sednutí si na zem; rodičům si na zem při procházkách nesedá aj.). Nakonec vybral **předpoklad**, že si Alžběta sedá na zem, aby **připoutala sociální pozornost personálu**.

Jaké jsou možnosti personálu v prevenci, v terapeutických a krizových následcích?

V rámci **prevence** může personál udělat vše pro to, aby se Alžbětě dostávalo sociální pozornosti v takové míře, kterou vyžaduje, a to i za **cenou**, že **tento přístup** bude ve skupině **nespravedlivý**. Personál také **správně uvažuje** o jiné skladbě klientek na procházce tak, aby chodila Alžběta s klientkami, které mají **menší potřebu sociálního kontaktu**. Zároveň personál zjišťuje, za jak dlouho (přibližně) se u klientky začne vyskytovat **problémové chování** a jak **dlouho** **problémové chování** trvá. Na základě časových informací se snaží vymyslet alternativní možnosti sociální pozornosti **neorientované po celou dobu pouze na Alžbětu**, jež přitom však Alžbětě stačí k naplnění **potřeby sociálního kontaktu**.

Při **prevenci** je důležité si uvědomit, že z **pozice personálu** často **nerozhodujeme o tom, kolik času s klientem strávíme** v přímé interakci, zvláště pak pokud má klient **lehčí stupeň mentálního handicapu** a snížený pocit **sociálního studu** (např. kvůli autismu). Pokud se klient rozhodne, že s námi v **interakci 1 : 1 stráví 40 minut z hodiny**, prostřednictvím svého **problémového chování** toho **jistě dosáhne** (stačí pouze, aby hmičkem klepal na okenní sklo se **vzrůstající intenzitou**, a hned se mu **budeme věnovat**, i když **budeme mít ve skupině dalších osm klientů**). Jako personál ale **spolurozhodujeme s klientem o tom, jakým způsobem** společný čas strávíme a **zda naplní společného času bude sociálně přijatelné chování nebo chování problémové**.

V rámci **prevence** se **snažíme vždy**:

- **měnit vnitřní spouštěcí mechanismy chování** tak, aby klient **neměl potřebu** **sáhnout do svého repertoáru chování k chování problémovému** (např. klientovi věnujeme takovou pozornost, že nemá potřebu si o pozornost „říkat“ **problémovým chováním**);
- **měnit vnější faktory** tak, aby klientovi stálo za **námahu nepoužít ze svého repertoáru problémové chování**, i když jeho **základní potřeby zůstanou aktuálně zčásti nenaplněny** (zde mluvíme o jakémkoli motivačním systému např. k čekání bez problémového chování ve chvíli, kdy se klientovi **nevěnujeme** a on by si **naši pozornost přál**);
- **učit klienta alternativnímu chování** (jakým jiným, **sociálně přijatelnějším způsobem** si **mohu říci o pozornost než usednutím na zem**).

Z pohledu funkčnosti jsme úspěšnější tehdy, když se nám podaří správně modifikovat vnitřní spouštěcí mechanismy chování, protože tam se dostáváme k jádru věci a problémové chování se nám daří zarázít hned v zárodku. Odměnamí sice „kloužeme“ pouze po povrchu, mají tak menší funkčnost, zato je můžeme použít i ve chvíli, kdy si nejsme dostatečně jisti funkčností problémového chování.

Tím, že personál provádí u Alžběty správně prevenci, podařilo se mu snížit výskyt usedání na zem z pěti výskytů týdně na dva. Otázkou tedy zůstává, co má dělat personál ve chvíli, kdy už si Alžběta na zem sedne.

V rámci terapeutického scénáře se snažíme o to, abychom klientovi nevyplnili jeho přání, které dává najevo svým problémovým chováním. V našem případě děláme vše pro to, aby Alžběta po usednutí na zem, kterým se snaží o připoutání sociální pozornosti, sociální pozornost nedostala.

Stejně jako u prevence i u terapeutických scénářů se snažíme vždy:

- měnit vnitřní spouštěcí mechanismy chování tak, aby z pohledu klienta problémové chování nevedlo v budoucnosti ke kýženému cíli (např. ignorujeme klientovo usednutí na zem, kterým chce získat pozornost, aby postupně pochopil, že tímto chováním se k jmenovanému cíli nedostane);
- měnit vnější faktory tak, aby klientovi nestálo za námahu použít ze svého repertoáru problémové chování, i když jeho základní potřeby zůstanou v dané chvíli zčásti nenaplněny (zde mluvíme o jakémkoli trestajícím systému – trest může mít podobu zákazu činnosti na počítači, pokud se do pěti sekund od usednutí na zem nezvedne).

Použití trestů s sebou nese spoustu etických otázek, a pokud přijmeme za své i jedno ze základních východisek správně využitého trestu, a to, že musí být přímo úměrný fyzickému věku klienta (ne mentálnímu), pak zjistíme, že náš repertoár trestů, které můžeme použít u dospělých klientů, je velmi výrazně omezený.

U Alžběty je namístě využití ignorace, která může působit terapeuticky a napomoci eliminaci jejího problémového chování. V praxi může mít ignorace mnoho podob. Můžeme například učinit následující:

- Jeden zaměstnanec odejde s ostatními klienty a druhý si sedne nedaleko Alžběty. Otočí se k ní zády, nemluví na ni, může si číst. Pokud má Alžběta ráda například piškoty, mohl by je u čtení i jíst. Alžbětě by samozřejmě nena-

bízel. Jakmile by se Alžběta po chvíli zvedla, zvedl by se také, pochválil by Alžbětu a začal se jí sociálně věnovat.

- Začneme ostatním klientům ukazovat něco zajímavého, aniž bychom mluvili na Alžbětu.
- Celá skupina odejde dál a Alžbětu nechá sedět tam, kde je.

O tom, jaký způsob ignorace použijeme, se rozhodujeme v dané chvíli podle handicapu klienta a našich možností a schopností. Všechny postupy však mají společné to, že se za žádných okolností klientovi nevěnujeme (nesnažíme se ho nalákat na něco hezkého, neptáme se ho, co se děje, nemotivujeme ho pozitivně verbálně, aby se zvedl).

Tím, že se Alžbětě po problémovém chování nevěnujeme a zároveň správně provádíme prevenci, snižujeme pravděpodobnost výskytu problémového chování v budoucnosti. Co máme ale jako personál dělat ve chvíli, kdy je ignorace pro klienta výrazně nebezpečná? Co když sedí na silnici a blíží se k němu kamion?

Krizové scénáře používáme v krizových situacích. Krizové situace jsou jakékoliv situace, kdy je klient z pohledu personálu v akutním nebezpečí nebo když hrozí fyzické či psychické zranění personálu. V rámci krizového scénáře máme v našem příkladě pouze jediný úkol, a to přemístit Alžbětu z nebezpečného místa A (silnice) na bezpečné místo B (chodník). K tomu se nabízejí různé strategie:

- zastavit dopravu;
- přikázat Alžbětě, ať odejde na chodník;
- poprosit Alžbětu, ať odejde na chodník;
- nabídnout Alžbětě něco příjemného, co dostane až na chodníku (jídlo, pití, sladkost);
- odtáhnout Alžbětu ve spolupráci s osloveným náhodným kolemjdoucím, s jiným klientem, s kolegou z práce;
- odtáhnout Alžbětu sám (pokud je těžší, než kolik jsem schopen utáhnout, tak i za cenu toho, že to Alžbětě bude nepříjemné a že jí to způsobí bolest);
- mluvit s Alžbětou o jejím oblíbeném tématu tak potichu, že nás může slyšet pouze z chodníku.

O tom, jaký scénář použijeme, se rozhodujeme v dané chvíli a podle klientova handicapu a také podle našich možností a schopností. Všechny postupy však

mají společnou pouze jednu věc, a to, že se vždy různým způsobem klientovi věnujeme (snažíme se ho nalákat na něco hezkého, ptáme se ho, co se děje, motivujeme ho pozitivně verbálně ke zvednutí, táhneme ho aj.).

Z výše uvedeného příkladu jasně vidíme, že terapeutický následek (Alžbětu ignorujeme) je v jasném rozporu s následkem krizovým (Alžbětě se plně věnujeme). To, jestli personál situaci vyhodnotí tak, že na ni reaguje terapeuticky, nebo použije krizový scénář, záleží pouze na personálu, který je přítomen incidentu. Pokud personál prožívá při incidentu jakoukoli výrazně intenzivní negativní emoci (strach, vztek, smutek, bezmoc, trapnost aj.), bude vybírat s největší pravděpodobností spíše z repertoáru následků krizových než následků terapeutických. Krizovým následkům se proto někdy říká „empatická nedůslednost“.

Personál, který prožívá ve své službě stále negativní emoce, a v důsledku svého prožívání se stále nachází v krizových scénářích, nemůže ze své podstaty poskytovat kvalitní službu (nemůžeme poskytovat kvalitní službu člověku, kterého se neustále bojíme atd.).

Druhý extrém je ale také chybný. Personál, který se chová stále terapeuticky, aniž by zohledňoval aktuální emoční rozpoložení klienta, udělá ve své práci také spoustu chyb. Vzpomeňme si například na Formantův film *Přelet nad kukaččím hnůzdem*. Když hlavní scetra nachytala svého klienta s prostitutkou při oslavě jeho vstupu do „mužství“, připomněla mu, že vztah na jednu noc je morálně pochybný, a poznamenala, že až se to dozví jeho matka, nebude mít radost. Samotné poznámky vytržené z kontextu jsou terapeuticky v pořádku (vztah na jednu noc je morálně pochybný a matka nemá radost, když její syn morálně pochybí). Avšak stejné poznámky zasazené do kontextu konkrétní situace vedly k sebevraždě klienta. Vše se totiž dá ve vztahu s klientem správně využít (pro rozvoj člověka) i nesprávně zneužít (pro ponížení člověka, pro dokázání si vlastní moci nad klientem aj.). Nezáleží tak ani na tom, co je vysloveno, ale v jakém kontextu to zazní.

Ideální je, pokud se personál naučí „přepínat“ z terapeutického do krizového „režimu“ a zpět, a to i opakovaně během dne a v závislosti na aktuální situaci. Toto „přepínání“ je sice z pohledu terapie méně funkční než absolutní důslednost, ale často je to jediná reálná možnost, jak vycházet s klientem, který se chová problémově, pokud ho chceme nadále udržet v zařízení, kde nemáme úplně ideální podmínky (málo personálu, hodně klientů s různorodými cíli aj.).

Příklad dobré a špatné praxe ze školní integrace žáka s Aspergerovým syndromem

Chybné použití výlučně terapeutických scénářů

Lukášovi je devět let a navštěvuje základní školu; ve třídě, do které chodí, pracuje spolu s učitelem i asistentka pedagoga. Ve chvíli, kdy mu asistentka zadá úkol, Lukáš často nechápe smysl úkolu, a pokud je i unavený, začne se vztekat. Vztek projevuje tím, že začne hučet. Asistentka pedagoga terapeuticky správně a důsledně za všech okolností trvá na dokončení úkolu. Lukáš se tak učí, že práci musí dokončit. Lukáš často hučí tak hlasitě, že se ostatní děti nemohou soustředit na práci a mají potíže například při písemných pracích. Po několika měsících si rodiče zdravých dětí začínají řediteli stěžovat, že se jejich děti nemohou učit. Po roce je Lukáš ze školy přeřazen do psychiatrické léčebny. (Nejde o oficiálně legalizovanou, ale bohužel reálnou praxi; pozn. red.)

Chybné použití výlučně krizových scénářů

Lukášovi je devět let a navštěvuje základní školu; ve třídě, do které chodí, pracuje spolu s učitelem i asistentka pedagoga. Ve chvíli, kdy mu asistentka zadá úkol, Lukáš často nechápe smysl úkolu, a pokud je i unavený, začne se vztekat. Vztek projevuje tím, že začne hučet. Asistentka pedagoga krizově správně velmi rychle přestane trvat na dokončení úkolu. Lukáš se tak v průběhu dne skoro vůbec neučí, ve škole si v „terapeutickém“ koutku hraje na počítači. Lukáš sice nehučí, ale jeho školní prospěch se rapidně zhoršuje. Po několika měsících si Lukášovi rodiče začínají řediteli stěžovat, že se Lukáš za poslední půlrok nic nenaučil. Navíc se Lukáš začal nudit, protože po něm nikdo nic nechce, a začal hučet z nudy. Po roce je Lukáš ze školy přeřazen do psychiatrické léčebny.

Správné použití terapeutických a krizových scénářů

Lukášovi je devět let a navštěvuje základní školu; ve třídě, do které chodí, pracuje spolu s učitelem i asistentka pedagoga. Ve chvíli, kdy mu asistentka zadá úkol, Lukáš často nechápe smysl úkolu, a pokud je i unavený, začne se vztekat. Vztek projevuje tím, že začne hučet. Asistentka pedagoga krizově správně velmi rychle přestane trvat na dokončení úkolu. Zároveň s Lukášem odchází ze třídy zalit květiny na chodbě tak, aby si Lukáš odpočinul. Při cestě zpět odchází asistentka s Lukášem do kabinetu fyziky a opět vytáhne zadaný úkol. Lukáš opět začne hučet,

ale vzhledem k tomu, že hučení nikoho neruší, asistentka trvá dál na dokončení úlohy. V rámci prevence na všechny důležité písemky odchází Lukáš s asistentkou do kabinetu fyziky i za cenu, že integrace v tuto chvíli neprobíhá, a písemku vypracovává tam. Ostatní děti mají ale klid na svoji práci. Po roce sice integrace Lukáše probíhá pouze částečně (čtvrtinu času je v kabinetě s asistentkou) a jeho vzdělávání také jen v omezené míře (učí se podle svého IVP, tedy pomaleji než ostatní děti, i než by dovoluval jeho mentální potenciál). Zároveň je škola schopna ho udržet ve vzdělávání k relativní spokojenosti všech (Lukáš, spolužáci, personál, Lukášovi rodiče, rodiče ostatních dětí) a Lukáš postoupil do dalšího ročníku.

Pokud se někde zaměstnanec cítí při incidentu relativně psychicky a fyzicky v pohodě, může si dovést přístupovat ke klientovi terapeuticky (může opakovat na svém požadavku, být výrazně důsledný, může chování naprosto ignorovat aj.). Pokud se však v pohodě necítí (např. řeší incident ve stavu fyzické nepohody nebo nevyšpalý, ve skupině úzkostných dětí, před cizími lidmi na ulici nebo s výrazně silnějším klientem, u kterého nemá autoritu), nastupují následky krizové (vyhovění požadavku i po problémovém chování, únik ze situace aj.). Pokud se při jednom incidentu cítí jeden z personálu „terapeuticky“ a druhý již „krizově“ a zároveň chtějí vystupovat vůči klientovi jednoduše a společně, musí se volit postup krizový, protože personál „v krizi“ není schopen dosáhnout terapeutických následků (personál v terapeutickém „režimu“ je však vždy schopen dosáhnout i následků krizových).

Pokud nevíme, proč se klient chová problémově, nemůžeme správně provádět prevenci ani nemůžeme na chování správně terapeuticky reagovat. Nemůžeme totiž vědět, čemu vlastně máme předcházet a jak na chování reagovat, aby klient nedosáhl svého cíle. Můžeme správně dělat pouze následky krizové, které jsou často pro většinu funkcí chování v krizové situaci stejné.

V následujících kapitolách se podíváme, jaký dopad má myšlení personálu a jeho následné prožívání interakcí s klientem na chování klientů.

Kognitivní události, kognitivní procesy, kognitivní schémata

Každý člověk přemýšlí ve třech rovinách. Vlastní úrovně jsou mezi sebou propojené, navzájem se ovlivňují a výrazně mění emoční prožívání člověka. Mezi úrovně patří:

- kognitivní události,
- kognitivní procesy,
- kognitivní schémata.

Kognitivní události jsou jednotlivé postřehy, myšlenky, vjemy. Tyto vjemy jsou vyhodnocovány prostřednictvím kognitivních procesů. Člověk se pomocí kognitivních procesů snaží mezi jednotlivými kognitivními událostmi zorientovat, proto je dává do různých souvislostí tak, aby pochopil, co se kolem něho děje.

Příklad využití kognitivních procesů tam, kde nemáme žádné jiné informace

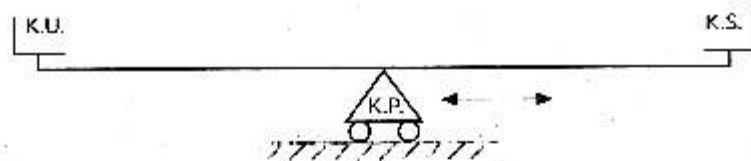
První kognitivní událost: Planety obíhají kolem hvězd.

Druhá kognitivní událost: Sameron obíhá kolem Tramda.

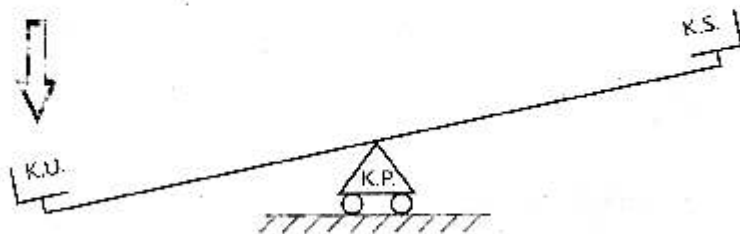
vyhodnocování situace. Vyhodnocování situace (kognitivní proces) probíhá na základě souvztáženosti konkrétní situace, kterou člověk vyhodnocuje (kognitivní události), a jeho obecných postojů, které člověk v sobě má získané výchovou a zkušenostmi (kognitivní schémata). Postoje tak dokážou velmi zkreslit vyhodnocení situace. Na základě zkresleného vyhodnocení situace se pak u konkrétního člena personálu objevuje chybné emoční prožívání situace s klientem a na základě chybného emočního prožívání situace se pak personál může i chybně chovat.

Emoční prožívání (strach vztek, bezmoc, radost aj.) personálu tak velmi souvisí s jeho vyhodnocováním situací na pracovišti. Jak jsme již uvedli výše, vyhodnocení situace je závislé na postojích personálu. Jak mezi sebou události, vyhodnocování situací a postoje souvisí?

Vlastní souvztáženost událostí, procesů a schémat (postojů) si můžeme představit jako dětskou houpačku, kde na jedné straně sedí kognitivní události a na straně druhé sedí kognitivní schémata. Celá houpačka je na pojízdném vozíku (kognitivní procesy), který slouží k udržení rovnováhy mezi událostmi a schématy.



Pokud se houpačka na jedné straně zatíží více, vozík kognitivních procesů svým vyhodnocením událostí nebo schémat popojede tak, aby se houpačka dostala opět do rovnováhy.



Aby se houpačka vyrovnala, musí vozík popojet na jednu stranu houpačky tím, že zkreslí vyhodnocení kognitivní události tak, aby odpovídala kognitivním

schématům, nebo poupraví kognitivní schéma tak, aby odpovídalo kognitivní události.



Provázanost událostí, procesů a schémat v myšlení klientů i personálu si ukážeme na následujících příkladech.

Olin je desetiletý chlapec s Downovým syndromem, který žije v domově pro osoby se zdravotním handicapem a v rámci integrace chodí do základní školy s asistentem. Když Olin v družině prohrává v jakékoli hře, hru často zničí a začne křičet, že všichni podvádí. Ujistění ze strany učitelky, že nikdo nepodváděl, protože celou hru sledovala a podvodu by si jistě všimla, Olinovi nepomáhá. Děti jsou na Olina našťavané a nechťejí si s ním hrát. Pani učitelka Olina nemá ráda, protože si o něm myslí, že je malý, rozmazlený lhář.

Co se Olinovi ve chvíli prohry honí hlavou? Na co myslí? Opravdu není schopen pochopit, že ostatní děti nepodváděly? Je opravdu lhářem, který je navíc rozmazlený? Ví, že nemluví pravdu?

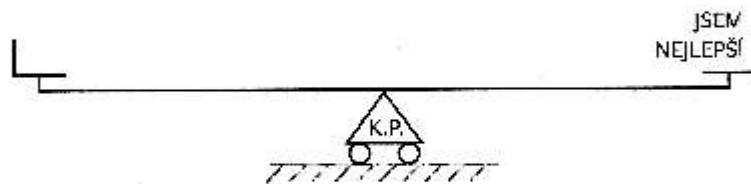
Podívejme se nejdříve na Olinova kognitivní schémata. Ještě než šel do ústavu, rodiče mu v dobré víře stále opakovali, že je nejlepší, že si nikdy nesmí nic nechat líbit a že na světě není kluk, který by dokázal víc než on. Pokaždé když Olin udělal jakýkoli pokrok v sebeobslužných dovednostech, rodiče ho výrazně chválili se slovy, že není lepší dítě než on. Na základě této zkušenosti a „černobílého myšlení“ si Olin o sobě vytvořil kognitivní schéma představy „Jsem nejlepší“ a „Pokud nejsem nejlepší, znamená to, že jsem nejhorší!“.

Takto jasně vyhraněné kognitivní schéma je pro jeho myšlení ve spoustě případů velmi zatěžující. Na jeho základě musí Olin mnoho konkrétních situací vyhodnotit chybně tak, aby obstál sám před sebou.

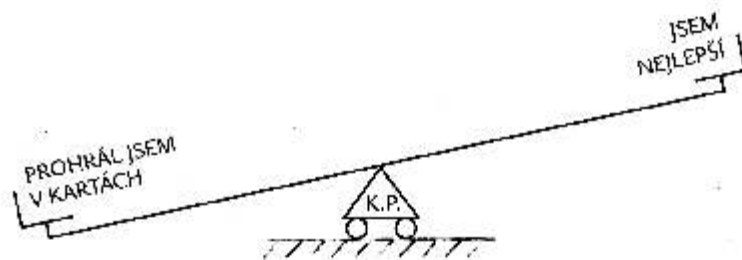
Rozpor mezi událostmi a schématy je pro všechny lidi bolestivý a nepříjemný. Vzhledem k tomu, že se všichni jednou za čas potýkáme s rozporom mezi událostmi a schématy, snažíme se dopad tohoto rozporu na naše nepříjemné emoční prožívání mírnit zkreslením událostí nebo schémat prostřednictvím svých kogni-

livních procesů (vyhodnocování situací) tak, aby si alespoň rámcově vzájemně odpovídaly.

Olin má tak na jedné straně své houpačky přesvědčení „Jsem nejlepší ze všech lidí na světě!“.



Zároveň je však vystaven situaci, kdy prohrál hru.



Tento jasný rozpor musí Olin ve svém myšlení nějak zpracovat, a to tak, aby si levá i pravá strana alespoň rámcově odpovídaly. Olin může na základě konkrétní události (prohrál ve hře) změnit své kognitivní schéma ze „Jsem nejlepší“ na „Patřím mezi nejlepší“. Tento proces se mu však těžko podaří, a to ze dvou důvodů. Za prvé je obecně velmi těžké měnit kognitivní schémata bez vědomého terapeutického procesu, protože vznikala v průběhu několika let na základě několika stovek konkrétních událostí. Za druhé je pro Olina těžké měnit toto schéma z důvodu jeho „černobílého“ myšlení, protože pokud by Olin opustil myšlenku „Jsem nejlepší“, automaticky se mu tam nabízí myšlenka „Jsem nejhorší“, která je pro něj samozřejmě nepřijatelná.

Aby si zachoval psychickou pohodu, bude se Olin spíše snažit změnit skrze své kognitivní procesy vyhodnocení konkrétní události tak, aby odpovídalo kognitivnímu schématu „Jsem nejlepší“. A tak prohru vyhodnotí tak, že si o celé situaci pomyslí, že ostatní děti podváděly.



Na základě tohoto hodnocení se Olin následně chová velmi agresivně, což vyplývá z jeho ponledu na věc. Učitelčinu vysvětlení, že viděla, že děti nepodváděly, nebude věřit, protože by si sám musel v tu chvíli přiznat rozpor mezi svými událostmi a schématy, což by mu bylo daleko nepřijemnější. Olin tak pouze nevěří tomu, že děti podváděly, Olin to ví, že podváděly!

V terapii bychom se snažili měnit Olinovo černobílé myšlení tak, aby viděl, že v náhledu na jakoukoli situaci neexistují pouze dva extrémní póly vyhodnocování. Zároveň se budeme snažit o změnu jeho kognitivního schématu ze „Jsem nejlepší“ na „Patřím mezi nejlepší“. Tento terapeutický proces se však bude odehrávat formou her, behaviorálních experimentů a rozhovorů mimo průběh vlastních incidentů. Při incidentech totiž Olin své schéma již z výše uvedených důvodů nemůže měnit, ani kdyby chtěl.

Na dalším příkladu si ukážeme dopad chybného přesvědčení personálu na interakci s klientem.

Luboš je pětáctiřetiletý muž s lehkou až středně těžkou mentální retardací. Jeho mentální schopnosti odpovídají přibližně desetiletému dítěti. Luboš žije v domově pro osoby se zdravotním handicapem, kde je klientela s celým spektrem mentálních handicapů. DOZP je proto uzamčen tak, aby se klienti s těžkou mentální retardací nedostali sami ven. Klienti, kteří mohou sami chodit ven, mají klíče. Luboš patří mezi ně. Luboš vykouří deset cigaret denně. Při preventivní kontrole mu lékař kouření zakázal, protože se Lubošovi špatně dýchá a stěžuje si na bolest na plicích. Písemnou zprávu z vyšetření včetně zákazu kouření zaslal zdravotnímu personálu z DOZP. Personál s Lubošem vše probral. Mluvili o rizicích kouření a jeho tlaku na hrudi i o možnosti předčasného úmrtí. Luboš si vše vyslechl, ale nechce omezit své kouření, které, jak říká, mu přináší „pohodu, bolest a slast“.

