



Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek

I.

**Alternativní přístupy v péči o osoby,
vůči nimž jsou uplatňována restriktivní
opatření formou klecových a síťových lůžek**


Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek

I.

**Alternativní přístupy v péči
o osoby, vůči nimž jsou uplatňována
restriktivní opatření formou klecových
a síťových lůžek**

Autoři textů:

**Mgr. Martin Haicl
Mgr. Romana Kulichová
Mgr. Hana Bartoníčková**



Tento dokument byl vytvořen s finanční podporou Evropské unie a České republiky. Obsah tohoto dokumentu je plně v zodpovědnosti příjemce grantu a nelze jej v žádném případě považovat za oficiální stanovisko České republiky a Evropské unie.

Chtěl bych velmi poděkovat Krajskému úřadu Středočeského kraje, všem spolupracovníkům, osobním asistentům a klientům, ředitelům a pracovníkům ústavů, kteří se projektu účastnili a kteří spoluvytvářeli jeho průběh.

Jmenovitě chci poděkovat PhDr. Ireně Tomešové a Mgr. Haně Bartoníčkové, lektorkám projektu. Především za to, že mi byly v nepřehledných okamžicích důležitou oporou. Jejich cenné připomínky spoluvytvářely průběh a výsledky projektu.

Mé velké poděkování patří Mgr. Romaně Kulichové, která nejen trpělivě připravovala organizační zajištění projektu, ale svým lidským úsilím přispívala, aby se úmysly proměňovaly v činy. Rovněž jí děkuji za podnětné připomínky k textu a jazykové úpravy.

Velkou úctu a poděkování chci rovněž vyjádřit osobním asistentům - Marii Böhmové, Jarce Ďurišové, Martině Jirotkové, Zdeňce Matouškové-Chritiové, Marii Molhancové, Milušce Novotné, Nadě Svatošové, Jakubu Husákovi a Zdeňku Vlčkovi za lidskost, opravdovost a osobní iniciativu, se kterou do projektu šli a ve které setrvali. Výsledky projektu jsou výsledky jejich práce.

Má hluboká úcta patří také těm ředitelům ústavů, kteří často v nelehkých finančních, prostorových a personálních podmínkách vytvářeli a vytvářejí podmínky pro důstojný a běžný život klientů.

Poděkování patří Středočeskému kraji a jeho představitelům za to, s jakou odvahou a transparentností se do řešení složité problematiky restriktivních opatření pustili, a za trvalou a všestrannou podporu, kterou věnují udržitelnosti a rozvíjení výsledků projektu.

Děkuji recenzentům textu Mgr. Ivaně Janišové a PaedDr. Petru Klímovi za vlídné přijetí a užitečné připomínky.

Za pomoc s přípravou textů děkuji Mgr. Veronice Haiclové a Matouši Haiclovi.

Martin Haicl

Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek.

I. - Alternativní přístupy v péči o osoby, vůči nimž jsou uplatňována restriktivní opatření formou klecových a síťových lůžek

O projektu (Mgr. Romana Kulichová)	6
Úvod	8
O metodice	11
Východiska a alternativní přístup (Mgr. Martin Haicl)	12
Východiska projektu	12
Alternativní přístup	12
Užívání klecových a síťových lůžek v ČR a situace poskytovatelů	12
Příčiny používání klecových a síťových lůžek	13
Cesta k řešení	14
Agrese (Mgr. Martin Haicl)	16
Uvědomění si vlastní agrese	16
Negativní nálepka	16
Agrese jako nezbytná životní energie	17
Podpora pracovního týmu	17
Vnější podpora pracovních týmů a organizací při řešení situace klientů v klecových a síťových lůžkách (Mgr. Martin Haicl)	18
Podpora v rozpoznání potřeb klienta	18
Zjišťování potřeb prostřednictvím rozhovoru s uživatelem	18
Fáze a průběh rozhovoru	19
Zjišťování potřeb u klientů, kteří nekomunikují	20
Důležité či užitečné zásady	20
1. Pozorování uživatele v reálné situaci	21
2. Empatická fantazie	22
3. Imaginativní rozhovor	23
4. Modelový rozhovor pracovník – pracovník empatik	24
5. Analýza uspokojení potřeb	26
6. Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace	27
Vnější - následná či průběžná podpora pracovních týmů	28
Oblasti a cíle následné a průběžné vnější podpory	28
Způsoby další návazné a průběžné podpory	31

Přílohy - důležité informace, pojmy a studijní prameny	33
I. Mentální retardace	33
II. Autismus	37
III. Člověk a jeho potřeby	45
IV. Gestalt přístup	47
V. Empatie	49
VI. Problematika restriktivních opatření v ČR (Mgr. Romana Kulichová)	50
VII. Komentář k zákonu č. 218/2005 Sb.	52
VIII. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 89 Opatření omezující pohyb osob	55
IX. Supervize	56
X. Doporučená literatura	59
XI. Poskytovatelé psychoterapeutických vycviků	60

Projekt „Podpora poskytovatelů ve Středočeském kraji při odstraňování opatření omezujících pohyb osob“

Mgr. Romana Kulichová

Realizace projektu Středočeského kraje „Podpora poskytovatelů ve Středočeském kraji při odstraňování opatření omezujících pohyb osob“ započala v listopadu 2005 za podpory finančních zdrojů Phare 2003 RLZ a státního rozpočtu České republiky.

Projekt je jednou z aktivit, která směřuje ke zvýšení kvality sociálních služeb ve Středočeském kraji, a je v podstatě úzce zaměřen na odstranění klecových a síťových lůžek z ústavů sociální péče a domovů důchodců zřizovaných Středočeským krajem.

Za používání restriktivních opatření byla Česká republika v posledních letech mnohokrát kritizována ze strany mezinárodních organizací soustřeďujících se na ochranu lidských práv. Čeští odborníci ale stejné výtky vznášejí již od roku 1989; zejména v souvislosti se standardy kvality sociálních služeb se téma ochrany lidských práv stalo aktuálním.

Projekt si stanovil následující cíle:

1. postupné odstranění klecových a síťových lůžek v zařízeních zřizovaných Středočeským krajem;
2. zavedení humánních metod práce s klienty umístovanými do těchto lůžek v situacích, kdy by jinak byla ochranná lůžka použita;
3. podpora poskytovatelů sociálních služeb ve vypracování individuálních plánů uživatelů ochranných lůžek vedoucích k postupnému odstranění těchto lůžek;
4. podpora poskytovatelů sociálních služeb při vytváření potřebného materiálního zázemí umožňujícího odstranění klecových a síťových lůžek.

Projekt účastníkům přinesl aktivity a podporu v těchto oblastech:

1) Vzdělávání:

- managementu organizací s cílem formulovat vizi a rozvojové cíle v oblasti používání restriktivních opatření klecovými a síťovými lůžky;
- klíčových pracovníků a dalších pracovníků v přímé péči tak, aby dokázali zjistit potřeby a osobní cíle uživatelů a naplánovat efektivní podporu; aby znali současné požadavky na zajištění kvalitní péče o uživatele;
- osobních asistentů s cílem připravit je na práci s uživatelem i zapojení do života organizace.

2) Experiment:

- využití osobní asistence pro uživatele v klecovém či síťovém lůžku mělo dokázat, zda a do jaké míry lze zajistit v podmínkách současných ústavů prostřednictvím osobní asistence alternativu k umístění klientů do klecového či síťového lůžka. Vyškolení osobní asistenti po dobu 3 měsíců pracovali s klienty, vůči kterým byla tato forma restrikce používána.

3) Konzultace, supervize:

- byly poskytovány průběžně po celou dobu trvání projektu, a to jak ředitelům zařízení a dalším vedoucím pracovníkům, tak osobním asistentům či klíčovým pracovníkům.

V průběhu projektu se jednoznačně ukázalo, že osobní asistence je alternativou, způsobem, jak řešit situaci lidí, vůči nimž jsou uplatňována restriktivní opatření formou klecových či sítových lůžek. U všech klientů, kteří byli zařazeni do experimentu a v plném rozsahu jej využili, došlo k výraznému zvýšení kvality života. Lze z toho usoudit, že pokud věnujeme uživateli pozornost osobní asistencí, není ochranné lůžko potřeba. Spolu s příznivými výsledky projekt ukázal, že poskytovatelé i zřizovatel organizací mají velkou vůli výsledky projektu zachovat a rozvíjet. V tomto smyslu je nejvhodnějším důkazem skutečnost, že díky podpoře Středočeského kraje i aktivitě poskytovatelů **osobní asistence u klientů, kteří jsou ohroženi restrikcí ochrannými lůžky, pokračuje**. A její pokračování se předpokládá i nadále.

Na druhé straně se ukázalo, že osobní asistence nemůže být jediným a univerzálním řešením problematiky klecových a sítových lůžek. Naléhavé se jeví otázky prostředí zařízení, soukromí, počtu ubytovaných uživatelů v prostředí, cílových skupin, řízení organizací a pracovních týmů, vizí a koncepcí.... Stejně tak se ukázalo, že problematiku restriktivních opatření nelze zužovat pouze na používání ochranných lůžek. Projekt přinesl mimo jiné uvědomění, že nejočividnější restrikce ochrannými lůžky zmizely, ale že bude potřeba věnovat velkou pozornost a energii tomu, aby ochranná lůžka nebyla spontánně či plíživě nahrazena jinými způsoby omezení pohybu. Znamená to především výzvu pro poskytovatele, aby svou citlivost pro téma restriktivních opatření zvyšovali.

Propojení výše zmíněných aktivit vedlo ke snížení počtu klecových a sítových lůžek (z 52 v počátcích projektu na 3 k 1. 6. 2006). Aktivity v oblasti ochrany lidských práv lidí v ústavním prostředí však pokračují. Zkušenosti z projektu otevřely další témata a prostory, kterým je třeba se zodpovědně věnovat.

Projekt bude uzavřen 31. 8. 2006.

Tato publikace vznikla jako jeden z výstupů projektu „Podpora poskytovatelů ve Středočeském kraji při odstraňování opatření omezujících pohyb osob“, který se uskutečnil v období listopad 2005 – srpen 2006 za podpory finančních zdrojů Phare 2003 RLZ a státního rozpočtu České republiky.

Cílem projektu bylo poskytnout ústavům sociální péče, které zřizuje Středočeský kraj a které používají restriktivní opatření klecovými či síťovými lůžky, vzdělávací a poradenskou podporu tak, aby dokázaly poskytovat sociální službu bez zmíněných restriktivních opatření. Jednu z klíčových aktivit projektu tvořil experiment, ve kterém dostalo několik klientů, vůči nimž byla dosud používána restrikce klecovým či síťovým lůžkem, k dispozici osobního asistenta. Experiment si kladl za úkol vyzkoušet, zda osobní asistence dokáže klientovi zajistit alternativu života v ochranném lůžku. Výsledky tříměsíčního (nyní již pětíměsíčního) experimentu jednoznačně potvrdily, že osobní asistence vede k významnému – v některých případech naprosto zásadnímu – zkvalitnění života uživatele. Zároveň se ukázalo, že klient, jehož potřebám věnoval pozornost osobní asistent, restrikci klecovým či síťovým lůžkem nepotřebuje.

Předkládáme Vám jednu ze dvou metodik, které obsahují východiska, postupy a zkušenosti, které jsme učinili v průběhu projektu „Podpora poskytovatelů ve Středočeském kraji při odstraňování opatření omezujících pohyb osob“. Publikace by měla být námětem, inspirací a příspěvkem k metodikám péče o klienty, vůči nimž jsou uplatňována restriktivní opatření.

Metodika **Alternativní přístupy v péči o osoby, vůči nimž jsou uplatňována restriktivní opatření formou klecových a síťových lůžek** je věnována způsobům, jak rozpoznávat potřeby uživatele (i s velmi hlubokým postižením) a jak nalézat vhodné způsoby podpory. Základním pracovním východiskem je tvrzení, že neexistují opravdové důvody, proč by jakýkoliv postižený člověk měl trávit svůj čas v klecovém či síťovém lůžku. Umístění člověka do klece či sítě je tragickým nedorozuměním, důsledkem poruchy vztahu, kompetencí pracovníků, nedostatečných materiálních, personálních či organizačních podmínek v sociální službě. Cílem a hlavním prostředkem podpory je uvést pracovníky do živého a opravdového kontaktu s uživatelem i se sebou samými, obnovit přirozený tok pocitů a uvědomění a převzít odpovědnost za řešení situace. Metodika je psána z pohledu činnosti vnějšího poradce, který podporuje pracovní tým, jenž pečuje o klienta, vůči kterému je uplatňována restrikce formou klecového či síťového lůžka. Obsahuje i základní odborné informace a studijní materiály, které mohou být užitečné současným či budoucím osobním asistentům, jejich zaměstnavatelům či dalším pracovníkům, kteří poskytují podporu restrikci ohroženému uživateli. Odborné informace (mentální retardace, autismus) pocházejí z aktuálně dostupné literatury, čímž čtenáře na tuto literaturu upozorňují a směřují k jejímu hlubšímu prostudování.

Druhá metodika **Poskytování osobní asistence uživatelům do té doby nuceným k pobytu v klecových či síťových lůžkách** prezentuje postupy a zkušenosti lektorského týmu, které byly získány při přípravě skupiny osobních asistentů, kteří se účastnili tříměsíčního experimentu. Tyto postupy a zkušenosti mohou snad být inspirací také pro přípravu, vzdělávací a další podporu i jiných skupin pracovníků přímé péče v sociálních službách.

Projekt podpory poskytovatelů při odstraňování opatření omezujících pohyb osob přinesl řadě klientů významné zvýšení kvality života. Samotné příběhy klientů a záznamy, jak se jejich životní situace v průběhu projektu měnila, publikace bohužel nepřináší. Přestože právě tato část výstupů projektu patří k nejzajímavějším, nejdramatičtějším a z lidského i odborného hlediska nejúčvatnějším. Zveřejněním podrobností životních příběhů a životních podmínek na tomto místě by však přineslo velmi vysoké riziko porušení anonymity a práva na ochranu osobních údajů. Jsem přesvědčen, že otevřené informování o životních podmínkách klientů, vůči nimž jsou uplatňována restriktivní opatření, i úžasném úsilí lidí tyto podmínky humanizovat a měnit má vysokou užitečnost a společenskou prospěšnost. Pokud však mají být tyto informace pro poučení odborné veřejnosti zpracovávány, musí tak být učiněno na jiném místě a zcela bezpečným způsobem.

Chtěl bych se s Vámi podělit o dva silné zážitky, které jsem v průběhu projektu prožil.

První pochází z úvodního setkání s osobními asistenty. Přijeli na zahajovací školení, měli plnou hlavu otázek a nejistot z toho, co je vlastně na školení i při práci s klientem čeká. Měli také velké obavy, zda klienti nebudou poškozeni tím, že po skončení tříměsíčního experimentu odejde osobní asistent a život klienta se vrátí do starých kolejí, resp. mříží či sítí. Argumentovali jsme závazkem zřizovatele v aktivitách pokračovat, pokud se osvědčí a ukáží jako smysluplné. Příliš to nepomáhalo. Myslím si, že skupina asistentů tehdy na počátku projektu intenzivně hledala smysl, který by jí dal sílu pustit se do nelehkého úkolu a překonávat překážky na cestě.

A právě jeden okamžik z těchto chvil se mi často vrací. Pochybnosti a nejistoty skupiny asistentů spíše narůstaly a zdálo se mi, že neberou konce. Nakonec jsem docela otevřeně řekl něco v tom smyslu, že žádný z klientů, kteří se dostali do tohoto projektu, **už nikdy nebude zapomenut**, že klece a sítě jsou minulostí a že společnost si prosazuje a prosadí jinou cestu. Cestu zodpovědnosti. Potom následovalo docela dlouhé ticho. Co všechno se v minutách ticha dělo, nevím. Ale po chvíli se ze skupiny lidí, kteří se sešli, stal tým. Brzy se ukázalo, že tento tým má dost energie nejen k překonávání překážek, ale dokonce i na rozdávání. Myslím si, že jsme tenkrát nějak společně převzali tu část zodpovědnosti, která nám byla svěřena.

Tenkrát na počátku projektu měl lektorský tým a Středočeský kraj k dispozici časově ohraničený projekt, dobrou vůli a zodpovědnost. Nakonec se ukázalo, že dobrá vůle a zodpovědnost dokáží činit divy. Tím spíše, když se setkávají s dobrou vůlí a zodpovědností ostatních.

Druhý zážitek, který chci s radostí sdílet, si přináším ze závěrečného pracovního semináře s osobními asistenty, klíčovými pracovníky, řediteli a zástupci Středočeského kraje, který se uskutečnil před několika dny. Jako nezbytný a pravidelný rituál našich setkání s osobními asistenty, cvičení i praktický úkol jsem požádal účastníky, aby se zamysleli a nahlas sdělili, co právě nyní (v tomto období) jejich uživatel potřebuje a co konkrétního pro naplnění jeho potřeby

mohou udělat. Jedna odpověď mě opravdu nadchla: „Potřebuje jít určitě na zmrzlinu, protože je vedro. A co udělám? Zítra půjdeme!“ Slova klíčového pracovníka přitom zazněna úplně samozřejmě a obyčejně. Říkám si, že tak nějak přichází do ústavů a k lidem, kteří dříve bydleli v sítích či klecích, běžný způsob života.

Přeji si, aby tato publikace byla inspirací pro ty, kteří vybaveni dobrou vůlí a zodpovědností jdou cestou humanizace a vytváření běžného života v ústavech sociální péče. Do života, který je bez pomyslných i skutečných klecí a sítí. A cestou, která dává smysl.

Mgr. Martin Haicl

Červenec 2006

Alternativní přístupy v péči o osoby, vůči nimž jsou uplatňována restriktivní opatření formou klecových a sítových lůžek vznikla jako součást projektu Středočeského kraje „Podpora poskytovatelů ve Středočeském kraji při odstraňování opatření omezujících pohyb osob“ realizovaného z finančních zdrojů Phare 2003 RLZ a státního rozpočtu České republiky.

Cílem metodiky je poskytnout základní informace a zkušenosti o tom, jak z vnějšku podporovat poskytovatele sociálních služeb při odstraňování klecových a sítových lůžek. Těžiště metodiky spočívá ve snaze zprostředkovat a navázat přerušovaný lidský kontakt mezi pracovníky a uživatelem a podporovat pracovníky a pracovní tým v převzetí zodpovědnosti za řešení, která jim přísluší. Jádrem metodiky je podpora pracovního týmu v rozpoznání potřeb uživatele. Hlavními nástroji podpory pracovních týmů je poradenství, vzdělávání a supervize.

V průběhu projektu došlo k významným společenským impulsům v oblasti problematiky klecových a sítových lůžek – k přijetí zákona o sociálních službách, společenské diskusi o etice a praxi používání ochranných lůžek a důležitým normotvorným a metodickým iniciativám zřizovatele.

Postupy, které metodika uvádí a doporučuje, jsou však přenosné a aplikovatelné i na jiné specifické a ohrožené skupiny obyvatel domovů důchodců a ústavů sociální péče než na ty, vůči kterým byly tyto restrikce užívány.

Východiska a alternativní přístup

(Mgr. Martin Haicl)

■ Východiska projektu

Základním východiskem při řešení problematiky klecových a síťových lůžek je tvrzení, že neexistují opravdové důvody, proč by jakýkoliv postižený člověk měl trávit svůj čas v klecovém či síťovém lůžku. Umístění člověka do klece či sítě je tragickým nedorozuměním, důsledkem poruchy vztahu, kompetencí pracovníků, nedostatečných materiálních, personálních či organizačních podmínek v sociální službě. Dlouhodobá a fixovaná tradice zavírat v zařízeních sociálních služeb občany do klecí vedla k lidskému otupění pracovních týmů ve schopnosti dostávat se do kontaktu s uživatelem a kreativně řešit jeho i svou situaci.

Cílem a hlavním prostředkem realizované podpory organizací při odstraňování klecových a síťových lůžek je uvést pracovníky do kontaktu s uživatelem i se sebou samým a obnovit přirozený tok pocitů a uvědomění a převzít odpovědnost za řešení situace.

■ Alternativní přístup

Alternativním přístupem rozumíme realizaci jakýchkoliv opatření a postupů, které uživateli nabízejí něco jiného, než je pobyt v klecovém či síťovém lůžku.

Za základ alternativního přístupu pokládáme v rámci individualizace přístupu:

- Rozpoznání potřeb klienta.
- Podporu jeho potřeb.
- Provázení uživatele.

