

**Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze**

Katedra speciální pedagogiky

Mgr. Hynek Jůn

Disertační práce na téma

**Zvládání problémového chování u lidí s mentální retardací a/ nebo  
s autismem nejen v ústavech sociální péče**

Doktorské studium

Praha 2007

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně s použitím  
uvedených pramenů a příloh.

V Praze dne 10.3.2007

Hynek Jun

1.	Úvod .....	9
2.	Výskyt souběhu problémového chování a mentální retardace	11
2.1.	Jaký je výskyt projevů problémového chování u lidí s MR v České republice? .....	14
2.2.	Různé formy problémového chování .....	15
2.2.1.	Souběh různých druhů problémového chování .....	16
2.3.	Modifikující faktory problémového chování .....	17
2.3.1.	Modifikující faktory vrozené .....	18
2.3.1.1.	Pohlaví .....	18
2.3.1.2.	Věk .....	18
2.3.1.3.	Specifické syndromy a poruchy .....	19
2.3.1.4.	Stupeň mentální retardace .....	20
2.3.1.5.	Přidružené handicapy .....	20
2.3.2.	Modifikující faktory z prostředí .....	21
3.	Nejčastější chyby personálu ve vnímání uživatelů služeb s problémovým chováním .....	23
3.1.	Efekt pořadí .....	23
3.1.1.	Jak ovlivňuje efekt pořadí myšlení a následné chování personálu .....	25
3.1.2.	Jak může personál proti efektu pořadí bojovat .....	26
3.2.	Základní atribuční chyba .....	27
3.2.1.	Jak ovlivňuje základní atribuční chyba myšlení a následné chování personálu .....	28
3.2.2.	Jak může personál proti základní atribuční chybě bojovat .....	31
4.	Zvládání problémového chování uživatelů služeb pomocí kognitivně behaviorální terapie .....	33
4.1.	Životní potřeby člověka .....	34
4.2.	Terapie problémového chování .....	40
4.2.1.	ABC model lidského chování v behaviorální terapii .....	41
4.2.2.	ABC model lidského chování v kognitivní terapii .....	44
4.3.	Behaviorální terapie .....	46
4.3.1.	První krok- behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení .....	47

4.3.1.1.	Vlastní provedení behaviorální a funkční analýzy .....	50
4.3.1.1.1.	Dotazník pro zjištění motivace chování (Motivation assessment scale-MAS).....	54
4.3.1.1.2.	Vyplnění MAS .....	55
4.3.1.1.3.	Určení problémového chování pro správné vyplnění MAS ..	55
4.3.1.1.4.	Stanovení prostředí.....	55
4.3.1.1.5.	Způsob zaznamenávání .....	56
4.3.1.1.6.	Interpretace výsledků MAS .....	56
4.3.1.1.7.	Výzkum u MAS .....	57
4.3.1.2.	Lékařské posouzení stavu dítěte .....	60
4.3.2.	Druhý krok- analýza prostředí .....	61
4.3.2.1.	Primární vlivy prostředí.....	61
4.3.2.2.	Sekundární vlivy prostředí .....	62
4.3.2.2.1.	Fundovanost personálu .....	62
4.3.2.2.2.	Struktura prostoru .....	63
4.3.2.2.3.	Zviditelnění času.....	70
4.3.2.3.	Komunikace .....	71
4.3.2.3.1.	Úloha a výuka alternativní komunikace ve výchově osob s autismem 73	
4.3.2.3.1.1.	Potřebnost výuky komunikace .....	73
4.3.2.3.1.2.	Výuka preverbální komunikace .....	74
4.3.2.3.2.	Praxe výuky ukazování – zrakový kontakt.....	74
4.3.2.3.2.1.	Alternativní komunikace .....	75
4.3.2.4.	Závěr druhého kroku .....	78
4.3.3.	Třetí krok- analýza činností a volného času .....	79
4.3.4.	Čtvrtý krok- diferenční zpevnování .....	80
4.3.4.1.	Odměny v terapii .....	81
4.3.4.2.	Jaké vlastně je „normální“ chování? .....	83
4.3.4.3.	Proč zrovna sladkostmi, copak nestačí obyčejná pochvala? ....	85
4.3.4.4.	Druhy zpevnování .....	87
4.3.4.5.	Schémata zpevnování.....	90
4.3.4.6.	Nejčastěji používané druhy diferenčních zpevnování v praxi..	91
4.3.5.	Pátý krok- restriktivní postupy a averzivní tlumení .....	91
4.3.5.1.	Restriktivní postupy .....	92
4.3.5.2.	Averzivní terapie.....	93
4.3.5.2.1.	Time-out .....	94
4.3.5.2.1.1.	Ignorování .....	96
4.3.5.2.1.2.	Odsazení s možností pozorování .....	97
4.3.5.2.1.3.	Odebrání určité věci.....	97
4.3.5.2.1.4.	Odebrání podpůrných stimulů.....	98