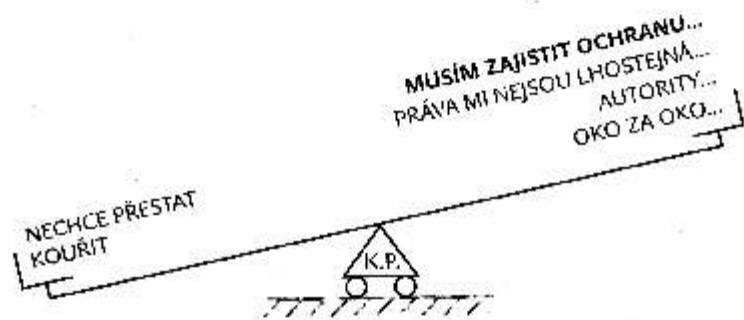
Přesvědčení klíčového pracovníka (jeho postoje) o své úloze v práci jsou:

- musím zajistit ochranu klienta, jak nejvíce to jde;
- práva klientů mi nejsou lhostejná.

Dalšími postoji klíčového pracovníka, které se týkají již jeho vlastního života (promítají se do osobního i pracovního života) a vznikaly výchovou uplatňovanou jeho rodiči, jsou (kromě jiných):

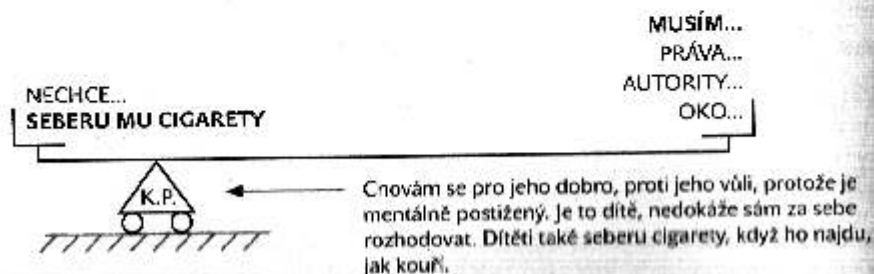
- musím si zachovat přízeň autorit;
- Jak se do lca volá, tak se z něho ozývá – když budu na lidi hodný, musí být na mě také hodní.

Klíčový pracovník je však vystaven situaci, kdy Luboš jeho dobře míněné rady ignoruje. Dostává se tak ve svém myšlení do rozporu a snaží se ve svém chování vůči Lubošovi najít ty strategie, které by pomohly naplnit všechny čtyři výše uvedené postoje.

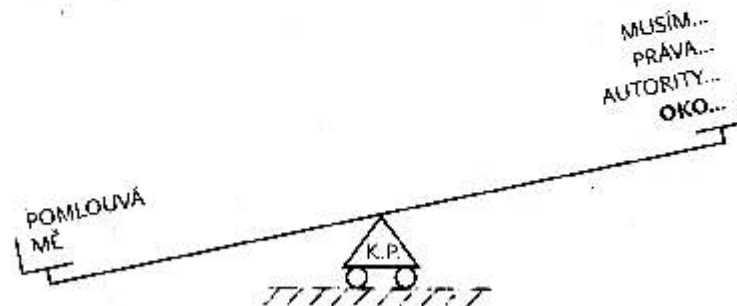


Vzhledem k tomu, že se mu takové strategie nedaří nalézt, protože samotné postoje jsou v rozporu, upřednostňuje takové strategie ve svém chování, které odpovídají postojům s vyšší důležitostí. Lubošovi proto cigarety odebere.

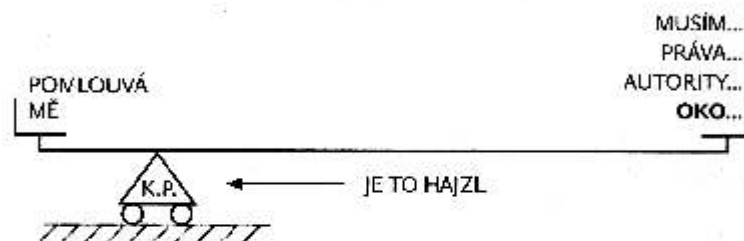
Tím se však dostává do psychické nepohody (jeho práva mi nejsou lhostejná, porušuji jeho práva), kterou se snaží zmírnit během svého vyhodnocování nastalé situace.



Personál si tak odebrání cigaret obhájil, ale Luboš to velmi rozčílilo. Začal chodit ven a žebrot cigarety před domovem přímo od kolemjdoucích. Přitom pomlouval veškeré zaměstnance domova. Zároveň začal chodit do obchodu a cigarety krást. Klíčový pracovník nově nastalou situaci opět vyhodnocuje. Na jedné straně je vystaven situaci, kdy zjistí, že ho klient na veřejnosti pomlouvá, na druhé straně houpačky je jeho přesvědčení o spravedlnosti a o tom, že to s klientem myslí dobře.



Skutečnost, že si zákazem cigaret, kterým chtěl Lubošovi pomoci od zdravotních problémů, vysloužil jeho pomluvy, neodpovídá jeho postoji „Když budu na někoho hodný, bude hodný i on na mě“. Proto se do kognitivních procesů dostávají myšlenky „Je to hajzl, zasloužil by trest. Tak já se tady tak snažím a on mě přede všemi pomlouvá. Kdyby to nebyl hajzl, tak ocení, jak jsem na něj hodný.“



Na základě takto chybného myšlení personál Lubošovi odebere klíč, aby se Luboš již nedostal sám ven. Případný rozpor mezi tímto aktem a svým přesvědčením (práva klientů mi nejsou lhostejná) si personál ospravedlní myšlenkami typu:

- zajišťuji jeho bezpečnost venku, když bude krást a žebrot, tak ho lidi můžou potrestat;
- je to hajzl, zaslouží si trest;

- dělám to pro jeho dobro (má práce je svým způsobem sebcožebnění);
- neví, co činí; kdyby to věděl, ještě by mi poděkoval.

Na základě zákazu samostatných vycházek Luboš několikrát fyzicky napadl personál. Personál situaci zvládl přivoláním zdravotnické záchranné služby a Luboš se ocitl v psychiatrické léčebně...

Z výše uvedených příkladů vidíme, jak jsou kognitivní schémata důležitá pro vyhodnocování jednotlivých situací. Personál má ve svých postojích spoustu mýtů, které velmi zatěžují jednu stranu jeho houpačky. Na základě takto zatížené houpačky musí personál spoustu situací vyhodnotit chybně tak, aby si zachoval svoji psychickou pohodu. Pokud by se mu podařilo zbavit se mýtů ve svých představách, změnilo by se i jeho emoční vyhodnocování konkrétních situací.

Mýty je v sociálních i zdravotnických službách několik, obecně je můžeme rozdělit do dvou kategorií:

- mýty v oblasti: komu poskytují své služby;
- mýty v oblasti: co se ode mě očekává.

Mýty mohou mít v myšlení personálu blahodárný účinek, zároveň však mohou být i velmi nebezpečné. Nebezpečné jsou z toho důvodu, že personál bez supervize svá přesvědčení (mýty) bere jako samozřejmost a nepochybuje o jejich platnosti. Dopad mýtů v myšlení personálu na jeho chování si ukážeme v následujících příkladech.

Příklad

Mýty v myšlení personálu: Můj klient je „hajzl“; Kdyby chtěl, tak se umí chovat lépe; Dělá nám to naschvál.

V DOZP žije dospělý klient Roman. Muž má autismus a svými velmi častými otázkami na stále stejná témata velice obtěžuje personál. Zároveň žije velmi nespokojený život, protože ho rodina v jeho čtyřiceti letech z vcelku pochopitelných důvodů umístila do ústavu a on bere tuto situaci jako zradu. V ústavu nechce žít, většinu klientů mentálně výrazně převyšuje a uvědomuje si to. Chová se proto velmi odmítavě, pro personál je těžké jej zařadit do kolektivního života a osobní asistenci mu nemohou poskytnout. Personál také nechápe jeho ustavičně se opakující otázky, které neodpovídají jeho mentální úrovni (Roman

je sice na úrovni velmi lehké mentální retardace, ale personál zde absolutně nebere v potaz jeho handicap poruchy autistického spektra). Personál se mylně domnívá, že toto chování má klient úplně pod kontrolou a na základě tohoto úsudku si vytváří mylný závěr, že jimi vše dělá schválně. U personálu je tak velmi neoblíbený.

Při supervizi mluví personál o Romanovi velmi hanlivě, není schopen si vybavit jedinou pozitivní interakci s klientem za posledních pět měsíců. Argumentuje tím, že Roman musí být „hajzl“, protože neposlouchá, odmítá vše, nezdraví, nepoděkuje, je agresivní, nekomunikuje jinak, než jak on chce, aj.

Ve chvíli, kdy debata byla v plném proudu, vstoupil Roman do místnosti a řekl: „Dobrý den, můžete mi prosím udělat kávu?“ Personál mu odsekl, že snad vidí, že pracujeme, pan Roman poděkoval, řekl, že přijde za hodinu, a odešel.

Když jsem personálu oponoval s tím, že to, jak se Roman zachoval, je v rozporu s jejím popisem, personál ihned argumentoval, „jaký je Roman hajzl, že před supervizorem se chová slušně!“

Ve výše uvedeném příkladu mýty v myšlení zatížily jednu část houpačky v myšlení personálu, a to tak, že personál s mýtem ve svém myšlení si musel interakci s klientem vyhodnotit chybně tak, aby si na základě toho, že „vše mu v hlavě zapadá do sebe“, zachoval svoji psychickou pohodu a obstál tak sám před sebou.

Mýty v myšlení personálu: Děláme dobro a oni si toho neváží; Vím nejlépe, jak by klient měl žít; Nevědí, co by chtěli, protože jsou postižení.

Příklad

Personál jednoho chráněného bydlení nabídl své služby starším klientkám s lehkou mentální retardací z velkého ústavu sociální péče. Vybrané klientky se tak dostaly ze zařízení, kde spaly po pěti na pokojích a svůj život prožily víceméně na chodbách ústavu, do luxusních bytů, kde bydlí po dvou s výhledem na celé město. Byty jsou v novostavbách, jsou velmi moderně a nadstandardně zařízené.

Na jedné supervizi personál velmi pohoršeně komentoval přání klientky bydlet s jinou klientkou než s tou, kterou jí vybrala sociální pracovnice chráněného bydlení. Klientka také jasně řekla, že pokud nebude moci bydlet s někým jiným, chce odejít zpět do ústavu. Personál její přání bral jako zradu a vydírání, komentoval její chování slovy: „Co by ještě chtěla? Copak nevidí, z jakého průšvihů jsme ji vytáhli? Nevděčnice. Jestli si myslí, že s námi bude takhle manipulovat, tak to se mýlí! Tak my se tak snažíme a ona...“

Argument, že člověk nebude dlouhodobě šťastný pouze díky věcem a podmínkám, a že šťastným člověka dělají převážně dobře fungující vztahy, personál absolutně nebral v úvahu.

Ve výše uvedeném příkladu mýty velmi zatížily myšlení personálu tak, že normální přání a potřeby klientů vyhodnotil emočně chybně.

V následujících kapitolách si jednotlivé mýty v myšlení personálu představíme podrobněji.

Mýty v sociálních a zdravotnických službách

Ještě než se budeme věnovat přímo různým mýtům v sociálních i zdravotnických službách konkrétně, podíváme se na dvě obecné a časté chyby v myšlení personálu, které se prolínají všemi oblastmi jejich práce.

Personál se ve svém smýšlení o klientech často dopouští dvou základních chyb:

- efektu pořadí,
- základní atribuční chyby.

Na základě těchto chyb si personál vytváří chybná přesvědčení o klientech a následně se k nim i chybně chová. Toto chybné chování je pak často spouštěcím faktorem problémového chování uživatelů, které negativně ovlivňuje přesvědčení personálu, a „bludný kruh“ nevhodného chování se tím uzavírá...

Efekt pořadí

V padesátých letech 20. století provedl Abraham S. Luchins (Luchins, 1957, str. 34-35) zajímavý výzkum. Sestavil vyprávění o jednom člověku, které zní takto:

„Jan odešel z domu, aby si koupil něco v papírnictví. Spolu se svými dvěma přáteli vyšel na ulici zalitou sluncem. Vešel do papírnictví, které bylo plné lidí. Zatímco čekal, až si ho prodavač všimne, bavil se s jedním známým. Když vycházel ven, zastavil se se svým spolužákem, který právě vcházel do obchodu. Když odešel z obchodu, vydal se směrem do školy. Cestou potkal dívku, které byl minulý týden představen. Chvilí spolu hovořili a Jan potom odešel do školy. Po vyučování odešel ze třídy sám. Vyšel ze školy a vydal se na dlouhou cestu domů. Ulice byla zalitá sluncem. Jan šel po stinné straně ulice. Uviděl, jak k němu přichází hezká dívka, se kterou se potkal předchozí večer. Jan přešel na druhou stranu a vstoupil do cukrárny. Byla plná studentů. Všiml si několika důvěrně známých tváří. Jan tiše čekal, dokud si ho muž za pultem nevšimne, a potom si objednal něco k pití. Vzal si nápoj a sedl si k postrannímu stolu. Když dopil, šel domů.“

Luchins rozdělil dobrovolníky na čtyři skupiny. Jejich úkol byl jednoduchý, měli se na základě popisu Janova chování rozhodnout, zda je Jan přátelský, nebo samotář. Každá skupina však dostala trochu jiný text. Luchins výše uvedený popis rozdělil na dvě části. Část A začíná větou „Jan odešel z domu, aby si koupil...“ a končí větou „Chvilí spolu hovořili a Jan potom odešel do školy“. Část B začínala větou „Po vyučování odešel...“ a končila větou „Když dopil, šel domů“. První skupině nechal přečíst pouze část A, druhé skupině dal text v posloupnosti AB, třetí skupině pořadí obrátil a text jí předal v posloupnosti BA a čtvrtá skupina dostala k přečtení pouze část B. Výsledky hodnocení jsou uvedeny v následující tabulce:

| | Kolik procent lidí hodnotilo Jana jako přátelského | Kolik procent lidí hodnotilo Jana jako samotáře |
|--------------------------------|--|---|
| četla pouze část A | 95 | 5 |
| četla nejprve část B a potom A | 78 | 22 |
| četla nejprve A a potom B | 16 | 82 |
| četla část B | 8 | 92 |

Rozdíly v hodnocení spočívají v sestavení popisu Janova chování. V části A jsou popsány sociální interakce, které nasvědčují spíše o Janově přátelské povaze. V části B jsou popsány sociální interakce nasvědčující spíše Janově samotářské povaze.

Luchins tak dokázal, že pro člověka je nejdůležitější první informace. Tento efekt je v sociální psychologii označován jako efekt prvního dojmu. Na základě

tohoto pohledu si utvoří schematickou představu o tom, jaký popisovaný člověk je. Následně situace si poté vyhodnocuje tak, aby odpovídaly spíše jeho schematické představě, než aby tuto představu narušovaly, a on si tak musel vytvářet představu novou. Rozdílnost hodnocení jedné sociální situace si ukážeme na následujícím příkladě:

Příklad

Sociální situace: „Jan uviděl, jak k němu přichází hezká dívka, se kterou se potkal předchozí večer. Přešel na druhou stranu a vstoupil do cukrárny.“

Hodnocení skupiny, která si v průběhu čtení udělala představu o Janovi, že je přátelský: „Jan je přátelský, protože potkal hezkou dívku, kterou již znal z dřívější doby...“

Hodnocení skupiny, která si v průběhu čtení udělala představu o Janovi, že je samotář: „Jan je samotář, protože proti němu šla pěkná dívka, a aby ji nemusel potkat, tak radši přešel na druhou stranu...“

Jak ovlivňuje efekt pořadí myšlení a následné chování personálu

V předchozí kapitole jsme si ukázali, jak je důležitý první dojem, který klient na personál udělá. Personál se poprvé setkává s klientem dvěma způsoby. Buď klient přijde nově do zařízení, kde personál již pracuje, nebo nově přichází personál do zařízení, kde je klient již delší dobu.

Velmi často s nově přichozím klientem přichází i různá dokumentace, která zahrnuje lékařské zprávy a psychologická vyšetření klienta. Tato vyšetření personál obvykle vidí ještě předtím, než klient přijde do jejich zařízení. V těchto vyšetřeních jsou však mnohdy popsány incidenty problémového chování, aniž by se popisovaly dny, kdy se nic nestalo. Personál tak ještě před příchodem klienta může z popisu třeba jednoho ojedinělého incidentu získat představu, že k nim nastupuje spíše „zákeřný šilence“ než „mladý optimistický a přátelský muž“. Na základě této představy se zpočátku chová spíše obezřetně a nedůvěřivě, což klient může vycítit a vyložit si to jako nepřátelské chování vůči své osobě. Na základě tohoto hodnocení se může začít i obranně chovat, což zbytečně zvyšuje pravděpodobnost výskytu problémového chování.

Podobným případem je i příchod nového člena personálu. Pokud mu personál ve službě začne popisovat chování klientů, velmi často začíná v dobré víře tím, čeho se vyvarovat a na co si dát pozor. Nově přichozímu člověku tak nechtěně dělají obraz klientů horší, než je. Následky tohoto neobjektivního předání informací jsou podobné příkladu prvnímu.

Co může personál proti efektu pořadí dělat

V prvním případě je důležité, aby si personál při studiu zpráv, které provází klienta, jasně uvědomoval, že čte často popisy incidentů vytržených z kontextu. Tím dochází k jasnému zkreslení klientova chování. Do zpráv o klientovi se totiž nedostává ze své podstaty popis chování, které nevybočuje z normy (rozumějme vhodné sociální chování). Velmi výstižně popsal tento fenomén ve své detektivce A. C. Doyle v příběhu Sherlocka Holmese s názvem *The Adventure of Silver Blaze*. Holmes měl vyšetřit noční krádež koně. Poté co si přečetl zprávu, přijel osobně se podívat do hřebčína. Ihned upozornil strážníka, který zprávu sepsal, že ve zprávě chybí popis „podivného chování místního hlídačského psa“. Zmatený strážník mu odpověděl, že se pes choval jako vždycky. „A to je právě to podivné,“ odpověděl mu Holmes a na základě této indicie došel k závěru, že koně ukradl místní trenér. Pes neštěkal, protože trenéra znal. (Atkinson, 2001, str. 610)

Ve druhém případě je důležité, abychom novému spolupracovníkovi při popisu chování klienta nejdříve popsal jeho kladné stránky. Je vždy dobré uvádět plně časové informace o frekvenci a době trvání incidentů a tím zamezit zbytečnému zkreslení povahy klienta.

Příklad:

Klient se středně těžkou mentální retardací rád kontaktuje personál tím, že dává „chlapské“ herdy do zad a baví se reakcí personálu.

Popis tohoto chování od zaměstnance, který uživatele zná: „Tady Jenda tě tak pětkrát denně ze zadu se smíchem šfouchne, pozor na něj...“ Následná představa, kterou si o uživateli udělal nově příchozí pracovník: „Na tohotohle chlapa si musím dát pozor, je pořád zákeřný.“

Popis chování od zaměstnance, který uživatele zná důvěrně: „Tady Jenda je v klidu, obrovský kamarád, jen neodhadne někdy svoji kamarádskou vstřícnost, takže tě asi tak pětkrát denně ze zadu šfouchne a směje se při tom, takže na tohle si dávej pozor. Jinak pokud odečtu tuhle půlminutu herd do zad, tak je zbylou dobu v pohodě...“ Následná představa, kterou si o uživateli udělal nově příchozí pracovník: „Tak s Jendou problémy nebudou...“

Základní atribuční chyba

Ve chvíli, kdy pozorujeme problémové chování klienta, dochází v našem myšlení k tzv. atribuci, což je přisuzování příčin. Atribucí provádíme na základě našich předchozích zkušeností s klientem a na základě našich životních přesvědčení a zkušeností (jádrová přesvědčení o tom, jaký jsem, jaký je svět, jací jsou ostatní lidé). Když vidíme určité chování, musíme se rozhodnout, kterou příčinu bychom mu měli přisoudit. Jedním z hlavních úkolů atribuce je naše každodenní rozhodování, zda pozorované chování prozrazuje něco jedinečného o osobě, která se tak chová, nebo o situaci, v níž vidíme osobu se takto chovat. Jestliže usoudíme, že osoba má něco, co je primárně zodpovědné za chování (např. klient nechce jít ven, protože ho obecně nechaví procházky bez cíle), potom se náš úsudek nazývá vnitřní čili dispoziční atribuce („dispozice“ se zde vztahuje k přesvědčením a postojům osoby a k vlastnostem osobnosti). Jestliže však dospějeme k závěru, že za chování je zodpovědná nějaká vnější příčina (např. klient nechce jít na procházku, protože se dívá na oblíbený seriál v televizi), náš úsudek se nazývá vnější čili situační atribuce. (Atkinson, 2001, str. 611)

Fritz Heider, zakladatel moderní teorie atribuce, si jako první všiml, že chování jedince je tak působivé, že ho bereme jako takové, jak se nám jeví, a nepřikládáme dostatečnou váhu okolnostem. Mnohé další výzkumy Heiderovy úvahy potvrdily. Podceňujeme situační příčiny chování, velmi snadno děláme unáhlené závěry o dispozicích určité osoby. Pozorujeme-li někoho, kdo se chová agresivně, příliš snadno začneme předpokládat, že se jedná o agresivní osobnost, protože podceníme závažnost možného vlivu situace. Termín základní atribuční chyba označuje tendenci podceňovat situační vlivy na chování a předpokládat, že chování je vyvoláno určitou vlastností jedince. (Heider, 1958)

Jak ovlivňuje základní atribuční chyba myšlení a následné chování personálu

Chování každé osoby je ovlivněno nejen temperamentem či dalšími osobnostními vlastnostmi, ale i vnějšími okolnostmi. Kombinace těchto tří faktorů rozhoduje o pravděpodobnosti výskytu problémového chování. Vrozené dispozice, životní

zkušenost a konkrétní situace, při níž se objevilo problémové chování, jsou tedy tři informace, které musíme znát. Bez znalosti těchto faktorů nemůžeme správně volit terapii.

Základní atribuční chyba mění v našem myšlení poměr mezi dispozicemi temperamentu a vnějšími spouštěcími okolnostmi v neprospěch vnějších spouštěčů. Na základě této chyby personál neudělá správně funkční analýzu chování, protože si myslí, že se klient chová agresivně, protože je agresivní. Možné chyby v návrhu terapie v důsledku atribuční chyby si ukážeme v následujícím příkladu:

Příklad:

Jana (osmadvacetiletá žena s těžkou mentální retardací a autismem) větší část dne proleží na své posteli ve svém pokoji. Ven moc nechodí, baví ji pouze kratší procházky. Nemluví. Sebeobsluhu u jídla, oblékání a toalety samostatně nezvládá. Zabaví se přenáščením věcí ve své tašce z místa na místo nebo sezením na zemi a kýváním se. Ráda pozoruje okolí a často u toho křičí.

Jednou sama přišla do jídelny ze svého pokoje z prvního patra, což bylo výjimkou. Chvilku chodila kolem nás, a pak si sedla ke stolu. Měl jsem radost, že za námi přišla. Po chvíli z ničeho nic zařvala, převrátila stůl a vrhla se na mě, začala škrábat a kousat. Zároveň rukou plácla do skleněné výplně dveří. Odtáhli jsme proto Janu doprostřed místnosti a drželi ji ve dvou tak, aby zůstala sedět na zemi. Asi po dvou minutách kolegyně přinesla jogurt, Janu jsme usadili ke stolu a dali jsme jí najíst. Jana se ihned zklidnila a odešla zpět na svůj pokoj.

Terapeutické řešení s atribuční chybou

Jana je agresivní člověk, protože je postižená. Jana žije v ústavu sociální péče, kde je již šest let v klecovém lůžku. Je tam z toho důvodu, že její incidenty mají vysokou intenzitu (je silná), mohla by proto někomu ublížit nebo ublížit i sama sobě. Mohla by se také pořezat, protože bouchá ve vzteku do skleněných výplní. Jana je zlá a je nepřátelsky naladěna vůči personálu. Personál jí přesto z klece pustí vždy na hodinu denně. Jelikož je personálu v ÚSP málo a nezvládl by Janu na delší dobu ve chvílích, kdy by se vztekala, nemůže Janu pouštět na delší dobu. Jana je obvykle také velmi agresivní při návratu zpět do klecového lůžka. V klecovém lůžku řve, kouše se a kýve se, což je znakem agrese, a proto se použití klecového lůžka stává nezbytným.

Terapeutické řešení bez atribuční chyby

Žádné lidské chování se nevyskytuje náhodně, jakoby „z ničeho nic“. Jana má sice mentální handicap, ten však automaticky neznamená, že musí být agresivní. To, že Jana sešla ze svého pokoje do jídelny a nesedla si na zem jako obvykle, ale ke stolu, něco znamená... (Jana umí dát najevo svůj pocit hladu pouze tím, že si sedne ke stolu nebo řve, jiný způsob jí nikdo nenaučil, spousta jich odpadá z důvodu jejího handicapu). Její agresi tedy mohla spustit samotná situace.