Jako nástroj vhodný k realizaci alternativního přístupu se jeví externí podpora organizace nezávislými odborníky (s cílem pomoci při rozpoznání potřeb klienta, při vytvoření individuálního plánu, vytváření podmínek pro realizaci opatření uvnitř organizace) a poskytování podpory uživateli, především formou provázení prostřednictvím osobního asistenta.

■ Užívání klecových a síťových lůžek v České republice a situace poskytovatelů

Užívání klecových lůžek můžeme považovat za historický pozůstatek, přežitek z doby, kdy společnost a úroveň sociálních služeb potřebovala takové restrikce k ochraně uživatelů. V jisté fázi rozvoje sociálních služeb mohla být klecová a síťová lůžka tím nejlepším možným způsobem, jak ochránit uživatele nebo jeho okolí. V průběhu humanizace sociálních služeb se však podmínky v zařízeních sociálních služeb natolik vyvíjely, že bylo možno tato lůžka odstranit a uživateli nabídnout jinou, adekvátní podporu.

V procesu humanizace a odstraňování restriktivních opatření jsou mimořádně důležitými průkopníky a příkladem dobré praxe moderní vyspělé země, které procesem odstraňování restriktivních opatření prošly a alternativní způsoby již našly.

Velkou zásluhu na dynamizaci procesu při odstraňování klecových a síťových lůžek v ČR mají iniciativy nositelů dobré praxe (zejména pracovníků a vedoucích pracovníků zařízení, inspektorů kvality, vzdělavatelů), pracovníků Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (zákonodárná a normotvorná iniciativa) a zřizovatelů (vytváření tlaků na poskytovatele a podpora podmínek).

V ČR se v posledních letech užívání klecových lůžek neobjevovalo jako primární projev krutosti a týrání uživatelů, ale spíše jako důsledek nepřipravenosti či neschopnosti organizací (managementu, pracovníků, zřizovatelů) řešit situaci klientů jiným způsobem.

Je třeba říci, že mnoho poskytovatelů se bez jakéhokoliv ocenění a povšimnutí vyrovnalo s používáním klecových a síťových lůžek tak, že je prostě odstranilo a záležitosti zorganizovalo jinak. Často tento revoluční krok přešel bez povšimnutí a ocenění.

■ Příčiny používání klecových a síťových lůžek

Za nejčastější důvody k užívání klecových a síťových lůžek lze na základě praxe označit tyto:

- Nevhodná cílová skupina v organizaci (do prostředí velké sociální skupiny jsou umístěni uživatelé s autismem nebo velkou potřebou soukromí, autonomie).
- Malý počet pracovníků, který neumožňuje skutečnou individuální práci.
- Nedostatek kompetencí pracovních týmů při rozpoznání a naplňování potřeb klientů.
- Vyhořelost a nezájem pracovních týmů a managementu o uživatele.
- Management nezaznamenal potřebu změny nebo ji dosud nevyhodnotil jako prioritu své činnosti.
- Prostory neumožňují soukromí.
- Neschopnost managementu řídit proces poskytování služby a proměňovat podmínky a způsoby poskytování služeb.
- Neexistence specializovaných služeb.
- Nedostatečné metodické a odborné vedení pracovních týmů.
- Stereotypy v provozování praxe.
- Neschopnost pracovních týmů vyrovnat se s otázkou agresivity.
- Neumožnění uživatelům vyjít z dětských rolí (situace, kdy pracovní tým násilím udržuje dospělého klienta v dětské roli. V klientovi pak roste zmatek, nejistota a napětí).
- Malý počet mužů v sociálních službách (muži jako přirození nositelé mužského prvku dávají sociálním vztahům hranice a řád).
- Strach pracovníků o svou bezpečnost.
- Neochota individualizovat péči (vyjít vstříc odlišným potřebám uživatele, např. v oblastech denního rytmu, odpočinku – aktivity v zařízeních, kde je služba založena na preferenci harmonogramu).
- Nedostatek kreativity v pracovních týmech.
- Neexistence vizí a koncepcí managementu k řešení situace a vyjednávání se zřizovatelem o způsobech řešení.

V kombinaci těchto příčin zpravidla vzniká v organizaci začarovaný kruh, ve kterém jsou proti uživateli používána restriktivní opatření, protože zásadním způsobem narušuje rytmus života

organizace. O své potřeby se klient následně hlásí o to silnějším způsobem, který vede ke stejnému způsobu řešení, a tím k uzavření bludného kruhu. Nakonec si obě strany na podivný způsob soužití nějak zvykají.

Mezi nejobtížnější faktory – překážky, které ztěžují konstruktivní řešení situace, patří: nekompetence managementu:

- organizační nebo odborná neschopnost,
 - nezájem o uživatele či organizaci,
 - nedostatek kreativity,
 - neschopnost převzít odpovědnost za svěřenou oblast,
- či nezájem zřizovatelů o podporu a řešení situace.

■ Cesta k řešení

Jednu z možných cest k řešení situace klientů, vůči nimž jsou uplatňovány restriktce formou klecových a síťových lůžek, lze spatřovat v obnově přirozeného kontaktu mezi pracovním týmem a uživatelem. Tedy zprostředkování opětovného lidského vztahu mezi pracovníky a klientem. Cílem je, aby pracovníci dokázali vnímat, cítit a uvědomovat si skutečnou realitu situace klienta i sebe sama.

Kontakt pracovníků s realitou a vlastní odpovědností je zpočátku provázen odporem, poté může přecházet v silné pocity a projevovat se výraznými emocemi. Následuje zásadní uvědomování si. Cesta zpravidla vede přes dočasnou frustraci k uvolnění nevědomých procesů a otevření proudu energie k pocitům, emocím, uvědomění, aktivizaci energie a tvůrčímu procesu při řešení situace.

Nositelem zprostředkování kontaktu se skutečnou situací může být silný interní pracovník (ředitel, metodik, vedoucí pracovník, významný pracovník v přímé péči) nebo externí spolupracovník (lektor, poradce, supervizor).

Často stačí z pozice externího poradce procesy v pracovním týmu či poskytování služby facilitovat. Cílem podpory poradce tedy není převzít odpovědnost za situaci organizace, klienta, řízení procesu v organizaci, nebo nabízet týmu konkrétní řešení, či vytvářet přesné plány či alternativy. Spíše jde o to, podporovat organizaci, aby sama „nastartovala“ své procesy a samostatně se chopila konstruktivního řešení. Na počátku je ovšem nutná konfrontace s realitou a frustrace z toho, že situaci je třeba řešit.

Prvním a zcela zásadním krokem facilitátora při zprostředkování kontaktu mezi uživatelem a pracovním týmem je zaměření pozornosti pracovního týmu na potřeby uživatele. Není výjimečné, že u zralých pracovních týmů stačí k dynamizaci vnitřních procesů pouze tento krok. Po uvědomění si potřeb klienta se již pracovní tým samostatně ujímá své zodpovědnosti za řešení situace.

Metody a techniky podpory pracovního týmu a pracovníků při řešení situace klientů v klecových a síťových lůžkách, které se v praxi externímu nositeli změny (lektorovi, poradci, supervizorovi v sociální práci) osvědčily, jsou:

- Gestalt přístup (zaměření pozornosti na tady a teď, vnímání svých pocitů, myšlenek, projevů, práce s týmem, práce s klientem, experimenty, práce s tělem, uvědomování, přebírání zodpovědnosti).
- Supervize.
- Poradenství.
- Vzdělávání.

Lektorská podpora má charakter dlouhodobějšího provázení pracovního týmu při řešení příběhu uživatele. V přístupu dominují supervizní techniky, resp. případová supervize je technikou, která prochází veškerou podporou. V různých fázích práce s týmem je doplněna o další způsoby podpory (např. vzdělávání, poradenství, experimenty, manažerská supervize atp.).

Agrese

(Mgr. Martin Haicl)

Před pracovníky, kteří chtějí řešit situaci uživatelů v klecových a síťových lůžkách, stojí jeden velmi nesnadný úkol – „vyrovnat“ se s agresí.

Z pohledu pracovního týmu bývá situace jednoznačná – klient, který je umístěn v klecovém či síťovém lůžku, se dopouští násilného jednání, jímž poškozuje sebe nebo ostatní. Proto musí být pro ochranu svou či ostatních umístěn v ochranném lůžku. „Agrese“ klienta je pracovnímu týmu velmi dobře známa. Pracovníci ji považují za škodlivou. Jeden z pocitů, který členové týmu vůči uživateli mají, je strach – strach z přímé konfrontace, ze setkání s jeho agresí.

■ Uvědomění si vlastní agrese

Pokud ovšem prostředí zkoumáme podrobněji, zjistíme, že agresivita se nachází nejen na straně klienta, ale také na straně pracovníků, kteří o něj pečují. Potíž nastává v případě, že pracovní tým zná pouze agresivitu klientů, ale velmi málo ví o své vlastní agresivitě. Někdy si svou vlastní agresivitu ani nepřipouští a přitom agresivita a agresivní jednání nepochybně existuje i na straně pracovníků. Samotné držení člověka v kleci je aktem agrese (ze strany pracovníka musí dojít k přijetí odpovědnosti - myšlenky, že je v jeho moci držet někoho v kleci, což vyžaduje docela značnou míru agresivity), vůbec nemluvě o situacích, kdy je klient do klecového či síťového lůžka umístován násilně. Nepochybně důležitým znakem bývá, že zatímco agrese klienta se projevuje otevřeně a přímo, agrese pracovníků může být skrytá, nepřímá, někdy dokonce velmi dobře maskovaná (chladný přístup ke klientovi, vyhýbání se mu, odmítání, přehlížení, ignorování jeho potřeb, jednostranný přístup – infantilizování, atp.).

■ Negativní nálepka

Slovo "agrese" je chápáno téměř výlučně negativně a je spojováno s násilím, spory a válkami. Psychologický slovník (Hartl, P. (1994): Praha, s. 7 a 8) uvádí: „Agrese – nepřátelství, útočnost, či výbojnost v jednání vůči určitému objektu, útok na překážku (osoba, předmět) na cestě k uspokojení potřeby. Jsou rozlišovány čtyři stupně agrese:

1. bez vnějších projevů, probíhá pouze v myšlení,
2. projeví se navenek, např. nadávka či hrubé slovo,
3. destrukce, projeví se např. bouchnutím dveří, rozbíjením předmětů, aj.,
4. fyzické napadení druhé osoby.

Agresivita – tendence k útočnému jednání vůči druhé osobě či okolí, u člověka je její příčinou často frustrace.“

Definice agresivity nabízí pracovnímu týmu důležitou stopu při řešení situací agresivních klientů – pátrání po frustraci klienta, která může být příčinou takového jednání. A frustrace, jak známo, vzniká neuspokojením potřeb a překážkami na cestě k cíli.

■ Agrese jako nezbytná životní energie

Ale náš pohled na agresi můžeme ještě více proměnit a přijmout agresi jako nezbytnou životní sílu i nástroj k přežití, který je nám všem vlastní. Původní smysl slova agrese je přistoupit k někomu. V tomto smyslu vykládá např. Karl Frielingsdorf agresi jako životní energii, která je pro setkání se sebou samým, s bližními, životním prostředím i Bohem bezpodmínečně nutná. V knize Agrese vytváří vztahy napínavým způsobem a na mnoha příkladech analyzuje příčiny destruktivní agresivity a poruchy vztahů, vysvětluje, jak je překonat a ukazuje agresi jako vitální životní sílu a strůjkyni zdravých vtaů.

Podobně vystupuje i známý německý psychoterapeut Rüdiger Dahlke, který se zabývá problematikou psychosomatiky. Ve většině svých populárních knih poukazuje na to, že nemoci u člověka jsou projevem potlačené nebo nevhodně vyjádřené agresivity. Agrese není často správně chápána, interpretována a zvládnuta: výsledkem jsou pak nejen konflikty v mezilidské sféře (např. řevnivost či nepřátelství v pracovních vztazích, v extrémním případě pak teroristické útoky či války), nýbrž i konflikty ve sféře tělesné – výsledkem nezvládnuté agrese mohou být infekce, alergie, revmatismus, hyperaktivita dětí či další poruchy tělesného či duševního zdraví člověka. Psychosomatický výklad překonání nemocí podává R. Dahlke jako příležitost naučit se vhodně uplatnit a projevit svou přirozenou životní energii i prostřednictvím agrese (např. Dahlkeho díla Nemoc jako cesta, Nemoc jako řeč duše, Agrese jako šance atp.).

■ Podpora pracovního týmu

V průběhu externí podpory pracovních týmů při řešení situace klientů v klecových a síťových lůžkách zpravidla dochází k situaci, kdy se pracovní tým nějakým způsobem konfrontuje nejen s objevením vlastní agresivity, ale také s potřebou přijetí vyváženějšího postoje k agresivitě. Tj. přijetí agresivity jako nezbytného projevu životní energie a síly, která nám pomáhá ve světě a v prostředí přežít. Vhodným prostředím pro zkoumání těchto aspektů pracovním týmem je supervizní setkání, případové, týmové či individuální supervize. Příležitostí ke zkoumání situací agresivity jsou také tématické vzdělávací akce – přednášky, workshopy, semináře. Nepochybně výborný a vyvážený zdroj informací a námětů nabízí i bohatá odborná literatura.

Vnější podpora pracovních týmů a organizací při řešení situace klientů v klecových a síťových lůžkách

(Mgr. Martin Haicl)

Podpora v rozpoznání potřeb klienta

Zásadním krokem při podpoře týmu v odstraňování klecových a síťových lůžek je podpora pracovního týmu při prozkoumávání potřeb klienta.

Východiskem postupu je teze, že uživatel, jehož potřeby jsou naplněny, nemá žádný důvod k agresivnímu jednání. V souvislosti se zkoumáním a rozpoznáváním potřeb klienta dochází také ke konfrontaci s realitou služby a uvědomování si, kde v interaktivním toku potřeba – její uspokojení - došlo (příp. dochází) k potížím.

Stává se, že stačí tyto potřeby v týmu nahlas formulovat a tým si s dalšími kroky ví rady sám. Postupy, které jsou pracovnímu týmu nabízeny a přinášeny, jsou shodné s postupy užívanými při plánování služby s uživatelem. Vzhledem ke skutečnosti, že většina uživatelů v klecových a síťových lůžkách nekomunikuje hlasitou řečí, nebo jejich řečová vyjádření nemusí vést k označení skutečných potřeb, těžiště plánování služby spočívá v technikách a postupech plánování služby pro uživatele, kteří nekomunikují.

Zjišťování potřeb prostřednictvím rozhovoru s uživatelem

Pro úplnost stručně uvádíme postup zjišťování potřeb a osobních cílů s uživatelem, který dokáže komunikovat. První fází rozhovoru je kontraktování rozhovoru. Vyhledáme uživatele a požádáme jej o setkání. Sdělíme mu cíl tohoto setkání – ověřit fungování služeb z pohledu klienta a zjistit jeho potřeby a osobní cíle a v souladu s posláním organizace nabídnout podporu. Zároveň s uživatelem dojednáme místo a čas setkání.

Samotný rozhovor s uživatelem začíná jeho otevřením a vytvořením atmosféry. K této fázi patří nepochybně také upravení vzdálenosti a ostatních neverbálních aspektů při komunikaci. Dbáme, abychom uživateli svou blízkostí nepřekračovali osobní hranici, zároveň však také, abychom přílišnou vzdáleností nebyli mimo kontakt. Gestalt přístup hovoří o kontaktní hranici, hranici, na které dochází ke kontaktu.

Rozhovor otevíráme částí, v níž uživatele vyzveme, aby hovořil o vizích svého života, o svých přáních a potřebách. V této části rozhovoru se plně soustředíme, abychom uživatele podpořili v otevřeném sdělování jeho potřeb a představ o životě. Důležitou podmínkou podpory je unést v této fázi obsah klientových sdělení a nevstupovat do jeho výpovědi. Hrozí totiž riziko, že pokud předčasně začneme komentovat či hodnotit uživatelské vize, může se uzavřít a neprozkoumat téma v celé šíři.

Další fází rozhovoru je podpora uživatele k formulování priorit. Tato část rozhovoru nastává v případě, že uživatel má cílů (potřeb, přání) mnoho. Pracovník uživatele vyzve, aby se rozhodl, která oblast je pro něj natolik důležitá, že ji chce upřednostnit.

Následující část rozhovoru se odehrává na podporu zdrojů uživatele. Jde o to, aby uživatel nebyl pouhým příjemcem péče, osobou závislou na pomoci ostatních při dosahování svých cílů, ale aby jich dosahoval pokud možno samostatně. Podpora pracovníka tedy směřuje k tomu, aby jednak podporoval uživatele v jeho motivaci pro dosažení cíle, ale zároveň podporoval uživatele k formulování strategie, pomocí které svého cíle co nejvíce samostatně dosáhne. Je pravdou, že nemnozí uživatelé se převzetí zodpovědnosti za své cíle mohou bránit. Je však právě věcí mistrovství pracovníka, který podporu poskytuje, aby dokázal uživatele touto fází taktně a efektivně provázet.

Lze předpokládat, že podpora uživatele při zapojování jeho zdrojů byla úspěšná a že uživatel na sebe vzal zodpovědnost za přiměřenou část aktivit, vedoucích k dosažení cílů, které si formuloval. V následující etapě rozhovoru pracovník případně (je-li potřeba) doplní aktivitu klienta vlastním návrhem podpory, které se uživateli může dostat od pracovního týmu. Mělo by dojít k vhodnému doplnění zdrojů uživatele v oblastech, kde již sám nestačí.

Poté, co pracovník vysloví, jak by nadále mohl pracovní tým uživatele pro dosažení jeho cíle podporovat, dochází ke kontraktování další podpory. Klient samozřejmě může podporu odmítnout nebo vyjednat nějakou její konkrétní podobu. Tím je vlastně uzavřena dohoda mezi pracovníkem a klientem o poskytování podpory. Plánování služby tak splnilo svůj velmi důležitý úkol.

V závěrečných fázích se pracovník s klientem domluví na komuniké – zápisu ze schůzky, kde je zpravidla uveden osobní cíl (potřeby, přání) klienta, nabídnutá a dohodnutá podpora. V závěru jednání se ještě pracovník s klientem dohodnou, kdy společně plnění dojednané podpory vyhodnotí, což je vlastně okamžik nového plánování služby.

Rozhovor končí shrnutím průběhu, případných úkolů a dalších kroků či rozplynutím do společenského závěru.

Poté pracovník informuje pracovní tým, jaké potřeby (osobní cíle) klient formuloval a jakou podporu pracovník nabídl – dojednal. Realizace podpory je následně úkolem pro celý pracovní tým. Řízení podpory přebírá samozřejmě vedoucí pracovního týmu.

Fáze a průběh rozhovoru:

- příprava (KDY a KDE se uskuteční rozhovor)
- plánování služby
 - otevření (atmosféra, pravidla, dojednání postupu)
 - dojednávání
 - vize
 - přání
 - priority
 - zdroje
 - vyjednání přiměřené podpory

- ukončení.
 - shrnutí a rekapitulace
 - shrnutí úkolů
 - čas vyhodnocení a přehodnocení
 - ukončení.

Zjišťování potřeb u klientů, kteří nekomunikují

Na první pohled by se zdálo, že zjistit potřeby člověka, který nekomunikuje a nedokáže je vyslovit, je nemožné. Opak je pravdou. Prostřednictvím technik spojených s empatií a imaginací můžeme udělat mnoho pro to, abychom se přiblížili situaci klienta, prožili a porozuměli situaci, ve které se nachází, a nechali se inspirovat svými pocity, uvědoměními a nápady, jakými opatřeními bychom mohli službu vylepšit.

Zásadní strategie při plánování služby s uživateli, kteří nekomunikují, vychází z toho, že si prostřednictvím různých technik vytváříme hypotézy o potřebách uživatele. Tyto hypotézy následně projednáváme v pracovním týmu a hledáme taková opatření, kterými bychom platnost hypotéz ověřili. Vlastně lze říci, že experimentujeme s možnými způsoby podpory, které vycházejí z našich hypotéz. Následně poté vyhodnocujeme situaci uživatele. Pokud dojde ke zlepšení, lze se domnívat, že hypotéza byla pravdivá. V průběhu práce s potřebami uživatele často dochází ke zvrátovým prožitkům a uvědoměním, které vytvoří pracovníkům dostatečný zdroj energie k tomu, aby mohli vlastní praxi proměňovat.