4.3.5.2.1.5.	Vyloučení a odloučení .....	98
4.3.5.2.1.6.	Na čem závisí účinnost intervence .....	99
4.3.5.2.1.7.	Doba trvání time-out .....	99
4.3.5.2.2.	Přesycení .....	100
4.3.5.2.3.	Terapeutické použití nepříjemných následků .....	100
4.3.5.3.	Vedení dokumentace .....	105
4.3.5.4.	Závěrečná shrnutí pro pátý krok terapeutického postupu.....	105
4.3.5.5.	Nejčastější omyly .....	106
4.3.6.	Závěr behaviorální terapie .....	107
<b>4.4.</b>	<b>Kognitivní a Kognitivně behaviorální terapie.....</b>	<b>108</b>
4.4.1.	Osobní doména .....	108
4.4.2.	Výskyt hněvu, smutku nebo úzkosti .....	109
4.4.2.1.	Kognitivní terapie hněvu u lidí s Aspergerovým syndromem, vysocefunkčním autismem nebo lehkou mentální retardací.....	112
<b>4.5.</b>	<b>Farmakoterapie problémového chování.....</b>	<b>117</b>
4.5.1.	Organizace psychiatrické péče v ÚSP:.....	117
4.5.2.	Situace v praxi:.....	118
4.5.3.	Návaznosti hospitalizační péče .....	120
4.5.4.	Charakter psychiatrické péče v ÚSP.....	121
4.5.5.	Vlastní farmakoterapie problémového chování.....	123
4.5.5.1.	Neuroleptika u lidí s mentální retardací .....	123
4.5.5.1.1.	Rozdělení neuroleptik (NL).....	124
4.5.5.1.2.	Nežádoucí účinky neuroleptik.....	128
4.5.5.2.	THYMOPROFYLAKTIKA, ANTIDEPRESIVA A ANXIOLITIKA 130	
4.5.5.2.1.	Thymoprofylaktika.....	131
4.5.5.2.2.	ANTIDEPRESIVA .....	132
4.5.5.2.3.	ANXIOLYTIKA .....	133
4.5.5.3.	PSYCHOSTIMULANCIA .....	134
4.5.6.	SHRNUTÍ .....	135
<b>5.</b>	<b>Stávající legislativa ČR pro opatření omezující pohyb osob v zařízeních sociální péče .....</b>	<b>137</b>
<b>5.1.</b>	<b>Obecný legislativní rámec problematiky omezování svobody v ČR 137</b>	
5.1.1.	Vyhláška MPSV ČR č.182/91Sb.....	140
5.1.2.	Metodické opatření MPSV ČR k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízení sociálních služeb versus	

metodické opatření MZ ČR k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České Republiky .....	141
5.1.2.1. Rozdíly mezi opatřeními z MPSV ČR a MZ ČR: .....	144
5.1.3. §89a ze zákona č.218/2005Sb.....	145
<b>5.2. Zákon č.108/2006Sb. o sociálních službách.....</b>	<b>150</b>
5.2.1. Geneze vzniku §89 v Zákoně o sociálních službách .....	150
5.2.2. Další kroky v přípravě Zákona o sociální službách.....	153
<b>6. Co dál? .....</b>	<b>156</b>
<b>6.1. Změna legislativy: Návrh prováděcího předpisu k novele zákona o sociálních službách.....</b>	<b>156</b>
6.1.1. Úvod .....	156
6.1.2. Obecná ustanovení .....	158
6.1.3. Co předchází použití opatření omezující pohyb uživatele .....	160
6.1.4. Vlastní možná opatření omezující pohyb uživatele .....	162
6.1.5. Co následuje po opatření omezující pohyb uživatele .....	163
<b>6.2. Založení poradenského střediska pro ÚSP.....</b>	<b>165</b>
<b>7. Výzkum postojů personálu vůči klientům s problémovým chováním.....</b>	<b>169</b>
7.1. Cíl mapujícího výzkumu.....	169
7.2. Obecná užitečnost.....	169
7.3. ŠKOLENÍ personálu ve zvládnání agresivního chování .....	170
7.4. Použitý dotazník a Průběh sběru dat .....	170
7.5. Způsob administrace dotazníku .....	171
7.6. návratnost dotazníků.....	171
7.7. Formulace hypotéz a statistické zpracování dotazníku .....	171
7.8. Výsledky statistického zpracování.....	173
7.9. Interpretace výsledků .....	197
<b>8. Závěr .....</b>	<b>198</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>200</b>
<b>10. Použitá literatura: .....</b>	<b>212</b>