Návrhy pro příští podobné chování

- Až si příště sama sedne ke stolu, budeme předpokládat, že chce spíše najíst, než že by chtěla trávit svůj volný čas v naší společnosti.
- Až si příště sama sedne na zem, budeme předpokládat, že chce spíše trávit svůj volný čas v naší společnosti, než že by chtěla jíst.
- Není důvod Janu držet v klecovém lůžku. Snažme se spíše z incidentů vypořádat jejich příčinnou vazbu, která často má komunikační charakter.

Co může personál proti základní atribuční chybě dělat

Personál si musí stále připomínat, že podstatná část incidentů je spuštěna „ústavnictvím“ a ne handicapem klienta. Klasickým příkladem jsou incidenty, kdy se jeden klient ze skupiny rozhodne, že nechce jít ven, nebo naopak že chce zůstat venku déle než ostatní. Vzhledem k tomu, že personálu je často málo, musí se klienti podřizovat systému i v situacích, které by doma jinak zvládli plně samostatně. Vzniklý incident není tedy spuštěn handicapem klienta, ale systémem, kterému se klient musí podřídit, a toho není leckdy vzhledem ke svému handicapu schopen anebo není ochoten to udělat.

Ve chvíli, kdy se personál na základě atribuční chyby spokojí s funkční analýzou chování ve smyslu: „On je agresivní, protože vždycky byl agresivní“, nedokáže vhodně rozpoznat správnou funkčnost problémového chování. Ve chvíli, kdy to nedokáže, nezbyvá mu nic jiného než se proti (z pohledu personálu nevyzpytatelným) incidentům klienta bránit. Protože výskyt incidentů se z pohledu personálu zdá nahodilý a „z ničeho nic“, personál radši volí obranu preventivní (zamčený pokoj, nadměrná medikace) než restriktivní. Při jednání s klientem se nebude cítit v pohodě, bude se těchto situací bát a udělá spoustu interaktivních chyb, které často spustí klientovo problémové chování.

Personál by se tedy měl aktivně vzdělávat v možnostech funkční analýzy chování tak, aby chápal, že za většinu chování klient nemůže, a kdybychom byli v jeho situaci, chovali bychom se často stejně. Teprve ve chvíli, kdy bude o incidentu uvažovat bez emočního náboje („Udělal mi to naschvál!!!“ „To si ke mně nesmí dovolit!!!“ aj.), může najít i jiné příčinné vazby, které mu při atribuční chybě zůstanou skryty. Na základě těchto poznání pak může volit terapeutické kroky snižující pravděpodobnost výskytu problémového chování a nemusí se jim bránit jenom restriktivně.

V tomto může personálu velmi pomoci supervize zvenčí, která dokáže nahlédnout na chování klienta bez předsudku a společně s personálem tak může sestavit terapeutický postup na eliminaci problémového chování. Supervize může posloužit i k tomu, že si personál „pouze“ uvědomí, že vše dělá správně a problémové chování patří k handicapu klienta.

Změna postojů personálu mění i emoční prožívání chvíl s klientem s problémovým chováním. Informovanost personálu, správné postoje ke své práci a ke klientům a znalost možností terapie jsou v terapeutickém procesu klíčové. V postojích personálu je spousta mýtů, které zbytečně emočně zatěžují personál. Jak už jsme se zmínili v kapitolách výše, mýty v myšlení personálu můžeme dělit na mýty z ohlasů „Komu poskytují své služby“ a „Co se ode mě očekává“.

Vždycky mě na supervizích překvapí, jak mají personál i různá zařízení diametrálně rozdílné názory na klienty a smysl práce s nimi. Často se výrazně liší smýšlení organizace sepsané v poslání a jiných materiálech a smýšlení personálu pracujícího v organizaci. Liší se také obvykle i smýšlení samotného personálu mezi sebou.

Základní mýty jsou vypsány níže. Nejde vůbec o ucelený seznam mýtů, mýtů je daleko více. Vybral jsem pro ukázkou pouze ty, které jsem zaznamenal v myšlení personálu při supervizích v DOZP nebo PL, velmi často. Jsou to výroky jako: „Můj dospělý klient s mentálním handicapem je dítě, protože myslí jako dítě.“ „Musím plnit přání rodičů klienta (smlouvu podepisují rodiče, nemůžeme se jim vzepít).“ „Nesmím být bezmocný, jakmile ukážu před klientem svoji bezmoc, ztratím autoritu.“ „Klienta musím vždy aktivně zapojit, jinak nemá smysl s ním pobývat.“ „Neporušuji práva svých klientů.“ „Musím za každou cenu zajistit bezpečí klienta.“ Tyto mýty rozebereme v následujícím textu.

Mýty v oblasti: Komu poskytují své služby?

Můj dospělý klient s mentálním handicapem je dítě, protože myslí jako dítě

Naše postoje ke klientovi obecně mohou měnit naše emoční prožívání konkrétních situací. Jedním z postojů, které vyvolávají v personálu silné emoce, je „škatlukování“ dospělého klienta do dětského věku. Tento postoj je velmi rozšířený u personálu poskytujícího služby dvěma kategoriím klientů, a to lidem s mentálním handicapem a seniorům s demencí nebo Alzheimerovou chorobou.

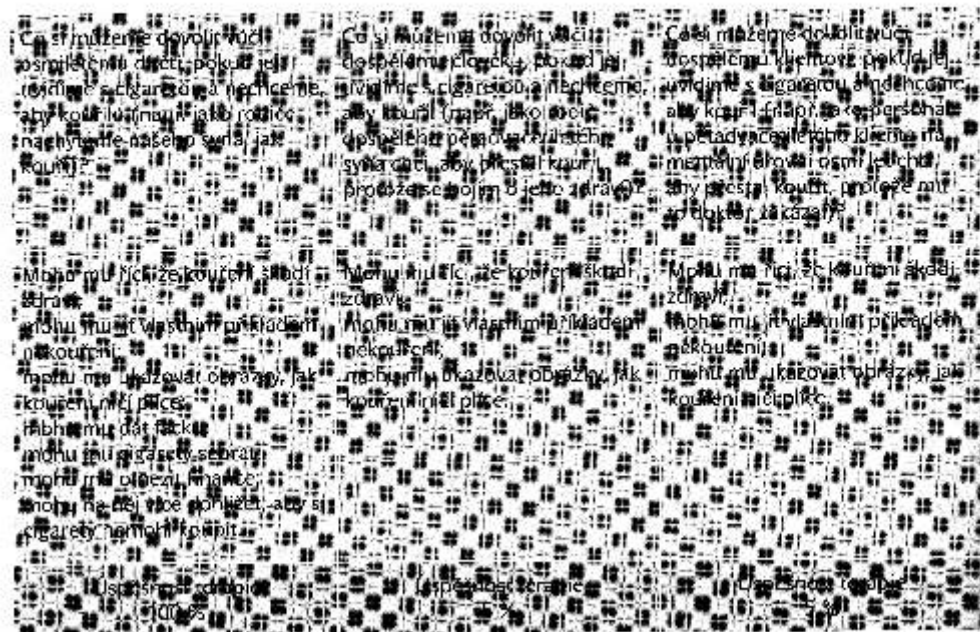
Tento postoj pramení ze dvou východisek. Za prvé vychází z hodnocení chování klientů, které ve spoustě situací připomíná chování dítěte. Za druhé vychází z výrazného upřednostnění kognitivní složky osobnosti před složkami jinými, zvláště pak emocionálními a zkušenostními. **To, že člověk má lehkou mentální retardaci, ještě neznamená, že nutně musí být handicapovaný i ve svém emocionálním rozvoji.** Často jsou lidé s lehkým mentálním handicapem emočně zralí stejně jako ostatní populace a potřebu vztahů mají také identickou.

Ke „škatlukování“ vedou kromě jiného i dobře míněná psychologická vyšetření, kde se v závěru objevují kognitivní schopnosti klienta přirovnané právě k mentálnímu věku dítěte. V lepších vyšetřeních je toto číslo (klient má IQ 50, což znamená, že je mentálně na úrovni desetiletého dítěte, aj.) zasazeno do kontextu klientova života, v horším případě se vyskytne ve zprávě osamoceně jako kamínek vytržený z mozaiky, takže jeho výpovědní hodnota je velmi nízká.

Rozdíl mezi pětiletým dítětem a třicetiletým mužem na mentální úrovni pěti let je propastný, a to přesně pětadvacet let každodenních zkušeností a emoční vyzrálosti. Vlastní rozhodovací mechanismy v myšlení budou mít oba sice velmi podobné, ale výrazný kvalitativní rozdíl bude právě ve větší zkušenosti a emoční vyzrálosti dospělého klienta v porovnání se zdravým dítětem.

Dalším rozdílem je naše terapeutická škála, kterou si můžeme dovolit vůči pětiletému dítěti a třicetiletému člověku. Nejmarkantnější rozdíl je v terapeutických trestech. V naší profesi je velmi důležité nenechat se strhnout pouhou funkcí trestu. Při trestech se rozhodujeme podle fyzického věku klienta, ne podle jeho věku mentálního. Pokud trest neodpovídá fyzickému věku, neměli bychom ho používat, i kdyby byl terapeuticky funkční!!!

Celou problematiku si můžeme ukázat na příkladu kouření:



Z výše uvedeného příkladu je jasné, že naše možnosti jsou jiné u klienta dětského věku a jiné u dospělého člověka. Pokud bych strategie pro dětský věk použil jako rodič u dospělého syna (byť v dobré víře!), s největší pravděpodobností by se terapie minula účinkem, protože by se syn urazil a už více by za rodičem nepřijel (celý náš pokus o terapii by bral jako šikanu).

Pro zachování kvalitního vztahu mezi personálem a klientem je důležité, abychom používali strategie přímo úměrné fyzickému věku i za cenu, že budou méně funkční než strategie pro věk dětský. Ústavnictví nám totiž umožňuje, na rozdíl od běžného života, dětské strategie použít i u dospělých klientů (např. jako personál mohu klienta s mentálním handicapem omezit ve financích nebo samostatných vycházkách, na rozdíl od zdravého dospělého syna) a nejhůřší na tom je, že dětské strategie jsou často funkční. Tím má personál „výborné“ alibi pro používání těchto strategií, které mu, kromě jiného, poskytují i pocit moci a kontroly nad klientem. Zároveň však dlouhodobě tyto strategie vedou k trvalému narušení vztahu mezi klientem a personálem. Je velmi důležité při rozhodování o tom, jaké strategie v terapii využijeme, neupřednostňovat pouze funkčnost terapie, ale zamýšlet se i nad tím, co zavedení terapie udělá se vztahem klienta k nám. Udržení pozitivního vztahu s klientem by pro nás mělo být prioritou, a to i za cenu, že v terapii budeme méně úspěšní a obecně i bezmocnější vůči klientovi.

Musím plnit přání rodičů klienta (smlouvu podepisují rodiče, nemůžeme se jim vzepřít)

Tento mýtus je relativně velmi rozšířený v sociálních službách u klientů s mentálním handicapem, protože když se na to podíváme pouze z ekonomického hlediska, tak peníze za klienta (jeho příspěvek na péči a většina důchodu) se do zařízení dostanou opravdu jenom a pouze na základě vůle klientových rodičů (pokud jsou opatrovníky). Klient o svém umístění často nerozhoduje (mluvíme zde převážně o klientele se středně těžkou až těžkou mentální retardací). Rodiče (zvláště pak rodiče v důchodovém věku) obecně příliš nekritizují sociální služby poskytované svým dětem. Velmi často jsou rodiče rádi, že je o jejich dítě postaráno, protože pokud se na věc podíváme opět z ekonomického hlediska, pak konkurence a zdravý trh v sociálních službách prozatím není. Rodiče si obecně nemohou příliš vybírat, kterou sociální službu chtějí, a „nakupují“ pouze ty, které se jim nabízí, i když nejsou pro jejich dítě zrovna ideální (např. pobyt v DOZP se čtyřicetihodinovou službou pro dospělého syna s lehkou mentální retardací, který by potřeboval službu pouze tříhodinovou).

Pokud přesto mezi rodičem-opatrovníkem a zařízením dochází ke sporu o způsob vedení sociální služby, jde z naší zkušenosti pouze o komunikační šumy mezi zařízením a rodinou.

Jakmile je zařízení a rodina ve sporu a nejde o komunikační „šum“, jedná se často o různé postoje zařízení a rodičů. Hlavní rozdíl je v postoji, zda klient je dítě, které potřebuje převážně chránit, nebo jde o dospělého člověka, který potřebuje převážně podporu v samostatnosti i za cenu přiměřeného rizika. Tento spor je popsán v mýtu o tom, jestli je náš dospělý klient dítětem, či nikoli.

Rodiče budou často preferovat spíše bezpečnost svého syna nebo dcery před jeho nebo její samostatností. Pokud klient jasně preferuje samostatnost a personál zařízení je přesvědčen o přiměřeném riziku plynoucím z jeho samostatnosti, je dobré vše s rodiči probrat. Když se nám rodiče nepodaří přesvědčit, vyplatí se preferovat přání klienta před přáními rodičů, pokud nejde o právní úkon. Pokud by šlo o právní úkon a rodič jedná přímo v rozporu s přáními klienta, může v extrémním případě zařízení podat žádost o zbavení opatrovnictví včetně ustanovení kolizního opatrovníka. A rodič v tu chvíli může také se zařízením rozvázat smlouvu.

Pokud je zařízení v rozporu s rodinou při nácvičích u dětí s handicapem, jedná se často o různost „zakázek“ mezi zařízením a rodinou (zakázky opět spadají do postojů rodičů nebo personálu). Personál v týdenních zařízeních si mnohdy stěžuje na rodiče, že o víkendu netrvají na předem stanovených nácvi-

cích sebeobslužných dovedností. Často na supervizích od personálu slyšíme věty typu „Proč máme provádět nácviky samostatného oblékání, když ho matka potom vždycky sama oblékne?“ nebo „Proč máme provádět nácviky samostatného jedení, když ho doma stejně radši nakrmí?“. Tento druh otázek se objevuje v týdenních i denních zařízeních školského i sociálního typu.

Jaká je zakázka zařízení a jaká rodičů? Zakázka zařízení je při sebeobslužných dovednostech **samostatnost, kterou klientovi jeho handicap dovolí**. Ze své podstaty se tak zařízení snaží stále hledat mantinely, které klientovi jeho handicap vystavuje, a snaží se k nim prostřednictvím nácviků neustále přibližovat. Pokud jde například o nácvik oblékání, rozepíše si personál jednotlivé kroky při oblékání, vypíše si, které úkony je klient schopen provádět samostatně, a podporu mu dává pouze v krocích, které klient kvůli svému handicapu nezvládá.

Zakázka rodičů při sebeobslužných dovednostech je často **rychlost**. Rodiče se snaží dítě co nejrychleji obléknout, protože nemají na starosti pouze nácviky sebeobslužných dovedností, ale spěchají vyzvednout ještě dalšího sourozence nebo nakoupit aj..

Všichni, kdo pracujeme s dětmi nebo dospělými klienty s mentálním či tělesným handicapem, víme, že samostatnost a rychlost jsou nezdůvodnitelné veličiny. Pokud zařízení rozdílnost zakázek přijme za své, velmi často se třecí plochy mezi ním a rodiči-opatrovníky setrou a zařízení dokáže s rodiči vycházet pozitivně. Opět i zde platí (jako u mýtu o dětském věku), že pozitivní vztah mezi zařízením a rodičem má vyšší hodnotu než společný terapeutický postup vůči klientovi doma i v zařízení.

Je to pravda, nebo mýtus?

V myšlení personálu se samozřejmě neobjevují pouze výše uvedené mýty. Objevují se v něm často i jiné myšlenky, jako například tyto:

- Můj klient je hajzl.
- Oni mají samá práva a žádné povinnosti a my máme pouze povinnosti.
- Klienti jsou rádi ve větší skupině.
- Musíme se k nim chovat jinak.
- Nedokážou se rozhodovat.

Co myslíte, jsou to pravdy, nebo mýty? Pozastavte se a zamyslete se...

Mýty v oblasti: Co se ode mě očekává?

Nesmím být bezmocný; jakmile ukážu před klientem svoji bezmoc, ztratím autoritu

Základní lidskou potřebou, kromě jiných, je i ovládnutí druhých lidí v okolí tak, aby se chovali, jak chci já. To, že se lidé chovají podle mého přání, přináší jedinci kromě pocitu uspokojení i pocit bezpečí a jistoty, který plyne z kontroly chování druhého. Každý člověk má tuto potřebu, otázkou zůstává, jak intenzivní je tato jeho potřeba a jakým způsobem si ji naplňuje.

Zdravé dítě je často ovládáno rodičem, zároveň však vhodným sociálním chováním dokáže rodiče velmi dobře ovládat. Pro kvalitní vztah je potřeba:

- **vyrovnanost v míře ovládnutí** (u obou extrémů – rodič stále ovládá své dítě a naopak – je větší pravděpodobnost narušení vzájemného vztahu);
- **sociálně přijatelný způsob** ovládnutí pro obě strany vztahu.

Mnozí lidé s handicapem mají potřebu ovládat jiné lidi stejnou jako lidé ze zdravé populace, ale vlastní strategie v chování, jak dosáhnou naplnění této potřeby, jsou výrazně omezené handicapem. Dále jsou děti s handicapem kvůli svému handicapu obecně pod větším „tlakem“ příkazů a zakázů, což znamená, že pro vyvážený vztah mají i větší potřebu ostatní ovládat tak, aby to bylo z jejich pohledu „spravedlivé“.

Tento deficit se projevuje kromě jiného také tím, že i zdravé dítě odmítne společnou aktivitu s rodičem těsně před jejím začátkem ve chvíli, kdy vidí, že se rodič na aktivitu těší. K tomuto odmítnutí dojde i za cenu, že o příjemnou aktivitu dítě následně přijde. Zisk z pocitu moci je v tu chvíli větší než ztráta z absence příjemné aktivity. Pokud se například rodič výrazně těší, že půjde s dítětem do zoo, a ví, že dítě tam chce jít, může se stát, že si to dítě těsně před odjezdem rozmyslí. Rodič je pak zmaten („vždyť si to přece tak přál!“) a rozčarován. Možnou strategií ve chvíli, kdy chci s dítětem spoluprožít nám oběma příjemnou aktivitu a zároveň vím, že by dítě v tuto chvíli mohlo uplatňovat svoji moc, je vést rozhovor s dítětem ve smyslu „Můžeme jet spolu do zoo, ale nechceš si to ještě rozmyslet? Je tam docela zima...“ V tuto chvíli je větší pravděpodobnost, že se dítě pro zoo rozhodne.

Obecně se tedy snažíme příkazy, které nejsou opravdu opodstatněné, nedávat tak, abychom navyšovali potřebu klienta nás ovládat. Dále se snažíme o to,

abychom klientovi dali každodenně několikrát možnost nás ovládat **sociálně přijatelným způsobem**.

Personál se však často bojí nechat ovládat se klientem. Obává se navyšování jeho požadavků, má strach, že ztratí svoji svobodu v rozhodování. Zároveň také, bohužel, ke své práci někdy objektivně opravdu potřebuje větší autoritu, než mají osatní, protože z důvodů malého počtu personálu musí zvládat vést skupinu několika klientů s různorodými a často protichůdnými zájmy. Skupiny klientů, ve kterých žijí, totiž nevznikají v ústavech a zdravotnictví přirozeně podle sympatií a náklonnosti jednotlivých členů, tak jako v rodinách, ale vznikají na základě umělého sestavení někým mocnějším, než jsou oni (sociálním pracovníkem, ředitelem zařízení, terapeutu aj.). Vzhledem k tomu, že spolu tak musejí žít lidé, kteří se sami nerozhodli pro společné soužití, vzniká zákonitě i daleko více rozbrojů mezi nimi než v klasické rodině. Tmelícím prvkem skupiny – nebo chceme-li „hasičem“ požárů ve skupině – má být personál, který však může mnohdy „hasit“ pouze z pozice své autority. Proto se personál tak často obává ztráty své autority před klienty. Na základě tohoto strachu se někdy snaží působit z pozice moci i tam, kde je to již nereálné, protože v tu chvíli objektivně žádnou moc již nemá.

V sociálních i zdravotnických službách se tak mnohdy dostaneme do situací, kdy přiznání vlastní bezmoci před klientem je ten nejlepší terapeutický postup, jež si v té chvíli můžeme dovolit, a to jak pro klienta, tak i pro nás samotné...

Nikomu z nás není příjemné přiznávat před druhým člověkem vlastní bezmoc. V pracovním procesu je navíc z pohledu vedení bezmoc často synonymem „neschopnosti“, což je samozřejmě nesmysl. Abychom věděli, kdy už se nám vyplatí otevřeně před klientem přiznat vlastní bezmoc z interakce s ním, musíme nejdříve reálně znát vlastní schopnosti a velmi dobře znát samotného klienta.

Příklad

Při jedné skupinové terapii šestnáctiletých chlapců s Aspergerovým syndromem, kteří chodili na terapii „povinně“, žádala si to jejich škola, jsem se dostal do naprosto bezmocné situace. Kluci se na mě před začátkem terapie domluvili, a když jsme seděli kolem kulatého stolu a já jsem na ně začal mluvit, sesedli si k sobě a začali po mně házet kostkami cukru. Při tom se na mě nedívali a smáli se. Vzhledem k tomu, že pracuji převážně s agresivní klientelou s autismem, byl jsem v práci fyzicky napaden od klientů již nesčetněkrát. Tato situace byla ale výrazně jiná. Agrese nebyla tak silná, abych na ni reagoval restriktivně, zároveň však nebyla tak slabá, abych ji dokázal ignorovat. Chlapci na mě házeli kostky,

vysmívali se mi, seděli u sebe proti mně, já koktal, snažil jsem se nebyt rozhozený, potil jsem se a dělal, „jako že nic a že jsem v pohodě“. Kluci byli mojí neobratnou reakcí pobaveni a vysmívali se ještě víc. Nakonec jsem kluky „seřval“ a vyhodil je. To je pobavilo ještě víc, dosáhli nakonec svého a v klidu šli domů. Nezapomněli mi ještě ve dveřích popřát štěstí v osobním životě, když mi to v pracovním nejde...

Další týden se situace opakovala. Byl jsem na ni již připraven a jenom jsem řekl: „Kluci, kam mě to chcete dostat? Chcete mě ponížít? Ale to se vám již podařilo. Já proti tomuhle nemám nic, čím bych vás přelstil nebo potrestal. Nemůžu vás zalehnout, protože jste mě fyzicky nenapadli. Na to jste chytří dost. Nemůžu vás ani ignorovat, protože mě to vaše vysmívání poníží a zraňuje. Jsem tu před vámi a jsem bezmocný. Nemůžete mě už poslat níž, protože já už níž jít ani nemůžu. Jsem tady dole a jsem na tom stejně jako vy ve škole. Nemůžu nic, jen to tady s vámi přečkat...“ Kluci se na sebe triumfálně usmáli a uvolnili se. Chvilku jsme jen tak seděli a pak jsem navrhl udělat nějaké připravené cvičení v rámci kognitivně-behaviorální terapie.

Od té doby chlupci spolupracovali a na tuhle skupinu nakonec velmi rád vzpomínám, protože následná spolupráce s kluky byla příjemná, i když začátek byl – alespoň pro mě – velmi rozpačitý.

Klienta musím vždy aktivně zapojit, jinak nemá smysl s ním pobývat

Aktivizace klienta je úžasná záležitost, zvláště pak pokud klient aktivizaci chce a vyžaduje ji. Při takovéto aktivizaci se neobjevuje problémové chování, klient se na námi nabízené aktivity těší a je za ně vděčný. My máme pak následně dobrý pocit z kvalitně odvedené práce.

Někdy se však dostaneme do situace, kdy se klient nechce zapojit do aktivity, kterou mu nabízíme. Aktivitami zde myslíme nejen vzdělávací a pracovní činnosti, ale i volnočasové a sčecobslužné aktivity (úklid, hygiena, vaření aj.). Při odmítání aktivit ze strany klienta zažívá personál standardně pocity bezmoci, zvláště pak když ví, že klient na aktivity fyzicky i mentálně stačí a mohl by je provádět.

Pokud se klient do aktivity nechce zapojit, vedou jej k tomu tyto důvody:

- požadovaná aktivita je příliš těžká;
- požadovaná aktivita je příliš lehká;

- požadovaná aktivita je příliš obsažná nebo nudná;
- požadovaná aktivita nedává klientovi smysl.