Základním postupem je identifikování potřeb uživatele. Pro rozproštění hypotéz – námětů, co by uživatel mohl potřebovat, jaké jsou jeho cíle, zájmy, motivy jednání, jaké je jeho prožívání, lze použít následující postupy:

Důležité či užitečné zásady při práci se zjišťováním potřeb klienta, který nekomunikuje:

- Uvolníme svou pozornost a myšlenky na prováděný úkon, tj. uzavřeme své vlastní pocity a myšlenkové procesy, které nás mohou vyrušovat.
- Do kontaktu vstupujeme bez konkrétních očekávání, nepřinášíme vlastní cíle či záměry.
- Necháme klienta na sebe působit takového, jaký je.
- Nic nepřinášíme, nic nepopíráme, nic nezkrášlujeme, před ničím neuhýbáme. Pokud něco takového činíme, uvědomujeme si to a následně analyzujeme.
- Při odhadování potřeb klienta, který nekomunikuje, se nemůžeme spolehnout na to, co nám říká. Náš proces identifikace jeho potřeb je tedy vysoce subjektivní a může proto obnášet mnoho z našeho vlastního prožívání – projekcí. Riziko snížíme některými opatřeními:
 - Týmová diskuse. V týmové diskusi, které se účastní více členů týmu a ve které se může otevřeně hovořit o nalezených hypotézách, existuje příležitost odlišit pravděpodobné potřeby klienta od ryze subjektivních projekcí nositele hypotéz. (Týmová diskuse navíc může pomoci i pracovníkovi v odhalení jeho projekcí.)
 - Citlivé ověřování hypotéz experimentem. Druhým způsobem, jak můžeme snížit riziko, že cíle a potřeby, které identifikujeme, nepatří klientovi, ale pečovateli, je citlivé a promyšlené ověřování hypotéz praxí. Jednoduše řečeno - při realizaci opatření postupujeme se zvýšenou citlivostí a neustále reflektujeme, jak klient opatření vnímá. Reakcím klienta přizpůsobujeme vlastní postup.

Pro vytvoření hypotéz o tom, co by mohl nekomunikující klient potřebovat, nabízíme následující postupy (techniky). Pro porozumění postupům a výcvik pracovníků je srozumitelnější, když se s nimi seznamují odděleně. V praxi či po seznámení se s nimi si zpravidla každý vytváří svůj originální postup, který je kombinací níže popsaných či dalších vlastních postupů.

1. Pozorování uživatele v reálné situaci

Pozorování můžeme provádět tak, že se fyzicky dostavíme ke klientovi, resp. do jeho blízkosti. Zkontaktujeme se především zrakem s klientem a vnímáme jej. Necháme na sebe působit pocity z kontaktu. Sledujeme přitom zároveň nejen klienta, ale také své vlastní pocity, myšlenky, uvědomění, potřeby, záměry něco udělat. Z uvědomění si svých vlastních stavů a procesů si v průběhu nebo po skončení pozorování můžeme učinit hypotézy o potřebách klienta.

Při pozorování jako technice zjišťování možných potřeb klienta je nutné dodržet několik zásad:

- Zvolíme si optimální hranici kontaktu, tj. hranici, na níž jsme schopni být s uživatelem v kontaktu.
- S klientem jsem sice ve zrakovém či sluchovém kontaktu, ale sami nijak aktivně nevystupujeme, neřídíme situaci.
- Je vynikající, když dokážeme při pozorování splynout s pozadím tak, abychom svou přítomností děje nijak neovlivňovali.
- V některé fázi (nejčastěji závěrečné) může pozorování přejít v experiment, a to v případě, že si pracovník potřebuje některou z hypotéz okamžitě ověřit.

Jak postupovat: dostavíme se do blízkosti uživatele. Předtím se snažíme krátkou meditací či relaxací zklidnit své vlastní myšlenky a pocity, s nimiž do úkonu přicházíme. Tedy uzavřu své probíhající procesy, uvědomím si svůj stav a pokouším se co nejvíce naladit na kontakt s klientem. Udělám to tak, aby mě v kontaktu nerušily žádné vnitřní záležitosti, které by jej mohly zkruslit. Pozorování klienta začínám zpravidla z větší vzdálenosti. Uvědomuji si, že často vstupuji do prostoru k lidem, kteří mě neznají. Snažím se splynout s prostředím, zapadnout. Navenek chci působit jako mrtvý brouk. Ani pozorování neprovádím tak, že rovnou koncentrovaně sleduji svůj cíl. Spíše vnímám prostředí jako celek, postupně a zlehka se stále více zaměřuji na svůj objekt. Během pozorování vlastně sleduji tři objekty:

- Klienta (objekt pozorování).
- Pozadí (prostředí).
- Sebe (pozornost, pocity, myšlenky, jednání a činnosti, které vykonávám nebo se mi chce vykonat).

Má pozornost si zpravidla sama vybírá, co je důležité. V jisté fázi se dostávám stále blíže klientovi. Vnímám jeho situaci, pozoruji, co dělá, odhaduji, co cítí. Na základě svých pocitů a uvědomění si vytvářím hypotézy, co by klient mohl potřebovat. Občas si také tento úkol připomenu otázkou, kterou položím sám sobě: „Co by klient mohl potřebovat? Co by mu udělalo dobře? Co by jej potěšilo? Co mu vadí? Co mu překáží? Co by udělal, kdyby mohl?“ atp. A opět sleduji své vlastní procesy, zdali jejich prostřednictvím dostanu odpověď. Je to vlastně tak, že na povrch hraji mrtvého brouka, ale uvnitř mé mysli se postupně, jak se mi podaří zkontaktovat se s klientem (pozorování těla, činností, prostředím) často odvíjí barevný a pestrý příběh plný fantazií a představ.

Příklad:

Plánuji službu pro 28letého klienta, který leží v jednolůžkovém pokoji. Klient je nekomunikující, s hlubokým mentálním a těžkým tělesným postižením. Přicházím do jednolůžkového pokoje. Pokoj je průchozí, taková „nudle“ – v levém koutě je lůžko, na kterém leží klient. Je tak drobný a má tolik kontraktur, že skoro není v posteli vidět. Naproti postele – na druhém konci „nudle“ – je okno. Vnímám, že pokoj je tmavý a studený, působí pochmurně. Podívám se k oknu – výhled na oblohu, ke slunci a světlu zastíňuje mohutný strom. Podívám se po místnosti – lůžko klienta, postýlka zaskládaná zdravotnickým materiálem, jednorázovými plenami, hodně opotřebovaná skříň z 50. let, na ní televizor - černobílý Merkur ze 70. let. Vzpomínám si, jak jsme jej měli doma, televizní éra zrnění. Stěny jsou natřené olejovou barvou slonová kost (sokl) a světle zelenou barvou (stěny od 1,5 metru výše). Na stěně visí Ladův obrázek – Podzim. Na druhé stěně malé proutěné aranžmá se sušenými květinami velikosti talíře. Na podlaze je linoleum vyleštěné do neobyčejného lesku. Uvědomuji si, že je mi zima. Chlad cítím nejen fyzicky, ale i psychicky. Marně hledám, co by mě v této místnosti zahřálo. Studenost na každém kroku. Uvědomuji si, že v místnosti, která je mimo dění na oddělení, neslyším zvuky okolního světa. Pomalu začínám pozorovat klienta...

Náměty, které z této části pozorování mohou přinést pracovnímu týmu:

- *Tmavá místnost nepřináší klientovi energii. Klient by potřeboval slunný pokoj.*
- *Klient žije v místnosti příliš osaměle.*
- *Klientovi je v místnosti zima.*
- *Prostředí, ve kterém klient žije, je stereotypní, chudé na podněty. Potřebuje pestrost a změnu.*
- *Přístup pracovníků ke klientovi je chladný. Klient potřebuje společnost a poznat a prožívat vřelý cit.*
- *Klientovi by zpestřil život spolubydlící a pravidelná změna prostředí – aby se dostal mezi jiné klienty, do společnosti.*

2. Empatická fantazie

Empatická fantazie je technika, při níž se vcítíme do situace klienta. Představíme si, že se nacházíme v jeho situaci. Na chvíli si třeba propůjčíme jeho tělo, jeho psychické možnosti, umístíme jakoby sami sebe do reálné situace, v níž se klient nachází. Následně poté zkoumáme, co bychom potřebovali my sami, kdybychom byli v takové situaci. Technika vychází z předpokladu, že jako lidé máme společné lidské potřeby. Že se ve svých potřebách příliš nelišíme, jestli jsme mladí či staří, ženy či muži, mentálně postižení či zdraví. V každém z nás je dostatek informací, kterými jsme vybaveni pro tyto situace. A vlastně jde o to, dostat se do kontaktu právě s těmito částmi našeho Já. Poté si své vlastní potřeby, které bychom v této situaci měli, můžeme uvědomit a přinést týmu do diskuse jako námět či hypotézu o tom, co by uživatel mohl potřebovat.

Příklad:

Mám plánovat službu pro 23letou klientku, která se právě nachází v klecovém lůžku. Rezignovaně leží a po očku mě pozoruje. Chvilí ji pozoruji, abych se seznámil s její situací. Potom se vcítuji, jak by se dařilo mně... Cítím se v kleci špatně. Mám chuť klec zevnitř rozbít a dostat se ven. Ale vím, že by mě to stálo hodně sil, trást s klecí. Síly si šetřím, raději je využiji, až klec otevřou. To bude okamžik pro mě. Vyběhnu – má energie teď může také ven. Jsem jí plný, jako akumulátor. Vyběhnu a nikdo mě nezastaví. Proběhnu celé oddělení. Jo, budou za mnou běhat jak Otásci, ale nezastaví mě, nezastaví... těším se, až mě otevřou. Ale teď dělám, že jsem lhotej-

ny, čekám na svůj okamžik. Co bych potřeboval? Jít ven, jen tak být s ostatními. Ti kolem asi nevědí, že kdyby mi to pravidelně umožnili, nelítal bych jako střela. Stačí mi tak málo. Ponižuje mě být zavřený. To oni rozhodli, jakou roli budu hrát... Nechci být zavřený, je to děsné nedorozumění. Chci ven a vím, že když mi dají pozornost a prostor, budu hodný a spokojený. A žádnou klec nepotřebuji. Štvou mě ale ti klienti kolem. Přibližují se ke mně. Nemají ale tak blízko co dělat. Tohle je můj prostor!!! Bojím se jich. Já ten prostor potřebuji a já si ho ubráním!! Musím!“

Do diskuse s pracovním týmem přináším následující hypotézy:

- *Klientka potřebuje pravidelně chodit z klece, mít jistotu a četnost pobytu mimo klec, potom se její napětí bude snižovat.*
- *Klientka potřebuje uvolňovat energii, která v ní přirozeně vzniká.*
- *Klientka potřebuje k sobě člověka, který by ji provázel při pobytu mimo klec.*
- *Klientka potřebuje soukromí jednolůžkového pokoje.*
- *S klientkou se půjde přes uspokojování jejích potřeb velmi dobře domluvit.*
- *Klientka nechce nic nepřirozeného, nic, co by nebylo v povinnosti organizace splnit.*

3. Imaginativní rozhovor

Imaginativní rozhovor je technikou, ve které se pracovník ve své fantazii nakontaktuje na klienta, jehož potřeby chce zjišťovat, a vede s ním ve své fantazii dialog. Možnosti dialogu se nám nabízejí dvojí:

Buď si představujeme, co by nám klient odpovídal, kdyby mohl. Nebo uživateli položíme v duchu otázku, stačí, když si představíme, jak otázku pokládáme, a počkáme si na odpověď našeho organismu. Odpověď může přijít prostřednictvím nějaké představy, obrazu, zvuku, pocitu, tělesného pocitu, vzpomínky, fantazie, potřeby něco udělat. Tyto odpovědi našeho organismu vlastně sledujeme a z nich poté usuzujeme na to, co by uživatel mohl potřebovat. Dalo by se říci, že vlastně vedeme dialog s tou částí sebe, která představuje klienta a jeho situaci. Z vyhodnocení takového experimentu můžeme získat mnoho zajímavých podnětů o situaci klienta a jeho potřebách. Realizace takového experimentu navíc dokáže uvolnit mnoho potlačených pocitů a myšlenek. Pro nás je takový dialog příležitostí ke kreativě, příležitostí přiblížit se ke klientovi a dozvědět se mnoho o vlastním prožívání či méně vědomých částech sebe. Doporučujeme vést dialog s plnou úctou a vážností, citlivostí a otevřeností. Jako by vše probíhalo v opravdovém dialogu v reálné situaci. Doporučujeme dialog zahájit pozdravením, nalezením kontaktní hranice a ukončit poděkováním a rozloučením se.

Příklad:

Plánuji službu pro 78letou klientku s Alzheimerovou nemocí. Chvíli klientku pozoruji, pozoruji prostředí, ve kterém žije, zeptám se pracovníků služby, co mi o klientce řeknou. Potom přistoupím k fantazii, že s klientkou vedu rozhovor. Ve skutečnosti tiše sedím v místnosti, pozoruji klientku, resp. na několik minut přestávám sledovat, co dělá a soustředím se na sebe: (uvádím část možného fantazijního dialogu)

Pracovník: Představuji si, jak přicházím blíže ke klientce. Klientka nereaguje, sedí na židli u klecového lůžka.

Pracovník: „Dobrý den.“

Klientka: nereaguje.

Pracovník: mlčí. Čeká.

Po několika minutách se najednou klientka na pracovníka přímo obrací a dívá se mu do obličeje. Má v očích nějakou otázku.

Pracovník: „Přišel jsem se Vás zeptat, jak se Vám zde daří. Jak si žijete...“

Klientka: mlčí. Přestane se dívat a rozpláče se.

Pracovník: čeká, až přestane plakat. „Co Vás rozplakalo?“

Klientka: kývne směrem do místnosti. Pracovník si všimne, že místnost je plná lidí a je v ní hluk.

Pracovník: „Chybí Vám soukromí?“

Klientka: přikývne.

Pracovník: „Co byste ještě potřebovala?!”

Klientka: odpoví překvapivě rychle: „Klid.“

Pracovník: „Co byste ještě ráda?“

Klientka: zadívá se k oknu.

Pracovník: „Chtěla byste ven?“

Klientka: usměje se.

Pracovník: „Chtěla byste jít se mnou?“

Klientka: vstává.

Pracovník: „Kam půjdeme?“

Klientka: usmívá se a jde. Jde bezpečným krokem směrem ven.

Pracovník: „Myslím, že kamkoliv.“

Klientka: radostně se usmívá.

Atp.

Náměty, které přináším pracovnímu týmu k prozkoumání:

- *Klientka potřebuje soukromí.*
- *Klientce vadí množství lidí, které ji obklopuje.*
- *Klientka potřebuje, aby ji někdo provázel.*
- *Klientka je schopna se v bezpečí, pokud je má zajištěno, dobře rozhodovat.*
- *Klientce vadí hluk.*
- *Současné prostředí může v klientce vyvolávat úzkost a strach. Nedostatek individuální péče a podpory ji tlačí do rezignace.*

4. Modelový rozhovor pracovník - pracovník empatic

Další z možností, jak předestřít v týmu představy o tom, jak se uživatel, který nekomunikuje, v zařízení žije a co by potřeboval, je rozhovor dvou pracovníků, z nichž jeden představuje pracovníka a druhý se vžívá do situace klienta. Oproti skutečnému klientovi má možnost o svých pocitech, myšlenkách, zkušenostech se službou, životě v zařízení, potřebách, představách o svém životě a trápeních hovořit.

Rozhovor tedy probíhá jako modelová situace skutečného rozhovoru o plánování služby. Samozřejmě průběh rozhovoru vychází z toho, co se mezi aktéry děje. Jeden pracovník představuje sebe samého, ale vztahuje se k druhému, jako by byl klientem. Přes realitu skutečnosti se však k němu vztahuje tak, jako kdyby mohl hovořit. Druhý pracovník se plně vžije do životní situace klienta. Propůjčí si z něj co nejvíce. Samozřejmě si ponechá svou možnost hovořit. V dialogu pak obě strany prozkoumávají, jak se klientovi žije a co by potřeboval. Zkušenost ukazuje, že tato technika je opět mimořádnou příležitostí k otevření nevědomých či

potlačovaných pocitů, myšlenek, zážitků, představ a emocí. Nebývá ojedinělé, že pracovník, který klienta představuje, si svou roli opravdu užívá plnými doušky i prostřednictvím svých pocitů a přináší do sdělení informace, které by v roli „pracovníka“ vůbec neřekl, protože by např. mohly být pro tým ohrožující. Jejich samotným sdělením však dochází často ke katarzi, uvědomění, uvolnění napětí a úlevě. Nejednou jsme svědkem okamžiku silných vhlédů a „aha efektu“.

Příklad:

Plánují službu pro 16letého klienta se středním mentálním postižením, který pro tzv. agresivitu přebývá v klecovém lůžku. Požádám (Pracovník) kolegu (Klient), aby se na chvíli vcítil do role klienta a odpovídal tak, jak by odpovídal klient, kdyby mohl:

Pracovník: „Ahoj, Vašku.“

Klient: „Ahoj.“

Pracovník: „Jak si žiješ?“

Klient: „Nevím..?“

Pracovník: „Nevíš...“

Klient: „Stojí to za prd!“

Pracovník: „Říkáš, že za prd...“

Klient: „Jo.“

Pracovník: „Proč jsi v kleci?“

Klient: „Biju ostatní!“

Pracovník: „Jaké to je, bít je?“

Klient: „Super! Jsem nejsilnější! Budu je bít!“

Pracovník: „Mě bys také chtěl zbít?“

Klient: „Jo. Všechny!“

Pracovník: „A kdybys všechny nebil, co bys nejraději dělal?“

Klient: „Byl s někým ... kamarád...“

Pracovník: „Ty tu nemáš kamarády?“

Klient: „Ne, jsem tady nejstarší a nejsilnější. Všichni kolem jsou děcka.“

Pracovník: „A pracovníci?“

Klient: „Chovají se ke mně jako k miminu. Dávají mi pít z láhve!“

Pracovník: „A co ty na to?“

Klient: „Já jsem chlap a všechny vás zbiju. Teda jen toho, koho přeperu...“

Atd.

Náměty a hypotézy, které z techniky nabídnu pracovnímu týmu:

- *Pracovní tým klienta infantilizuje.*
- *Klient potřebuje prostředí svých vrstevníků, se kterými se bude moci srovnat i silou.*
- *Klient potřebuje vymezit hranice.*
- *Klient potřebuje pracovníky - muže.*
- *Klient potřebuje být se svým okolím v dospělejším kontaktu, než jak mu prostředí a služba umožňuje.*
- *Klient potřebuje přestěhovat mezi vrstevníky.*
- *Pro pracovní tým se potřebuje vyrovnat s tématem agresivity.*
- *Pracovní tým se potřebuje konfrontovat s tématem „běžný způsob života“.*

5. Analýza uspokojení potřeb

Zcela jiným přístupem je analýza potřeb klienta. Zatímco předchozí techniky jsou založeny na fantazii, imaginaci, představivosti, intuici, analyzování uspokojování potřeb klienta je metodou, která vychází vstříc rozumové části našich dovedností.

Technika vychází z předpokladu, že potřeby lidských bytostí se příliš neliší. Proto předpokládá, že pracovník, který službu plánuje, porovná, zda a jak jsou naplněny jednotlivé lidské potřeby, jak je např. psychologie klasifikuje. Viz Příloha č. IV.

Praktické použití techniky je následující: pracovník se pocíty i uvědoměním nakontaktuje na klienta. Prochází seznam lidských potřeb a promýšlí, zda a jak jsou jednotlivé potřeby naplněny. V případě, že zjistí, že některá z potřeb naplněna není nebo jen částečně, přinese podnět pracovnímu týmu.

Příklad:

Mým úkolem je přinést náměty, jak je možné podporovat uživatele – 13letého mladého muže s autistickými rysy. Seznamuji se s klientem, způsobem jeho života, prostředím, ve kterém žije, lidmi a pracovníky, jimiž je obklopen.