*zdroj: www.nvf.cz*

**Motto:**

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

„Bydlil v hrobích, a aniž ho kdo mohl řetězy svázati. Proto že často byv pouty a řetězy okován, polámal řetězy, a pouta roztrhal, a žádný nemohl ho skrotiti. A vždycky ve dne i v noci na horách a v hrobích byl, křiče a tepla se kamením.“

Evangelium podle sv. Marka, 5.kapitola

## Úvod

Rád bych zde poděkoval všem, co mi pomohli při mé práci svými názory, zvláště pak paní profesorce Vágnerové, Janě Schmidtové, paní doktorce Škaloudové a paní doktorce Petiškové. Velký dík patří mým kolegyním Kateřině Thorové a Věře Čadilové za spoustu dobrých rad. Děkuji také Martině za pomoc při dopisování práce.



## 1. Úvod

K naší disertační práci jsme si vybrali téma zvládnutí agresivního a autoagresivního chování u lidí s mentální retardací a/nebo s autismem v ústavech sociální péče. Vycházíme z naší několikaleté terapeutické zkušenosti s agresivními lidmi s autismem v Asociaci pomáhající lidem s autismem- APLA Praha a naší spolupráce s desítky ústavy sociální péče v celé ČR.

V posledních pěti letech došlo v České Republice k výraznému posunu ve službách pro lidi s mentální retardací a s problémovým chováním v ústavech sociální péče. V tomto období docházelo a stále ještě dochází k plynulému přechodu od „restriktivního náhledu“ na problémové chování uživatele služeb k „náhledu podpůrnému“. Zrušila se klecová lůžka, počet síťových se stále snižuje. Ve spoustě ÚSP se navyšuje počet personálu. Naše práce mapuje tento přechod a snaží se najít odpověď na stěžejní otázku personálu v přímé péči: „Co máme dělat s uživatelem našich služeb, když jsme zrušili jeho pobyt v kleci?“.

Naši práci začneme přehledem o počtu lidí s mentální retardací a s problémovým chováním v ČR. Nahlédneme na faktory, které zvyšují pravděpodobnost výskytu problémového chování, a to na faktory vnitřní (různé handicapy uživatele, jejich věk, pohlaví aj.) a vnější (prostředí, ve kterém uživatelé žijí a přístup personálu k nim).

Základem změny služeb uživatelům s problémovým chováním v ÚSP vidíme ve změně často chybných postojů personálu k nim. Postoje personálu často ovlivňují chování uživatelů, a to v dobrém i špatném slova smyslu. **Změně postojů personálu** v průběhu školení o zvládnutí agresivního chování se zabývá i naše **výzkumná** část práce, která celý tento text uzavírá. Zde si rámcově odpovíme na otázku, zda školení o možnostech zvládnutí agresivního chování

snižuje úzkostnost personálu při jednání s uživatelem s problémovým chováním.

Hlavní část práce věnujeme terapii problémového chování včetně popisu možných restriktivních postupů. Popíšeme si dva základní směry terapie, behaviorální i kognitivní. Představíme si také jako podpůrnou terapii používání medikace, včetně úskalí farmakoterapie v ÚSP.

V neposlední řadě zmapujeme legislativní rámec, který upravuje používání restriktivních postupů v České Republice. Hlavní část této kapitoly věnujeme vzniku paragrafu 89 v Zákoně o sociálních službách.

Kapitolu s výstižným názvem „Co dál?“ věnujeme **návrhu prováděcího předpisu**, který původně měl Zákon o sociálních službách doplňovat, a který se k zákonu, bohužel, nedostal. Potřebu prováděcího předpisu k paragrafu, který upravuje omezování pohybů osob, se budeme snažit prosadit v novele Zákona o sociálních službách. Kapitolu doplníme o nástin poradenského střediska pro ÚSP, o jehož zřízení v součinnosti s jinými subjekty budeme usilovat v letech 2008 až 2009.