Jakmile zjistíme, že některé aktivity u klienta vyvolávají problémové chování, vyplníme následující tabulku:

| Hodina | Co by chtěl dělat uživatel sítěžeb, aby z jeho pohledu byl den pěkný | Co by chtěl dělat personál s uživatelem, aby měl dobrý pocit, že své služby poskytuje kvalitně | Co dělá skupina, ve které uživatel žije | Kompromisní návrh průběhu dne s odůvodněním |
|----------|--|--|---|---|
| 8-8:30 | Spatení | Spatení | Vstávání a sprcha | Spatení |
| 8:30-9 | Spatení | Vstávání a sprcha | Uklízení pokojů | Spatení (klient má už sám zůstat na pokojě) |
| 9-9:30 | Spatení | Arterecapie | Pulzoterapie | Spatení |
| 9:30-10 | Vstávání a sprcha | Arterecapie | Arterecapie | Vstávání a sprcha snídaně (už se chvilku nepřivádějí, až se jde v kuchyni) |
| 10-10:30 | Snídaně (ještě) | Snídaně | Snídaně | Přivádění na pokoj Arterecapie (pro zářky do nemocničního hlídač) |

Na dobře vyplněné tabulce můžeme sledovat, kde se nám rozchází osobní přání uživatele, naše představy o jeho životě a režim ústavu. Na základě těchto informací se snažíme sestavit kompromisní průběh činností tak, abychom co nejvíce snížili „třecí plochy“ mezi tím, co chce uživatel dělat, a tím, co my chceme, aby dělal.

Ve vlastním rozhodovacím procesu o tom, zda na dospělého klienta máme v aktivizaci a v nácvičích nějakým způsobem naléhat, nebo ne, pro nás může být pomyslným jazýčkem na vahách intenzita jeho problémového chování, kterou tlakem na aktivitu spustíme (i když to myslíme dobře a aktivita slouží osobnímu rozvoji klienta, klient nám dává skrze své problémové chování jasně najevo, že o terapii nestojí, a nezadal si tak ani terapeutickou zakázku). Měli bychom tak tvořit stále se měnící nabídku aktivit (nerezignovat!), ale poslední krok do aktivity by měl učinit sám klient.

U klientů s těžším stupněm mentálního handicapu je obtížné vymyslet aktivity, do kterých by se klienti aktivně zapojili. Úspěšnější budeme vždy ve vymýšlení aktivit s pasivním zapojením. Rozdíl mezi aktivitou s aktivním zapojením

a činností s pasivním zapojením je v tom, že klient aktivitu s pasivním zapojením pouze sleduje nebo přijímá jinými smysly, aniž by se do ní jinak zapojoval. Personál také aktivní zapojení nevyžaduje.

U těchto aktivit se vyplatí, pokud personál rozepíše jejich časové dotace, protože je velká pravděpodobnost, že personál může u klientů s těžšími stupni mentálního handicapu sklouznout do nečinnosti a pouhého hlídání. Kognitivně si tuto vlastní nečinnost personál může velmi dobře obhájit tím, že stejně nemá cenu s klienty nic dělat, protože se do něčeho nedokážou zapojit.

Tento stav je pro udržení dobrého vztahu mezi klienty a personálem krajně nevhodný, protože personál těžko hledá příjemné chvíle, které s klientem může aktivně zažít, a klientovi se věnuje pouze ve chvíli, kdy se klient začne chovat problémově.

V následujícím příkladu si ukážeme rozpis aktivit na jeden den klienta s těžkou až hlubokou mentální retardací, který pomáhá personálu, aby neupadl do úplné nečinnosti. Tento klient dává velmi malou zpětnou vazbu a je moc těžké jej zapojit aktivně do čehokoliv. Zároveň je velmi hyperaktivní, takže se musí často hlídat. Je moc důležité, aby s ním personál zažil i jiné interakce než hlídání, a k tomu slouží níže uvedené rozpisy. Klient se jmenuje Pavel a je mu 12 let. Personál vyplní tabulku každou hodinu. Vlastní vyplnění tabulky mu zabere 10–20 sekund za hodinu:

Jméno: Pavel

Datum:

Zahájení dne

| Název aktivity | Čas Od-do | Splnil? Ano/ne | Poznámky (možné nápady na příště, proč aktivita nebyla splněna aj.) | Podpis zaměstnance |
|---|-----------|----------------|---|--------------------|
| Vyvětrání pokojů | | | | |
| Toaleta | | | | |
| Ranní hygiena (čištění zubů, sprcha, mytí obličeje, mytí rukou) | | | | |
| Snídaně | | | | |
| Oblečení | | | | |

Závěr dne (ideálně od 19 hodin, při vysoké únavě možno i dříve – důvod je nutno zapsat u času spánku)

| Název aktivity | Čas Od-do | Splnil? Ano/ne | Poznámky (možné nápady na příště, proč aktivita nebyla splněna, proč šel spát dříve aj.) | Podpis zaměstnance |
|---|-----------|----------------|--|--------------------|
| Večeře | | | | |
| Toaleta | | | | |
| Večerní hygiena (čištění zubů, sprcha, mytí obličeje, mytí rukou) | | | | |
| Pyžamo | | | | |
| Hra v pokoji | | | | |
| Spánek | | | | |

Hodina:

Jméno: Pavel Datum:

| Název aktivity | Čas v minutách | Splnil? Ano/ne | Název aktivity nebo důvod, proč se aktivita neuskutečnila | Podpis zaměstnance |
|--------------------------------|----------------|----------------|---|--------------------|
| Vyvětrání pokoje | | | | |
| Toaleta | | | | |
| Nácvik alternativní komunikace | | | | |
| Aktivita s pasivním zapojením | | | | |
| Aktivita s aktivním zapojením | | | | |
| Aktivita s pasivním zapojením | | | | |
| Toaleta | | | | |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| Nácvik alternativní komunikace | | | |
| Aktivita s pasivním zapojením | | | |
| Procházka venku | | | |

Toaleta:

Plena se používá v noci, na procházku a do auta.

V případě průjmu se plena používá i v jiné části dne.

V jiných částech dne je Pavel vysazován bez pleny minimálně 2x za hodinu. Při vysazování personál netrvá na dosednutí na toaletu, pouze Pavlovi vysvlékne kalhoty. Pokud Pavel ihned spláchne nebo si ihned nasazuje kalhoty, tak to personál bere jako signál k tomu, že Pavel na toaletu nechce. Toaletu proto ihned opouští, ale další vysazení neproběhne až za 30 minut, ale za 20 minut. Při dosednutí na toaletu je Pavel odměňován přímo na toaletě pamlskem bez toho, že potřebu vykoná. Po vykonání potřeby je Pavel odměněn sociálně a opět dalším pamlskem.

Nácvik alternativní komunikace:

Nácvik výběru: Na komunikační desce Pavel vybírá mezi příjemnou a neutrální věcí. Pavel ukazuje nebo bere symbol předmětu, který chce. Asistent mu na základě výběru daný předmět podá.

Aktivita s pasivním zapojením:

Aktivita se musí měnit, není možné, aby se během jedné hodiny opakovaně věnoval pouze jedné aktivitě.

Možné aktivity: bublifuk; rádio; hra se zvuky (zpěv, kytara a cokoli jiného, co vydává zvuk); tancování před Pavlem se snahou ho zapojit (pokud nechce, netlačít na něj); jízda autem; vysávání (Pavel pouze sleduje); cvičební míč; trampolína; nafukovací balonky; trhání papíru nebo igelitu; házení vlaštovek; odnášení koše; sledování pohádky.

Aktivita s aktivním zapojením:

příprava jídla, krabicové úlohy (pět úloh ze školy).

Procházky:

Ideální je, aby Pavel v dny, kdy není ve škole, byl venku minimálně tři hodiny. Doporučujeme tři vycházky po jedné hodině (minimálně však dvě vycházky po jedné hodině denně).

Pokud je ve škole, bude chodit na jednu hodinovou vycházku denně. Pokud se na vycházku s Pavlem nejde, personál napíše do archu důvod. Procházky mohou být pěší, nebo je možné nahradit je jízdou autem.

Vyvětrání pokoje:

Větrat vždy minimálně pět minut nebo podle potřeby déle. Udělat průvan (okno v Pavlově pokoji plus okénko na toaletě). Pokud je zima, tak větrat ve chvíli, kdy je Pavel ve vedlejší místnosti.

Hra v pokoji bez asistenta:

Nenechávat v pokoji drahé hračky. Šňůry v maximální délce 30 cm (bezpečnost – prevence udušení). Pravidelná kontrola jednou za pět minut a při jakýchkoli nezvyklých zvucích. Vysazování na toaletu dvakrát za hodinu (pokud neusíná nebo nespí). Jestliže Pavel pláče, asistent s ním zůstane v pokoji.

Takto strukturovaný den pomáhá personálu zvládnout těžkou práci u klientů s hlubokým mentálním handicapem, protože snižuje pocit bezmoci z toho, že nevím, co mám s klienty dělat. Obecně se jako první aktivity u těchto klientů doporučují právě aktivity s pasivním zapojením, zvláště pak, pokud to jenom trochu jde, jízdy autem. Jízda autem se zde nepoužívá jako prostředek k přesunutí se na jinou aktivitu (do divadla, na procházku do lesa, do dílen), ale jako cílová aktivita. Tuto aktivitu má ráda většina klientů s těžkou mentální retardací, pomáhá jim v dělení dne jako prevence nevhodného aroostimulačního chování a je, bohužel, v našich zařízeních stále velmi málo využívána.

Neporušují práva svých klientů

Tomuto mýtu budeme věnovat více prostoru, protože prostupuje prakticky veškeré naše soužití s klienty. Ukážeme si jeho konkrétní dopad na svobodu pohybu, protože toto právo je v DOZP často stále porušováno.

V domovech pro lidi se zdravotním postižením nebo psychiatrických léčebnách velmi často porušujeme lidská práva klientů (např. právo vybrat si, kdy a co chce jíst). Zároveň také klientům každodenně upíráme jejich lidské povin-

nosti (např. povinnost uvařit si jídlo). Je to tak ve všech pobytových zařízeních u nás i v zahraničí. Tato omezení plynou z pěti důvodů:

- handicap uživatele;
- problémové chování uživatele;
- ekonomické možnosti státu, ve kterém uživatel žije, a z toho plynoucí provozní možnosti konkrétního zařízení;
- uniformizace životů klientů s cílem zjednodušit fungování organizace;
- představa personálu, že jedná „v dobré víře“ vždy v zájmu uživatele.

V současné době není reálné dosáhnout ideálního stavu (maximální naplnění tak, aby bylo např. právo svobody pohybu absolutně stejné u uživatele s těžkou mentální retardací jako u člověka bez mentální retardace stejného fyzického věku). Snad bychom v českých podmínkách a u některých lidí s určitými handicapami mohli k tomuto stavu někdy dojít, leč ve stávající situaci je to nereálné, a u některých handicapů je to dokonce nereálné i při ideálně poskytované službě. (Dospělý člověk má právo samostatně jezdit na kole v běžném silničním provozu, aniž by předtím musel podstupovat jakoukoli lékařskou prohlídku a školení v pravidlech silničního provozu. Toto právo bude vždy upřeno všem nevidomým lidem, i když jsou dospělí a využívali by ideální sociální nebo jiné podpůrné služby. Upření práva totiž plyne primárně z jejich handicapu.)

Z pohledu personálu je však důležité si uvědomit, že rezignace typu „je postižený, nemá cenu uvažovat o naplňování jeho práv, stejně je nikdy nemůžeme naplnit“ není namístě. Existuje totiž vždy „aktuální hranice omezování osobních svobod“, kterou musíme v našich službách stále měnit tak, abychom zaručili maximálně možné naplnění lidských práv u konkrétních klientů.

Rozdíl mezi situací v naší zemi a v Evropě není v tom, že v Evropě by se neomezovala práva například uživatelům s těžšími stupni mentální retardace. Rozdíl je v míře, ve které se práva omezují. Je důležité si uvědomit, že u lidí s těžšími stupni mentální retardace jejich práva budou omezována vždy (i při ideálně poskytované sociální službě), a naším úkolem je snažit se, aby tato omezení byla vždy minimální.

Lidská práva tak nejen z důvodu handicapu klientů musíme omezovat. Musíme si zároveň i tato omezení uvědomovat a vědět, že vlastní omezování práv je vždy špatné (i když je konáno v dobré víře a ve stávající situaci ani nemůžeme třeba jinak). Jakmile si budeme namlouvat, že omezování práv klientů je dobré, začneme omezovat jejich práva více, než je potřebné.

Mezi základní lidská práva patří i osobní svoboda. Osobní svoboda v sobě zahrnuje spoustu „podkapitol“. Do osobní svobody patří rozhodování o tom, co budu a kdy jíst, svoboda pohybu, svoboda myšlení a svoboda slova, svoboda rozhodnout se žít z osobního pohledu sice kvalitně, ale nezdravě (cigarety, káva, čokoláda, alkohol, adrenalinové sporty aj.), svoboda volby partnera a známých, svoboda jít na toaletu, kdy chci, svoboda místa bydlení a míry vlastního zadlužení se (leasing, hypotéka) aj.

Personál tyto svobody u uživatelů služeb omezuje, a to z již výše uvedených pěti důvodů (handicap, problémové chování, ekonomická situace zařízení, vlastní organizace zařízení, postoj personálu). Tyto důvody jsou navzájem propojené, nejde o samostatné jednotky. K omezení svobody personál používá tzv. restriktivní postupy. „Restriktivní postup“ označuje jednání, ke kterému se uchýlí člen personálu nebo jiný pečovatel a které též z autority člena personálu nad dotyčnou osobou a přitom překročí hranici, jež je obvyklá ve vztazích mezi dospělými¹. V našem pojetí textu se tak nejedná pouze o zúženou představu restrikcí z pohledu § 89 zákona o sociálních službách, kde se popisují restriktivní postupy při agresi klienta. Paragraf 89 neupravuje omezení pohybu uživatele z důvodu jeho handicapu, jiného problémového chování, než je agresivní chování (např. sbírání cigaretových nedopalků a jejich žvýkání), nebo z důvodu postojů personálu a jeho počtu v zařízení. Z výše uvedené definice vyplývá, že restrikce v širším pojetí je i zabavení cigaret dospělému klientovi v prostorách, kde není zakázáno kouřit. Hlavní úskalí, se kterým se musí personál potýkat při rozhodování například o míře svobody pohybu, si ukážeme v následujícím textu.

Omezení pohybu z důvodu handicapu a postojů personálu nebo rodičů a opatrovníků

Jan je čtyřicetiletý muž s lehkou mentální retardací. Pohyb na ulici zvládá úměrně svému fyzickému věku. Personál v domově má s volným pohybem svých klientů po městě dobré zkušenosti, a tak nabídl i Janovi, že může chodit kdykoli ven. Jediným pravidlem pouze bylo, že Jan musel říci personálu, kam jde, kdy se přibližně vrátí, a musel u sebe nosit mobilní telefon. Jednou Jana potkali ve městě jeho vzdálení příbuzní a zavolali jeho rodičům. Rodiče ihned volali do domova, že jasně řekli, že si nepřejí, aby pan Jan chodil po ulici sám, protože to je nebezpečné. Mohlo by ho zajet auto nebo by ho mohl někdo k něčemu přemluvit. Jan je totiž sociálně velmi naivní. Personál oponoval, že samostatné vycházky jsou Janovým

přáním a že je navíc částečně zbaven způsobilosti k právním úkonům, čímž je chráněn vůči podvodnému zneužití, a že je již dospělým mužem, který má právo se rozhodovat, kam chce jít. Dále také argumentoval tím, že Jan je po vycházkách výrazně klidnější. Rodiče si však na zařízení stěžovali u zřizovatele na krajském úřadě, protože se přece „jejich Honzíkovi může něco stát!“ ...

Omezení pohybu z důvodu postojů personálu, rodičů či opatrovníků je restriktivním postupem, avšak tento postup neupravuje § 89 zákona o sociálních službách. Nejčastějším pochybením personálu nebo rodičů je, že rozhodují v „dobré víře“ za klienta podle vlastních představ, jak by měl klient žít a vypadat. Přebírají totiž zodpovědnost za něco, za co zodpovědnost ani nemají. Tento problém spočívá v náhledu na lidi s mentální retardací jako na věčné děti. Na základě tohoto postoje se k nim ostatní často také chovají jako k dítětem se všemi výhodami i nevýhodami tohoto přístupu. Zde je velmi důležité jasně si u konkrétních klientů vypsát, za co jako personál zodpovídáme a za co již nikoli. Pokud se personál neshodne s rodiči či opatrovníky, měl by písemně vyhodnotit přiměřenost rizika při samostatném pohybu klienta a rozhodnout se podle přiměřenosti ve prospěch dospělého klienta.

Příklad omezení pohybu z důvodu handicapu

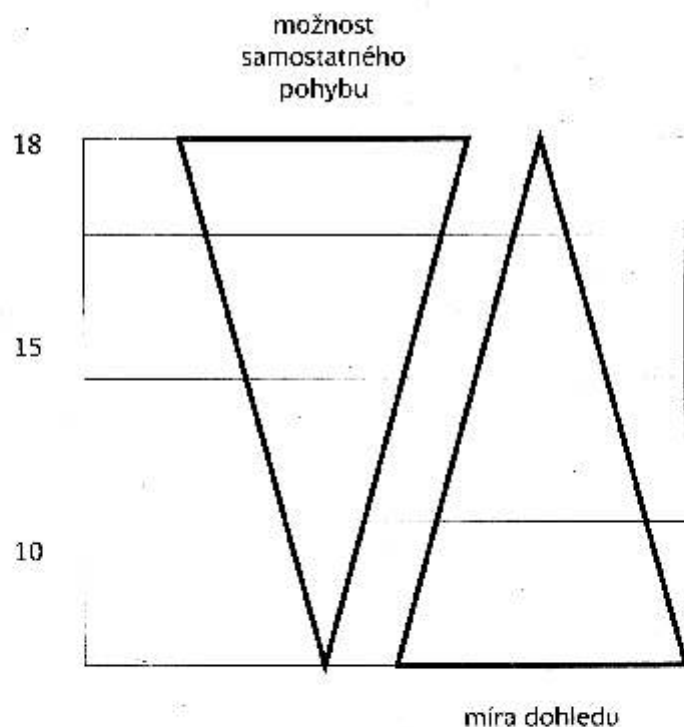
Lenka má těžkou mentální retardaci. Ve svých 22 letech nedokáže jít samostatně po chodníku, neustále vbíhá do silnice. Nechápe nebezpečí aut. Personál ji nepouští ven bez dohledu, i když si to Lenka sama přeje. Své přání dává Lenka najevo křikem a kopáním do zamčených dveří domova.

Omezení pohybu z důvodu handicapu je také restriktivním postupem, a ani tento postup neupravuje § 89 zákona o sociálních službách. Představme si možnost svobody pohybu jakéhokoli člověka jako schody, kde na nejnižší úrovni je pohyb po bytě s dohledem a nejvyšším schodem je samostatné cestování jakýmkoli dopravním prostředkem po světě. U zdravého člověka jsou jediné faktory, které jej omezují ve svobodě pohybu, jeho fyzický věk a finanční stránka. V průběhu svého dospívání postupující plynule po schodech vzhůru. První měsíce se nemůže vůbec pohybovat a je plně odkázán na druhé. Kolem prvního roku života se začíná samostatně pohybovat v prostoru, je však pod stálým dohledem. V dalších měsících zvládne samostatnou chůzi, přesto však nemůže odejít sám ven, i když chodit již umí. Toto omezení v pohybu (musí počkat, až s ním někdo půjde ven) plyne z jeho fyzického věku. Uměl by tedy sám odejít, ale z důvodu fyzického věku by šlo o nepřiměřené riziko. Postupem času začne

chodit sám po známém prostředí venku. (Neexistuje zde žádná psaná norma pro věk, odkdy tuto dovednost člověk má. Záleží na prostředí, ve kterém rodina žije, na vesnici tato hranice bude jistě níže než ve velkoměstě.)

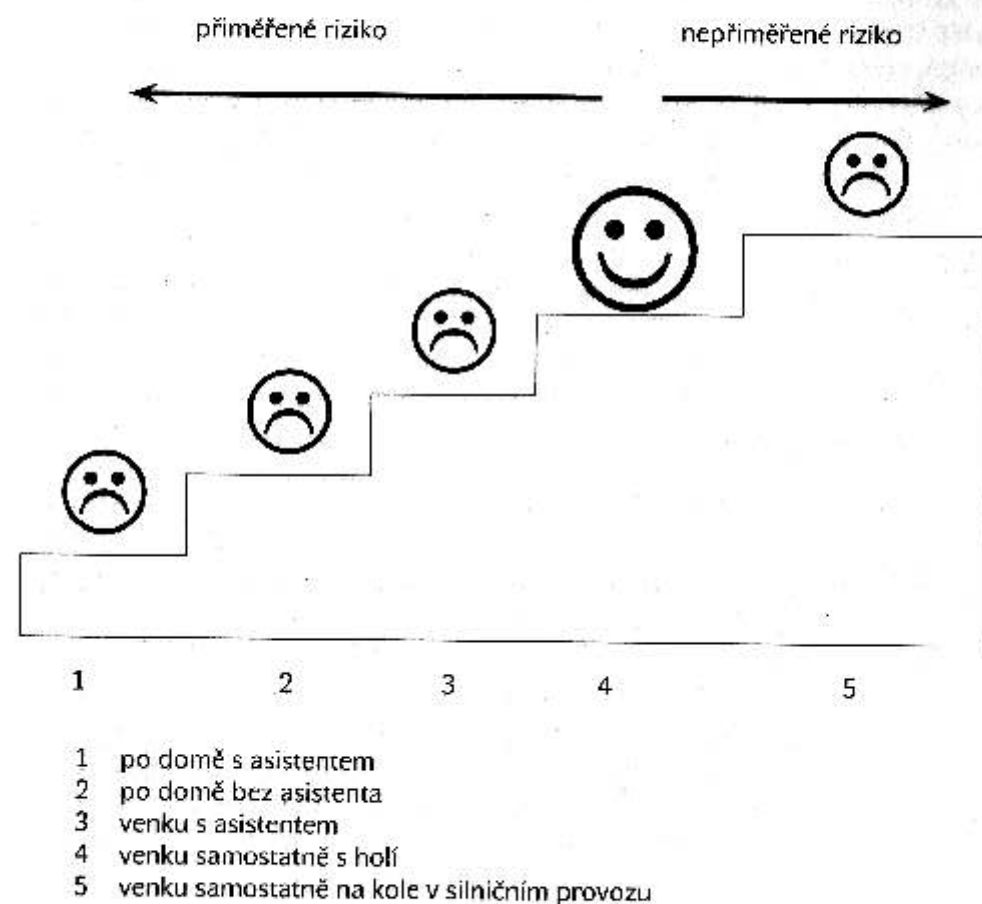
V dalších letech získá člověk takové dovednosti, že je schopen s **přiměřeným rizikem** chodit nejen ve známém prostředí, ale i v prostředí neznámém. Výrazně se svoboda pohybu rozšiřuje člověku získáním fidičského průkazu. Dál již není právně omezen v jakémkoli pohybu, záleží již jenom a pouze na jeho aktuálních přáních a možnostech.

Zjednodušeně řečeno jeho omezování v pohybu a potřebná míra dohledu v průběhu dospívání vypadá následovně:



Čím je člověk starší, tím je jeho možnost pohybu větší a míra dohledu menší. Když je zdravému člověku 18 let, již na něj nikdo nedohlíží. U mnoha lidí s různým handicapem se však právě kvůli jejich handicapu **nedostaneme** k tomuto nulovému dohledu.

Čím bude u uživatele těžší stupeň mentální retardace, tím bude větší omezení svobody pohybu uživatele i větší potřebná míra dohledu personálu. Je nereálné očekávat, že nemusíme omezovat v pohybu člověka s těžkou mentální retardací. Pokud by mohl člověk s těžkou mentální retardací **kdykoli** odejít ze zařízení, a to i bez dohledu personálu, budeme se jako personál **chovat nezodpovědně**. V tomto případě jsou oba extrémy špatné, a to jak úplná volnost, tak i úplné uzamčení uživatele v domově. Důvod omezení si můžeme ukázat na člověku se zrakovým handicapem:



Pokud použijeme výše uvedený příklad schodů ke svobodě pohybu, které jsou u zdravého člověka tvořeny pouze jeho věkem a končí osmnáctým rokem, u člověka se zdravotním handicapem tyto schody „staví“ nejen jeho fyzický, ale i men-

tální věk. U dospělého nevidomého člověka můžeme pomocí schodů zjednodušeně zobrazit míru potřebné asistence při pohybu v prostoru. Školská a sociální služba, která se poskytuje v ideální míře, je taková, která naučí a poskytne člověku se zrakovým handicapem takovou podporu, že je schopen se pohybovat sám venku bez asistenta (pomocí hole nebo slepeckého psa).

Pokud by služba končila na nižších schodech, personál sice podstupuje přiměřené riziko, ale omezuje uživatele v jeho svobodě pohybu. Personál sice jedná v „dobré víře“ – pohyb nevidomého člověka po ulici s asistentem je jistě bezpečnější než pohyb uživatele po ulici bez asistenta –, jedná však v rozporu s možnostmi uživatele a omezuje ho v jeho lidských právech (uživatel si nemůže odejít z domu, kdy chce a na jak dlouho chce, ale musí čekat na asistenční službu a podřídit se jejím časovým možnostem). Personál by se proto měl snažit poskytovat službu tak, aby se uživatel mohl dostat na úroveň samostatného pohybu venku s holí nebo se psem (samozřejmě pokud je to přáním uživatele).