Zvažuji, jak jsou naplněny následující potřeby (podle dvou modelů):

1. *Rieman F. : samostatnost – sounáležitost, stálost - změna*
2. *Matějček Z.: (viz příloha č. III)*

- *Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů.*
- *Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech.*
- *Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobám prvotních vychovatelů.*
- *Potřeba identity, tj. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty.*
- *Potřeba otevřené budoucnosti, neboli životní perspektivy.*

Uvědomuji si, že k problematickému naplnění potřeb může dojít v těchto aspektech:

Samostatnost – klient má očividné autistické rysy, přesto většinu dne tráví ve společnosti a v uzavřené místnosti s jinými klienty. V místnosti je hluk a mnoho klientů nerespektuje jeho hranice – kontaktuje jej i fyzicky. Klient se chrání a brání, uniká do kouta. Potřeboval by více soukromí, klidné prostředí.

Sounáležitost – blízkost je vůči uživateli vyjadřována klasickými způsoby. Jeví se mi, že klient by potřeboval větší podporu v blízkosti, ale takovou, která by více akceptovala jeho vlastní aktivitu v této oblasti. Doporučuji zapomenout v souvislosti s tímto klientem na klasické výchovné cíle ve vztahu ke kolektivu.

Stálost – prostředí je pro klienta nevyváženě stálé. Změny přicházejí neočekávaně a nahodile. Také je pro klienta nepředvídatelné, na jaké jeho podněty bude pracovní tým reagovat a na jaké nikoliv. Tak tedy často zkouší a často je odmítán. Doporučuji strukturované učení, alternativní komunikaci a dojednávání každodenního programu i vyjednávání a plánování činností prostřednictvím alternativní a augmentativní komunikace.

Změna – uživateli se podle mého názoru nedostává tolik změn, kolik by potřeboval. Přestože má autistické rysy, všímám si jeho velké touhy poznávat. Chce chodit po budově, po okolí, zkoumat svět. Doporučují vnímat a sytit klientovy potřeby změny.

Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti podnětů. Jeví se mi, že podněty, kterými je obklopen, neodpovídají jeho potřebám. Jednak hračky jsou spíše pro děti předškolního věku, přestože klient projevuje konstrukční předpoklady a schopnosti. Nedostává podněty přiměřené

svým potřebám a v přiměřeném množství. Čas, který mu mohou pracovníci individuálně věnovat, je zlomkem jeho potřeb. Podněty nejsou dostatečně proměnlivé. Podněty nejsou vždy srozumitelné. Nemá možnost se k podnětům expresivně vyjadřovat. Je odkázán na ukazování.

Podněty a hypotézy, které z techniky pracovnímu týmu přináším:

- *Klient potřebuje více soukromí.*
- *Klient potřebuje jednolůžkový pokoj.*
- *Klient se v prostředí necítí bezpečně.*
- *Prostředí není pro klienta zcela srozumitelné a předvídatelné.*
- *Klient potřebuje rozvinout komunikaci – zejména expresivní.*
- *Klient potřebuje jiné hračky.*
- *Základní technikou vztahování se ke klientovi je provázení.*
- *Klientovi by přineslo zlepšení života, kdyby měl osobního asistenta.*
- *Klient potřebuje, aby tým v přístupu rozvinul alternativní a augmentativní komunikaci, strukturované učení a specifika jednání s autistickým člověkem.*
- *Klient potřebuje hodně opouštět prostředí oddělení, ve kterém žije.*

6. Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace

O potřebách uživatele se také můžeme mnohé dozvědět, když hovoříme s osobami, které jej znají. Doporučujeme v rozhovoru nechat nejprve pohovořit osobu zcela volně, vyjádřit své zkušenosti, svůj vztah, postoje, pocity. Později klást doplňující otázky k jednotlivým oblastem, které vás zaujaly. Základní otázky představují:

- Jak si zde žije?
- Co by potřeboval?
- Co by nám řekl, kdyby mohl?
- Oč by nás požádal?
- Co mu na službě vadí?
- Co by skutečně, ale opravdu potřeboval? Jak toho dosáhnout?
- Kdy má strach?
- Kdy má radost?
- Co jej potěší?

Je zajímavé, že i v pracovním týmu, který poskytuje službu – řekněme nikoliv odpovědným a kreativním způsobem – se vždy naleznou osoby, pracovníci, kteří to „vidí“, „cítí“, „vědí“.

Takový rozhovor může pro ně znamenat obrovské potvrzení jejich správných postojů a potvrzení toho, že energii do prosazování toho, co považují za správné, stojí za to vložit.

Obdobně zajímavé informace o potřebách klienta můžeme získat i ze spisu klienta. Paradoxně to však nemusí být přímo oficiální výchovné plány. Ty někdy vypadají jako seznam obecných frází či nic neříkajících úkolů. (Naštěstí se však již i praxe v některých službách přibližuje klientovi a plánování služby výsostně individuálnímu úkonu, který vychází z potřeb klienta.) Dobrým zdrojem informací o klientovi mohou být kvalitní psychologická vyšetření nebo zajímavě vedené výchovné deníky. Mnoho o tom, jak si klient žije, nám řekne také kniha hlášení, kterou si personál předává služby. Velmi vypovídající jsou především všechny poznámky psané červeneč, s vykřičníky, otazníky a podtržením.

Tyto informace mohou být silným zdrojem podnětů pro hypotézy o tom, co by klient potřeboval.

■ Vnější - následná či průběžná podpora pracovních týmů či organizací při řešení situace klientů umístěných v klecových či síťových lůžkách

Přístup popisovaný v této metodice předpokládá, že těžiště podpory pracovního týmu spočívá ve zprostředkování opravdového, živého „kontaktu“ mezi pracovníky a uživatelem. Samotný zážitek kontaktu často stačí k tomu, aby se v pracovníkovi či v pracovním týmu rozvinul proces, kterým převzme svou část zodpovědnosti za řešení situace. Projevem této odpovědnosti může být kreativita, produkce námětů, objevení nových přístupů, znovuoživení energie pro překonávání překážek při řešení situace klienta, rozhodnutí se pro konkrétní krok atp. Řekl jsem, že tento zážitek často stačí. Je to případ více zralých pracovníků nebo pracovních týmů, kterým stačí zprostředkovat kontakt, poukázat na nevyužitý prostor, zaměřit pozornost k jinému úhlu pohledu.

Situace se ale v praxi může vyvíjet i odlišně. Nejčastěji tak, že přestože část pracovního týmu porozumí příležitosti, která se rozpoznáním potřeb klienta otevírá, jiná část pracovního týmu se skutečné realizaci opatření brání. Stává se, že akčnější část pracovního týmu nebývá dostatečně silná, aby dokázala prosadit své cíle a záměry.

Druhou nejčastější příčinou takového nepřevzetí odpovědnosti a nevyužití příležitosti řešit situaci bývají nedostatky v řízení pracovního týmu. Situace pracovního týmu může být významně ovlivněna ochuzeným či liberálním řízením, nekompetencí managementu, chaosem hodnot a cílů, vysílením vnitřními personálními konflikty, vysílením z neřešení oprávněných potřeb, nedůvěrou v management, ztrátou sebedůvěry, vyhořením, strachem a úzkostností, nevyjasněnými pravidly atp.

Důležitou okolností při přebírání zodpovědnosti za řešení situace klientů, kteří jsou umístěni v klecových či síťových lůžkách, jsou objektivní podmínky organizace. Neochota převzít zodpovědnost může být spojena s opravdu objektivně nevhodnými podmínkami organizace a nedůvěrou, že tyto podmínky lze (a je nutno) změnit. Nevhodné podmínky nejčastěji způsobuje:

- Nedostatek pracovníků pro individuální práci.
- Nevhodný způsob ubytování a prostředí.
- Velký počet obyvatel na malém prostoru (nedostatek soukromí).
- Nevhodná cílová skupina.

V takové situaci – která často signalizuje zásadnější či systémové potíže v životě organizace a jejím řízení (normální je, že management a pracovní týmy se dokáží se svou situací tvůrčím způsobem vyrovnávat) - je třeba další vnější podpory a provázení pracovního týmu.

Oblasti a cíle následné a průběžné vnější podpory

V následující části se pokusíme označit obvyklé oblasti a cíle následné podpory, která může z vnějšku pomoci pracovním týmům a organizacím postupovat a zvyšovat své kompetence při řešení situací klientů umístěných v klecových či síťových lůžkách.

Kontakt pracovníků s uživatelem

Zkušenosti ukazují, že někdy nestačí, aby se tým dostal do kontaktu s potřebami uživatele a jeho situací jen na jediném pracovním setkání. Stává se, že na takovém setkání, které třeba facilituje

vnější odborník, vyprodukuje tým celou řadu zajímavých postřehů a námětů, ale po skončení setkání se náměty nerealizují, nebo jen nesměle, a po čase vše sklouzne do původní praxe. V takové situaci, kdy tým nemá dostatek energie, kterou potřebuje k překonání staré praxe nebo prvních kroků ke změně, pomáhá, když se formou případové supervize opět dostává do kontaktu se situací a potřebami klienta.

Rozvoj informovanosti

Za neschopností porozumět potřebám uživatele, přijmout jeho individualitu nebo rozvinout systém opatření, kterými může služba reagovat na zjištěnou situaci uživatele či sebe sama, může být i nedostatek odborných informací. Nejčastěji jde o informace o specifických potřebách klientů s autismem, přístupech k těmto lidem, možnostech lidí s mentálním postižením, metodách rozvíjení alternativní a augmentativní komunikace, příkladech dobré praxe, hodnotách kvality, souvislostech mezi frustrací a agresivitou. Zvláštní kapitolu potřebných informací tvoří informace k podpoře kreativity, přebírání zodpovědnosti, rozpoznávání a respektování hranic pracovníků – klient, nedirektivní přístup a provázení uživatele.

Provázení klienta

Následná vnější podpora pracovního týmu může směřovat do kompetencí provázet klienta. Jde o takový přístup, při kterém pracovník co nejvíce respektuje cíle a záměry klienta, podporuje jej v jeho konání, podporuje experimentaci klienta s realitou. Zásah provádí především na hranici bezpečí klienta. Provázející pracovník nevstupuje do kontraktu s žádnými zásadními cíli a ponechává uživateli velkou autonomii a nezávislost. Výhodou provázení je podpora vztahu pracovník – klient, aktivizace klienta a rozvoj jeho zodpovědnosti za své jednání.

Pracovní týmy a pracovníci se v rámci podpory (workshop, supervize) učí uvědomovat si vlastní direktivitu, uvědomovat si přinášení vlastních cílů do kontraktu, rozlišovat, kdy je při práci s klientem čas na provázení a kdy na direktivní přístup.

Osobní asistence

Potíže v oblasti nedostatku příležitosti k individuální práci – počet pracovníků v zařízení neumožňuje individuální práci s uživatelem, který individuální přístup nezbytně potřebuje k vyřešení své situace - může pracovnímu týmu pomoci řešit převzetí přístupů osobní asistence.

Koncepční opatření a vize organizace

Vnější podpora organizací při řešení situace klientů v ochranných lůžkách může směřovat do oblasti vizí a rozvojových cílů organizace. Adresátem takové podpory je přirozeně ředitel a vyšší management organizace. Tématy konzultace bývá problematika cílové skupiny procesů, které by problém cílové skupiny řešily, prostorových podmínek služby (bezpečí, soukromí, počet obyvatel vzhledem k duševní hygieně), počet, struktura a kompetence pracovníků, zajištění mužského prvku do pracovních týmů, vytváření podmínek k běžnému způsobu života, proměna postojů pracovního týmu (např. odstranění tendence pracovníků podceňovat a infantilizovat klienty). Zastřešujícím tématem bývá vytvoření takové vize a koncepce zařízení, jejímž výsledkem bude vytvoření projektu, který bude životaschopný i za dobu 20 let. Znamená to ovšem připravenost týmu vedení odvážně promítnout do svých plánů a záměrů moderní zkušenosti z vyspělých zemí a systémů a tendence v sociálních službách. Nepochybně podstatnou oblastí podpory je i aktivita organizace pro dosahování těchto cílů, vizí a koncepcí.

Řízení organizace a pracovních týmů

Častým námětem podpory bývá řízení organizace a pracovních týmů. Za potížemi organizací při odstraňování restriktivních opatření se může skrývat opomíjení potřeb pracovního týmu, chybějící nebo patologická komunikace uvnitř organizace, přílišná direktivita vedení nebo naopak liberálnost, neschopnost managementu hledat, nacházet a prosazovat řešení, otupělost managementu vůči situaci klientů, strach vedoucích ze změn, chaosu, neschopnost nižšího managementu řídit týmy, rozdílné hodnoty. Nástrojem podpory bývá poradenství, konzultace, manažerská supervize.

Převzetí odpovědnosti pracovníků a managementu

Vnější podpora organizace zpravidla směřuje do schopnosti pracovníků převzít zodpovědnost za řešení své situace. Adresátem této podpory bývají pracovníci napříč pyramidou organizace. Převzetí zodpovědnosti za řešení situace se mohou bránit jak pracovníci přímé péče, tak management či nejvyšší vedení firmy. Neochota převzít zodpovědnost se často projevuje odporem, bezmocí, svalováním viny na ostatní, nerealistickým očekáváním odpory, přesouváním zodpovědnosti na zřizovatele či vedoucí atp. Nástrojem k podpoře pracovníků a týmů, které trápí tato potíže, je supervize. Je zřejmé, že ani supervize nemusí být na velmi rozvinuté potíže tohoto typu dostatečně účinným nástrojem.

Podpora prostřednictvím procesu zavádění standardů kvality sociálních služeb

Vynikajícím nástrojem podpory je zavádění standardů kvality sociálních služeb. Jednotlivé standardy obnášejí všechna důležitá opatření, která pracovní tým dovedou k řešení situace klientů v klecových lůžkách. Jde samozřejmě o to, aby poskytovatel naplňoval standardy konzultačním procesem a odpovědně. Pokud tak opravdu a pečlivě činí, s největší pravděpodobností jej proces naplňování standardů kvality sociálních služeb dovede i k uspokojivým řešením problematiky klecových a síťových lůžek. Standardy, které mohou pozitivně ovlivnit procesy organizace vedoucí k řešení situací klientů v klecových a síťových lůžkách:

- Cíle a způsoby poskytování služeb
- Poslání
- Cílová skupina
- Principy
- Vize a rozvojové cíle
- Ochrana práv uživatelů
- Situace možného porušení práv uživatelů a opatření v těchto situacích
- Situace střetu zájmu a opatření v těchto situacích
- Jednání se zájemcem o službu
- Plánování služby
- Návaznost na vnější zdroje
- Personální standardy (počet a kompetence pracovníků, obousměrná komunikace, vzdělávání pracovníků, supervize)
- Prostředí a podmínky poskytování služeb
- Nouzové a havarijní situace.

Vzdělávání

Řešení situace klientů v klecových a síťových lůžkách bývá pro organizaci velkým zdrojem poznání o vzdělávacích potřebách pracovníků. V současné době existuje dostatečná nabídka vzdělávacích kurzů pro pracovníky. Potíže nastávají spíše v nepřipravenosti organizací a pracov-

níků příležitostí ke vzdělávání využívat. Samostatnou kapitolou je skutečnost, že ke vzdělávání (tím spíše, pokud je pro organizaci či pracovníka bez úhrady) přistupuje řada pracovníků v sociálních službách bez opravdové touhy a potřeby se vzdělat. Celkově lze říci, že na trhu jsou krátkodobé a cenově dostupné přednášky, kurzy a semináře, které mohou pracovníci navštěvovat nebo které může organizace pořádat jako firemní vzdělávání.

Samozřejmě, že největší hodnotu v oblasti rozvoje komunikace a přístupu ke klientům mají dlouhodobé kurzy a výcviky. Obrovský přínos může pro organizaci znamenat, jestliže někteří její pracovníci jsou absolventy systematických psychoterapeutických a sebepoznávacích výcviků. Takoví pracovníci bývají zdrojem a inspirací dobré praxe. Absolvování takového výcviku je mimořádnou lidskou a osobní příležitostí rozvoje. Tomu však odpovídá i potřebné úsilí při překonávání překážek, které účastník výcviku musí překonat (např. čas, peníze, sebepoznání, konfrontace s osobními tématy a jejich řešení, konfrontace s vlastními sociálními způsoby atp.).

Způsoby další návazné a průběžné podpory

Na cestě při řešení situací klientů v klecových a síťových lůžkách lze organizaci z vnějšku podpořit řadou nástrojů:

Materiální a finanční podpora

Může směřovat do podpory osobní asistence, personálních a organizačních opatření, materiálních opatření a investičních projektů (úprava prostředí služby – nejčastěji zajištění soukromí, vhodnějších typů ubytování, snižování kapacity zařízení). Zdrojem podpory mohou být příspěvky zřizovatele a další finanční zdroje, např. projekty EU.

Poradenství

Podpora poradenstvím organizaci může směřovat do kterékoliv z výše uvedených oblastí.

Supervize

Mimořádně důležitým způsobem podpory je supervize – podpora nezávislého odborníka. V případě podpory organizací při odstraňování klecových a síťových lůžek je supervizní podpora nejčastěji zaměřena na:

- případovou supervizi
- týmovou supervizi
- individuální supervizi (osobní asistent, klíčový pracovník, manažer)
- manažerskou supervizi (ředitel, pracovník odpovědný za poskytování služeb, vedoucí týmu).

Vzdělávání

Spolupráce se školiteli, vzdělávacími centry a lektory.

Kontrola

Žádná změna se neobejde bez kontroly. Veškerá podpora se ale může ukázat jako neúčinná. Podstatnou součástí podpory organizací při řešení problematiky klecových a síťových lůžek, resp. života klientů, kteří je obývají, je také kontrola. Podmínkou je jasná představa zřizovatelů o cílech, jichž má být dosaženo, a procesech (např. řízení organizace, řízení týmů, proces poskytování služby – plánování a realizace podpory, ochrana práv uživatelů, rizikové a nouzové situace, podpora a kontrola pracovníků), které k nim vedou. Nezbytnou součástí zřizovatelské

zodpovědnosti je následné ověřování, zda je těchto cílů dosahováno, zda a jak jsou požadované procesy naplňovány příp. vyvozování efektivních opatření plynoucích z těchto ověřování. Každá kontrola ze strany zřizovatele má rovněž podporující (metodický) aspekt. Je vhodné, aby aspekt kontrolní a podporující byl v individuálních situacích tak vyvažován, aby kontrola vždy a jednoznačně podporovala organizaci v samostatnosti, přebírání vlastní zodpovědnosti a nezávislosti.

Přílohy – důležité informace, pojmy a studijní prameny

■ Příloha I – Mentální retardace

Text zpracován za použití knihy:

- Švarcová, I. (2006): Mentální retardace, Portál, Praha

Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.

Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk anebo abnormálního vývoje mozku. Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje oligofrenie, která se považuje za opožděný duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním a demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku.

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.

Nejčastější příčiny mentálního postižení

Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními), tak exogenními (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Vnější faktory se dále člení podle období působení na prenatální (působící od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození).

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádějí:

- Následky infekcí a intoxikací:
 - Prenatální infekce (např. toxoplazmóza, zarděnky, pásový opar).
 - Postnatální infekce (např. zánět mozku).
 - Intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem).
- Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:
 - Mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie).
 - Postnatální poškození mozku.
- Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. fenylketonurie, glykogenóza).
- Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací).

- Nemoci a stavy způsobené jinými nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie).
- Anomálie chromozómů (např. Downův syndrom).
- Nezralost.
- Vážné duševní poruchy.
- Psychosociální deprivace (stavy snížení intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek).
- Jiné a nespecifické etiologie.

Pro klasifikaci mentální retardace se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost v roce 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem. Inteligenční kvocient označujeme IQ.

Stupně mentální retardace:

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69

Lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí mají problémy se čtením a psaním. Prospívá jim výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců s lehkou mentální retardací lze zaměstnat manuální prací.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné závažnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý. Není schopen se vyrovnat s požadavky kladenými na manželství, výchovu dětí, samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení odpovídajícího zaměstnání, zajištění úrovně bydlení apod.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49

U těchto jedinců je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je omezena a opožděna soběstačnost a zručnost. Pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci si osvojí základy čtení, psaní a počítání.

V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud je jasně strukturovaná a je zajištěn odborný dohled. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými, podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech sensoricko-motorických než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život.

Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie.

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34

Výraznější snížení schopností na rozdíl od předcházející kategorie. Jedinci trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze rudimentální neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Chápání a používání řeči je zpravidla omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání.