Velmi dobře si uvědomujeme neúplnost náhledu na zvládnání agrese v ÚSP. Záměrně opomíjíme otázku transformace ústavů a finanční dopad této transformace. Transformaci ÚSP se nevěnujeme z důvodu jasnosti důležitosti transformace jako kroku pro zkvalitnění života lidí s mentální retardací nejen s problémovým chováním, o kterém dnes snad již nikdo nepochybuje.

Práce vznikala na přelomu roků 2006 a 2007, proto se v některých částech mluví ještě o ústavech sociální péče, i když podle Zákona o sociálních službách bychom zařízení rezidenčního typu měly nazývat Domovy nebo Centry.

## 2. Výskyt souběhu problémového chování a mentální retardace<sup>1</sup>

Relativně málo studií se zaměřuje na výskyt obecně pojatého problémového chování u lidí s mentálním handicapem. Častěji se lze setkat se zaměřením na jeden ze způsobů problémového chování, např. na výskyt SIB (Hillery a Mulcahy, 1997, str. 12-15; Oliver a kol., 1987, str. 147-162) nebo na výskyt agrese (Harris, 1993, str. 221-242). Existují také studie zaměřeny na specifické skupiny lidí s mentálním handicapem, např. na lidi, kteří žijí v sociálním zařízení (Griffin a kol. 1987, str. 959-963; Maurice a Trudel, 1982), v komunitě (Rojahn, 1986, str. 268-276) nebo na děti ve školách při nemocnicích (Kiernan & Kiernan, 1994, str. 117-201).

Abychom si mohli udělat základní představu o výskytu problémového chování v populaci, použijeme výsledků dvou relativně dlouhodobých studií, které byly uskutečněny v roce 1987. Jedna z nich byla vypracována v severozápadní Anglii (Kiernan & Quershi, 1993, str. 53-87; Quershi, 1994; Quershi & Alborz, 1992, str. 130-145), druhá v Californii (Borthwick-Duffy, 1994, str. 3-23). Obě studie se snaží formulovat výskyt různých forem problémového chování v populaci lidí s mentálním handicapem v předem určené části země. **V obou studiích byli „lidé s mentálním handicapem“ definováni jako jedinci využívající služeb pro lidi s mentálním handicapem.**

Quershi, Kierman a kolektiv pátrali v sedmi regionálních oblastech severozápadní Anglie s 1,54 milióny obyvatel. V této oblasti bylo do projektu zahrnuto přibližně 4200 lidí s mentálním handicapem. Z této

---

<sup>1</sup> V této kapitole budeme převážně vycházet z publikace Emerson, E. *Challenging behaviour*, Cambridge Univerzity Press, 1995, str.17-26

populace byli do kategorie „lidé s problémovým chováním“ zahrnuti ti z nich, kteří splňovali níže uvedená kritéria:

- někdy se u nich vyskytlo větší než malé zraňování sebe nebo ostatních, nebo ničili zařízení ve svém bydlení či na pracovišti
- problémové chování se vyskytovalo minimálně jednou týdně v takové míře, že bylo zapotřebí intervence více než jednoho pracovníka nebo bylo nebezpečné být vedle nich nebo zničili věci tak, že nebyly opravitelné řadovým personálem
- způsobili více než hodinové narušení dne nebo se problémy v chování vyskytly denně v takové míře, že došlo k narušení průběhu dne na více než několik minut

Podle této definice odpovídalo kategorii „lidé s mentálním handicapem a těžkým problémovým chováním“ 1,91 lidí na 10 000 lidí celkové populace (v rozmezí 1,41 až 2,55 na 10 000 v sedmi regionech). Podle této studie se problémové chování vyskytuje u 7% lidí s mentálním handicapem. Velmi podobným způsobem byly vypracovány další dvě studie, a to opět v severozápadní Anglii. Emerson a Bromley (1995) došli ve své studii v populačním vzorku 210 000 lidí k závěru, že na 10 000 obyvatel připadá 3,3 lidí s mentálním handicapem a problémovým chováním (8% lidí s mentálním handicapem má i problémové chování).