Pokud by se personál snažil dostat uživatele na vyšší schod tím, že by se jej snažil naučit samostatně jezdit na kole v silničním provozu (i když je to přání uživatele!), pochybil by stejným způsobem, jako když se snaží udržet klienta na nižších schodech. Přestože i zde může personál jednat v „dobré víře“ ve snaze naplnit veškerá práva uživatele tak, jak je má zdravý člověk, jedná zde v rozporu s právem na přiměřené riziko. Zde by již personál podstupoval s uživatelem nepřiměřené riziko a sociální služba je i v tomto druhém extrému špatně poskytována.

U člověka s mentální retardací tyto stupně platí také. Hranice na jedné straně chybně poskytované sociální služby z důvodů bezpečnosti uživatele a na druhé straně z důvodů nepřiměřeného rizika však není tak jasně definovaná jako u lidí se zrakovým handicapem. Hledání této hranice je stálým úkolem personálu. Je velmi těžké rozpoznat, zda uživateli scházejí dovednosti k samostatnému pohybu mimo domov kvůli jeho handicapu, nebo kvůli tomu, že se tyto dovednosti nemohl nikdy naučit, protože se mimo domov nikdy sám nepohyboval.

Poslední dobou se v mnoha zařízeních řeší v souvislosti se svobodou pohybu problém postranic u lůžek. Často se však hledá problém tam, kde z našeho pohledu vůbec není. Problém vzniká pouze tím, že se z kontextu situace vyzdvihne jedna mechanická pomůcka (v našem případě budeme mluvit o postranicích, ale stejně tak můžeme uvažovat i o vozících pro invalidy nebo o polohovacích vacích u seniorů) a uvažuje se o jejím úplném povolení či zakázání.

Všechny mechanické pomůcky můžeme využívat i zneužívat. U seniora s Alzheimerovou chorobou můžeme polohovací vak dobře využít pro pohodlné sezení při sledování televize. Zároveň ho však můžeme zneužít jako restriker,

která nám zajistí, že z vaku se senior sám nezvedne a my máme od něho na chvíli klid (velmi „pěkně“ si to můžeme obhájit i tím, že to děláme pro jeho dobro, aby se nezranil, nebo že je nás jako personálu prostě málo). Pokud máme dítě s kombinovaným handicapem, rehabilitační židli se stolkem můžeme využít pro správnou polohu jeho těla při práci nebo při jídle, ale zároveň ji můžeme zneužít pro náš klid ve chvíli, kdy se dítě neustále něčeho dožaduje.

Je důležité si uvědomit, že omezení pohybu nepřináší pouze zneužití mechanických pomůcek, ale i absence mechanické pomůcky. Člověk s tělesným handicapem by byl bez berlí, bez vozíku, bez chodítka nebo bez hrázdičky nad postelí také velmi omezen ve svém pohybu. Tato možná pochybení personálu se – na rozdíl od mechanických pomůcek typu síťového lůžka nebo postranic – dají při supervizi nebo kontrole kvality služeb mnohem hůře odhalit, protože supervizora s malou znalostí uživatele služeb prostě nemusí absence pomůcky „praštit“ do očí. Postranice však nikdo z nás nepřehlédne.

Podívejme se tedy blíže na již zmíněné postranice. Kdy je použití postranic restriker a kdy ochranou? Kdy je používáme proto, abychom se z nepřiměřeného rizika dostali do rizika přiměřeného a kdy jen pro ulehčení naší práce?

Při tomto rozhodování se musíme řídit fyzickým věkem uživatele, nikoli věkem mentálním, a zároveň jeho motorickými dovednostmi. Základem při rozhodování o postranicích je připustit si fakt, že použití postranic by mělo být u některých uživatelů plně přípustné, u jiných uživatelů plně zakázané a u dalších uživatelů by mělo být přípustné pouze po určitý čas ve dne nebo v noci.

V naší kultuře je normální zdravé děti přibližně do tří let věku ukládat do dětských postýlek. Do tohoto věku se tedy při použití dětské postýlky pro děti s jakýmkoli handicapem nejedná o zneužití restriktivního opatření, zvláště pak pokud se postýlka používá pouze na spaní nebo na krátké odpočinky v průběhu dne. Jakmile je uživatel starší, musíme provést analýzu našich pohnutek k použití postranic nebo jiných bariér kolem postelí. Je důležité si ještě před terapeutickým procesem poctivě odpovědět na otázku: „Proč vlastně postranice používám?“ I v tomto případě se totiž můžeme terapeuticky posunout dále pouze za součinnosti terapie klienta s terapií personálu a organizace.

Uživatel může v noci spadnout a zranit se

Toto je nejčastější argument pro používání postranic. Zde velmi záleží na motorických dovednostech uživatele. Nejjednodušší řešení se nabízí u uživatelů, kteří jsou kvůli svému handicapu značně motoricky nezdatní. Pokud se jedná o uživatele s tak těžkým kombinovaným handicapem, že kvůli němu není schopen lézt, chodit nebo se plazit, ale zároveň se může převálit přes bok a tak z postele

spadnout, **použití postranice je naprosto oprávněné**. Postranice není restrikcí, ale ochranou. Postranice totiž neomezuje uživatele v pohybu, protože uživatel není z důvodu svého motorického handicapu sám prostě schopen pohybu po místnosti. Postranice se u těchto uživatelů může, z našeho pohledu, používat po celý den (24 hodin).

Jednoduché řešení se nabízí i u uživatelů s lehkou mentální retardací nebo pouze s tělesnými handicap, u kterých máme obavu, že by mohli v noci nešťastnou náhodou spadnout. Zde je nutné vždy vyhodnotit **přiměřené riziko pádu**. Pokud je přiměřené riziko pádu z důvodu handicapu vyšší než u zdravé populace ve stejném fyzickém věku, musíme pro ochranu uživatele uvažovat o použití mechanické zábrany. Abychom nebyli nafčeni, že mechanickou zábranu zneužíváme, musíme zajistit možnost otevření postranice uživatelem samotným. Postranice můžeme zajistit tak, že se při samovolných pohybech ve spánku nedají otevřít, ale když uživatel po probuzení odjistí zástrčku, může si postranici otevřít, aniž by čekal na pomoc personálu. Uživatelé, kteří jsou starší, nemusí mít postranici po celé délce lůžka, ale například jen ze dvou třetin tak, aby uživatel v noci mohl sám bez asistence personálu postel opustit a zároveň z ní při spánku nespádl. Můžeme také vedle postele položit matraci. Pro konkrétní řešení se rozhodneme vždy na základě rozhovoru s klientem nebo na základě našich finančních možností a našeho pocitu „co by nám asi na jeho místě nejvíce vyhovovalo“, zvláště pokud rozhodujeme za uživatele, který kvůli svému handicapu nemluví.

Jednoduché řešení se nám nabízí také u uživatelů, kteří jsou schopni dát k použití postranice informovaný souhlas. Zde plně respektujeme jejich rozhodnutí. Svá rozhodnutí nám může dát najevo klient níže uvedenými postupy:

- Informovaný souhlas. (Klient se umí rozhodovat podle svého uvážení. V minulosti opakovaně tuto dovednost již prokázal, umí odhadnout důsledky svého rozhodnutí a není příliš ovlivnitelný přímou manipulací.)
- Informovaný nesouhlas. (Klient umí aktivně verbálně nebo nonverbálně odmítnout nepříjemné podněty a tuto dovednost v minulosti opakovaně prokázal.)
- Libost či nelibost. (Klient sice neumí dát najevo souhlas a nesouhlas, ale umí dát najevo pohyby nebo vokálně svoji libost či nelibost. Neumí aktivně odmítnout jemu nabízenou aktivitu. V minulosti klient aktivně opakovaně prokázal, že umí dát najevo libost a nelibost.)
- Absence jasně vysloveného ANO/NE. (Klient neumí dát najevo žádným pro nás pochopitelným způsobem svůj souhlas či nesouhlas.)

V případě postranice musí jít pouze o informovaný souhlas, ne o přání personálu, opatrovníka nebo rodiče, i za cenu, že by uživatel chtěl postranici bez možnosti otevření.

Těžší rozhodování budeme mít u uživatelů, u kterých je z důvodu jejich handicapu vyšší **přiměřené riziko pádu** a zároveň **nemají** motorické schopnosti na samostatné otevření postranice. Zde si můžeme pomoci již výše uvedenou dvou-
třetinovou postranicí nebo další matrací vedle postele. Můžeme se také snažit o zjednodušení otevírání (místo zástrčky použijeme volný háček, jehož otevření u dospělé klientely odpovídá přibližně dovednostem člověka se středně těžkou až těžkou mentální retardací – mentální věk tři roky a výše, aj.).

Uživatel je v posteli s postranicí nebo v síťovém lůžku dobře, lůžko vyhledává jako prostředek k dosažení soukromí i přes den

V těchto případech můžeme udělat „v dobré víře“ spoustu chyb. Před rokem 2007 jsme školili personál ve zvládnutí agresivního chování v přibližně dvaceti ústavech sociální péče. Vysvětlení, že se klecové lůžko využívá jako prostředek pro dosažení pocitu soukromí, se vyskytovalo relativně často. Pro potvrzení této hypotézy se mnohdy uvádělo, že uživatel do klecového lůžka chodí sám. Po návrhu, aby u lůžka byla odstraněna jakákoli možnost k jeho zamknutí zvenčí (odstranění petliček, zavaření zámků aj.) tak, aby uživatel mohl lůžko kdykoli opustit, personál často přicházel s argumenty, proč to nejde. Na základě této argumentace se ukázalo, že pravou pohnutkou pro použití klecového lůžka je spíše nezvládnutí chování uživatele než jeho aktivní vyhledávání soukromí. Snažme se proto i v těchto případech vždy zajistit možnost otevření postranice ze strany uživatele tak, abychom neudělali výše uvedenou chybu.

Uživatel se bez dohledu nemůže po místnosti pohybovat bezpečně, je nebezpečný sobě nebo jiným, potřeboval by osobního asistenta

Tato pohnutka je v některých případech oprávněná, důležité je problém řešit změnou prostředí (příšroubované skříně tak, aby je uživatel nemohl na sebe strhnout, televize mimo jeho dosah, okna s fólií proti rozbití a jejich zajištění řetězkem aj.). Dále je důležité uvažovat o tom, jakým způsobem lze zajistit, aby se tomuto uživateli mohlo věnovat více zaměstnanců nebo snížit počet uživatelů ve skupině. U uživatelů s těžší mentální retardací nebo s autismem je **hodně důležité** uvažovat o tom, jak co nejlépe zajistit jejich možný pobyt venku. Lidé s autismem se často zabaví přenášením věcí nebo rozhazováním věcí po místnosti. Toto chování se nevyskytuje s cílem připoutání sociální pozornosti, ale z důvodu autostimulačního. Uživatel si s věcmi neumí hrát jinak nebo je neumí

funkčně používat. Na základě tohoto chování se uživatelé s autismem často dostávají do nepodnětného prostředí (v místnosti není s čím manipulovat), čímž uzavíráme bludný kruh. Uživatel se v takovéto místnosti nudí a ve chvíli, kdy jej převádíme jinam, se o to častěji vrhá na předměty, které jej zaujmou. Na základě těchto zkušeností jej personál poté nepouští ani z místnosti, kde je málo možných podnětů. Rozhazování věcí je však problémovým chováním pouze v určitém prostředí. Házení věcí je jistě větším problémem v počítačové učebně než v lese. Lidé s autismem se při procházkách po lese často zabaví také házením věcí (šišek, klaciků aj.). Toto chování je však ze své podstaty výrazně méně problémové než v budově a personálem daleko snadněji zvládnutelné (v lese si můžeme dovolit přepych ignorace takového chování, což vede ke snížení úzkostnosti uživatele i personálu).

V těchto případech je důležité pokoje uživatelů vybavit předměty, které mohou poskytovat nějaké podněty (zvukové a světelné hračky přišroubované k pultu u stěny tak, aby se daly funkčně používat a přitom se s nimi nemohlo házet, dostatek novin nebo látek na trhání aj.). Dále se vyplatí zkusit vybavit pokoj méně hodnotnými věcmi a po přechodnou dobu intenzivněji uživatele sledovat v situaci, kdy se chová problémově. Obecně platí, že po prudkém zvýšení frekvence problémového chování si uživatel předměty v pokoji tzv. osahá a přestanou ho tak výrazně zajímat. Klasickým příkladem jsou domácnosti například v Integrovaném centru Horní Poustevny, které jsou zařízeny v dřívě většině jako klasické domácnosti běžné veřejnosti (květiny, koberce, záclony, obrazy, zrcadla, volně přístupná kuchyně a lednice, sporák aj.) i pro klienty, kteří by se jinde mohli velmi rychle ocitnout v holobytech bez předmětů denní potřeby i bez osobních a okrasných věcí. Chování klientů a hlavně chování personálu se v plně zařízených domácnostech výrazně lepší.

Výčet pohnutek není jistě úplný, uvedli jsme si pouze základní z nich. Můžeme zde však jasně vypořádat, že úvahy o úplném zákazu postranic jdou proti základnímu právu některých uživatelů na vlastní bezpečnost. Stejně nebezpečné jsou však i úvahy o jejich úplné legalizaci, protože zde jsme již jen krůček od obnovy mechanických pomůcek, které se přibližují síťovým lůžkům (tam podle personálu byla drtivá většina klientů pro svoje dobro a bezpečí...).

Omezení pohybu z důvodu problémového chování klienta

Do problémového chování patří agresivní chování. Zároveň však do něj patří i jakékoli jiné chování, které se vymyká sociálním normám (obnažování se na veřejnosti, lhaní, sahání na cizí lidi aj.)

Omezení pohybu z důvodu agresivního chování

Když se Radek dozví, že se nemůže projet autem, začne fyzicky napadat personál a slabší klienty. Personál Radka chytí a zalehne na zemi tak, aby nezranil sebe ani nikoho jiného.

Toto omezení pohybu má oporu v zákoně o sociálních službách v § 89. Pokud je vázáno na agresivní chování, má plnou podporu zákona. Důležité je snažit se v rámci prevence a terapie problémovému chování předcházet, a pokud se již vyskytne, snažit se ho zvládnout nerestriktivním způsobem. Pokud se nám to nepodaří, je důležité použít restrikce v následném pořadí. Nejdříve fyzickou restrikci, pak mechanickou a nakonec restrikci chemickou. Fyzická restrikce je upřednostňována z následujících důvodů:

- trvá jako jediná pouze po dobu nezbytně nutnou;
- jako jediná se nedá použít preventivně;
- pokud klient není agresivní, je plně zachována jeho kvalita života.

Toto téma je však mimo rámec této publikace, zájemce odkazujeme na knihu *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, která vyšla v Portálu v roce 2007.

Omezení pohybu z důvodu jiného problémového chování

Když se Radek, o kterém se zmiňujeme výše, dozví, že se nemůže projet autem, snaží se někdy utéci z domova, aby se dostal do vozu, který veze jiné klienty do dílen. Ve voze však pro něj není místo, a tak jej personál drží v místnosti, dokud auto neodjede z pozemku domova. Poté se klient rychle uklidňuje a vrací se zpět ke své rituální činnosti.

Stává se, že klient nemá možnost opustit zařízení, protože se na ulici chová sice neagresivně, ale stále problémově (svléká se, lehá si na zem aj.). Toto omezení pohybu neupravuje § 89. V těchto případech bychom se měli snažit službu poskytovat tak, aby se klient dostal každodenně do takového prostředí venku, kde toto chování sociálně tolik nevadí (např. do lesa, na oplocený pozemek; dobrá je i každodenní krátká projížďka autem, aniž bychom se chtěli přemístit se z jednoho místa na druhé).

Omezení pohybu z důvodu ekonomických možností zařízení

Michal, klient se středně těžkou mentální retardací, rád chodí do lesa. V lese je spokojený, líbí se mu dlouhé procházky za jakéhokoliv počasí. Michal žije v domově ve skupině deseti klientů, z nichž tři se pohybují pomocí vozíku. Na směně jsou vždy dva zaměstnanci. Personál se snaží chodit s klienty každodenně ven. Ve chvíli, kdy klienti na vozíku nechťejí ven, musí s nimi personál zůstat v budově. I když se Michal rozčilí a křičí, nedostane se ven, protože s ním nemá kdo jít.

Ani omezení v pohybu z důvodu ekonomického (příliš málo personálu na příliš mnoho klientů) neřeší § 8g. Nemělo by k němu docházet, je to však stále častý jev. I v této oblasti není reálné čekat na „ideální řešení“. Důležité je, aby k omezení v pohybu z ekonomických důvodů docházelo v budoucnosti stále v menší míře.

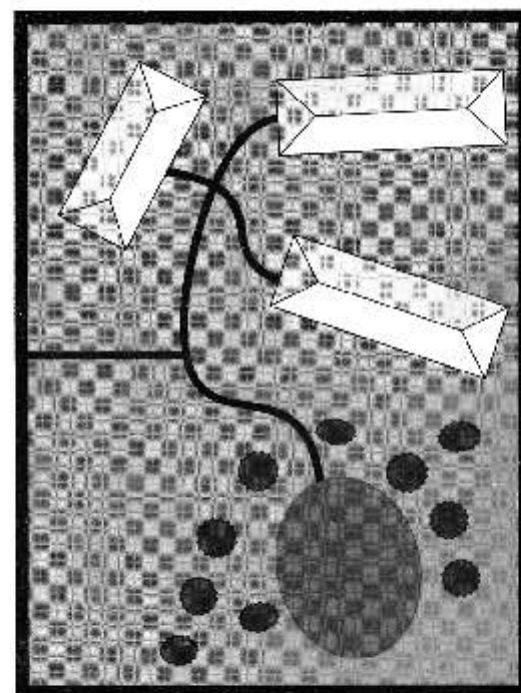
Velmi často se stává, že personál u svých klientů nedosáhne v nácvicích toho, aby byli schopni samostatného chodění venku; brání tomu klientův handicap. I když se budeme snažit o co nejlepší terapeutický přístup, samostatný pohyb mimo budovu bude u některých klientů rizikem nepřiměřeným. V tomto případě musí chodit ven vždy v doprovodu personálu, jinak by zařízení zanedbávalo dohled nad klientem. Personálu je však málo, a tak se klienti s těžšími stupni handicapu musí podřizovat běhu zařízení. Prakticky nerozhodují, kdy půjdou ven a kdy nikoli, toto rozhodnutí záleží na personálu a jeho aktuálních možnostech.

Jakým způsobem tedy může personál a organizace zvýšit pravděpodobnost, že se klient s těžším stupněm mentálního handicapu dostane ven? Může se například snažit změnit svoji organizaci práce tak, že si klienty nebude rozdělovat mezi sebou podle počtu, ale podle aktuální náročnosti. Může také přesvědčit vedení organizace, že je důležité postavit další plot.

Jak ale může plot zvýšit pravděpodobnost toho, že se klient s těžkým mentálním handicapem dostane ven? Zde jsme opět u zmařené snahy personálu. Plot obecně v nás vyvolává dojem čehosi „uzavřeného“ a „nepřístupného“. Pociťová je plot nebo zeď symbolem ústavnictví, symbolem všeho špatného v sociálních službách, čeho se chceme vyvarovat. Plot ale nemusí pouze bránit pohybu, plot může i podporovat svobodu pohybu. Stačí změnit náhled na plot jako takový. To, jak lze plot využít ke zvýšení osobní svobody pohybu klientů, si ukážeme v následujícím příkladu z jednoho zařízení sociálního typu.

Jeden ústav v České republice stojí na oploceném pozemku, který má na delší straně pozemku jednu bránu. Ve svých službách má klientelu s nejtěžším stupněm mentálního handicapu až klienty s těžkým stupněm mentálního handicapu.

Na oploceném pozemku jsou na jedné straně tři budovy ústavu a na druhé straně lesík a jezírko. Pozemek je velmi prostorný a udržovaný, avšak kvůli lesíku je nepřehledný. Z budov není přes lesík vidět k jezírku a naopak. Vlastní pozemek je přibližně 500 metrů dlouhý a 300 metrů široký. V každé budově jsou vždy dvě domácnosti přibližně po čtrnácti klientech. Klienti bydlí v domácnostech pospolu vždy přibližně se stejnými stupni mentálního handicapu. Každá domácnost má svůj vlastní vchod. Budovy jsou navzájem propojené cestičkou s hlavní bránou a jezírkem. Hlavní brána ústavu je uzamčena a klienti, kteří mohou odcházet z ústavu samostatně, nosí u sebe klíč. Situace je zakreslena na následujícím obrázku:



Personál terapeuticky správně řeší uzamykání pozemku, čímž zvyšuje pravděpodobnost, že se na pozemek dostanou samostatně bez přímého dohledu i klienti se středně těžkými mentálními handicapu. V některých zařízeních se řeší otázka zamykání bran nebo budov. Někdy je svoboda pohybu vysvětlována ad absurdum, a tak zůstávají domovy odemčené v jakoukoli hodinu, takže se může kdokoli dostat ven a v horším případě i kdokoli dovnitř. Opomineme-li fakt, že to ve volném přístupu zvenčí jasně nekopíruje normální život, protože ani k nám domů se nedostane zvenčí nikdo kromě těch, kdo mají klíče, a těch, jimž po

zazvonění dojdeme otevřít (s tzv. otevřeností ústavů to nemá nic společného, ta spočívá na úplně jiných základech a strategiích než na otevřených dveřích s klíčkou!), dostáváme se k problematice možnosti odchodů klientů z domu. Obecně můžeme, podle schopností pohybu, klienty rozdělit do tří kategorií:

- Klienti, kteří mohou samostatně chodit mimo pozemek domova, znají a rámcově dodržují pravidla bezpečného pohybu po silnici a ulicích (do této skupiny patří **velmi přibližně** převážně klienti s lehkou mentální retardací).
- Klienti, kteří nezvládají pravidla bezpečného pohybu na silnici a ulicích, ale jejichž pobyt na oploceném pozemku bez trvalého dohledu je rizikem průměrným (do této skupiny patří **velmi přibližně** převážně klienti se středně těžkou mentální retardací).
- Klienti, kteří nezvládají pravidla bezpečného pohybu na silnici a ulicích a jejichž pobyt na oploceném pozemku bez trvalého dohledu je rizikem nepřiměřeným kvůli pojidání hlíny, pádu do jezírka, házení kamenů, pojidání kytek aj. (do této skupiny patří **velmi přibližně** převážně klienti s těžkou mentální retardací).

Z pohledu zařízení bude vždy jednodušší poskytovat služby pokaždé právě jedné skupině klientů z výše uvedených skupin. Problém nastává tehdy, pokud se v zařízení sejdou různorodí klienti. Dům můžeme budto nechat odemčený, nebo ho můžeme zamknout a klíče bude mít pouze personál. Obě řešení jsou extrémní a hodí se pouze ve chvíli, kdy poskytujeme služby pouze skupině popsané v první nebo ve třetí kategorii. Pokud se však v zařízení sejdou klienti různých kategorií, resp. stupňů schopností, budou obě extrémní řešení chybná. Jestliže necháme otevřeno, personál se kvůli strachu z útěku klientů ze třetí skupiny na ulici nebude cítit bezpečně. Bude je stále kontrolovat tak, aby neodešli, a ve chvíli, kdy je delší dobu neuvidí, je bude hledat. Když klienta ze třetí skupiny najdou před budovou, v drtivé většině času jej stejně přivedou nazpátek kvůli nedostatku personálu, takže klientovo přání jít ven z provozních důvodů stejně nerespektují. Tyto stresové situace obecně povedou k tomu, že se s klienty personál uzavře někde v rámci budovy (např. na oddělení), a tak otevřenost budovy vede paradoxně k větší uzavřenosti klientů.

Pokud v druhém extrému necháme domov pouze zavřený a klíče budou u personálu, budeme opět porušovat práva svobody pohybu, tentokrát ale u klientů z první skupiny.

Východisko se samozřejmě nachází někde uprostřed a rozhodně také není ideální. Jak takové řešení vypadá? Po pečlivém zvážení konkrétních dovedností

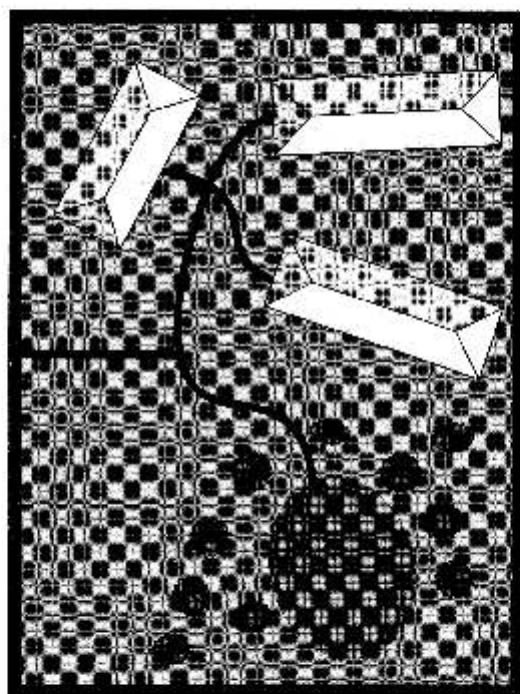
klientů a jejich rozřídění do výše uvedených skupin můžeme dojít k závěru, že „pokud je v budově minimálně jeden klient, jehož samostatný odchod představuje výrazné nepřiměřené riziko, musí být budova uzamčena. Pokud je zároveň v budově minimálně jeden klient, který může kdykoli samostatně odejít mimo domov, musí mít tento klient klíče.“ Hledání jednotného postupu (pro všechny klienty stejně) bude, nejen v této problematice, selhávat.