Podpora lidí s těžkým a hlubokým postižením

Hranice „vzdelávatelnosti“ se stále posouvají směrem k uznávání možnosti vzdělávání lidí se stále závažnějšími formami postižení. Stále nedostatečně je však v našich podmínkách dosud zajišťováno vzdělávání lidí s těžkým a hlubokým postižením, z nichž mnozí přežívají bez jakékoli výchovné péče v zařízeních se „zdravotnickým režimem“.

Zahraniční zkušenosti i zkušenosti některých našich progresivních zařízení ukazují, že i tyto lidi je možno určitým způsobem rozvíjet. Všeobecně se již uznává, že každý sebemenší pokrok v jejich vývoji představuje zlepšení kvality jejich života.

Velmi dlouhou dobu se pomoc hluboce mentálně postiženým osobám redukovala na pouhou tělesnou péči (ubytování, jídlo, hygiena) a vůbec se nepomýšlelo na jejich rozvíjení a vzdělávání. Tyto děti i dospělí lidé, kteří většinou leží, často trpí naprostým nedostatkem stimulace. Pro nedostatek podnětů u nich nedochází k rozvoji vyšších psychických funkcí, takže jejich retardace se nejen stabilizuje, ale ještě prohlubuje. Zůstávají nebo se stávají zcela apatickými, v důsledku čehož u nich vzniká další handicap na úrovni emocionality. Žádným způsobem se nerozvíjejí jejich volní vlastnosti, jejich „směrování“ k něčemu, jejich zájem o okolní svět a jejich snaha dosáhnout sebemenšího pokroku. Jejich existence upoutaná na lůžko se v kontinuitě času stává zcela nelidskou.

I tito postižení mají právo na to, aby byly uspokojovány jejich potřeby emocionality, lidských vztahů, aby získali pocit bezpečí, stability a trvalých podmínek a aby byli stimulováni ke svému dalšímu rozvoji. Pokud to hloubka jejich postižení dovolí, měli by získat alespoň možnost, aby dokázali navázat kontakt se svým okolím a vyjádřit své nejzákladnější primární potřeby: pocit hladu, žízně a bolesti, radosti, uspokojení...

Lidé s těžkým mentálním postižením procházejí, i když velmi pozvolna, různými vývojovými stadii, přičemž:

- Zpravidla nejsou schopni vykonávat ani nejjednodušší pohyby koordinovaným způsobem.
- Nemohou dosáhnout ani minimální míry nezávislosti.
- Nemohou se samostatně pohybovat a bez pomoci chodit.
- Nemají možnost se posadit a sedět bez opory.
- Pro mnohé je obtížné udržení hlavy bez pomoci.
- Pohyby rukou jim většinou neumožňují uchopení předmětu.
- Svalstvo úst jim obvykle neumožňuje kousání a žvýkání.
- Mají velké těžkosti s polykáním a jejich strava musí být často tekutá.
- Jsou zcela nesoběstační v oblasti osobní hygieny, při mytí, koupání, jídle a pití.
- Verbální komunikace s nimi je nemožná nebo minimální.
- Minimální je i koordinace očního svalstva a mimiky.

Velmi těžce a hluboce postižené osoby zůstávají na stupni psychického vývoje čtyřměsíčního nebo i mladšího dítěte. Postižený člověk v tomto stadiu je schopen navazovat dialog s okolím, případně projevit své city pouze prostřednictvím pohybu. U těchto postižených však nelze spoléhat na spontánní rozvoj psychomotoriky, rozvoj hybnosti je u nich nezbytné co nejdříve cíleně stimulovat různými metodami, které se ve svém souhrnu označují jako metody rehabilitace.

V mnoha zemích hraje významnou roli při výchově a vzdělání lidí s těžkým mentálním postižením léčebná pedagogika, což je interdisciplinární obor zaměřený na teorii a praxi komplexní péče o lidi se zdravotním postižením. Úkolem léčebné výchovy je:

- Pomáhat klientovi při orientaci v jeho prostředí (prostor, čas, věci, vztahy) a ve světě.
- Probouzet zájem, pohotovost, usměřňovat aktivitu.
- Vytvářet důvěru, sebeúctu a vztahy.
- Zprostředkovávat nové zážitky a podněty, poskytovat korektivní zkušenosti.
- Vytvářet návyky a rozvíjet dovednosti.
- Učit chápat souvislosti a řešit problémy, pomáhat poznávat hodnoty a vytvářet perspektivy.
- Zprostředkovávat sociální zážitky, být blízko, vést dialog, spolupracovat, dávat, přijímat, být užitečný.

Vychází se z poznatků, že reálný svět je i pro těžce postižené dítě tím nejhodnějším prostředím a že je zapotřebí zaměřit se na zkoumání všech jeho schopností a pozitivních stránek osobnosti a nezaměřovat se hlavně na co nejpodrobnější zjišťování jeho negativ a nedostatků.

Cesty k rozvíjení a humanizaci lidí s hlubokým mentálním postižením se pomalu začínají otevírat. Nacházejí se nové metody nonverbální komunikace založené na bazálním tělesném kontaktu s postiženým člověkem.

Snoezelen (vyslovuje se snuzelen) je další možná forma práce s těžce mentálně postiženými. Snoezelen je zvláštní nabídkou k využití času pro nejtíže postižené lidi, kteří jsou při vnímání okolí odkázáni na primární smyslové vjemy a odpovídající doprovodné pocity a pohyby – ty však v běžném životě nemohou být často správně prožity a zpracovány. Postiženému je nabízeno prostředí, v němž se může soustředit pouze na jeden smyslový podnět, např. na hmatání (přičemž není rušen dalšími smyslovými podněty, což bývá v běžném životě). Smyslových zážitků

nemá být tedy mnoho, ale mají být hluboké. Abychom toho dosáhli, snažíme se nabízet podněty selektivně a současně redukovat podněty zbytečné. Cílem snoezelenu je celkové uvolnění postižených. Je možné nabízet zvuky, vůně, chutě. Jde o působivou mnohostrannou nabídku smyslových dojmů, již mají postižení využívat spontánně a rádi.

Bílý pokoj a jiné psychorelaxační místnosti jsou další variantou speciálně upraveného prostředí tak, aby odpovídalo potřebám lidí s těžkým mentálním postižením. Jde o psychorelaxační místnosti, v našich zařízeních někdy označované jako bílý pokoj. Je to zpravidla místnost, kde se lidé po zatemnění oken mohou přenést do světa zvuků, barev, světla a fantazie. Psychorelaxační pokoj má být místnost izolovaná od rušivého vlivu okolního prostředí. Nabídku smyslových podnětů si dokonce mohou tito lidé regulovat samostatně tlačítky. Všechny tyto prvky lze navzájem různě kombinovat tak, že každá návštěva relaxačního pokoje přinese něco nového a ukáže další možnost využití.

Nejvyšší zásadou při všech těchto činnostech je navázat a udržet lidský kontakt s těžce postiženým člověkem.

■ Příloha II – Autismus

Text zpracován za použití knih:

- Gillberg, Ch.- Peeters, T. (2003): Autismus - zdravotní a výchovné aspekty, Portál, Praha
- Hrdlička, M. – Komárek, V. (2004): Dětský autismus. Portál, Praha
- Švarcová, I. (2006): Mentální retardace, Portál, Praha

Co je to autismus

Autismus (infantilní autismus, dětský autismus, autistická porucha) není jednotná porucha ve stejném smyslu jako třeba konkrétní metabolická nemoc. Jde spíše o obsáhlou a zevrubnou diagnózu jako třeba epilepsie nebo mentální retardace.

Většina diagnostických systémů se shoduje, že pro diagnózu autismu dochází k postižení ve třech oblastech:

- omezení vzájemných sociálních vztahů
- omezení vzájemné komunikace (verbální i neverbální)
- omezení pestrosti a bohatosti chování
- omezení představivosti, což má za následek stereotypní jednání.

Diagnostika

V současné době se k diagnostice autismu nejčastěji používá Diagnostic and Statistical Manual DSM (diagnostický a statistický manuál), který připravila a který novelizuje Americká psychiatrická asociace. Většina klinik určuje nyní diagnózu na základě DSM – III-R, což je třetí revidovaná edice manuálu.

Diagnostická kritéria podle DSM- IV (APA, 1994)

A. Celkově je třeba splňovat alespoň šest kritérií skupin 1,2, a 3, z toho nejméně dvou kritérií ze skupiny 1, nejméně jednoho kritéria skupiny 2 a nejméně jednoho kritéria ze skupiny 3.

1. Kvalitativní postižení v sociální interakci je manifestováno nejméně dvěma následujícími prvky:

- a) Výrazné postižení ve využívání mnohočetného neverbálního chování (oční kontakt, výraz obličeje, tělesné postoje, pozice a gesta) pro regulaci sociální interakce.
- b) Neschopnost vytvořit přiměřené vztahy se svými vrstevníky na odpovídající vývojové úrovni.
- c) Výrazné postižení ve spontánním sdělení radosti, zájmů, nebo dovedností s druhými lidmi (např. nemají potřebu si prohlédnout, přinést nebo ukázat předměty, které je zajímají).
- d) Nedostatečné sociální nebo emocionální vnímání druhých.

2. Kvalitativní postižení v komunikaci projevující se nejméně jedním z následujících kritérií:

- a) Opoždění nebo úplný deficit ve vývoji mluvené řeči (není doprovázeno snahou kompenzovat toto postižení gesty či mimikou).
- b) Výrazné postižení ve schopnosti iniciovat nebo pokračovat v konverzaci s ostatními u jedinců s adekvátní řečí.
- c) Nedostatek různých spontánních her nebo her napodobujících sociální situace na odpovídající vývojové úrovni.

3. Omezený repetitivní a stereotypní vzorek zájmů, které se manifestují alespoň jedním z následujících kritérií:

- a) Výrazné zaujetí pro jeden nebo více stereotypních a omezených zájmů, které je abnormální v intenzitě nebo zaměření.
- b) Zřetelná nutkavá adherence k nefunkčnímu rutinnímu chování nebo rituálům.
- c) Stereotypní motorický manýrismus (např. plácání, třepání prsty či rukama nebo pohyby celým tělem).
- d) Trvalé zaujetí pro části předmětu.

B. Abnormální vývoj před dosažením třetího roku, který se manifestuje jako zpožděný nebo abnormální nejméně v jedné ze tří oblastí:

(1) v sociální interakci, (2) v jazyce, který je používán v sociální komunikaci, (3) v symbolické nebo imaginativní hře.

C. Nepoužívat pro Rettův syndrom nebo dezintegrační poruchu v dětství.

Klasifikace Světové zdravotnické organizace uvedená v ICD-10 (International Classification of Disease) přináší následující diagnostická kritéria autismu:

Diagnostická kritéria podle ICD –10 (WHO, 1993):

Kvalitativní postižení v reciproční sociální interakci, které se manifestuje aspoň dvěma z následujících kritérií:

- Neschopnost adekvátně používat kontakt z očí do očí, výraz obličeje, tělesné postoje a gesta k regulování sociálních interakcí.
- Neschopnost rozvíjet vztahy s vrstevníky, které zahrnují vzájemné sdílení zájmů, aktivit a emocí.
- Jen zřídka vyhledává a využívá jiných lidí pro své uklidnění při stresu nebo zármutku anebo zřídka nabízí útěchu a lásku jiným, když jsou smutní nebo zneklidnění.
- Nedostatek spontánního vyhledávání sdílené radosti, zájmů nebo úspěchů s jinými lidmi.
- Nedostatek socio–emoční reciprocity, který se projeví narušenou nebo deviantní reakcí na emoce jiných lidí, nedostatek modulace chování vzhledem k sociálnímu kontextu nebo slabá integrace sociálního, emocionálního a komunikačního chování.

Kvalitativní postižení komunikace, které se manifestuje aspoň jedním z následujících kritérií:

- Zpoždění nebo úplná absence vývoje mluveného jazyka, které není doprovázené snahou kompenzovat nedostatek použitím gest či mimiky jako alternativního způsobu komunikace (obvykle nepředchází komunikační žvatláním).
- Nedostatek spontánních symbolických her.
- Relativní neschopnost iniciovat nebo pokračovat v konverzační interakci.
- Stereotypní a repetitivní použití jazyka.

Omezené, repetitivní a stereotypní vzorky chování, zájmů a aktivit, které se manifestují aspoň jedním ze čtyř následujících kritérií:

- Silné zaujetí pro stereotypní a omezené zájmy.
- Zřetelné nutkavé setrvávání ve specifických, nefunkčních způsobech chování nebo rituálech.
- Stereotypní a repetitivní motorické zvyky.
- Zaujetí částmi nebo nefunkčními komponentami materiálů používaných při hře.

Jak rodiče poznají, že dítě může být autistické?

Rozpoznat příznaky autismu se zpravidla daří před dovršením třetího roku života dítěte, kdy bývá zřetelný nástup alespoň v jedné ze zmíněných oblastí psychopatologie (vztahy, komunikace, představivost).

Rodiče si často mezi 12. – 18. měsícem začínají všimnout opožděného vývoje řeči a nezájmu dítěte o kontakt. Jindy sledují, že v psychomotorickém vývoji dítěte není něco v pořádku. Nástup příznaků může být dvojího druhu. Plíživý rozvoj autistických deficitů anebo autistická regrese. K autistické regresi dochází, když se dítě po nějakou dobu vyvíjí zcela normálně anebo jen s mírnými znaky autismu. Avšak následně - částečně nebo úplně - ztratí získané vývojové dovednosti. Zpravidla jde o dovednosti v oblasti sociálního chování, neverbální komunikace a rozumových schopností. Výskyt regrese je popisován u 25 – 40% sledovaných klientů.

Konkrétní příznaky, které rodiče mohou pozorovat:

- Abnormality v sociální interakci
 - Autističtí klienti se často vyhýbají očnímu kontaktu.
 - Nejeví znatelný zájem o lidské tváře a hlasy.
 - Rodiče mívají podezření, že je dítě hluché.
 - Dítě si nevytváří typickou vazbu k matce.
 - Dítě neprojevuje strach z odloučení blízké osoby.
 - Nemívá strach z cizích lidí.
 - Celkově má nezájem o kontakt s lidmi.
 - Jeho odpověď na emoce z okolí je slabá nebo nízká.
 - Obtížně a nesprávně používá sociální signály.
- Abnormality v komunikaci a hře
 - U autistických dětí se často nerozvine dostatečně použitelná komunikativní řeč.
 - Řeč bývá podivná a nápadná.
 - Řeč monotónností někdy připomíná robota.
 - Řeč bývá bez přízvuku a bez emocí.
 - V řeči se vyskytují echolálie (dítě opakuje, co slyší v okolí).
 - Místo „já“ používá v řeči „ty“ nebo „on“.

- Vyjadřování bývá šroubované a málo výstižné.
- V neverbální komunikaci bývá snížená až vymizelá gestikulace.
- Mimika nereaguje na aktuální dění kolem sebe.
- Mimika nevyjadřuje aktuální potřeby dítěte.
- Při hře dítěte je patrné snížení fantazijní a napodobující stránky.
- Hračky jsou používány neobvyklým způsobem.
- Dítě se soustředí na detail.
- Dítě má zájem o mechanické procesy – otáčení kol, kapání vody, mechanické soustavy.
- Abnormalita v chování a zájmech
 - Dominuje lpění na neměnnosti.
 - Dítě dodržuje nefunkční rituály.
 - Reaguje odporem i k sebemenším změnám (někdy i malá změna v dětském pokoji vyvolá výbuch vzteku).
 - Dítě má někdy nepřiměřené reakce na běžné zvuky, pachy, či chutě (někdy bývá odolné vůči bolesti, což může vést k neopatrnému, sebezraňujícímu jednání, či dokonce k sebepoškození).
 - Nápadné jsou motorické manýrizmy – stereotypní pohyby rukou, prstů, nebo celého těla (objevují se v situacích nepohody, stresu, či úzkosti).
 - Dítě má zájem zpravidla o neživé a mechanické záležitosti.
- Jiné nápadnosti
 - Opoždění motorického vývoje.
 - Motorická dyspraxie.
 - Ostrůvky speciálních schopností (u části autistů nacházíme fascinující dovednosti v určité oblasti – např. mechanická paměť memorovat telefonní seznamy, jízdní řády, provádět z paměti složité početní výkony, reprodukovat výtvarná či hudební díla po jediném shlédnutí či poslechu).

Další onemocnění související s autismem

Nejčastější související poruchou s autismem bývá podle Hrdličky (2004) mentální retardace, nalézáme ji asi u 75% případů. Ve 30% shledáváme mentální postižení v pásmu mírném a středně těžkém. Ve 45% nacházíme postižení těžké a hluboké.

Další častou provázející nemocí bývá epilepsie, výskyt tohoto onemocnění se však v jednotlivých výzkumech značně liší (5 – 25% případů).

Gillberg - Peeters (2003) související potíže blíže specifikují:

Zrakové problémy. Časté bývají refrakční vady, obtížná spolupráce oftalmologa s autistickým pacientem při základním vyšetření a následném vyváženém řešení (nošení brýlí). Nutná vynalézavost a trpělivost rodičů, učitelů, vychovatelů. Není řídkým jevem, že dítě s autismem začne dělat nečekané pokroky, když ho „naučíme“ nosit brýle. Nevidomé děti s autismem jsou specifickým problémem, který bohužel nebyl v minulosti dostatečně zkoumán.

Poruchy sluchu. Minimálně jedno dítě z dvaceti dětí s autismem je neslyšící nebo má jen zbytek sluchu, jedno z pěti má podstatný sluchový deficit. U těžších sluchových postižení jsou nezbytné vhodně vybrané kompenzační pomůcky, u slabšího poškození sluchu spíše zatěžují. Pomůcky by měl vybírat odborník se základními znalostmi problémů autismu. Znaková řeč

a jiné způsoby alternativní komunikace mohou být velmi důležité pro zlepšení kvality života tam, kde se k autismu přidává sluchové postižení.

Abnormality kůže. U 6 – 10% všech postižených autismem se setkáváme s tuberkulózní sklerózou, Itovou hypomelanózou, nebo neurofibromatózou. U tuberkulózní sklerózy se navíc vyskytují další kožní abnormality, z nichž některé se vytvoří až po předškolním období. Častá je vyrážka hnědočervené až purpurové barvy s tvrdými papulemi kolem nosu a na tvářích, která může být zpočátku zaměňována s „běžnými uhry“. Při neurofibromatóze se mohou objevit uzlíky zabarvené kůže a papule, množství skvrn bez pigmentu, změny v kostech lebky a jiných částech těla. Obličejové změny někdy vyžadují i chirurgický zásah.

Problémy kostí a kloubů. U klientů s diagnózou Rettův syndrom (jedna z pervazivních vývojových poruch) se vyskytuje vybočení páteře (skolióza nebo kyfóza). Problémy s páteří bývají v některých případech (zvláště u dívek) tak vážné, že vyžadují ortopedickou léčbu, v období puberty jsou klienti často upoutáni na vozík.

Postižení se syndromem fragilního X jsou často hypotoničtí a mají abnormální stupeň ochablosti vazů, což vede k nebyvalé pohyblivosti kloubů.

Postižení, kteří trpí syndromem Moebiovým, mají často mírně až středně deformované ruce a chodidla. Tyto problémy zákonitě vyvolávají značnou neobratnost v jemné i hrubé motorice.

Malformace vnějších genitálií. Adolescenti a dospělí muži se syndromem fragilního X mají obvykle velmi velké vnější genitálie (obzvláště varlata). Postižení s jinými chromozomálními poruchami (XXY syndrom, Prader – Willi syndrom) mají naopak vnější genitálie příliš malé.

Dysfunkce spánkového laloku. Dysfunkce spánkového laloku může být příčinou problémů s jazykem a chápáním. Je to také „rozbuška“ výbuchů agrese a „primitivního“ chování. Spánkový lalok je místem vedoucím k různým záchvatům, křečím nebo absencím, které rušivě zasahují do chování a normálního učení.

Dysfunkce mozkového kmene. Tito lidé mají problémy s přenosem impulsů přes tuto oblast mozku. Sluchové impulsy jsou často opožděny o 15 – 20% i více. Toto zpoždění pravděpodobně vede k poruše kódování obyčejného (rychle mluveného) jazyka. Tito lidé potřebují, aby se s nimi mluvílo velmi pomalu a s použitím menší slovní zásoby.

Někteří postižení dysfunkcí mozkového kmene nejsou schopni tolerovat hudbu.

Mnozí lidé s autismem mají mírnou hypotonii, svalové napětí je nízké a v důsledku toho se může objevit i „ochablost“ a neobratnost.