Studii z roku 1987 zopakoval Emerson a jeho spolupracovníci i ve dvou jiných regionech (celková populace pro tuto studii byla 470 000 lidí). Při použití nepatrně změněné definice „vážného problémového chování“ došli k závěru, že u 3,62 lidí z 10 000 se vyskytuje kombinace problémového chování a mentálního handicapu (výsledek odpovídá 8% z celkové populace lidí mentálním handicapem, kteří byli zařazeni do výzkumu). **Ze všech tří výsledků tak docházíme k průměrnému výskytu kombinace problémového chování a mentálního handicapu u 2,4 osob na 10 000 lidí, u 7,3% lidí využívajících služeb pro lidi s mentálním handicapem se tedy vyskytuje navíc i problémové chování.**

Borthwick-Duffy (1994) zjišťovali ve své studii výskyt problémového chování ve skupině 91164 lidí s mentálním handicapem v Californii. Aby byl člověk v této studii zahrnut do kategorie lidí s problémovým chováním, musel splňovat kriteria minimálně jedné ze čtyř níže uvedených kategorií. Data byla získávána z ročních hodnocení klientů. Čtyři kategorie problémového chování byly:

- agresivní chování- jeden nebo více incidentů vážného fyzického zranění někoho jiného (zranění vyžadující okamžitou lékařskou pomoc) v průběhu posledního roku
- časté a těžké SIB (Self Injury Behavior-autoagrese)- vážné SIB vyžadující okamžitou lékařskou pomoc a vyskytující se minimálně jednou měsíčně a/nebo lehčí SIB vyžadující první pomoc minimálně jednou týdně
- časté SIB- SIB vyskytující se minimálně jednou týdně
- ničení majetku- opakované ničení majetku v průběhu posledního roku a/nebo lehčí ničení majetku, které se vyskytlo minimálně šestkrát za poslední rok (Borthwick-Duffy, 1994, str. 9)

Na základě takto vymezených kategorií bylo označeno jako „lidé s problémovým chováním“ 18826 lidí. **Tento počet odpovídá 14% z populace lidí využívajících služeb pro lidi s mentálním handicapem nebo 6,33 lidí na 10000 lidí z celkové populace.**

Rozdíl ve výsledcích výše uvedených studií se vysvětluje rozdílnou definicí „problémového chování“ a rozdílným způsobem sběru dat. Zejména kategorie „časté SIB“ z Californské studie bude ze své podstaty obsahovat mnoho lidí, kteří nebyli zahrnuti do studií z Anglie. Rozdíl v této kategorii bude vysvětlen níže v kapitole „souběh různých projevů problémového chování“.

Tabulka č.1 Výskyt různých forem problémového chování (Emerson, 1995, str.20)

	studie z Anglie (n= 7286)	Californská studie (n= 91164)
Fyzická agrese	2,1	2,1
SIB (časté a těžké)	1,3	2,2
SIB (časté)	-	9,3
ničení majetku	1,3	7,1
ostatní	3,4	-

## 2.1. Jaký je výskyt projevů problémového chování u lidí s MR v České republice?

V současné době neexistuje ani jedna ucelená studie zabývající se výskytem souběhu mentální retardace a problémového chování u lidí v ČR. Pro přibližnou představu využijme tedy čísla z výše uvedených studií z USA a Velké Británie.

Tabulka č.2: Výskyt souběhu mentální retardace a problémového chování

	Velká Británie	USA	průměrný výsledek
počet lidí s kombinací problémového chování a mentálního handicapu na 10 000 lidí	2,4	6,33	4,4
Procentuální zastoupení lidí s MR a problémovým chováním v populaci lidí s MR	7,3 %	14 %	10,7%

Pro přibližný výpočet použijeme výskyt na 10 000 obyvatel. Pokud bychom použili procentuální výskyt v populaci lidí s MR, došli bychom až k pětkrát vyššímu číslu. Je to z důvodu rozdílně definované skupiny lidí s MR. V České republice známe přibližný počet lidí s IQ nižším než 70. Uvádí se, že se jedná o 2-3% z celkové populace (cca. 250 000 lidí). V epidemiologických studiích z Velké Británie a USA se definice skupiny lidí s MR nedrželá výše IQ, ale lidé s MR byli definováni jako lidé, kteří využívají služeb pro lidi s MR. Tím pádem se tato skupina významně početně zmenšila.