Výše uvedené řešení v ústavu vedlo k tomu, že se klienti z první skupiny dostali vždy ven, když chtěli nebo potřebovali, a zároveň se klienti z druhé skupiny dostali kdykoli ven na uzamčený pozemek. Klienti z druhé skupiny denně chodili s personálem i mimo areál. Tím, že klienti z druhé skupiny mohli chodit sami ven z budovy bez nutnosti dohledu personálu, došlo obecně k rozptýlení skupiny a následnému snížení agresivního chování z důvodu „ponorkové nemoci“. Personál se ve chvíli, kdy přímo neviděl na klienty, cítil bezpečně, protože věděl, že se klienti sami bez dohledu nedostanou mimo areál a areál sám o sobě je pro ně bezpečný.

Veliký problém měl však personál se třetí skupinou, která žila v nejsevernějším domku. V této skupině žijí lidé, pro které i samostatný pobyt v oploceném areálu je nepřiměřené riziko. Někteří klienti bez dohledu polykají kameny nebo dřívka, jiní se začnou „z ničeho nic“ bít do hlavy nebo se kousat do rukou, další by skočili do jezírka a mohli by se utopit. Z pohledu personálu tato chování nejsou problémová svojí intenzitou a nejsou ani náročná na zvládnutí. V drtivé většině případů stačí pouze slovní napomenutí, které vede k pozastavení nevhodného chování. Z důvodu výše uvedených problémových chování nemůžou klienti vycházet ze svého domu samostatně tak, jak to dělají klienti z druhé skupiny. Pokud by je personál pustil samotné, riziko jejich počínání by bylo nepřiměřené. Do přiměřeného rizika se posunou pouze tak, že chodí s klienty ven na dohled (není potřeba na dosah, stačí klienty pouze verbálně upozorňovat, že se chovají nebezpečně). Problémem tak je počet personálu, protože na jednu domácnost o čtrnácti klientech připadají dva zaměstnanci přes den a jeden v noci. Jeden zaměstnanec je na pozemku domova schopen bezpečně zvládnout maximálně dva až tři klienty. Jakmile se mu klienti rozprchnou, nemusí se sice obávat útěku klientů z domova nebo toho, že by se ztratili (ústav je oplocen), ale velmi reálně se může obávat toho, že se klient zadusí, rozbije si hlavu nebo se utopí v jezírku. Pozemek je navíc velmi nepřehledný, protože výhledu přímo z budovy brání jižní budova a lesík mezi budovou a jezírkem. Vzhledem k počtu personálu nemůže odcházet celá skupina najednou. Personál tak činil to, že ve chvílích klidu ve skupině jeden zaměstnanec hlídal klienty v budově a druhý si bral klienty postupně po dvou až třech ven na procházky. Tímto tempem se však klienti dostávali ven pravidelně

jednou za tři až pět dní. Bylo to z toho důvodu, že klienti v budově často nebyli v pohodě a personál si nedovolil se rozdělit. Vlastní nepohoda však byla mnohdy způsobena tím, že se klienti nemohli dostat ven a v budově nebyli schopni se sami zabavit. Bludný kruh, kdy klienti byli agresivní, protože se nedostali ven, a ven se nedostali, protože byli agresivní, se uzavřel...

Po vyhodnocení situace personál navrhl postavit „plot v plotě“ tak, aby zajistil u budovy pro klienty ze třetí skupiny pozemek, který bude pro personál přehledný a zároveň pro klienty bezpečný (nebude tam jezírko, kameny ani klacíky). Plot měl přibližně 10×20 metrů (viz obrázek níže).



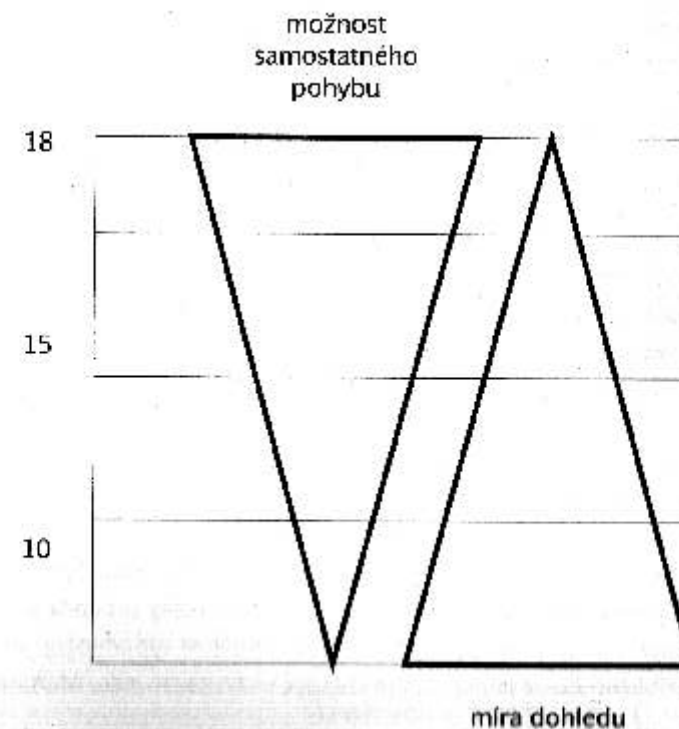
Díky tomuto plotu vznikl pro klienty i personál pozemek, který je sice výrazně menší než zbytek pozemku, ale je natolik bezpečný, že na něj mohou klienti chodit kdykoli samostatně i bez personálu. Na tomto pozemku personál připravil dvě houpačí zahradní lavice, přes léto vynesl na pozemek několik rehabilitačních míčů a malé dětské brouzdaliště. Z budovy se na pozemek dá kdykoli odejít francouzskými okny. Tím, že klienti mohou na tento pozemek odcházet samostatně, se velmi výrazně zvýšila doba pobytu klientů venku a tím se snížila i frekvence jejich problémového chování.

Tuto intervenci můžeme nahlédnout různě. Budeme-li chtít, uvidíme v této intervenci „výběh pro zvířata“, „mříže“ nebo „klec“. Pokud však na tuto intervenci nahlédneme bez emocí, uvidíme takové opatření, které jasně zvyšuje svobodu pohybu klientů a v důsledku snižuje jejich agresivní chování, které bylo spouštěno nudou, „přehuštěností“ prostoru a neustálým dohledem. Tím, že se skupina celkově zklidnila, mohl se i personál častěji dělit a klienti se tak po dvou dostávali častěji s personálem i mimo tento plotem ohraničený areál.

Musím za každou cenu zajistit bezpečí klienta

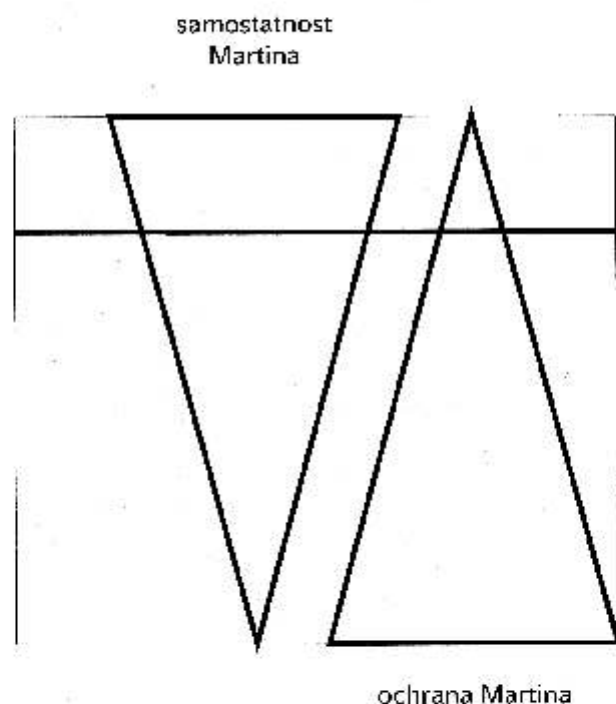
Tento mýtus je mezi personálem v sociálních i zdravotnických službách velmi rozšířen a je bohužel často podporován smýšlením vedení zařízení a rodinných příslušníků klienta.

Obecně tento mýtus vychází z chybně pochopeného vztahu **ochrany a samostatnosti**. V předchozím textu jsme si ukázali, jak spolu souvisejí ochrana a samostatnost u svobody pohybu. Model souvztáhnosti těchto dvou veličin vypadá následovně:



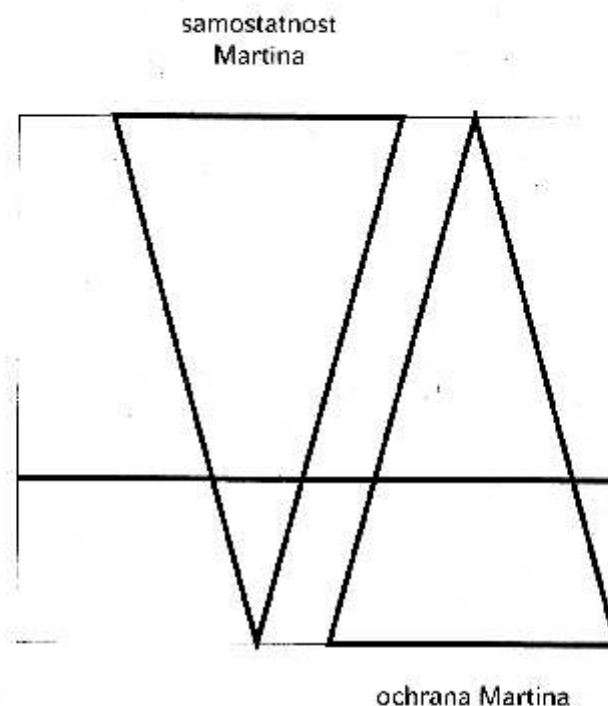
Tento model můžeme aplikovat na jakoukoli ochranu a jakoukoli samostatnost. Důležité v tomto rozhodovacím modelu je, že se v něm můžeme pohybovat pouze po **vodorovných přímkách**. Jakákoli **křivka** je v praxi **neracionální**, i když je často vedením zařízení nebo rodinnými příslušníky požadována (zvláště pak u klientů se středně těžkou až lehkou mentální retardací). Tento vztah si ukážeme na následujících dvou příkladech:

Martin (19 let, středně těžká mentální retardace) by se rád naučil sám vařit čaj. Jeho schopnosti a dovednosti jsou podle personálu dostačující k začátku nácviku. Přímkou jeho souvztažnosti ochrana–samostatnost vidí následovně:

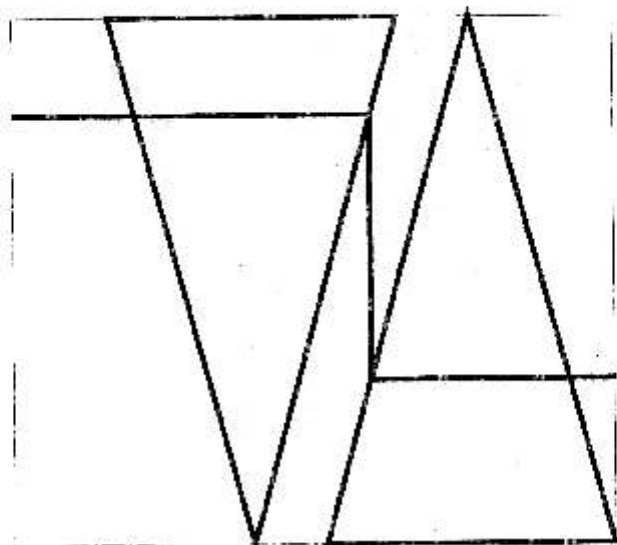


Personál vyhodnocuje Martinovu jemnou a hrubou motoriku, jeho koordinaci oko–ruka a jeho kognitivní možnosti jako plně dostačující pro zvládnutí dovednosti samostatného uvaření čaje. Možné riziko popálení vyhodnocují jako přiměřené, tzn. přibližně stejné jako u jiného chlapce ve fyzickém věku Martina.

Rodiče vidí Martinovy schopnosti následovně:



Myslí si o Martinovi, že to nezvládne, že toho není schopen a že je to pro něho velmi nebezpečné. Upřednostňují Martinovu ochranu před jeho samostatností. Z jejich pohledu se u samostatného vaření čaje jedná o riziko nepřiměřené, tedy že z jejich pohledu je riziko opaření vařící vodou výrazně vyšší než u chlapců jeho fyzického věku; příčinou tohoto zvýšeného rizika je podle nich Martinův handicap. Rodiče se o své dítě bojí, zároveň jim však jeho osud není lhostejný a chtějí také, aby byl co nejvíce samostatný. S nácvikem samostatného vaření čaje proto souhlasí, ale za předpokladu, že zařízení zajistí absolutní bezpečnost tak, že se Martin u vaření nikdy neopaří. Požadují tak po zařízení model s následnou křivkou:

samostatnost
Martina

ochrana Martina

Tato křivka je v praxi neudržitelná, protože nikdy nezajistíme, aby se kdokoli neopařil při vaření čaje, pokud tuto aktivitu bude vykonávat samostatně. Přebírali bychom tak zodpovědnost za něco, co nemůžeme absolutně ovlivnit.

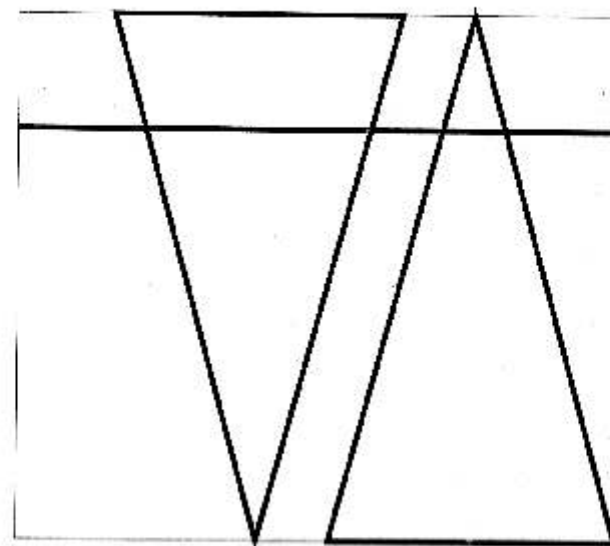
V tomto případě je velmi důležité, jak se k situaci postaví vedení zařízení. Může zaujmout následující přístupy:

- bude chtít po svých podřízených absolutní bezpečnost při nácviku tak, jak to chtějí rodiče (velmi nevhodné);
- nácvik zakáže (velmi nevhodné);
- podpoří nácvik proti vůli rodičů s opodstatněním, že Martin je již dospělý, samostatně vaření čaje si jasně přeje, jeho schopnosti a dovednosti odpovídají nácviku a samotné vaření čaje není právní úkon, o kterém by rozhodovali jeho rodiče-opatrovníci (nejméně špatné);
- probere s rodiči možná rizika a přesvědčí je, že samostatný nácvik je pro zdravý vývoj Martina důležitý a riziko je přiměřené (ideální).

V našem případě po třech rozhovorech s rodiči se pracovníkům zařízení povedlo přesvědčit rodinu, že svoboda jde ruku v ruce s rizikem a samostatnost je neslučitelná s absolutní ochranou. Rodiče uznali, že jejich syn už není dítě a jeho přání je plně legitimní, a s nácvikem souhlasili. Zařízení popsal možná rizika a postup, jak je možné rizika co nejvíce zmírnit. Tím mohli začít s nácvikem ideálně voleným způsobem.

Ne vždy se však daří uskutečnit ideální způsob. V takovém případě volíme nejméně špatný postup tak, jak si ukážeme v následujícím příkladu.

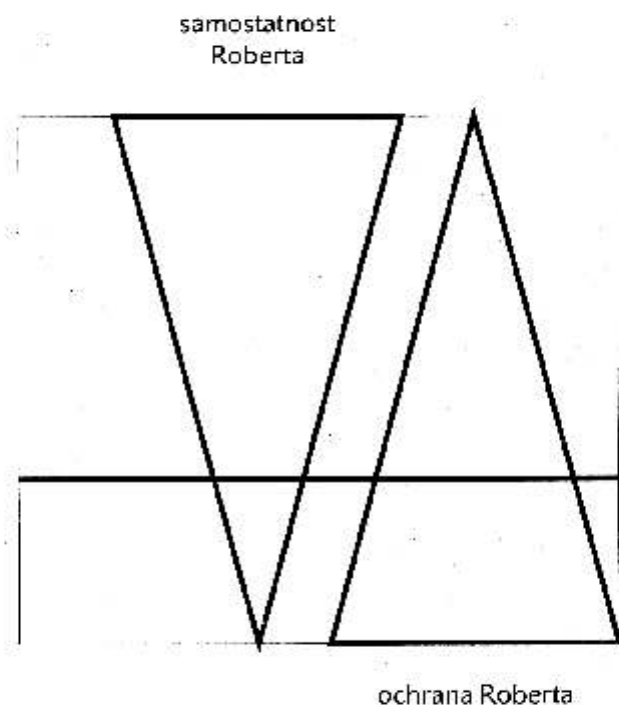
Robert (27 let, lehká mentální retardace, dětský autismus) by rád jezdil sám tramvají z chráněného bydlení do dílen. V současné době jezdí s asistentem. Cestu zná výborně, několikrát prokázal její znalost, opakovaně prokázal ve svém životě i to, že se v krizových situacích umí zachovat přiměřeně (výluka tramvaje, ztracení aj.). Asistent jej doprovází proto, že se několikrát stalo, že když jel sám, cestou se stávil v hypermarketu a ukradl čokoládu nebo sušenky. V hypermarketu ho jednou chytili a stěžovali si na vedení chráněného bydlení. Personál vidí jeho schopnosti pro samostatnou dopravu následovně:

samostatnost
Roberta

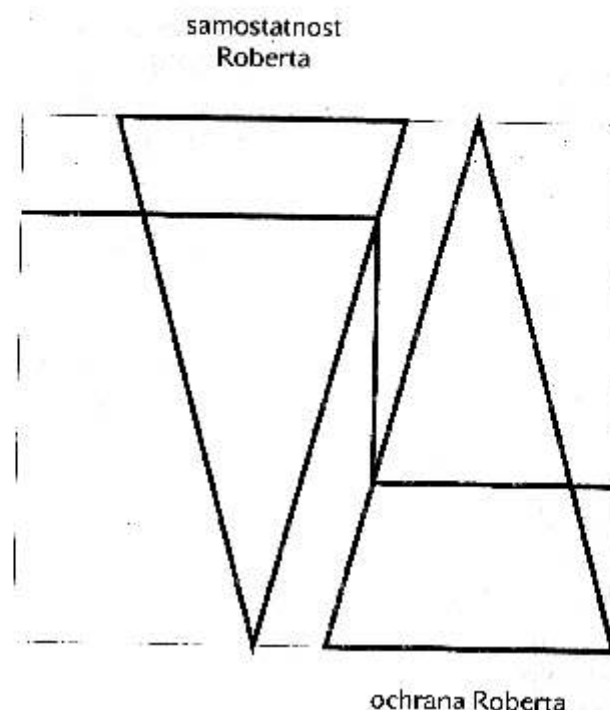
ochrana Roberta

Personál vyhodnocuje Robertovy kognitivní možnosti jako plně dostačující pro pochopení nevhodnosti krádeže včetně všech možných důsledků jeho sociálně nevhodného chování (nepřjemné zacházení ze strany zaměstnanců bezpečnostní agentury, ostuda, odvedení na Policii ČR aj.).

Vedení chráněného bydlení vidí Robertovy schopnosti následovně:



Myslí si o Robertovi, že není schopen přestat krást, protože nemá peníze a případná ostuda mu nevádí, což je dáno jeho handicapem – autismem. Bojí se sice zaměstnanců bezpečnostní agentury, ale na druhou stranu je velmi hbitý, takže pravděpodobnost, že jej někdo chytí, je velmi malá. Vedení si přeje samostatnost klienta, zároveň však požaduje, aby jejich klient nekradl. Požaduje tak po personálu model s následnou křivkou:



Tato křivka je v praxi opět neudržitelná, protože u nikoho nemůžeme zajistit, aby nekradl, pokud u něho přímo nestojíme.

I zde je velmi důležité, jak vedení zařízení vyhodnotí následný střet zájmů (samostatnost versus ochrana). Může se k problému postavit následovně:

- bude chtít po svých podřízených zajištění Robertovy samostatnosti a eliminaci krádeží, tedy bude po personálu požadovat, aby se Robert naučil za své chování stydět (velmi nereálné);
- zakáže Robertovy samostatné vycházky (omezení pohybu klienta, protože není z kapacitních důvodů zařízení možné, aby asistent šel s Robertem kdykoli ven, pokud to Robert požaduje (velmi nevhodné);
- dovolí Robertovi chodit samostatně i za cenu, že může jednou za čas něco ukrást; řešení krádeže nechají na druhých (ochranka, policie aj.) tak, jak by ji řešili s jakýmkoli jiným člověkem (nejméně špatně);
- navýší Robertovi kapesné tak, aby nemusel krást (ideální, ale často nereálné).

V tomto případě není reálné dospět k ideálnímu řešení, zařízení k tomu nemá finanční ani personální podmínky a klient není schopen s krádežemi přestat. Proto personál nechá Roberta chodit samostatně i za cenu případných nepříjemností (i extrémních excesů v podobě fyzického napadení zaměstnanci prodejny, resp. bezpečnostní agentury).

Je to pravda, nebo mýtus?

I na závěr této kapitoly si můžeme ukázat, jaké má personál představy o tom, co se od něj v práci vlastně očekává. Můžeme se setkat s těmito postoji:

- Práce ode mě očekává sebeobětování.
- Musím nahradit klientovi blízké vztahy (rodina).
- Musím vědět, jak klienti mají žít.
- Musím zajistit spravedlnost ve skupině.

Co si myslíte, jsou to pravdy, nebo mýty? Pozastavte se a zamyslete se...

Závěr

Mýty v myšlení provázely lidstvo od nepaměti; provázejí ho a budou provázet i nadále. Samotný myšlenkový mýtus je velmi důležitý a ve spoustě situací je prospěšný. Nebezpečným se stává ve chvíli, kdy na jeho základě personál chybně vyhodnocuje na emoční úrovni situace zažívané s klientem, o svých přesvědčeních nepochybuje a bere je jako fakt. Pak se může lehce stát, že v dobré víře poskytuje výrazně špatnou službu. Přiznaná bezmoc může být ve spoustě situací pro myšlení personálu osvobozující. Zároveň zde však nemluvíme o rezignaci, ale pouze o stálém hledání reálného...

Přeji veškerému personálu, aby své myšlení podroboval každodenní sebekritice tak, aby se mu dařilo mýty ve svém myšlení odhalovat a jeho hrany, které působí emoční těžkosti, obrušovat.

Příloha

Na závěr představíme dvě kazuistiky; v první půjde o klientku s lehkou mentální retardací (Dana, 47 let) a v druhé o klienta s těžkou mentální retardací (Tomáš, 7 let). Na uvedených zápisech ze supervize lze vidět rozdílný způsob uvažování personálu o klientech v návaznosti na jejich míru mentálního handicapu a využití potenciálu společného postupu v rámci terapie klienta, terapie personálu a terapie organizace.

Dana: záznam konzultace

Návštěvu zařízení jsem uskutečnil na žádost vedoucího zařízení. Supervize byla zaměřena na Danino chování. Supervize trvala sedm hodin včetně sepsání zprávy a hodinového rozhovoru s Danou. Supervize se zúčastnilo pět lidí z vedení a z přímé péče.

Daně je 47 let, od šesti let žije v ústavěch. Podle vyšetření trpí střední mentální retardací (podle aktuálních dovedností bych se však s personálem přikláněl k tomu, že jde o lehkou mentální retardaci – plně se orientuje ve městě, zná hodnotu peněz a dokáže nakupovat, plná sebeobsluha, čte s porozuměním, píše, znalost hodin a času aj.) a manickou poruchou.

Dana je v současném zařízení přibližně rok. Má jednolůžkový pokoj, v bytě bydlí tři klientky. V domě bydlí jedenáct klientek. Dana chodila přibližně do června 2008 samostatně ven. Chodila hlavně do malého obchodu, který je přibližně 100 metrů od zařízení. V červnu měla za kůlnami u obchodu pohlavní styk s náhodným člověkem. Dana vše pověděla personálu, personál se obrátil na policii, která však případ odložila. Nebylo totiž prokázáno, že by šlo o znásilnění proti Danině vůli (když Dana viděla přicházet personál, schválně se s mužem schovala za kůlnu, nekřičela; proti verzi o znásilnění mluví i absence posttraumatické stresové poruchy, absence podlitin nebo škrábanců, navíc si Dana podle slov personálu následně vyšetření na policii „užívala“). Mnohem pravděpodobnější možností je, že jí muž slíbil za poskytnutí sexuálních služeb určitou úplatu (Dana mluví o čokoládě). Na základě tohoto incidentu personál vyhodnotil riziko Danina samostatného pohybu jako nepřiměřené a pozastavil její možnost samostatně vycházet ven. Daně zákaz vadí, bere ho jako nespravedlivý trest, chce dál chodit ven sama.