Dysfunkce mozečku. Dysfunkce mozečku je v autistickém spektru velmi častá a může být příčinou neobratnosti. Nejvíce je tato neobratnost patrná u Aspergerova syndromu – neschopnost koordinovat různé části těla, špatná jemná motorika, lehce roztřesená a nestabilní chůze.

Sebezraňování. Sebezraňování se u populace s autismem vyskytuje velmi často. Nejvíce je v tomto směru postižena skupina, ve které je autismus doprovázen těžkou mentální retardací. Tito postižení mají také největší problémy s komunikací (verbální i neverbální) s jinými lidmi.

V první řadě musíme uvažovat o somatických obtížích, zvláště u těch klientů, u kterých se toto chování dříve neprojevovalo. Zlomená čelist, kost, zánět středního ucha, zápal plic či podrážděné slepé střevo mohou vyvolat bolest, se kterou se postižený neumí vyrovnat ani své potíže nikomu sdělit, volí tedy sebezraňování (bijí hlavou o zeď, o podlahu, okna, apod.). Chceme-li tedy zvládnout sebezraňování, musíme v první řadě konzultovat s praktickým lékařem.

Další pervazivní a vývojové poruchy

Atypický autismus. Tuto diagnózu použijeme, jestliže porucha nespĺňuje zcela kritéria pro dětský autismus buď tím, že nejsou naplněny všechny tři okruhy diagnostických kritérií, nebo je opožděný nástup po 3. roce života.

Aspergerův syndrom. Jedná se o méně závažnou variantu autismu. Intelektové schopnosti mívají postižení vyšší než IQ 70. Pacienti s Aspergerovým syndromem mají vyšší celkové skóre IQ a verbální IQ než pacienti s vysoce funkčním autismem.

Řečové schopnosti bývají intaktní, někdy dokonce podivně hypertrofované. Řeč bývá formálně správná, ale nápadná (šroubovanost ve vyjadřování, egocentrický komunikační styl s preferencí dlouhých monologů na témata, která zajímají pouze dotyčného, obtížnost navázat skutečnou reciproční konverzaci a citlivě reagovat na sdělení jiných osob). Nevyskytuje se narušení či opoždění vývoje řeči do 3. roku života.

Děti s Aspergerovým syndromem jsou rovněž sociálně izolovány, bývají si toho vědomy a izolace nebývá často výsledkem nezájmu o druhé, ale jejich nepřiměřenými reakcemi na nečekané a nezvyklé situace. Stereotypní zájmy a koníčky bývají méně abnormální, i když nepřiměřenost věkovému kontextu je zřetelná (často shromažďují velké množství faktických informací o nějakém problému, jako technické vlastnosti lokomotiv, seznam pasažérů na Titaniku apod.). Svě zájmy běžně nemohou sdílet se svými vrstevníky, což přispívá dále k jejich izolaci. Motorická neobratnost – zřetelnější u menších dětí, u starších dětí se ztrácí.

Životní adaptace a prognóza – často bývají nesprávně a pozdě diagnostikováni, průměrně v 11 letech, někdy až v dospělosti. S tím souvisí nesprávné terapeutické vedení, nejčastěji pod diagnózou atypická schizofrenie, deprese, paranoidní porucha.

Rettův syndrom. Vyskytuje se pouze u žen. Příčina syndromu je genetická.

Charakteristický je téměř normální časný vývoj až do pátého měsíce života, následovaný ztrátou řeči, manuálních dovedností (ztráta schopnosti používat účelně ruku) a zpomalení růstu hlavy. Klinický obraz doplňují kroutivé, svíravé či tleskové pohyby rukou, připomínající někdy pohyby rukou při mytí. Může se vyskytnout nepravidelné dýchání, především v bdělém stavu, zahrnující epizody hyperventilace, apnoe a zadržování dechu. Později se vyvíjí skolióza nebo kyfoskolióza. Až u 75% se rozvíjí epilepsie.

Ačkoliv několik let po začátku nemoci ještě děti vykazují některé sociální zájmy a schopnosti, pravidelným výsledkem je těžké mentální postižení. Klinický obraz bývá závažnější a prognóza bývá horší než u dětského autismu. Ve čtvrtém stadiu nemoc končí invaliditou, někdy i imobilitou. Pacientky se dožívají minimálně čtvrté dekády svého života. Je ale i zvýšená frekvence náhlé smrti.

Jiná desintegrační porucha v dětství. Porucha, dříve známá pod názvem infantilní demence, Hellerův syndrom nebo desintegrační psychóza. Jedná se o velmi vzácnou poruchu. Je pro ni charakteristické počáteční období normálního nenápadného vývoje, které trvá minimálně do dvou let života dítěte. Nemoc začíná kolem třetího až čtvrtého roku života. Vůdčím znakem je rychlá progresivní ztráta dříve získaných dovedností, především řeči. Děti s dezintegrační poruchou jsou více mentálně retardované než děti s dětským autismem. Klinický obraz bývá závažnější a prognóza je horší než u dětského autismu. Většina nemocných zůstane těžce mentálně retardována.

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby. Porucha, která sdružuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci s IQ nižším než 50 a stereotypní pohyby nebo sebepoškozování. Nevyskytuje se sociální narušení autistického typu.

Jiné psychiatrické poruchy

(které přicházejí v úvahu v psychiatrické diferenciací diagnostice):

- Mentální retardace.
- Schizofrenie s časným začátkem.
- Demence v dětství.
- Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka.
- Elektivní mutismus.
- Sociální úzkostná porucha v dětství.
- Obsedantně-kompulzivní porucha.
- Poruchy se stereotypními pohyby.
- Hyperkinetické poruchy.
- Dysharmonický vývoj osobnosti se schizoidními nebo vyhýbavými tendencemi.

V praxi se „stupeň“ autistických potíží rozděluje:

- vysoce funkční autismus,
- středně funkční autismus,
- nízkofunkční autismus.

Vysoce funkční autismus (nejvíce využívaný termín) – označuje autistické jedince bez přítomnosti mentální retardace (tedy s IQ minimálně 70) a s existencí komunikativní řeči, tedy osoby s lehčí formou postižení. Tvoří 11 – 34% osob s diagnózou dětského autismu.

Středně funkční autismus zahrnuje jedince s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací, kde je již více patrné narušení komunikativní řeči a v klinickém obraze přibývá stereotypií.

Nízkofunkční autismus je popisován u nejvíce mentálně retardovaných dětí (těžká a hluboká mentální retardace), které nemají rozvinutou použitelnou řeč, velmi málo navazují jakýkoliv kontakt a v symptomatice převládají stereotypní, repetitivní příznaky.

Léčba medikací

V období před pubertou dostávají některé děti s autismem různé druhy léků včetně antiepileptik. Tyto léky mají obvykle určitý vliv nejen na nežádoucí symptomy, ale také na chování a akademické funkce ve školních zařízeních.

Neuroleptika. Od puberty se tyto léky používají k léčení tzv. cílených symptomů jako je motorický neklid, sebezraňování, nervozita nebo apatie. Vedlejší příznaky mohou být celkový útlum, přibírání na váze.

Antidepresiva. V případě autismu se používají jen příležitostně, často s omezeným úspěchem. Některé nové léky však u intelektově nadaných klientů mají pozitivní vliv na hypoaktivitu, obsesivní, nutkavé a rituální chování.

Lithium. Od puberty je lithium velmi nápomocné při ovlivňování výkyvů nálad a těžkých případů rušivého chování. Hladinu léku v krvi je nutno kontrolovat v pravidelných intervalech, aby nedosáhla toxické hodnoty. Vedlejší účinky – zvýšený objem vylučované moči a lehký třes.

Fenfluramin. Je lék působící na hladinu serotoninu, která má kladný vliv na hyperaktivitu a nepozornost a to jak u autismu, tak u jiných poruch chování i učení.

Antiepileptické léky. Carbazepin (Tegretol, Hermolepsin) a valproová kyselina (Ergenyl, Orfiril) jsou dva typy léků, které jsou až dosud nejspěšnější a mají také nejmenší vedlejší účinky. Někdy pozitivně ovlivní nejen frekvenci záchvatů, ale také zlepší psychologické funkce. Přesto mají vedlejší účinky – kožní vyrážka, ospalost, snížení akademických funkcí. Carbazepin může někdy zvýšit rituální a nutkavé chování.

Jiné léky. Děti s autismem a příbuznými poruchami často reagují na léky paradoxním způsobem. Například lék k navození spánku vede k hyperaktivnímu stavu. Doporučované dávky mnohých léků musí být často (vysoce) překračovány. Najít správnou medikaci a nejvhodnější dávkování je u autismu často obtížné a může trvat měsíce, proto je nutné vyzkoušet různé léky.

Iva Švarcová se v knize Mentální retardace zabývá způsoby, jak řešit **problémové jednání u autistických dětí**. („Výchovné působení u dětí s autismem“. In Švarcová, I. (2006): Mentální retardace, Portál, Praha).

Děti s autismem se často projevují různými formami nápadného chování, jako jsou výbuchy vzteku, křik, kopání a kousání. Intervence, která problémy řeší, musí vycházet ze znalosti celkového chování dítěte, jeho zdravotního stavu a jeho způsobu reagování v různých situacích. Spočívá ve využívání určitého souboru opatření řešících konkrétní způsoby nevhodného chování.

Jako účinné cesty k řešení problémového chování se osvědčily tyto postupy (Švarcová, 2006):

1. Prevence nevhodného chování. Známe-li předem situace, v nichž můžeme očekávat nevhodné chování dítěte, snažíme se je eliminovat nebo se na ně vhodným způsobem připravit.
2. Modifikace nevhodného chování. Snažíme se snižovat dobu, po níž se dítě věnuje nevhodným činnostem nebo nefunkčním rituálům a postupně je nahrazujeme alternativními aktivitami.
3. Zavádění postupných změn. Vzhledem k tomu, že děti s autismem mají rády stálé a neměnné struktury, veškeré změny zavádíme zvolna a po malých krocích.
4. Úprava prostředí. Častou příčinou nevhodného chování u dětí s autismem je strach nebo úzkost vyvolaná nevhodným např. příliš hlučným prostředím, přítomností velkého množství

osob a nedostatkem soukromí. Jevy, které identifikujeme jako spouštěče nevhodného chování, se snažíme eliminovat.

5. Využití kompromisů. S nevhodným chováním dítěte se nelze smířovat. Nevhodné návyky můžeme postupně odstraňovat a nahrazovat návyky pozitivními nebo alespoň tolerovatelnými.
6. Zavedení pravidel. Dodržování dohodnutých pravidel do značné míry závisí na mentální úrovni dětí. Ale všechny děti by měly přesně vědět, které jejich chování je odměňováno, které je v určitých situacích tolerováno a které je pro okolí přijatelné.
7. Sebeřídící techniky. Neschopnost předvídat a vyrovnat se s nečekanými změnami je pro lidi s autismem velkým problémem. Pokud se nečekaným změnám nelze vyhnout, měli by na ně být předem připraveni.
8. Relaxační metody. Využívat jednoduchých dechových cvičení, různých individuálně odlišných způsobů navozování dobré nálady (obrázkem, hudbou). Provádět fyzická cvičení, masáže, využívat tanec, výtvarné techniky apod.
9. Využívání speciálních zájmů a schopností (např. matematická paměť, technické dovednosti, práce s počítačem) k usměrňování a nácvičení žádoucích modelů chování.
10. Využívání rituálů. Racionálně uspořádaný průběh dne je sám o sobě rituálem, který pomáhá dítěti v orientaci v čase a prostoru. Není tak důležité, jak je den uspořádán, důležitější je, že v něm existuje struktura, která se dodržuje. Nutně do něj musí být zabudována doba, kdy se dítě zaměstnává samo. Mnohé rituály podporují vývoj v pozitivním smyslu. Rituál se však může projevit také jako vývojová brzda v situaci, kdy získává nutkavý charakter. Takové rituály je nutno nahradit jinými, které nebudou další vývoj dítěte omezovat. Jako rituály lze postupně zorganizovat ranní vstávání, snídani, odchod do školy, zahájení výuky, odchod domů, odpolední činnosti, přípravu na večeři, večerní hygienu, večerní usínání. Ritualizovaný průběh činností usnadňuje dítěti jejich vykonávání a eliminuje pocit nejistoty.

Velkého zájmu se u odborné veřejnosti dostává také tzv. **strukturovanému učení**.

Podstatou přístupu je uplatnění jasného, pochopitelného a předvídatelného řádu do života dítěte. Jde o soubor přístupů a opatření, jejichž cílem je snížit riziko chaosu klienta, zaměřit jeho pozornost na činnost, stanovit srozumitelné časové hranice (zahájení a ukončení činnosti), posloupnosti (co teď, co potom), umožnit uživateli výběr z činností atp. Strukturované učení se opírá o vizualizaci a přístupy alternativní a augmentativní komunikace. Strukturované učení našlo využití nejen ve školách jako metoda podpory vzdělávání autistických dětí, ale také jako nástroj podpory v běžném životě (v rodinách, sociálních službách).

■ Příloha III. – Člověk a jeho potřeby

Text zpracován za použití knih:

- Riemann, F. (1999): Základní formy strachu, Portál, Praha
- Standardy kvality sociálních služeb (2002): MPSV ČR
- Bílá kniha sociálních služeb (2001): MPSV ČR
- Matějček, Z. – Langmeier, J. (1974): Psychická deprivace v dětství, Avicenum, Praha
- Čáp, J. – Mareš, J. (2001) : Psychologie pro učitele, Portál, Praha

Pyramida lidských potřeb:

smyslu
sociální
psychické
biologické

Tendence a potřeby člověka (Riemann):

samostatnost – sounáležitost
stálost - změna

Potřeby, na které kladou důraz národní standardy kvality sociálních služeb:

- autonomie
- nezávislost
- integrace
- respektování potřeb
- běžný způsob života (ve srovnání s vrstevníkem)
- partnerství.

Hierarchie „potřeb“ podle Maslowa:

1. Fyziologické – potraviny, tepla, vyměšování, odstranění bolesti aj. Zajišťují biologické fungování člověka a jeho organismu, vyžadují přednostní uspokojení před dalšími.
2. Bezpečí - uhýbání neznámému, neobvyklému, hrozivému a hledání jistoty.
3. Nálezení a lásky - patřit někam a někomu, být přijímán a milován (i vztahy sexuální).
4. Úcty a sebeúcty – být druhým vážen, ceněn a sám sebou kladně hodnocen.
5. Sebeuskutečnění - stát se tím, čím se člověk může a má stát, naplnit své možnosti růstu a rozvoje.
6. Poznávání a rozumění – získávat poznatky již nejen ve službě nedostatkových motivů, nýbrž pro poznání samo, a objevovat smysl, který pro člověka poznávání skutečnost má.
7. Estetických prožitků - objevovat a vytvářet souměrnost, řád a krásu.

Psychické potřeby (Langmeier – Matějček):**1. Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů.**

Takovým přívodem podnětů se organismu umožňuje, aby se „naladil“ na žádoucí úroveň aktivity. Pro člověka to znamená, že se nebude nudit, ani že nebude soustavně podněty přetěžován.

2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech.

Říká se tomu „smysluplný svět“. Naplnění této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které k nám prostřednictvím všech našich smyslů přicházejí, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Kdybychom totiž všechno dění ve svém okolí vnímali jen jako náhodné, vznikl by z toho chaos a ničemu bychom se nemohli naučit. Jde tedy o základní potřebu umožňující učení.

3. Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobám prvotních vychovatelů.

Náležité uspokojení této potřeby přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní uspořádání jeho osobnosti.

4. Potřeba identity, tj. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty. Z náležitého uspokojení této potřeby vychází zdravé vědomí vlastního já. Toto vědomí je pak dále podmínkou proto, aby si člověk mohl na své vývojové dráze osvojit užitečné společenské role a stanovit si hodnotné cíle pro svá snažení.

5. Potřeba otevřené budoucnosti, neboli životní perspektivy.

Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí, což - přeloženo do psychologické řeči - znamená rozpětí mezi otevřeností a uzavřeností osudu, mezi nadějí a beznadějí, mezi životním rozletem a zoufalstvím.

Lidské potřeby (Čáp - Mareš):

1. Elementární životní potřeby – fyziologické potřeby (potřeba kyslíku, potravy, pohody – nepřítomnost bolesti, teplo, spánek, odpočinek...).
2. Potřeba sexuální.
3. Potřeba jistoty – překrývá se s tím, co se dříve označovalo jako „pud sebezáchovy“, projevuje se v nebezpečí, při nepředvídatelných událostech, v „nepřehledné situaci“, tedy nejen při fyzickém ohrožení, ale také při ohrožení psychickým, či sociálním.
4. Potřeby podnětu, změny a činnosti: když je člověk na delší dobu izolován od světa, v krajním případě v experimentech – např. ve zvukotěsné kabině s omezením pohybu, když má nedostatek podnětů, když je v jednotvárné situaci a je mu znemožněna činnost, pocituje to nelibě, vyhledává podněty, nové dojmy, změnu a „rozptýlení“, činnost, v krajním případě upadá do vzteku či zoufání, může se dostavit přímo chorobný stav. Potřeba činností se projevuje funkční libostí, tj. radostí ze samotného vykonání činnosti bez ohledu na výsledek, uznání a pochvalu, v elementární radosti z pohybu, v nejrůznějších zálibách a koníčcích až po náročné zájmy kulturní, technické a jiné.
5. Potřeba sociálního styku – vzájemně kladných citů a citových projevů s členy rodiny, kamarády a přáteli, erotickým partnerem, spolupracovníky. Aspektem této potřeby je přijímání péče druhých o sebe a aktivní pečování o druhé.
6. Potřeba výkonu a společenského uznání – potřeba dosáhnout dobrých výsledků v práci a v jiné činnosti a tím i uznání druhých, vyrovnat se s druhými, vyniknout nad ně, získat prestiž, popřípadě překonat „pocit méněcennosti“.
7. Potřeby poznávací a estetické – od elementárních zvědavostí přes touhu člověka, zejména mladého, poznat svět, až po specializované vědecké zájmy: záliba v krásných předmětech, květinách, krajinách, upraveném prostředí, umělecké zájmy.
8. Potřeba uskutečňovat v životě určitý záměr nebo cíl a podle toho řídit své činnosti a jednání, běh života, formovat svou osobnost. Např. stát se výborným sportovcem, technikem, vynálezcem, lékařem, nebo zdravotní sestrou, obětavě pečující o lidi, stát se ideální matkou svým dětem. Někdy se užívá pojem potřeba seberealizace nebo sebeaktualizace. Jednotlivec se také snaží svým chováním přimět lidi k tomu, aby v něm viděli právě toho, kým chce být.

■ Příloha IV. – Gestalt přístup

Text zpracován za použití knih a pramenů:

- Mackewn, J. (2004): Gestalt psychoterapie, Portál, Praha
- Zinker, J. (2004): Tvůrčí proces v Gestalt terapii, ERA, Šlapanice
- Erving a Miriam Polsterovi (2000): Integrovaná Gestalt terapie, Albert, Boskovice
- Institut pro Gestalt terapii: Co je Gestalt terapie? (www.gestalt.cz)

„Gestalt poradenství a terapie je elegantní způsob práce, který lze považovat za umění svého druhu, vyžaduje znalost příslušných technik, zkušenost a cit.“ (Mackewn, 2004, s. 24). Autorka

dále zdůrazňuje, že podstatou Gestalt přístupu je tvořivé přizpůsobení terapeuta a jeho přístupu tak, aby mohlo dojít k setkání s druhým člověkem či lidmi takovými, jací právě jsou. Jde tedy o velmi pružný přístup, který lze jej úspěšně uzpůsobovat při práci s celou řadou klientů a v různých situacích. Lze jej úspěšně využívat při práci na psychiatrických odděleních, jako cílené poradenství ve zdravotnictví, školství i organizacích.

Autorka o Gestalt přístupu dále říká: „Jeho důraz na vzájemné vztahy a systémové pojetí jej přímo předurčuje k práci s páry, rodinnými systémy, skupinami, pracovními týmy a většími komunitami či politickými systémy.

Gestalt přístup lze pružně měnit, takže může obsáhnout tiché bytí v blízkosti umírajícího člověka, rozhovor se studentem o způsobech efektivního učení, citlivé navázání kontaktu s oběťmi zneužívání či s někým, kdo je nedůvěřivý, hraní si s člověkem, který si jako dítě neměl možnost hrát, využití poradenství v pracovním kontextu nebo zapojení se do sociálních, politických či organizačních struktur.“ (Mackewn, 2004, s. 24).