Při průměrném výskytu 4,4 lidí s kombinací mentální retardace (respektive významněji snížené inteligence) a problémového chování na 10 000 lidí z celkové populace nám vychází, že v České republice bude 4400 lidí s mentální retardací a problémovým chováním. Vzhledem k rozdílnosti kvality péče o lidi můžeme číslo velmi přibližně odhadnout na 4500 lidí s mentální retardací a problémovým chováním.

## 2.2. Různé formy problémového chování

Tabulka č.2 sumarizuje výsledky různých studií, ale rozdělení jednotlivých skupin problémového chování zůstává povrchní. Existují však studie, které se specificky zaměřují na výskyt různých druhů problémového chování. Tak například Harris ve své studii s populačním vzorkem 168 lidí s mentálním handicapem dělil agresi na: udeření pěstí, facka, strkání nebo tahání (51% agresivních lidí), kopání (24%), štípání (21%), škrábání (20%), tahání za vlasy (13%), kousání (13%), hlavička (7%), použití zbraně (7%) a škrcení a dušení (4%) (Harris, 1993, str. 221-243). Emerson a kolektiv (Emerson, 1995) dělili agresi ve studii o agresivním chování (153 lidí s mentálním handicapem) následujícím způsobem: udeření někoho rukou (75% agresivních lidí), verbální agrese (60%), udeření někoho předmětem (41%), lakota nebo nefyzická krutost (34%), škrábání (27%), tahání za vlasy (23%), štípání (21%) a kousání (16%)

Oliver a kolektiv (Oliver, 1987) ve své studii věnované SIB u lidí z jiho-východní Anglie (596 lidí s mentálním handicapem) zjistil, že se u nich vyskytují následující projevy chování: odírání si kůže (39%), kousání se (38%), bití se pěstí a fackování se do hlavy (36%), bití se hlavou do předmětů (28%), bití se tělem do předmětů (10%), jiné (10%), trhání si vlasů (8%), bití se pěstí nebo fackování se na tělo (7%), tření si očí (6%), štípání se (4%), řezání

se něčím (2%), strkání si něčeho do konečníku (2%), strkání si něčeho do jiných tělních otvorů (2%), bití se něčím (2%), kousání se do rtů (1%), zatrhávání si nehtů (1%) a bití se do zubů (1%). Jelikož se u jednoho člověka může vyskytovat více druhů SIB nebo agrese, výsledné součty procent jsou vždy vyšší než 100 procent.

V roce 1994 Kiernan (Kiernan, 1994) zhodnotili chování žáků s TMR v Anglii a Walesu. Na základě získaných výsledků došli k závěru, že 22% žáků má problémy s chováním, z toho 8% žáků má významné problémy v chování. Druhy problémového chování Kiernan rozdělil ještě do dvou podkapitol, a to na „méně problémové“ a „více problémové“. Výsledky studie jsou shrnuty v následující tabulce:

Tabulka č.3: Rozdělení problémového chování u problémových žáků s TMR ve školách v Anglii a Walesu (Emerson, 1995, str.22)

	více problémové v procentech, n=367	méně problémové v procentech, n=662
Agrese	47	17
Vyrušování	36	12
výbuchy hněvu	34	10
SIB	33	15
vyrušování včetně fyzických kontaktů	31	8
ničení věcí a prostředí	27	7
Vzdorovitost	27	10
Rituály	24	14
Stereotypie	19	15
toulání se	18	6
masturbace na veřejnosti	13	8
průměrný počet výše uvedených chování na jedno dítě	4,1	1,7

### 2.2.1. Souběh různých druhů problémového chování

V chování lidí s MR se často vyskytuje více variant problémového chování najednou. Ve všech výše uvedených studiích (Kiernan, 1994; Qureshi & Alborz, 1992; Emerson, 1995) docházelo u poloviny až dvou třetin lidí k souběhu dvou a více problémových chování (agrese, SIB, ničení věci atd.).



Murphy a kolektiv (Murphy, 1994, str. 37-67) prokázali ve své studii z jihovýchodní Anglie souběh SIB a jiných způsobů problémového chování. Do studie byli zařazeni pouze lidé se SIB, kteří používali ochranné pomůcky (přilba, rukavice aj.). SIB se v jejich studii pojila s fyzickou agresí vůči ostatním ve 40% případů a ve 36% se pojila s ničením věcí. Podle Davidsona (Davidson, 1996, str. 244-255) je SIB dokonce jedním z nejdůležitějších predikátorů fyzické heteroagrese.