Dana je v současné době v zařízení částečně nespokojená. Vadí jí hlavně to, že nemůže sama chodit ven a že se hádá se spolubydlícími ohledně jídla. Při jedné z porad projevila přání bydlet blíže své rodině, protože jí otec při návštěvě řekl, že by za ní jezdil častěji, ale že teď nemůže, protože bydlí daleko. Personál rodinu kontaktoval a vypadá to, že i kdyby Dana bydlela blíže, rodina by o bližší kontakt neměla zájem. Přesto však s Danou našli možnost bydlení v DOZP, kde bydlí sice 44 klientek a Dana by bydlela ve dvou- až čtyřlůžkovém pokoji, ale zase je to blíže rodině.

Výhody bydlení v dalším zařízení podle personálu:

- Je tam více zaměstnanců, Dana by svoji pozornost a potřebu lidského vztahu mohla rozdělit mezi více lidí, v současné době je příliš upnutá na jednu asistentku.
- Ve zmiňovaném zařízení bude jednička, tady je nejhorší.
- Bude bydlet blíže k rodině.
- Ostatní spolubydlící si oddechnou.

Nevýhody bydlení v dalším zařízení podle personálu:

- Je to krok zpět, běží to tam již ze své podstaty více ústavnický než u nás.
- Rodina si jí stejně nebude více všímat.
- Neřešíme problém, pouze ho přehazujeme.

- Ztráta soukromí a nabytých dovedností každodenního života (tady se může rozhodnout, co si uvaří k jídlu, tam ne, aj.).

Zaměstnanci zařízení jednájí ještě s dalším poskytovatelem služeb; ten podmiňuje Danino přijetí diagnostickým pobytem na psychiatrickém oddělení.

Podle asistentky, ke které má v současné době Dana asi největší důvěru, by jí prospělo více svobody, má zkušenost, že si v krizových situacích uměla vždy poradit.

Z rozhovoru s Danou plyne následující:

- o bydlení v jiném zařízení nemá představu, chvíli tam chce, chvíli nechce;
- jasně a výrazně dává najevo, že chce chodit sama ven;
- pokud by to šlo, chce bydlet sama v přízemí domu, aby se tak často nesetkávala s ostatními spolubydlícími.

Závěr

Všichni přítomní včetně supervizora se **jednohlasně** a každý za sebe shodli na tom, že by nakonec bylo nejlepší, aby Dana **zůstala** ve stávajícím zařízení. Zároveň si uvědomují **nutnost změny**, která by vedla s největší pravděpodobností k Danině větší pohodě a spokojenosti a která její setrvání v zařízení umožní. Změny by se měly týkat následujících oblastí:

- změna prostoru;
- personální změna;
- změna pohybu.

Změna prostoru

Daně by více vyhovovalo, kdyby mohla bydlet sama v přízemí. To však obnáší technické úpravy prostoru, na které musí být finance a souhlas majitele budovy. Asistentka v příštím týdnu zjistí, jestli si to Dana skutečně přeje. Pokud by to tak bylo, asistentka by zjistila, jestli je vůbec možné o rekonstrukci prostoru uvažovat a jestli je možné sehnat finanční prostředky. Poté by Daně personál sdělil, jestli je rekonstrukce možná a v jakém časovém horizontu by mohla proběhnout.

Změna personální

Vedení chráněného bydlení se snaží o to, aby se práce s Danou rozložila mezi ostatní asistenty (Dana je na „svoji“ asistentku velmi upnutá, neustále s ní chce mluvit, často opakuje témata rozhovoru, když asistentka odchází, Dana někdy pláče, denně se ujišťuje, zda ji asistentka má ráda, nesnese, když se asistentka intenzivně věnuje jině klientce, aj.). Proto dojde ke změně: v bytové jednotce se bude střídát šest asistentů oproti současným třem.

Změna pohybu

S personálem jsme se shodli na tom, že by Dana opět mohla chodit sama do malého obchůdku a do blízkého supermarketu. Vystávají zde tato rizika:

- riziko samostatného přecházení silnic;
- riziko, že Danu někdo zneužije;
- riziko, že bude chtít kupovat více věcí a následně nebude v pohodě, protože jí budou chybět peníze.

Riziko samostatného pohybu po silnici

Dana velmi dobře chápe nebezpečí auta na silnici. Pokud se pohybuje sama ze zkušenosti víme, že se rozhlíží přímo úměrně situaci. Dana má zkušenost z pohybu z minulosti a ve městě, resp. na známých trasách se velmi dobře orientuje. Na základě výpovědi personálu a také sledování Dany v provozu, které provedl supervizor, dospěli zaměstnanci zařízení se supervizorem k závěru, že riziko pohybu po ulici je přiměřené a handicap toto riziko **nezvyšuje** na úroveň rizika nepřiměřeného. Doporučujeme jednat o tomto i s rodinou a opatrovníkem. Vlastní rozhodnutí o důležitosti jednání s rodinou a opatrovníkem záleží na vedení zařízení.

Riziko zneužití Dany

Riziko zneužití je u Dany vyšší než u zdravé populace. Tento fakt plyne z jejího handicapu a ze životních zkušeností spoluzítí se společnostmi, které jí chybí (oc šest let je v ústavní chráněné péči). Faktem zůstává, že Dana měla pohlavní styk, který však nebyl proti její vůli. Faktem ale také zůstává, že pokud by Dana chtěla sexuálně žít, nemá k tomu v současné době jinou příležitost než venku

nebo u někoho v cizím bytě po velmi krátké známosti. Personál se také obává, aby Danu někdo někde nezatáhl a neublížil jí.

Tomuto riziku plně nikdy nepředjdeme, můžeme ho však snížit na minimum. Doporučujeme domluvit jasná pravidla pohybu venku, která by spočívala v následujícím:

- personálu by oznámila, kam jde a kdy se vrátí (hodiny zná);
- měla by u sebe mobilní telefon.

Asistentka Danu co nejdříve seznámí s podmínkami, za kterých může sama chodit do blízkého malého obchodu a do hypermarketu podle vlastního uvážení. První podmínka bude, že Dana bude vždy na příjmu na telefonu, telefon po zavolání ze zařízení zvedne a řekne, kde v současné době je. Pokud by se měla opozdit, sama zavolá na své útraty do zařízení, kdy přijde. Personál jí bude jednou za čas volat a kontrolovat, jestli Dana pravidlo dodržuje tím, že je na příjmu. Toto pravidlo by bylo pro všechny asistenty stejné.

Riziko nákupu většího množství věcí

Dana má omezené finanční prostředky, může se stát, že jí to bude vadit a že bude chtít více. Doporučujeme každodenní nácvik hospodaření s penězi. Personál uvádí, že mají tento nácvik propracovaný, proto se zde o něm blíže nepopisujeme.

Pokud by se i po těchto změnách Dana rozhodla bydlet v jiném zařízení, doporučujeme se nejdříve domluvit s personálem nového zařízení na měsíčním zkušebním pobytu. Teprve až na základě této zkušenosti bude Dana schopna plnohodnotně se rozhodnout, kde chce bydlet. Bez tohoto zkušebního pobytu je Dana velmi lehce manipulovatelná (i v dobrém slova smyslu) kýmkoli do jakéhokoli rozhodnutí ohledně svého místa bydlení.

Tomáš: záznam konzultace

Supervize byla zaměřena na chování sedmiletého chlapce Tomáše. Supervize trvala čtyři hodiny včetně sepsání zprávy. Supervize se zúčastnili zaměstnanci z přímé péče. Závěry byly probrány s vedením.

Tomáš přešel do zařízení loni. Upoutává na sebe pozornost personálu více než ostatní klienti. K připoutání pozornosti používá někdy vztek, někdy se přijde i mazlit. Když dělá to, co nemá, tak ho personál okřikne; sice se zastaví, ale pak pokračuje. Leze po čtyřech. Sám se napije z hrníčku, sám se také dokáže (prozatím velmi nečistě) najíst.

Tomáš vstává obvykle kolem sedmé hodiny, dostane snídaní, léky, personál ho oblékne a v úterý a ve čtvrtek chodí do školky. Do hry s dětmi se nezapojuje. Hračky bere do rukou a dává je do pusy nebo s nimi vydává zvuky. Má rád zvukové hračky, plyšové moc ne. Když je hezky, personál s ním jde na procházku, používají vozík. Tomáš má rád velké ústavní auto, často ho venku obchází a tluče do něj. Často si také cumlá palec. Když vyžaduje pozornost, přileze po zemi k personálu a obejmě ho nebo křičí. Mentálně je podle vyšetření na úrovni asi dvou let, hra je však na vývojové úrovni 6–8 měsíců.

Tomáš se vzteká denně. Podle personálu má chlapec hodně vysoký práh bolesti, přesto si myslíme, že v současné době Tomáše nic neboli (zuby jsou v pořádku a i jiné fyzické problémy jsou s největší pravděpodobností vyloučeny). Často bouchá do dveří. Ve chvíli, kdy mu je personál otevře, se během několika sekund zklidní. V těchto chvílích předpokládáme, že agrese není afektivní, ale manipulativní. V osmi případech z deseti poznáme funkci chování (poznáme, za jakým účelem se Tomáš takto chová). V těchto případech chce hlavně:

- sociální pozornost personálu (lechtání, mazlení, přenášení, houpání, mluvení);
- zahnat nudu;
- napít;
- někde se dostat.

Komunikačně je přibližně na úrovni ročního dítěte, včetně zájmů, ke kterým se komunikace vztahuje.

Ideální den z Tomášova pohledu by asi obsahoval (podle personálu):

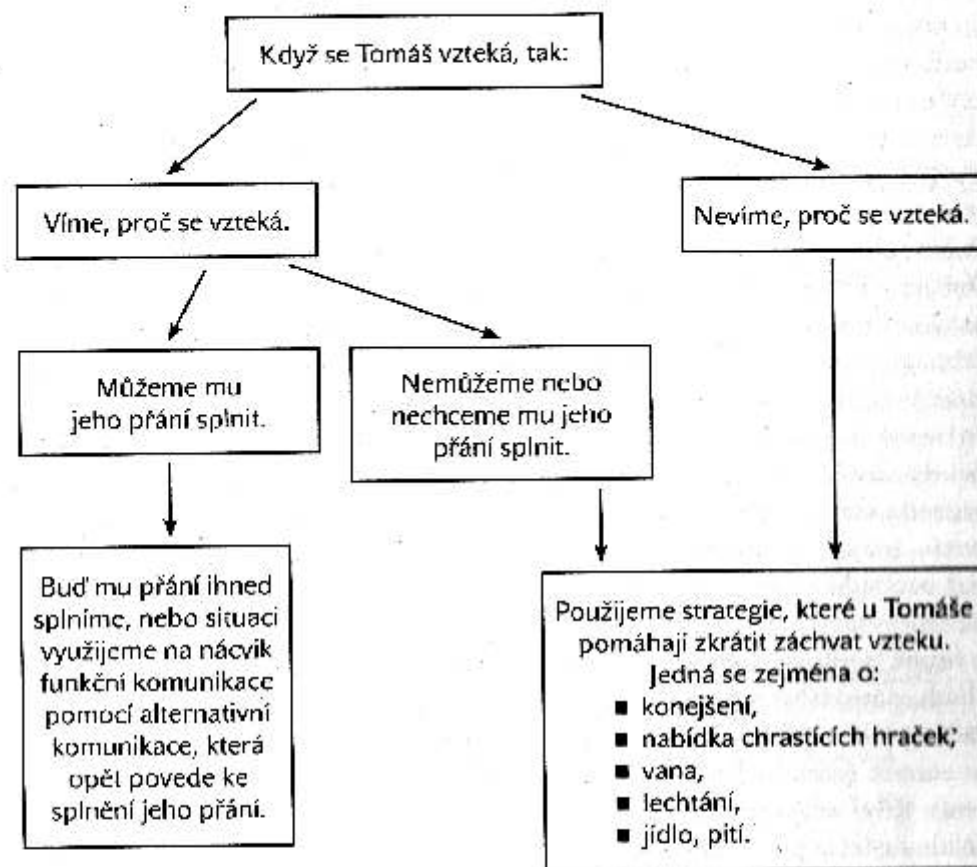
- Chci mít u sebe kbelík s vodou, rád si s ní hraji. V bazénu vydržím hodiny.
- Chci, aby si mě někdo všimal – mazlil se se mnou, lechtal mě.
- Chci si hrát se zvukovými hračkami.
- Chci být často venku, chci však mít možnost volného pohybu v lezetí, na vozíku se mi moc nelíbí.
- Mám rád sladké (gumové medvídky aj.).
- Rád si vlezu do postele k někomu jinému, hlavně kvůli jeho chrastítkům.
- Mám rád koupelnu.
- Nechci se nudit.

V rámci prevence je důležité den skládat z výše uvedených aktivit. Zároveň je podstatné den členit tak, aby se Tomáš co nejméně nudil. Velmi často je den rozdělen jídly, mezi kterými vznikají i několikahodinové prostoje, jež musí klient vyplnit aktivitou, která je z jeho pohledu funkční. U malých dětí a u klientů s těžším stupněm mentálního handicapu je důležité tyto prostoje uměle přerušovat tak, aby se klient nenudil; nuda často vede k problémovému chování.

Lze například využívat krátké koupele ve vaně (třikrát denně po čtvrtodíně) nebo si vzít Tomáše ven, když vynášíme odpadky do popelnice nebo odnášíme prádlo do vedlejší prádelny. Pokud se mu bude den „trhat“ těmito krátkými aktivitami, je menší pravděpodobnost nudy a následného problémového chování.

V rámci prevence můžeme také uvažovat o hranici mezi chodbou a skladem a kuchyní. Tomáše to neomezuje v pohybu na bezpečných místech, omezuje ho to pouze na místech nebezpečných, což je na stejné úrovni jako správně používané zavřené dveře ke schodišti (riziko pádu je prozatím u T. nepřiměřené). V rámci prevence můžeme uvažovat o nácviku pokynů „na“, „dej“, „ano“ a „ne“ pomocí gest. V herně mohou být i další stimulační hračky připevněné tak, aby jejich používáním nerušil ostatní. Tomáš rád bouchá např. do hrnců, ale ruší to ostatní. Vyplatí se uvažovat o tom, jak bychom mohli přidělat nějaké hrnce či jiné věci na chrastění pevně ke zdi tak, aby to pro něj bylo bezpečné, mohl do hraček bouchat, ale nemohl si je odnášet do jiných, společných prostor a nemohl s nimi nebezpečně házet po okolí a jiných klientech.

Ve chvíli vzteku se vyplácí postupovat takto:



Závěrečný kvíz

V předcházejících kapitolách jsme ukázali souvztažnost mezi situacemi, které se kolem nás dějí, a našim vyhodnocováním těchto situací, našim následným emočním prožíváním situací a chováním reagujícím na původní situaci. Ukázali jsme také, jak efekt pořadí a základní atribuční chyba mění naše vyhodnocování situací. Jak konkrétně u vás situace ovlivňují kognice a následně i emoce, si můžete vyzkoušet v následujícím kvízu.

V následujícím textu bude popsáno dvanáct situací. Ohodnoťte situaci na emoční škále vždy tak, jak na vás působí. Hodnocení provádějte rychle tak, jak

jej cítíte, nepřemýšlejte příliš nad řešením. Nejdříve vyplňte celý test a výsledné hodnoty si запиšte do tabulky na konci testu.

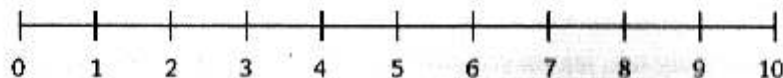
1. Robert

Robert žije v ústavu od svého dětství. Je mu 50 let a má lehkou mentální retardaci. Robert je velmi schopný v sebeobsluze, ze sociálních služeb potřebuje jen jednou za týden vyprat a každý den teplé jídlo. Robert sám udržuje hygienu, umí si připravit čaj, kávu a studené pokrmky. Jednou týdně se však Robert nevrátí z procházky, čímž jasně porušuje domovní řád, který podepsal při nástupu do zařízení. Personál má povinnost dohlížet na dodržování domovního řádu, pokud ho nedodržuje nebo nedohlídá, aby jej klienti sami dodržovali, může být finančně sankcionován vedením ústavu. Personál se také bojí toho, že když dovolí pozdní příchody jednému, rozjede se lavina požadavků i mezi ostatními klienty a následnou situaci pak nezvládnou. Mezi personálem je také neshoda ohledně přístupů ke klientům, navzájem si vyčítají, že Roberta neuhlídali. Protože se v Robertově případě jedná o hrubé porušení domovního řádu (vycházka po 20. hodině bez nahlášení příchodu personálu) a personál se bojí, že si jeho absence všimne vedoucí směny, začne po něm pátrat. Robert se sice ve městě orientuje dobře, ale rád chodí do restaurace (domovní řád zakazuje pití alkoholických nápojů v prostorech zařízení). Když se Robert nevrátí do ústavu do sedmi hodin večer, personál již ví, že někde s někým pije. Čeká přibližně do devíti a pak se vydá do města Roberta hledat. Město je malé a tak personálu obvykle trvá pouze hodinu, než Roberta najde. Robert je následně nevrlý, tvrdí, že by došel sám. To však již personál v minulosti zkoušel. Robert opravdu do ústavu i v podnapilém stavu došel vždy sám, nikoho v budově nerušil, jednou však přespal u bezdomovců, kteří ho okradli o 200 Kč. Robert sice tvrdí, že už se to nestane, že se pěkně napálil, ale personál mu nevěří a snaží se ho svým jednáním od zneužití chránit (z domovního řádu plyne, že personál chrání klienty před zneužitím).

Jaká bude služba u Roberta?

Služba bude úplně v pohodě

Na službě budou výrazné problémy



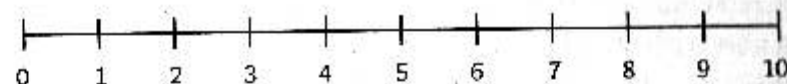
2. Petr

Petr (dětský autismus, mentální retardace, 18 let, 190 cm, 105 kg) byl v našem respitním bytě. Když první noc Petr zjistil, že nebude spát doma, začal se vztekat. Incident se stal v jeho pokoji, kde byl sám. Petr začal křičet a pískat, chytil židli a začal s ní třískat do stolu. Přitom skákal a plival kolem sebe. Celou dobu jsme stáli ve dveřích, nebyli jsme schopni do místnosti vůbec vstoupit, protože jsme se Petra báli. Poté co rozbil židli, začal se bít rukou do hlavy a kousat se. Přitom stále řval a dupal. V kousání jsme mu chtěli zabránit, ale nezabránili, protože jsme se báli k němu přistoupit. Petr je v afektu daleko silnější než my a jistě by nám rozbil hlavu. Při afektu podle rodičů totiž cíleně na hlavy okolostojících útočí. Petr je velmi rychlý a obratný, jeho rány bychom s největší pravděpodobností nevykryli. Zároveň jsme mu ale chtěli pomoci. Asi tak po deseti minutách se Petr zklidnil, my jsme pokoj uklidili a ruku ošetřili (Petr má od kousání na ruce z dřívějších let již mozol, ruku jsme pouze natřeli krémem). Poté Petr usnul.

Jak byste se u incidentu cítili?

Úplně v pohodě, vše pod kontrolou

Absolutně bezmocně



3. Kateřina

Představte si, že příští týden přijede do vašeho zařízení nová klientka Kateřina (těžká mentální retardace, 10 let). Personál z předchozího ústavu vám již zasílá kartu se záznamy o jejím zdravotním stavu. V dokumentaci je, kromě jiných zpráv, i tabulka se záznamy incidentů. Jaký obrázek si o Kateřině uděláte ještě předtím, než k vám nastoupí?

Karta incidentů

| | |
|--------|---|
| 4. 3. | Kateřina při obědě napadla Jirku, lžící ho třikrát bouchla do hlavy a Jirka má malou bouli. |
| 12. 3. | Kateřina roztrhala na sobě oblečení, přitom křičela, a když jsme se k ní přiblížili, snažila se nás pokousat (roztrhané triko). |

| | |
|--------|--|
| 14. 3. | Kateřina knusla řidiče, když jí pomáhal do auta při odjezdu do školy (modřina na řidičově pravé ruce). |
| 19. 3. | Kateřina bouchla při večeři Karla rukou po hlavě. |
| 26. 3. | Kateřina večer shodila rádio (prasklá dvířka u rádia). |

Jaká bude služba u Kateřiny?



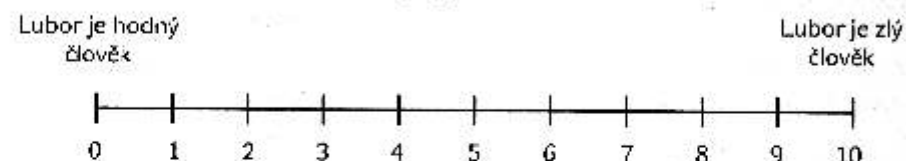
4. Lubor

Představte si, že jste nastoupili nově do práce do DOZP jako pracovník v sociálních službách. Ještě než se seznámíte s klienty, přečtete si jejich dokumentaci. První klient, jehož dokumentaci čtete, je Lubor, čtyřicetiletý muž s těžkou mentální retardací. Personál ve chvíli, kdy použije fyzické nebo mechanické restrikce při agresivním chování pana Petráška, zaznamená událost do tabulky incidentů.

Karta incidentů

| | | |
|--------|-------|---|
| 5. 4. | 13.15 | Lubor bouchl při obědě dalšího klienta do hlavy a ještě se u toho usmíval. |
| 8. 4. | 10.00 | Lubor bouchl další klientku do hlavy a plival na ni. |
| 12. 4. | 18.00 | Lubor mě kousl do ruky, když jsem mu pomáhal při oblékání. V oku měl takovou divnou jiskru! |
| 14. 4. | 9.00 | Lubor ráno nechtěl vstávat. Praštil mě do ruky a do hlavy. Přitom se mi vysmíval!!! |
| 14. 4. | 10.00 | Lubor řve v dílně, nechce pracovat. |
| 1. 4. | 15.00 | Lubor řve a mlátí spolusedícího. Směje se mu. |
| 28. 4. | 16.00 | Lubor spadl, a když jsme ho chtěli zvednout, kopal kolem sebe a řval. |

Jaký je Lubor?

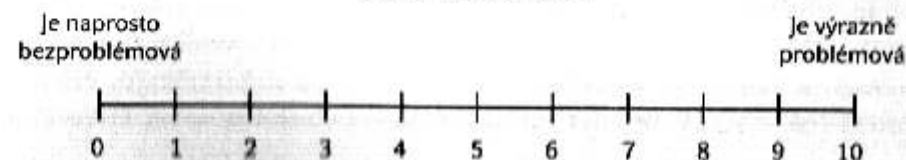


5. Romana

Romana žije v ústavu sociální péče již devět let. Je jí 27 let a bydlí ve skupině se šesti spolubydlícími. Celé oddělení je v ústavu neoficiálně nazýváno jako „neklid“. Jednou došlo k následujícímu incidentu:

Na oddělení byla výrazná nepohoda. Ludmila hodila židli po křičící Martině. Do toho Vladka chytila Hanu za vlasy a táhla ji z pokoje na chodbu. Personál intuitivně vyhodnotil situaci mezi Vladkou a Hanou jako více ohrožující než situaci mezi Ludmilou a Martinou a přispěchal Haně na pomoc. Odborným úchopem se mu podařilo obě klientky od sebe oddělit. Hana řvala, že jsou všichni svině, a Vladka se snažila udeřit lidi z personálu. Dva kolegové Vladku zalehli a přivolaný třetí se snažil Hanu odvést do pokoje. Martina stále řvala a začala hlavou bít do země. Najednou se od stolu zvedla Romana, zamračila se, zakřičela a začala chodit rychle kolem stolu. Nikdo si jí nevšímal, všichni z personálu měli plné ruce práce s ostatními klientkami. Když se podařilo odvést Hanu na pokoj, Vladka se začala uklidňovat. Tím se mohl jeden zaměstnanec od ní odpoutat a rychle přiběhl k Martině a dal jí deku z vedlejšího lůžka pod hlavu tak, aby rány hlavou nešly přímo do tvrdé podlahy. Deku stáhl ze spící Katky, která se rozčílila a začala křičet. Personál, když procházel zpět k Vladce na zemi, odvedl cestou Romanu do pokoje. Pak se ihned vrátil a pomohl kolegyni v držení Vladky, protože ta se mezitím začala opět rozčilovat křikem paní Jeřábkové, vytrhla se personálu z úchopu na zemi a rozbila rukou okno. Třetí člen z personálu přinesl Katce novou deku a čaj. Tím se Katka zklidnila a personál tak mohl jít řešit situaci ke stále se bijící Martině.

Jaká je paní Romana?



6. Dominika

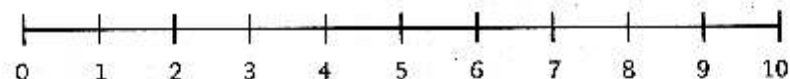
Na respitní víkend k vám přijíždí nová klientka Dominika. Nic o ní nevíte, a tak zavoláte rodičům. Rodič vám řekne o své dceři následující:

„Dobrý den, nevím, co bych vám měla o Dominice říct, tak vám popíšu včerejší den, ať si o ní uděláte alespoň nějaký obrázek. Dominika ráno přiběhla naštvaná ze svého pokoje. Začala hned křičet a brečela. Celou dobu se mračila. Dominika chyta takovou malou vázičku a hodila ji po mně. Pak přišel dolů i bratr a Dominika ho uhodila. Poté se najednou uklidnila. Posadila se k nám a začala mě poslouchat. Řekla jsem jí, ať mi podá bratrovu čepici, a ona mi ji podala. Bratrovi také na požádání zavázala boty. Pěkně se na mě usmála. Byla na mě velmi milá. Podala mi bonbon a pak mi chvíli hezky vyprávěla pohádku. Po chvíli mi zase začala nadávat. Byla protivná.“

Jaka bude služba u Dominiky?