Mimořádně důležitým aspektem Gestalt přístupu je tvořivost. Tvořivost pro klienty i terapeuty. „Můžeme jako terapeuti důvěřovat tomu, co si uvědomujeme, našim fantaziím, tušením, momentálním nápadům i tělesnému vnímání, protože to vše je funkcí pole současného setkání, to vše nám dává zprávu o dění mezi námi a klientem.“ (Roubal, J. In.: Zinker, 2004, s. IX)

Principy Gestalt terapie:

- Teď a tady
- Uvědomění
- Zkušenost
- Kontakt
- Fenomenologie
- Pole
- Holismus
- Dialog
- Zodpovědnost
- Kreativita
- Růst

Nejdůležitější zásadou Gestalt terapie je „Teď a tady“ – důraz na aktuální prožívání. Terapeut (poradce) pomáhá klientovi – a základem dialogu může být i např. vzpomínka na minulou událost - vnímat jeho aktuální pocity, emoce, myšlenky, projevy. Zkoumáním, objevováním a prožíváním svých pocitů, emocí, myšlenek, tělesných projevů si klient rozšiřuje své uvědomění. A přebírá za sebe zodpovědnost. Tím se stává celistvější, zdravější, svobodnější, bohatší, uvědomělejší.

Gestalt přístup věnuje pozornost tělu a tělesným podpůrným systémům: dýchání, postoji, pohybům, strnulosti svalového krunýře. Všimá si (pomáhá přítom klientovi) průvodních tělesných jevů funkčních procesů.

Používat Gestalt přístup především znamená:

- Zůstat v přítomnosti člověka. Prožívat situaci TADY a TEĎ.
- Napomáhat vjemům, uvědomění, vzrušení.

- Napomáhat kontaktu ve vztahu k potřebám.
- Opakovaně vystavovat člověka zřetelnějšímu uvědomění jeho potřeb a zkoumání způsobů jejich uspokojení.
- Neinterpretovat.
- Všimát si rozporů mezi slovy (obsahem) a vzhledem (formou) nebo jednáním, myšlením a pocity.

Gestalt terapie patří do skupiny humanisticky orientovaných psychoterapeutických směrů. Zakladatelem Gestalt terapie byl Frederik Perls (lékař, původně psychoanalytik). Proslul heslem: „Netlač řeku, teče sama!“. K významným představitelům tohoto psychoterapeutického směru patří jeho žena Laura Perls, Ralph Hefferline, Paul Goodman, Erving a Miriam Polsterovi, Gary Yontef, James Semkni, Joseph Zinker aj.

■ Příloha V. — Empatie

Text zpracován za použití knih:

- Rogers, C.R. (1998): Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele, Portál, Praha
- Nykl, L. (2004): Pozvání do Rogersovské psychologie, Přístup zaměřený na člověka, Barrister a Principál, Brno

Empatií (vcítěním) chápeme takový postup, kdy terapeut „přesně cítí s klientem zažité osobní významy a toto porozumění vůči klientovi projevuje. Nejedná se pouze o vědomé a klientem vyjádřené obsahy, které terapeut empaticky cítí při ponoření se do vnitřního světa klienta, ale někdy i o obsahy, které se mohou nacházet těsně pod hranicí klientova vědomí. Toto se také neděje neustále. Obzvláště pocit pod hranicí vědomí se vynoří jen za zřídka „zdaru“.“ (Nykl, 2004, s. 37)

Důležitou dovedností terapeuta je rozlišovat mezi vnímáním sebe a klienta. Terapeut si dokáže sebe plně uvědomovat, jeho uvědomění sebe se stává základním nástrojem a dokáže přecházet ze světa klienta k sobě.

„Prožívat stav empatie či být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil dimenzi „jako by“. Znamená to tedy cítit bolest nebo radost druhého tak, jak ji cítí on, a vnímat jejich příčiny stejně, jako je vnímá on, avšak bez toho, že bych pozbyl vědomí toho, že je to jako bych já cítil bolest či radost a podobně. Ztratím-li tuto dimenzi „jako by“, pak se jedná o identifikaci.“ (Rogers, 1998, str. 125).

„Empatický způsob bytí s druhým člověkem má několik aspektů. Je to vstupování do osobního percepčního světa druhého a dokonalé zabydlení se v něm. Je třeba být citlivý, vteřinu po vteřině, k proměnám pocíťovaných významů plynoucích v nitru druhého člověka, včetně strachu, vzteku, něhy, zmatku, nebo čehokoliv jiného, co druhý prožívá. Znamená to dočasně žít životem druhého člověka, orientovat se v něm taktně a vzdát se vlastního hodnocení. Předpokládá to pocíťovat významy, kterých si je ten druhý sotva vědom, avšak nepokoušet se odkrýt zcela nevědomých pocitů, neboť to by ho ohrožovalo. Patří sem též vyjadřování vlastních pocitů vztahujících se ke světu druhého, přičemž aspekty, jichž se protějšek obává, jsou

nahlíženy svěžím a rozvážným pohledem. Předpokládá to intenzivně ověřovat správnost svých pocitů s míněním druhého a nechat se vést odezvami, které od něho dostávám. Je třeba být důvěrným společníkem druhého člověka v jeho či jiném vnitřním světě. Poukazováním na možné významy v toku prožívání se druhému člověku dostává pomoci v soustředění se na užitečné zdroje a v plnějším prožívání jejich významů, což vede k plynulejšímu toku jeho prožívání.

Být takovým způsobem s druhým znamená prozatím odložit vlastní názory a hodnoty s cílem vstoupit do jeho světa bez předsudků. Svým způsobem to také znamená odložit své self. Toho se mohou odvážit pouze lidé, kteří jsou si sami v sobě jisti natolik, že se nemusí bát toho, že by se ve světě druhého člověka ztratili - ať se ukáže být sebevíc podivným či bizarním. Věřím, že tento dopis dostatečně vysvětluje, že dovednost empatie je komplexní, náročná a mocná - ačkoliv současně jemná a citlivá - cesta k bytí.“ (Rogers, 1998, str. 126 – 127).

■ Příloha VI – Problematika restriktivních opatření v České republice

Mgr. Romana Kulichová

Česká republika v posledních letech čelí kritice ze strany vyspělých evropských států v oblasti používání restriktivních opatření v zařízeních poskytujících sociální a zdravotní, resp. psychiatrické služby.

Na problematiku restriktivních opatření ale upozorňovali čeští odborníci opakovaně již od roku 1989. Zejména v souvislosti se standardy kvality sociálních služeb se téma ochrany lidských práv stalo aktuálním.

První upozornění na závažnou situaci na mezinárodní úrovni vzešlo od Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání, který v roce 2002 navštívil některé ústavy sociální péče a psychiatrické léčebny na našem území. Podobně nepříznivě pro Českou republiku vyzněla zpráva MDAC (Mental Disability Advocacy Center - nezávislá nevládní organizace na obranu lidí s mentálním handicapem či duševním onemocněním). Tyto organizace shodně kritizovaly zneužívání restrikcí, konkrétně klecových lůžek s mříží či sítí, v rezidenčních zařízeních sociální péče a v psychiatrických léčebnách.

Rovněž Amnesty International v roce 2004 shledala užívání klecových lůžek a neposkytování vhodné rehabilitace a péče postiženým dětem v ústavech sociální péče jako kruté, nelidské a ponižující zacházení.

Problematika se dostala do povědomí široké, a to i zahraniční veřejnosti po publikování reportáže o poměrech v jednom českém ústavu sociální péče v britských Sunday Times a vyvolala rozsáhlou diskusi na mezinárodní úrovni. Tato diskuse o užívání restriktivních opatření, zvláště klecových a sítových lůžek, dosud pokračuje. Další vlnu zájmu a konfrontaci názorů vyvolala série článků zveřejněná letos na jaře.

Česká republika v důsledku tohoto dění začala podnikat prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) kroky k nápravě: začátkem roku 2004, v souvislosti se vstupem do Evropské unie, bylo označeno jako žádoucí zrušit užívání klecových lůžek opatřených mříží a snížit počet síťových lůžek. Zároveň mělo být umístění klienta do síťového lůžka možné pouze na základě doporučení odborného lékaře, zaznamenaného do zdravotní dokumentace. (Do té doby nebylo užití restrikcí nijak omezeno ani evidováno.)

V červnu téhož roku vydalo MPSV Metodické opatření, které označuje použití klecových lůžek opatřených mříží v zařízeních sociálních služeb za nepřípustné a použití klecových lůžek opatřených sítí za přípustné jen v mimořádných situacích, kdy je ohroženo zdraví a život klienta či jiné osoby, a to pouze na dobu nezbytně nutnou a za striktního dodržení pravidel evidence. Součástí evidence je důvod k užití lůžka – podrobný popis situace, určení doby použití lůžka, podpisy osob, které použití lůžka navrhly, schválily (lékař) a byly s ním srozuměny (ředitel zařízení). Dále se stanovuje, že k používání klecového lůžka opatřeného sítí musí dát souhlas zákonný zástupce a musí být o jeho použití informován bezprostředně po jeho použití. Zřizovatel průběžně sleduje evidenci používání klecových lůžek opatřených sítí a při opakovaném použití tohoto typu lůžka pro jednoho klienta doporučí zařízení nezávislého odborníka. (Metodické opatření MPSV k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízeních sociálních služeb ze dne 28. června 2004.)

Řešení problematiky restriktivních opatření v zařízeních sociálních služeb bylo vyhlášeno tématem roku 2005. MPSV rovněž vyškolovalo v rámci svého vzdělávacího programu téměř 40 průvodců dobrou praxí v problematice práce s klientem s rizikem v chování a zahrnulo oblast restriktivních opatření do opožděně vyhlášeného programu Phare 2003 RLZ.

V roce 2005 rovněž nabyl účinnosti zákon č. 218/2005 Sb., kterým se mění zákon 100/1988, o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon stanoví, že „Při poskytování ústavní sociální péče ... nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž je ústavní sociální péče poskytována, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze na dobu nezbytně nutnou.“ Dále je upravena povinnost ústavu bez zbytečného odkladu informovat o použití opatření omezujícího pohyb osob zákonného zástupce a zřizovatele zařízení a povinnost vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v přesně stanoveném rozsahu (jméno osoby, které je ústavní sociální péče poskytována, datum a čas počátku použití opatření omezujícího pohyb osob, důvod jeho použití, jméno osoby, která je použita, informace o předchozí indikaci lékařem, příp. vyjádření lékaře v případech, kdy k použití došlo bez předchozí indikace lékařem, datum a čas ukončení použití opatření, záznam o splnění povinnosti informovat – viz výše).

V komentáři k zákonu č. 218/2005 Sb. (publikovaného na internetových stránkách MPSV <http://www.mpsv.cz/cs/2151>, jehož autorem je Odbor 22 MPSV) se uvádí, že: „Restriktivní (omezující) prostředky (opatření) dosud byly používány v zařízeních sociální péče bez zjevné kontroly, a to i v situacích, kdy k ohrožení života či zdraví přímo nedocházelo.“ Opatření omezující pohyb osob jsou zde definována a popsána jako „všechna opatření, která zamezí člověku svobodně a bez omezení se pohybovat v rámci zařízení. Zamezí mu svobodně opustit lůžko, místnost apod. a omezí tak svobodný projev jeho vůle. Jsou známy prostředky mechanické, fyzické a chemické.“

Fyzické (úchopy, držení rukama) - nejsou zneužitelné k trestu ani úlevě v práci personálu, ale musí být profesionální a šetrné. (Viz výše – vyškolení průvodců dobrou praxí.)

Mechanické - zejména kurty, řemeny, svěrací kazajky, klecová lůžka, izolační místnosti, zamčené dveře a všechny další mechanické zábrany volného pohybu člověka.

Chemické - např. neuroleptika, hypnotika.

Z tohoto výkladu jasně vyplývá, že problematiku restriktivních opatření nelze zužovat pouze na užívání klecových a síťových lůžek. V praxi je možné, že použití jednoho typu restrikce bude nahrazeno jiným, povoleným typem, ale je sporné, zda toto řešení akutní situace bude vůči klientovi humánnější (např. zvýšená medikace). I v průběhu projektu se ukázalo, že otázku restrikcí nelze takto omezit – v zařízeních jsou používány i další typy omezovacích prostředků. Zároveň se ukázalo, že pro poskytovatele je problémem nejednoznačnost definice restriktivních opatření. V některých ústavech pak nejsou za restrikce považována některá omezení – např. izolace klientů na pokoji.

S účinností od 1.1.2006 byla 30. září 2005 uveřejněna ve Sbírce zákonů pod číslem 381/2005 Sb. novela zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv. Stávající povinnosti ombudsmana se nově rozšířily o provádění systematických návštěv všech míst (zařízení), kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě – bez ohledu na to, zda jsou tyto osoby omezeny na svobodě na základě rozhodnutí či příkazu orgánu veřejné moci, nebo v důsledku faktické situace, v níž se nacházejí. Cílem ochránce je zjišťovat, jak je s těmito osobami zacházeno. Systematické preventivní návštěvy ombudsman provádí mimo jiné v zařízeních sociální péče (včetně ústavů sociální péče a domovů důchodců). Institut ombudsmana zde začal úlohu nezávislé vnější kontroly nad místy, kde se nacházejí osoby omezené na svobodě, která v ČR dosud neexistovala.

Další posun v oblasti používání prostředků omezujících pohyb osob představuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 89, kde jsou upravena opatření omezující pohyb osob, nabývá účinnosti 1. 1. 2007 (viz Příloha VIII.). Nadále platí, že „při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.“ Jsou zde rovněž popsány možné způsoby zklidnění situace, které mají předcházet užití omezujícího opatření, pravidla pro jejich užití, pravidla pro podávání informací a povinnost evidence a její způsob. V odst. 4 jsou vyjmenovány druhy těchto opatření: „Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě na základě ordinace lékaře.“

■ Příloha VII. – Komentář k zákonu č. 218/2005 Sb.,

kterým se mění zákon 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon"), zákon č.463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č.117/1995 sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

§ 89 a

- (1) Při poskytování ústavní sociální péče podle § 87 a 89 nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž je ústavní sociální péče poskytována, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou.
- (2) Ústav sociální péče je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu
 - a. zákonného zástupce osoby, které je ústavní sociální péče poskytována,
 - b. zřizovatele zařízení.
- (3) Ústav sociální péče je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu
 - a. jméno, příjmení a datum narození osoby, které je ústavní sociální péče poskytována,
 - b. datum a čas počátku použití opatření omezujícího pohyb osob,
 - c. důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,
 - d. jméno a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila,
 - e. informace, zda bylo opatření omezující pohyb osob použito na základě předchozí indikace lékařem,
 - f. vyjádření lékaře v případech, kdy k použití opatření omezujícího pohyb osob došlo bez předchozí indikace lékařem,
 - g. datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,
 - h. záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 2."

Vzhledem k postupující humanizaci společnosti a zvyšujícím se nárokům na důstojnost uživatelů poskytovaných služeb a v harmonizaci přístupů se zeměmi evropského společenství bylo z iniciativy Ministerstva práce a sociálních věcí ČR přistoupeno v historii poprvé k nastavení limitů omezování pohybu uživatelů sociálních služeb.

Nastavení pravidel požadovaly kompetentní orgány EU s oprávněnou kritikou jejich absence v zařízeních sociální péče v ČR. MPSV vycházelo při tvorbě znění předpisu jak ze snahy ochránit uživatele před zneužíváním prostředků omezujících pohyb, tak ze snahy ochránit pracovníky zařízení sociální péče před nemožností kompetentně zasáhnout v situaci zvýšené agresivity uživatelů.

Restriktivní (omezující) prostředky (opatření) dosud byly používány v zařízeních sociální péče bez zjevné kontroly, a to i v situacích, kdy k ohrožení života či zdraví přímo nedocházelo.

Opatření omezující pohyb osob jsou všechna opatření, která zamezí člověku svobodně a bez omezení se pohybovat v rámci zařízení. Zamezí mu svobodně opustit lůžko, místnost apod. a omezí tak svobodný projev jeho vůle. Jsou známy prostředky mechanické, fyzické a chemické.

Fyzické (úchopy, držení rukama) - nejsou zneužitelné k trestu ani úlevě v práci personálu, ale musí být profesionální a šetrné. Odbor sociálních služeb pořádá kurz, ve kterém se odborníci z řad sociálních služeb mimo jiné učí pravidlům šetrné sebeobrany, tato metodika byla vyvinuta právě pro situace nutných zásahů v zařízeních sociální péče.

Mechanické - zejména kurty, řemeny, svěrací kazajky, klecová lůžka, izolační místnosti, zamčené dveře a všechny další mechanické zábrany volného pohybu člověka.

Chemické - např. neuroleptika, hypnotika.

K omezení pohybu uživatele lze přistoupit pouze tehdy, když byly bez úspěšného výsledku vyzkoušeny všechny ostatní možné strategie pro zabránění takovému jednání uživatele, kterým ohrožuje zdraví či život svůj nebo jiné osoby a rizika vyplývající z neomezení pohybu uživatele jsou větší než rizika vyplývající z jeho omezení. V případě použití omezovacího opatření v situaci, kdy není nutné chránit zdraví či život člověka, dochází k tomuto použití v rozporu s jeho lidskými právy.

Opatření omezující pohyb člověka musí být použito pouze za odborného dohledu lékaře, který uživateli průběžně poskytuje léčebnou péči a může být použito jen na dobu nezbytně nutnou. Dobou nezbytně nutnou se rozumí doba, po kterou trvá situace ohrožení života či zdraví uživatele či jiné osoby.

Rozsah a povaha omezení musí být přiměřená míře aktuálního ohrožení a individualitě uživatele a musí být ukončeno, hned jak pomine situace ohrožení.

O použití opatření omezujícího pohyb uživatele informuje zařízení zřizovatele zařízení bez zbytečného odkladu. Způsob a pravidla podávání informací je věcí dohody mezi zřizovatelem a poskytovatelem služby.

O použití opatření omezujícího pohyb uživatele informuje poskytovatel bez zbytečného odkladu zákonného zástupce uživatele. Způsob a pravidla podávání informací je věcí dohody mezi poskytovatelem služby a zákonným zástupcem uživatele služby.

Odbor sociálních služeb připravuje podpůrnou metodiku, zahrnující i formuláře pro evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob.

K prevenci situací, které by mohly vést k nutnosti omezit pohyb uživatele s cílem ochránit jeho zdraví či život patří:

- analýza individuálních potřeb uživatele a naplňování těchto potřeb
- vytvoření individuálního plánu péče pro uživatele, jejich pravidelné týmové zhodnocování a důsledné naplňování
- zajištění stejných přístupů k uživateli všemi pracovníky v situacích, které by mohly vést nebo vedou k užití opatření omezujícího pohyb uživatele
- strategie de-eskalace nebo "zmírňování," které mohou odvrátit potřebu užití opatření omezujících pohyb pro uživatele
- zajištění vzdělávání pracovníků v péči o uživatele s rizikem v chování
- zavádění standardů kvality do zařízení
- posílení množství a odbornosti pracovníků v zařízení s ohledem na umístění uživatelů s problémovým chováním
- zajištění kvalitní diagnostiky pro uživatele a její revize
- vytváření příležitostí pro uživatele k zapojení do smysluplných aktivit, které zahrnují možnost volby a pocit z úspěšného splnění úkolu

Uživateli, který je vystaven situaci použití opatření omezujícího pohyb osob, je nutné poskytnout zvýšenou odbornou péči, revidovat způsob poskytované péče a hledat možnosti a způsoby zkvalitnění péče v souladu s jeho potřebami.

■ Příloha VIII. — Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., § 89

Opatření omezující pohyb osob

- (1) Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.
- (2) Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb.
- (3) Před použitím opatření omezujícího pohyb osob je zapotřebí souhlasu lékaře, kterého je poskytovatel sociálních služeb vždy povinen přivolat, pokud nepostačuje postup podle odstavce 2.
- (4) Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě na základě ordinace lékaře lze použít léky.
- (5) Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob.
- (6) Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, které jsou poskytovány sociální služby, nebo jde-li o nezletilou osobu, která byla svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné osoby, tuto osobu.
- (7) Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu
 - a) jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby,
 - b) datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob,
 - c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,
 - d) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila,
 - e) souhlas lékaře,
 - f) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,
 - g) popis bezprostředně předcházející situace,
 - h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 6,
 - i) popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití opatření omezujících pohyb osob,

a umožnit nahlížení do této evidence zákonnému zástupci osoby nebo osobě jí blízké nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím příslušného orgánu do péče, zřizovateli zařízení, lékaři a Veřejnému ochránci práv.

■ Příloha IX. – Supervize

Použitá literatura:

- Hawkins, P. – Shohet, R. (2004): Supervize v pomáhajících profesích, Portál, Praha
- Úvod do supervize. Cyklický model (2002). Za použití knihy Steve Page – Val Wosket: Supervising the Counsellor/A Cyclical Model. New York 1994, přeložila a upravila Petra Svobodová, Sdružení Scan, Tišnov
- SUPERVIZE. Sborník textů ze symposia Supervize v psychoterapii. Sestavil EIS, Z. Praha, Pražský psychoterapeutický institut a PALLATA 1995.s.

Supervizí v kontextu sociálních služeb zpravidla rozumíme podporu pracovníka či pracovního týmu při řešení obtížných situací prostřednictvím nezávislého odborníka. Standardy kvality sociálních služeb považují za nezbytné, aby pracovník v přímé péči o klienty měl příležitost k takové podpoře. Standardy kvality sociálních služeb zdůrazňují aspekt „nezávislosti“ supervizora, čímž významně odlišují prostor mezi supervizí (pomocí vnější nezávislé podpory) a intervizí (podporou uvnitř organizace).

Pojem supervize se původně používal v anglicky mluvících zemích, označoval „dohled“, „kontrolu“. Později se pojem supervize začal používat v psychoterapii, a to jako součást přípravy začínajících terapeutů. V současné době zažívá pojem supervize konjunkturu, setkáváme se s ním v souvislostech se vzděláváním, zajišťováním praxí studentů, řízením lidských zdrojů v organizacích, zajištěním nezávislé podpory pracovníků a pracovních týmů ve zdravotnictví a v sociálních službách.

Slovo „supervize“ vzniká spojením slov super a vize. Označení „super“ má zpravidla význam jako „nad“. Můžeme tím rozumět právě nezávislost, nadhled, odstup supervizita. Špitz (SUPERVIZE. Sborník textů ze symposia Supervize v psychoterapii sestavil EIS, Z. Praha, Pražský psychoterapeutický institut a PALLATA 1995.s.) hovoří také o překračujícím, transcendentujícím významu.

Hawkins a Shohet (Hawkins, P. – Shohet, R. (2004): Supervize v pomáhajících profesích, Portál, Praha) přináší definici Hesse (Hess, A.K. (ed.) (1980): Psychotherapy Supervision: Theory, Research and practice, New York, Willey) jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“.

Většina autorů se shoduje, že cílovým adresátem supervizní podpory je klient supervidovaného pracovníka. K blahu a prospěchu klienta a ochraně zájmů klienta veškerý proces supervize směřuje.

Supervize v pomáhajících profesích plní tři hlavní funkce:

Vzdělávací Rozvíjí schopnosti, dovednosti, vědomosti supervidovaných. Může jít o uvědomování vlastních stavů a procesů, porozumění procesům klienta, uvědomování vztahu mezi pracovníkem a klientem, hledání dalších způsobů řešení a intervencí atp.

Podpůrnou Věnuje se zpracovávání pocitů a emocí pracovníka.

Normativní Plní roli kontroly kvality, poukazuje na normy a hodnoty, pomáhá stanovovat a udržovat hranice.

Principy supervize

Supervize je proces, který se neobejde bez jasných principů a pravidel. Některé velmi podstatné zásady supervize shrnuje a vysvětluje kniha Úvod do supervize (Úvod do supervize. Cyklický model. (2002). Za použití knihy Steve Page – Val Wosket: Supervising the Counsellor/A Cyclical Model. New York 1994, přeložila a upravila Petra Svobodová. Sdružení Scan):

Etické principy

- Věrnost – dodržení slibů.
- Možnost nápravy – snaha a možnost napravit případné nesprávné jednání.
- Vděčnost – oplácení a vrácení druhým, co pro nás učinili dobrého.
- Spravedlivost – být spravedlivý ve vztahu k druhým, dávat jiným stejnou měrou.
- Altruismus – pracovat ve prospěch druhých.
- Sebezlepšování – pracovat na sobě.
- Neubližování – vědomá snaha neohrožovat druhé.

Tyto principy autoři dále konkretizují do zásad supervize:

- Autonomie klienta
- Dodržování pravidel
- Dodržování hranic
- Důvěrnost
- Věnování spravedlivé pozornosti klientovi i pracovníkovi
- Fér chování ke všem.

Publikace shrnuje prvořadý požadavek na supervizora (s. 74), aby neubližoval. Kompetenci a profesionalitu supervizora spatřuje v následujícím:

- Být kompetentním po odborné stránce.
- Ovládat nezbytné dovednosti.
- Mít dostatečné znalosti a zkušenosti.
- Být dostatečně emocionálně stabilní.
- Být ochoten dále se učit a rozvíjet.

Formy supervize

Z hlediska časového můžeme rozdělit supervizi na

- Krátkodobou (jednorázová nebo časově omezená intervence. Zpravidla podporující řešení konkrétní situace).
- Střednědobou (kontrakt na období jednoho dvou let).
- Dlouhodobou (kontinuální a dlouhodobé včlenění supervize do systému a života organizace).

Z hlediska zaměření na cílovou skupinu rozlišujeme:

Individuální supervizi - supervizor pracuje právě s jedním pracovníkem.

Skupinovou - týmovou supervizi (supervizor pracuje se skupinou pracovníků).

Manažerskou - supervizor se věnuje managementu.

Z hlediska tématu supervizního setkání rozlišujeme:

Případovou supervizi - je diskutován konkrétní případ klienta.

Týmovou supervizi - tématem supervize jsou vztahy v týmu, role, situace pracovníků a týmu, zvládnutí pracovních situací atp.

Manažerskou supervizi - tématem je řízení organizace, vztahy mezi pracovníky a vedením, vzájemné potřeby.

Rozvojovou supervizi - tématem je budoucnost a rozvoj organizace, vize, cíle, koncepce, cesta týmu k cílům, zavádění změn.

Balintovská skupina

Jednou ze zajímavých, užitečných a přínosných technik supervize je balintovská skupina. Autorem techniky je lékař Michael Balint, který začal techniku používat jako metodu svépomocné skupiny lékařů při řešení obtíží vztahu pacient – lékař.

Balintovská skupina přináší strukturovanou diskusi členů pracovního týmu. V průběhu techniky se účastníci učí naslouchat, dodržovat pravidla a hranice, zkoumat vlastní pocity a uvědomění, poskytovat podporu, prozkoumávat situaci z různých úhlů pohledu. Technika balintovské skupiny má následující fáze:

1. sdílení témat
2. výběr tématu
3. expozice příběhu
4. dotazování
5. fantazie za jednotlivé aktéry příběhu („Mám fantazii za ...“)
6. náměty na řešení („Já bych na tvém místě...“)
7. vyjádření nositele příběhu
8. vyjádření účastníků skupiny.

Další techniky používané v průběhu supervize

Supervizoři se odlišují také tím, jaké rozdílné techniky do supervize přinášejí, resp. jaký psychotherapeutický, sebepoznávací či supervizní výcvik jejich kompetence formoval. Nepochybně jiné postupy, techniky a metody budou vlastní supervizorovi, kterého formoval např. psychoanalytický, kognitivně-behaviorální, rogeriánský směr či Gestalt přístup aj. aj.

Častá témata supervizí v prostředí ústavů sociální péče:

- Agresivní klient
- Nedostatek soukromí
- Klient, jehož potřeby nedokážeme naplnit
- Problémový klient
- Střet zájmů mezi rodinou a klientem
- Osamělý klient
- Pasivní klient
- Klient, který „nic nepotřebuje“
- Vymezování hranic
- Vztahy v týmu
- Generační spory mezi pracovníky
- Zavádění a přijímání změn

- Perspektiva a budoucnost organizace
- Vzájemná komunikace v organizaci
- Hranice zodpovědnosti
- Péče místo podpory
- Nedostatek pracovníků
- Nedostatek podpory od vedení (zřizovatele)
- Práva mají jen klienti, nikoliv pracovníci
- Přenosové vztahy
- Paralelní proces
- Projekce
- Introjekce
- Potřeby pracovníků
- Bezmoc
- Očekávání podpory
- Vztahy k nadřízeným
- Řízení týmů a organizace pracovníků
- Vyhoření
- Únava

■ Příloha X. — Doporučená literatura:

- Attwood, T. (2005): Aspergerův syndrom, Portál, Praha
- Dahlke, R. (2005): Agrese jako šance, Ikar, Praha
- Dahlke, R. (1996): Nemoc jako symbol, Pragma, Praha
- Dahlke, R. (1992): Nemoc jako řeč duše, Pragma, Praha
- Dahlke, R. (2003): Nemoc jako cesta, Knižní klub, Praha
- Dvořák, L. (2004): Obejměte své vnitřní dítě, Portál, Praha
- Gendlin, E.T. (2003): Focusing, Portál, Praha.
- Hrdlička, M. - Komárek, V. (2004): Dětský autismus, Portál, Praha
- Howlin, P. (2005): Autismus u dospívajících a dospělých, Portál, Praha
- Kastová, V. (1999): Imaginace jako prostor setkání s nevědomím, Portál, Praha
- Komárek, V. - Hrdlička, M. (2004): Dětský autismus, Portál, Praha
- Kopřiva, K. (1997): Lidský vztah jako součást profese, Portál, Praha
- Mackewn, J. (2004): Gestalt psychoterapie, Portál, Praha
- Nesnídalová, R. (1994): Extrémní osamělost, Portál, Praha
- Nykl, L. (2004): Pozvání do Rogersovské psychologie. Přístup zaměřený na člověka, Barrister a Principál, Brno
- Pease, A. (2001): Řeč těla, Portál, Praha
- Prouty, G. - Werde, D. - Portner, M. (2005): Preterapie, Portál, Praha
- Riemann, F. (1999): Základní formy strachu, Portál, Praha
- Rogers, C.R. (1998): Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele. Portál, Praha.
- Ruiz, M. (1997): Čtyři dohody, Pragma 1997, Praha
- Schmidbauer, W. (2000): Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha
- Schmit, P., Seifert, A. a Seifert, T. (2004): Aktivní imaginace, Portál, Praha

Walsch, N. D. (1998): *Hovory s Bohem*, Pragma, Praha
 Zinker, J. (2004): *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*, ERA 2004, Šlapanice.

Další zajímavé prameny:

Balická, K. (2005): *Práce s klientem s rizikem v chování. Manuál průvodce dobrou praxí*, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Praha
 Dolejší, M. (1983): *K otázkám psychologie mentální retardace*, Avicenum, Praha
 Johansenová, B. G. (1998): *Děti s autismem a speciálně pedagogická péče o ně*. In: "Pedagogika - Autismus", Parta, Praha 1998
 Hawkins, P. (2004): *Supervize v pomáhajících profesích*, Portál, Praha
 Cháb, M. (2004): *Svět bez ústavů*, Občanské sdružení Quip - Společnost pro změnu, Praha
 Jelínková, M. (2004): *Autismus. 8, Pedagogicko-psychologické hodnocení a výchovně vzdělávací strategie u žáků s autismem*, Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, Praha
 Standardy kvality sociálních služeb (2002), Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Praha
 Kitzbergerová, M. - Erazímová, L. (2005): *"Z ústavu do života"*, Podpora rozvoje sociálních a komunikačních dovedností dětí, Člověk v tísni - společnost při ČT, Praha
 Matoušek, O. (1995): *Ústavní péče*, Sociologické nakladatelství, Praha
 Mühlpachr, P. (2001): *Vývoj ústavní péče*, Masarykova univerzita, Brno
 Peeters, T. (1998): *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*, Scientia, Praha
 Richman, S. (2006): *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*, Portál, Praha
 Schopler, E. (1997): *Autistické chování*, Portál, Praha
 Schopler, E. (1999): *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem*, Portál, Praha
 Schopler, E. (1998): *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*, Příručka pro učitele i rodiče, Portál, Praha
 Svobodová, P. (2002): *Úvod do supervize: cyklický model*. Sdružení SCAN, Tišnov
 Vexiau, A. - M. (2003): *Dej mi ruku, ať mohu mluvit*, ISV nakladatelství, Praha
 Vocilka, M. (1996): *Artismus*, TECH-MARKET, Praha.
 Vocilka, M. (1994): *Výchova a vzdělávání autistických dětí*, Septima, Praha
 Vocilka, M. (1995): *Autismus a možnosti výchovné praxe*, Septima, Praha
 Zgola, J. M (2003): *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Grada Publishing, Praha.

■ Příloha XI. – Poskytovatelé psychoterapeutických a sebezkušenostních výcviků:

- Atelier arteterapie - Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (Jeronýmová 10, 371 15 České Budějovice)
- Atelier Satiterapie - Kodaňská 57/521, 100 00 Praha 10 - Vršovice, tel.: 271 730 565 - www.volny.cz/satiterapie
- Brněnský institut psychoterapie - MUDr. Kulísková, Rezkova 13, 602 00 Brno
- Calix - grafologie a psychologie - Lublaňská 35/1723, 120 00 Praha 2 - www.calix.cz
- Centrum Gaudi - Americká 6, 120 00 Praha 2 - <http://www.gaudia.cz/>
- Centrum pro biosyntézu - Jakubská 7, 602 00 Brno
- Česká arteterapeutická asociace - PhDr. Helena Strnadlová, J. Masaryka 48, 120 00 Praha 2 - www.arteterapie.cz

- Česká asociace transakční analýzy - JUDr. Vladimír Zeithaml, viceprezident ČATA, AK Janák, Zeithaml a spol., Haštalská 27, 110 00 Praha 1, tel.: 224 826 684 - www.ta-cata.cz, e-mail: ak@janakzeithaml.cz
- Česká psychoanalytická společnost - Břehová 3, 110 00 Praha 1 - Josefov, tel.: 721 966 791 - www.psychoanalyza.cz, e-mail: CPS@psychoanalyza.cz
- Česká společnost pro analytickou psychologii (C. G. Jung) - PhDr. Běťák, Dykova 26, 636 00 Brno - www.sweb.cz/cgjung
- Česká společnost pro individuální psychologii (A.Adler) - Petra Šoborová, c/o Fakulta sociálních studií MU, Gorkého 5/7, 602 00 Brno - www.fss.muni.cz/csip, e-mail: csip@fss.muni.cz
- Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii - PhDr. Buriánek, Břehová 3, 110 00 Praha 1 - Josefov, tel.: 222 324 027 - www.cspap.cz, e-mail: info@cspap.cz
- Česká systemická společnost - <http://www.systemic.cz/>
- Česko-německý institut pozitivní psychoterapie a poradenství ARCANA - Skleněná louka, Kounicova23, 602 00 Brno, Doc. PhDr. Jiří Kulka, Csc. - <http://web.telecom.cz/arcanova>
- Český institut pro supervizi - Kamenická 25, 172 00 Praha 7, tel.: 606 601 575 - www.supervize.org, e-mail: bubela@cmhcd.cz
- Český institut pro výcvik v gestalt psychoterapii (CZGTII) - Dialog - MUDr. Helena Fišerová, Ordinace psychiatrie, Revoluční 17, Praha 27 - www.gestalt-dialog.cz
- Český institut zaměřený na člověka Brno - Štefánikova 64, 612 00 Brno
- Ekonomik, s.r.o. - Uhelny trh 4, 110 00 Praha 1 - www.economik.cz
- Epoché, Institut psychoterapeutického vzdělávání - MUDr. Leoš Horák, Zábělská 43, 312 Plzeň
- Eset-help - R. Prchlíková, tel. 272 940 880, 272940879 - <http://www.esethelp.cz/>
- Feedback institut - Střední 7, 162 00 Praha 6, PhDr. Jiří Tyl - www.eeg-bfb-i.cz
- Fokus - V. Vopat, Dolákova 24, 181 00 Praha 8 - www.focus-praha.cz
- INCIP, Vzdělávací středisko mezinárodního programu pro integrovanou psychoterapii a zdravý životní styl - PhDr. Iva Hroncová -Enachescu, Havlíčkova 21/803, 76701 Kroměříž - www.snt.cz/web/incip
- IPIPAP Olomouc (Institut pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství) - PhDr. J. Řehanová, DrSc., J.Glazarové 9C, 779 00 Olomouc - www.ipipapp.cz
- Institut arteterapie ČAA - PhDr. Helena Nováková, Masarykova 48, 120 00 Praha 2
- Institut aplikované analýzy - doc. PhDr.Kocourek, Vítězné nám 10, 1600 Praha 6, tel.: 233 340 305
- Institut Milтона H. Ericsona - Studená 15, 638 00 Brno, PhDr.Juraj Barbarič
- Institut pro gestalt terapii - Korunovační 8, 170 00 Praha 7 - www.gestalt.cz
- Institut rodinné terapie Praha - PhDr.Gjuričová, FN Motol, centrum rodinné terapie DPK pavilon 15, V úvalu 84, Praha 5 - <http://www.rodinnaterapie.cz/>, e-mail: gjuric@mbox.vol.cz
- Institut pro systemickou rodinnou terapii Brno - PhDr. Zeman, Starobrněnská 7, 602 00 Brno
- Institut pro systemickou zkušenost Institut pro systemickou zkušenost - Mgr. Zdeněk Macek, Novodvorská 994, 142 21 Praha 4 - www.isz.cz
- Institut pro terapii a poradenství zaměřený na člověka - U lesa 559, 142 00 Praha 4, PhDr. Miloš Mudra
- Institut pro výzkum rodiny - Š. Bezdodová, Vinohradská 14, 120 00 Praha 2, tel. 271770660, 603775362
- Institut Virginie Satirové - P.O.B.3, 160 41 Praha 6, kontakt MUDr. M. Radosová, 53901 Rváčův - www.satirova.cz
- ISZ group - komplexní psychoterapeutický výcvik - Novodvorská 994, 142 21 Praha 4 - www.isz.cz

- Komplexní vzdělávací program v PCA - kontakt H. Mudrová, U lesa 559, 142 00 Praha 4
- Kurzy Jitky Vodňanské - Středisko pro mládež a RT, Apolinářská 4a, 128 00 Praha 2 - e-mail: jv.kurzy@seznam.cz
- Letokruhy - L. Muller, Rezkova 53, 602 00 Brno - <http://www.letokruh.cz/>
- Postgraduální psychoterapeutický vzdělávací systém 1. LF UK Praha - 1.LF UK Praha Ústav humanitárních studií, Karlovo nám 40, Praha 2
- Pražský psychoterapeutický institut - Doc. MUDr. Jaroslav Skála, Sokolská 28, 120 00 Praha 2
- Pražská vysoká škola psychosociálních studií VIAP a PPF - Hekrova 805, 149 00 Praha 4 - www.viap.cz
- Psýché - Eldrova 717, 181 00 Praha 8 - PhDr. Jitka Lakomá, Csc., tel.: 603 230 851
- Sdružení podané ruce - Hapalova 22, Brno, tel. 541 225 188 - www.podaneruce.cz
- S.E.N.A. (úvodní kurz transakční analýzy) - B. Čepická, 271733456
- Skálův institut - PhDr. Magdalena Frouzová, Vondrušova 1211, 163 00 Praha 6 - e-mail: trainigst@mbox.vol.cz
- Společnost fenomenologické filosofie a psychoterapie - www.sweb.cz/sffp
- Společnost pro katatymně imaginativní psychoterapii - Jihlavská 20, 639 00 Brno - web.quick.cz/kip
- Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu (SLEA) - PhDr. J. Božuková, Volutová 2523, 158 00, Praha 13 - www.volny.cz/slea
- SUR (Občanské sdružení pro vzdělávání v psychoterapii) - MUDr.Krombholz, Kytlická 758, 190 00 Praha 9 - www.sur.cz
- Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch - PPI Liberec, MUDr.Chvála, Jáchymovská 286, 46015 Liberec 5, tel. 485150890
- Výcvik v logoterapii a existenciální analýze při IPIPAP - PhDr. Martina Zemánková, Kudeříkové 3, 636 00 Brno - www.ipipapp.cz

V roce 2006 vydal Středočeský kraj, Zborovská 11, Praha 5

www.kr-stredocesky.cz

Grafická úprava a tisk: grafický ateliér Leonardo spol. s.r.o.