Služba bude úplně v pohodě

Na službě budou výrazné problémy



7. Karel

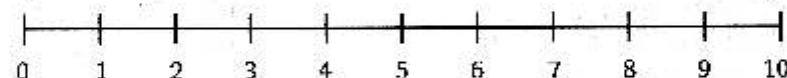
Karel žije v rodinném domku, kde zůstal i po smrti svých rodičů. Vzhledem k tomu, že má pouze lehkou mentální retardaci, je relativně velmi samostatný a ve vesnici je zvyklý žít celý život (je mu 42 let), dokázal se udržet ve svém domku pouze s podporou pečovatelské služby. Pečovatelská služba nosí Karlovi každý den teplé jídlo a jednou týdně mu poskytuje podporu při praní prádla. Karel chodí rád po vesnici a rád si i zajde do hospody. Místní lidé již vědí, že Karel je mentálně handicapovaný, a někteří spoluobčané se toho snaží zneužít. Loudí po Karlovi peníze a říkají mu, že když je pozve na pivo, tak s ním budou kamarádit. Někdy u nich za úplatu Karel i přespí, ačkoli se mohl vrátit domů. Má však pocit, že to jsou jeho kamarádi. Někdy, když si uvědomí, že ho pouze zneužívají, je sám na sebe naštvaný a dotyčného již nekontaktuje. Přibližně jednou týdně se stane, že když mu pečovatelská služba nese večeři, je Karel

v hospodě, i když slíbil, že v sedm bude doma a večeři si převeze. Personál tak jídlo nechá v jídelnosičích přede dveřmi a druhý den si nádoby vyzvedne.

Jaká bude služba u Karla?

Služba bude úplně v pohodě

Na službě budou výrazné problémy



8. Adam

Adam (20 let, 188 cm, 103 kg), který je postižený autismem a mentálním handicapem, s námi byl poprvé na respitním víkendu. Celý život nespál mimo domov, respitní víkend byl prvním pobytem bez matky a byl přípravou na pobyt v sociálním zařízení, do kterého Adam půjde na podzim bydlet. Na situaci jsme se připravili tím, že jsme Adama doma několikrát navštívili, takže Adam znal nás a my jeho. Probrali jsme s rodiči krizové scénáře ve chvíli, kdy se Adam vzteká doma. Rodiče nám říkali, že nesmíme na Adama v tu chvíli sahat, protože o sobě neví a mohl by komukoli nechtěně ublížit. Doma to řeší tak, že odejdou z pokoje, kde se Adam začne vztekat, a počkají, až ho vztek přejde. Incidentsy trvají pět až deset minut. Domluvili jsme se s rodiči, že budeme postupovat ve chvíli vzteku úplně stejně. Adam našťestí nikdy nebouchá do oken, takže se nemůže pořezat. Doma se pořezal pouze jednou, a to ve chvíli, kdy ho chtěl bratr při afektu v dobré víře chytit, ale nepodařilo se mu to. Adam se bratrovi vysmekl z náručí, zranil rovnováhu a opřel se o skleněné dveře, které praskly.

Ještě než Adam odjel na respitní víkend, sjednali jsme dobrou pojistku proti škodám na majetku. Zároveň jsme krizový scénář sepsali a nechali podepsat rodiči tak, aby bylo jasné, že ve chvíli vzteku nemáme zasahovat. Po příjezdu jsme z Adamova pokoje odnesli všechny věci, o které by se mohl pořezat nebo jinak zranit. Adam nám u toho pomáhal, byl rád, že věci na pokoji nemá. Celý den jsme si s Adamem užili, od rodičů jsme přesně věděli, co má Adam rád. Věděli jsme však, že večer a usnutí bude pro Adama „tvrdým oříškem“. A Adam nás „nezklamal“.

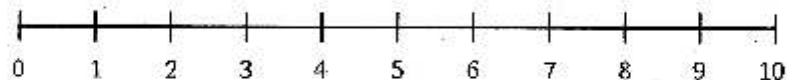
Když první noc Adam zjistil, že nebude spát doma, začal se vztekat. Incident se stal v jeho pokoji, kde byl sám. Adam začal křičet a pískat, chytil židli

a začal s ní třískat do stolu. Přitom skákal a plival kolem sebe. Ihned jsme z vedlejšího pokoje odvedli Moniku, které by mohl křik vadit a mohla by se také začít vztekat. Zároveň jsme přivřeli u Adama dveře tak, abychom do místnosti sice viděli, ale byli jsme dvěma chráněni před možnými úlomky židle. Poté co Adam rozbil židli, začal se bít rukou do hlavy a kousat se. Přitom stále řval a dupal. V kousání jsme mu nezabránili, protože jsme věděli, že pokud bychom se přiblížili, bylo by to pro nás i pro Adama výrazně nebezpečnější než teď (Adam by mohl při našem úchopu ztratit rovnováhu a mohli bychom spadnout hlavou na roh postele nebo skříně; zároveň by se mohl snažit uhnout a rozbít omylem okno). Adam je v afektu silnější než my a jistě by nám mohl také rozbít hlavu. Při afektu podle rodičů totiž cíleně útočí na hlavy okolostojících. Adam je velmi rychlý a obratný, jeho rány bychom s největší pravděpodobností nevykryli. Asi tak po deseti minutách se Adam zklidnil, my jsme uklidili pokoj a ošetřili jsme Adamovi ruku (Adam má od kousání na ruce z dřívějších let již mozol, ruku jsme pouze natřeli krémem, více není třeba). Ještě před úklidem jsme vyfotili veškeré škody na majetku (zničená dřevěná židle a poškrábaný stůl, škoda přibližně za 500 Kč). Poté Adam usnul. Zapsali jsme seznam škod, který předložíme pojišťovně, a dohodli se, že místo židle dáme do pokoje Adamovi polohovací vak. Pojišťovna po půl roce veškeré škody uhradila, nikdo z personálu nebyl zraněn. Incident jsme zvládli tak, jak jsme si představovali a naplánovali.

Jak byste se u incidentu cítil?

Úplně v pohodě,
vše pod kontrolou

Absolutně
bezmocně



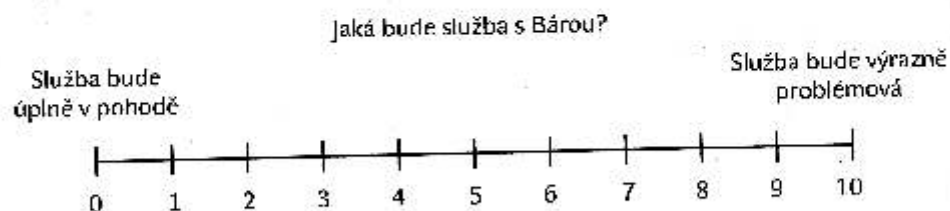
9. Bára

Bára (11 let, těžká mentální retardace) je vaší novou klientkou v ústavu sociální péče. Personál z předchozího ústavu vám již zaslal její zápisový sešit z předávání směň. V zápisech, které končí personál dělal vždy pro nastupující personál při výměně směň, je i tabulka s průběhem dne.

Karta incidentů

| | |
|--------|--|
| 1. 5. | Bez incidentu. Bára byla v pohodě, byli jsme u bazénu. |
| 2. 5. | Celý den s Bárou byl v pohodě. |
| 3. 5. | Bára je v klidu, je fajn. |
| 4. 5. | Bára při obědě napadla Káju, lžící ho třikrát bouchla do hlavy, poté se uklidnila a šla na svůj pokoj. Zbytek dne již bez incidentu. Kája má malou bouli. |
| 5. 5. | Byli jsme v zoo, Bára byla klidná. |
| 6. 5. | Klid a pohoda. |
| 7. 5. | Klid a pohoda, návštěva obchodu. |
| 8. 5. | Šlo to, průměr... |
| 9. 5. | Klid a pohoda, výlet do Chodova. |
| 10. 5. | Normální den, návštěva obchodu. |
| 11. 5. | Klid a pohoda, byli jsme na koních. |
| 12. 5. | Celý den v pohodě. Pak Bára roztrhala na sobě oblečení, přitom křičela, a když jsme se k ní přiblížili, snažila se nás pokousat (roztrhané triko, nikdo nezraněn). |
| 13. 5. | Byla v pohodě. Na vycházce zpívala. |
| 14. 5. | Bára kousla našeho nového asistenta, když jí pomáhal do auta při odjezdu do školy, jinak v pohodě (modřina na levé ruce asistenta Milana). |
| 15. 5. | Klid a pohoda. |
| 16. 5. | Bára byla v pohodě, líbila se jí cesta autem, smála se. |
| 17. 5. | Klid a pohoda. |
| 18. 5. | Dneska byla Bára trochu náročnější, asi jí něco boří. |
| 19. 5. | Ráno jsme byli na výletě. Celý den byl příjemný. Večer však Bára bouchla při večeři Petra rukou po hlavě. |
| 20. 5. | Byli jsme u zubaře, zvládla to skvěle, očividně se jí ulevilo. |
| 21. 5. | Klid a pohoda. |
| 22. 5. | Klid a pohoda, návštěva kouzelníka, Báru to nezajímalo. |
| 23. 5. | Normální den. |
| 24. 5. | Klid a pohoda, Bára byla fajn. |
| 25. 5. | Bára byla trochu neklidná, špatně spala. |
| 26. 5. | Bára večer shodila rádio, pak usnula v pohodě (prasklá dvířka u rádia). |
| 27. 5. | Dnešek byl dobrý, Bára se hodně smála. |

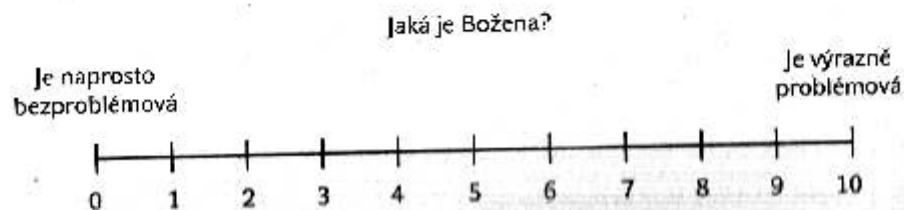
| | |
|--------|--|
| 28. 5. | Bára měla příjemný den. |
| 29. 5. | Bára byla dneska únavná, asi byla nevyspalá. |
| 30. 5. | Bára byla v klidu a v pohodě. |
| 31. 5. | Super den! Bára se celý den strašně směla. |



10. Božena

V ústavu sociální péče žije Božena, které je 25 let a má těžkou mentální retardaci. Božena žije ve skupině sedmi klidných klientek. Jednoho dne se stal následující incident:

Klientky seděly všechny kolem kulatého stolu a pily kávu. Tento rituál se těší v ústavu velké oblibě, klientky jsou rády, že si mohou kávu v klidu vychutnat, nikdo na ně nespěchá. Z přehrávače hrála příjemná hudba, personál seděl s klientkami a popíjel také kávu. Nikdo nemluvil, všichni poslouchali s personálem hudbu. Barbora se kývala do rytmu a lehce se usmívala. Jitka klimbala a Alena s Petrou se dívaly na sebe a usmívaly se. Jediná Božena se mračila a jednou za čas vykřikla. Pak se najednou prudce zvedla, znovu zakřičela a začala chodit rychle kolem stolu. Všechny klientky se polekaly. Jitka se vzbudila a začala brečet. Ostatní se velmi bály. Personál s těžkostmi chytil Boženu (Božena se chovala výrazně nestandardně a nepochopitelně, může mít velkou sílu, nikdo ji při možné agresi ještě neviděl) a odvedl ji na pokoj. Klientky ještě půl hodiny poplakávaly a cítily se špatně.



11. Honza

Do vašeho zařízení přijde nový klient Honza. S ním vám pošle personál z bývalého zařízení i dokumentaci. Honza je devětatřicetiletý muž s těžkou mentální retardací. Personál ve chvíli, kdy použil restriktivní postupy při Honzově agresivním chování podle paragrafu 89, zaznamenal událost do tabulky incidentů.

Karta incidentů

| | |
|--------|--|
| 2. 6. | Bohumil seděl vedle Honzy a hrábl mu do talíře. Honza bouchl Bohumila do hlavy a Bohumil začal křičet, že to není spravedlivé, protože Honza měl větší řízek než on. Odvedli jsme Bohumila na pokoj, Honza se usmíval stejně, jak se usmívá vždy, když je nervózní. |
| 4. 6. | Ve společenské místnosti byl hluk. Katka začala křičet. Honza bouchl Katku do hlavy, protože mu křičela u ucha. Jak se na ni Honza také rozkřičel, tak ji celou poprskal. Odvedli jsme Katku na pokoj. Honza se ihned zklidnil. |
| 13. 6. | Honza mě kousl do ruky, když jsem mu pomáhal při oblékání. Svrtr se mi zadrhl při navlékání na hlavu, nemohl jsem ho přes hlavu přetáhnout. Pan Honza byl z toho nervózní, protože neviděl. Navíc jsem mu ještě zipem asi trochu omylem podráždil oko, protože ho měl poté trochu zaslzené. |
| 15. 6. | Honza celou noc nespál, opět měl svůj záchvat migrény. Plakal celou noc a ukazoval si na hlavu. Usnul po podání léku proti bolesti až nad ránem. Ráno Honza nechtěl vstávat. Spal pouze hodinu. Praštil mě do ruky a do hlavy, když jsem ho budil do stacionáře. Podle jeho křečovitého úsměvu jsem poznal, že byl strašně nervózní - asi z nedostatku spánku. |
| 15. 6. | Honza v noci nespál, byl unavený a podrážděný. V dílně řval a nechtěl pracovat. |
| 20. 6. | Honza seděl u televize a koukal na oblíbenou pohádku. Jarda si k němu sedl a přepnul mu program. Honza zařval a bouchl spolusedícího Jardu. Nervozita byla podle jeho křečovitého úsměvu střední až těžká. Televizi jsme přepnuli zpět a oba klienti se ihned zklidnili. |
| 27. 6. | Honza zakopl a spadl. Seděl si obě nohy, hodně ho to bolelo. Zdál se mi i z nastalé situace trochu zmatený. Když jsme ho chtěli zvednout, kopal kolem sebe a řval. Chvilku jsme počkali. Po chvíli se sám zvedl, nohy jsme otřeli vodou a hadříkem. Pan Honza se poté zklidnil, šel si lehnout na postel a usnul. |



12. Anička

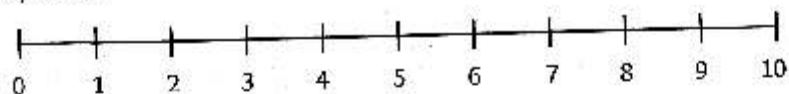
Začátkem roku k vám přijede na výměnný pobyt nová klientka Anička ze spřáteleného ústavu. Nic o ní nevíte, a tak zavoláte kolegyni z ústavu, ve kterém klientka bydlí. Kolegyně vám řekne o klientce následující:

„Ahoj, popíšu ti dnešní den. Anička přišla do jídelny a sedla si k nám. Poslouchala pohádku, co jsem povídala. Usmívala se na mě, když jsem se na ni podívala. Anička pak podala paní Markétě na požádání hrníček. Poprosila jsem ji, ať mi také podá hrníček, a Anička mi pěkně nalila čaj. Pak se zamračila. Dokonce po mně hodila i prázdným hrníčkem. Rozbrečela se a začala křičet. Přitom uhodila paní Markétu. Začala mi také nadávat. Byla protivná. Okřikla jsem ji a ona našťavaně odběhla. Když jsem za ní po hodině přišla na pokoj, byla už klidná a opět se na mě usmála. Podala mi sušenky a pak mi pět minut hezky zpívala.“

Jaká bude služba u Aničky?

Služba bude úplně v pohodě

Na službě budou výrazné problémy



Komentář:

Po ukončení kvízu napište výsledky do následující tabulky:

| Kazuistika | Sloupec A | Kazuistika | Sloupec B |
|------------|-----------|------------|-----------|
| 9 Bára | | 3 Kateřina | |
| 12 Anička | | 6 Dominika | |
| 11 Honza | | 4 Lubor | |
| 7 Robert | | 1 Karel | |
| 5 Romana | | 10 Božena | |
| 8 Adam | | 2 Petr | |

Po vyplnění tabulky porovnejte výsledky ve sloupci A s výsledky ve sloupci B, a to vždy ve stejném řádku. Situace na stejném řádku jsou totiž identické. Podíváte-li se zpět, zjistíte, že se u popisovaných klientů v situacích na stejném řádku měnila pouze jména nebo nepodstatné okolnosti. Výrazně se však měnil způsob popisu incidentu nebo jeho kontext. Obecně personál hodnotí vyšším skórem výsledky ve sloupci B (situace popsané v příkladech ve sloupci B by tak byly obecně více emočně záložové pro personál než situace ve sloupci A; tato větší míra záložby by vedla k méně objektivnímu vyhodnocování situací personálem a k více chybám v jednání personálu). Důvody, proč tomu tak je, uvádíme níže (pokud vám u některých případů nevyšlo ve sloupci B vyšší číslo než ve sloupci A, neznamená to nutně, že byste mysleli chybně, každý máme různé zkušenosti a některé konkrétní situace proto můžeme hodnotit odlišně):

3. a 9. (Kateřina a Bára)

Případ Kateřiny a Báry ukazuje, jak tabulka incidentů, kterou personál vyplnil v dobré víře, může zkreslit pohled na klienta ještě předtím, než se do zařízení vůbec dostane. U Kateřiny byly dny s incidenty vytrženy z kontextu všech ostatních dní v měsíci bez incidentu. Obecně tak budeme vyhodnocovat službu s Kateřinou jako těžší než službu s Bárou ještě předtím, než služba vůbec začne. Naše předjímání o službě, kterou budeme muset Kateřině poskytnout, může měnit náš vztah ke klientce ještě předtím, než ji vlastně poznáme.

4. a 11. (Lubor a Honza)

Případ Lubora a Honzy ukazuje na riziko příliš krátkých zápisů. Jakmile se však incident vytrhne z kontextu, může být následně emočně vyhodnocován jinak, než když známe okolnosti případu. Proto bude Luborovo chování obecně vyhodnocováno negativněji než Honzovo, i když jejich incidenty jsou absolutně identické! Tento příklad ukazuje na tzv. základní atribuční chybu v myšlení.

2. a 8. (Adam a Petr)

V případě Petra a Adama můžeme vidět, jak vyhodnocování vlastní bezmoci při incidentu může měnit terapii personálu (víme, že děláme to nejlepší, co v tu chvíli můžeme, a to jak pro nás, tak i pro Adama) i terapii organizace (pojištění, písemný zápis krizového scénáře podepsaný „možným žalobcem organizace“ – rodičem), aniž bychom měnili terapii klienta. Všimněme si totiž, že incident z pohledu Petra i Adama probíhal v obou případech absolutně stejně (po celý incident byli oba sami v pokoji, zničená židle, pokousaná ruka). Intenzita pocitu bezmoci u personálu totiž není vázána na zabránění nebo nezabránění agresivnímu chování, ale na úspěšné nebo neúspěšné zvládnutí celého incidentu.

6. a 12. (Anička a Dominika)

Na příkladu Aničky a Dominiky jsme si ukázali možný posun v emočním vyhodnocování služby s budoucí klientkou podle popisu jejího chování ze večřejšího dne. U Aničky je popis chování koncipován tak, že je nejdříve popsáno 5 pozitivních interakcí, následuje 7 negativních a popis uzavírají opět 2 pozitivní. U Dominiky začíná popis 5 negativních interakcí, následuje 7 pozitivních a příběh uzavírají opět 2 negativní. Vlastní incidenty jsou u Aničky i Dominiky opět absolutně identické, mění se pouze nepodstatné okolnosti incidentů. Vlastní pořadí popisu však může měnit naše emoční vyhodnocování klientek. Obecně lidé kladou větší důraz na první a poslední informace. V našem případě to znamená, že služba u Dominiky se bude s větší pravděpodobností vyhodnocovat jako více zátěžová než u Aničky. V tomto příkladě můžeme vidět tzv. efekt pořadí.

5. a 10. (Božena a Romana)

Na příkladu Boženy a Romany si můžeme ukázat, jak na nás působí kontext situace. V úvodní kapitole jsme psali o různých definicích problémového chování. Jedna z nich tvrdí, že problémové chování je jakékoli chování, které personál vyhodnocuje jako problémové. Z této definice plyne, že pro míru problémovosti chování je důležitý kontext, ve kterém personál chování vyhodnocuje. Proto bude také obecně Božena vyhodnocována jako problémovější než paní Romana, i když incidenty obou žen jsou naprosto identické. Každý je však zasažen do jiného kontextu, co se skládá z klientek týče.

1. a 7. (Robert a Karel)

Obecně se bude služba u Roberta vyhodnocovat jako více problémová, protože se mu poskytuje služba, kterou vlastně nepotřebuje. Personál tak má ve své mysli mýtus, že když už klient tuto službu využívá, tak ji i potřebuje, což znamená, že potřebuje více ochrany než Karel. Incidenty jsou však opět identické a problémovost vzniká až kontextem poskytované služby.

Použitá literatura

- ATKINSON, R. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003
 EMERSON, F. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2009
 SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007
 Autor neuveden. *Směrnice pro restriktivní postupy – příloha I*, Vermont: Vermontský úřad pro mentální retardaci, 1994

Doporučená literatura

- ATIWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál, 2005
 ČADILOVÁ, V., JÜN, H., THOROVÁ K. *Agress u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007
 ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení*. Praha: Portál, 2008.
 DE CLERCQ, H. *Mami, je to člověk, nebo záře?* Praha: Portál, 2007
 EMERSON, F. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2009
 GILLBERG, CIL., PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 1998
 HADDON, M. *Podivný případ se psom*. Praha: Argo, 2003
 HOWLIN, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*. Praha: Portál, 2005
 HRDLÍČKA, M., KOMÁREK, V. (Eds.) *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004
 LAWSON, W. *Život za sklem*. Praha: Portál, 2008
 PEETERS, T. *Autismus, od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998
 RICHIMAN, S. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, 2006
 SACKS, O. *Antropoložka na Marsu*. Praha: Mladá fronta, 1997
 SCHOPLER, E., MESIBOV, G. B. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997
 SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LANSINGOVÁ, M. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 1998
 THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006
 WILLIAMS, D. *Nádo nikde*. Praha: Portál, 2009

Občanská sdružení pomáhající lidem s autismem

APLA ČR – Asociace pomáhající lidem s autismem, www.apla.cz

APLA Praha, Brunnerova 1011/3, 163 00, Praha 17-Řepy,
 tel.: 235 302 111, www.praha.apla.cz, apla@apla.cz

APLA Severní Čechy, Alešova 268/1, 400 01 Ústí nad Labem,
 tel.: 603 490 323, www.2000online.cz/apla, apla@2000online.cz

APLA Hradec Králové, Sovova 1083, 500 02 Hradec Králové 2
apla.hk@seznam.cz

APLA Jižní Morava, Fügnerova 30, 613 00 Brno-Černá Pole
apla.jm@seznam.cz
 tel.: 775 199 800, 775 199 801, 518 220 345

APLA Vysočina, Telečská 7, 586 01 Jihlava,
 tel.: 724 054 593, vysočina@apla.cz

AUTISTIK, Občanské sdružení pro pomoc postiženým autismem,
 Kyselova 1189/24, 182 00 Praha 8, tel. 603 400 865
autistik@volny.cz, www.volny.cz/autistik

Rain Man, sdružení rodičů a přátel dětí s autismem,
 Tichá 71B, 721 00 Ostrava-Svinov, tel.: 723 564 399

Máme otevřeno?, občanské sdružení pro integraci lidí s mentálním postižením do společnosti, Chodská 21, 120 00 Praha 2
 tel.: 222 212 399, 222 511 216, www.mameotevreno.cz, vstupte@mameotevreno.cz

Rytmus, občanské sdružení pro integraci lidí s postižením do společnosti,
 Bruselská 16, 120 00 Praha 2
 tel.: 224 251 610, www.rytmus.org, rytmus@rytmus.org

Zdravotnická zařízení

Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol
 V Úvalu 84, 150 18 Praha 5-Motol
 tel.: 224 433 400, 224 433 402

Dětská neurologická klinika UK 2. LF a FN Motol
 V Úvalu 84, 150 18 Praha 5-Motol
 tel.: 224 433 300, 224 433 302

Fakultní Thomayerova nemocnice
 Ambulance klinické psychologie
 Vídeňská 300, 140 59 Praha 4-Krč
 tel.: 261 083 436

FN Brno – pracoviště dětské medicíny (diagnostické centrum pro děti s poruchami autistického spektra pro Moravu)
 Klinika dětské neurologie
 Černopolní 9, 625 00 Brno
 tel.: 532 234 917 (ambulance), 532 234 915 (primář), 532 234 913 (psycholog)