U lidí s problémovým chováním nedochází samozřejmě pouze k souběhu různých kategorií problémového chování, ale i k souběhu různých způsobů chování v rámci jedné kategorie. Oliver (Oliver, 1987) uvádí, že více než 54 procent lidí se SIB vykazuje více než jeden způsob SIB. 3% lidí prokazovalo dokonce 5 a více způsobů SIB (20 lidí z 596), 7% lidí muselo pro své SIB používat ochranné pomůcky (Murphy, 1993, str. 1-35).

Emerson a kol. (Emerson, 1995) použili tzv. Inventář projevů problémového chování pro přesnější rozdělení způsobů chování u lidí s mentální retardací ve dvou lokalitách Anglie (n=264). V této studii dospěl k závěru, že u 79% lidí došlo k výskytu dvou a více projevů agresivního chování a u 19% došlo k souběhu dokonce pěti a více projevů agresivního chování. U 76% lidí došlo k souběhu dvou a více projevů SIB a u 26% lidí došlo k souběhu pěti a více způsobů SIB.

### **2.3. Modifikující faktory problémového chování**

Modifikující faktory jsou jevy, které zvyšují nebo snižují pravděpodobnost výskytu problémového chování. Zjištění faktorů modifikujících problémové chování je velmi důležité pro jeho prevenci. Obecně se dají modifikující faktory dělit na vrozené a faktory týkající se okolí.

### 2.3.1. Modifikující faktory vrozené

#### 2.3.1.1. Pohlaví

Obvykle se uvádí, že muži jsou agresivnější než ženy (Di Terlizzi, 1999, str. 33-44). Tento poměr platí:

- spíše pro agresi a ničení věcí než pro SIB (Borthwick-Duffy, 1994, str. 18-20; Johnson a Day, 1992, str. 21-58; Oliver a kol., 1987; Rojahn, 1994, str. 49-67)
- spíše v zařízeních než v rodinách (Qureshi, 1994, str.45)
- spíše pro těžké problémové chování (Kiernan a Kiernan, 1994, str.56-59)

Tabulka č.4: Poměr pohlaví při agresi (Borthwick- Duffy, 1994)

	Muži	Zeny
souběh ničení věcí a agrese	73%	27%
častá SIB	53%	47%
bez problémového chování	49%	51%

Některé studie SIB uvádí, že u žen je větší různorodost vlastních projevů SIB (Maurice & Trudel, 1982; Maisto, Baumeister & Maisto, 1978, str. 27-36) než u mužů.

#### 2.3.1.2. Věk

Obecně se dá říct, že výskyt problémového chování vzrůstá s věkem dítěte s MR, kulminuje ve věku 15-34 let a potom plynule klesá (Borthwick-Duffy, 1994, str. 43; Kiernan & Kiernan, 1994, str.33-50; Oliver, 1987, str. 45-89; Rojahn, 1994, str. 49-67). V některých studiích se prokázalo, že výskyt problémového chování u lidí s TMR začal klesat až po dosažení pozdního středního věku (Emerson, 1995, str. 56). S věkem se mění i pravděpodobnost výskytu různých způsobů problémového chování. U SIB došel Oliver k níže uvedeným závěrům:

Tabulka č.5: Způsoby SIB v závislosti na věku (Oliver, 1987)

mladší věk	bití hlavou o něco, bití se pěstí do hlavy	cucání a kousání si prstů
starší věk	zatrhávání si kůže	řezání se předměty

### 2.3.1.3. Specifické syndromy a poruchy

U některých syndromů, které se vyskytují společně s mentální retardací, je zvýšena pravděpodobnost výskytu problémového chování. Jde zejména o:

- Lesh-Nyhanův syndrom- *všichni* lidé s Lesh-Nyhanovým syndromem jsou autoagresivní- jedná se hlavně o kousání se do rukou a do rtů. (Anderson & Ernst, 1994, str. 67-81; Nyhan, 1994, str. 182-197)
- Rettův syndrom- u Rettova syndromu je *velmi vysoká pravděpodobnost* výskytu SIB (v rámci tzv. mycích pohybů rukou). (Harris, 1992, str. 59-92)
- Cornelia de Lange, Riley-Day syndrom- tyto syndromy *zvyšují pravděpodobnost* výskytu SIB. (Harris, 1992, str. 59-92)
- Syndrom fragilního X chromozómu- *zvyšuje pravděpodobnost* výskytu poruchy pozornosti, hyperaktivity a stereotypního chování. (Borghgraewf, 1990, str. 94-105; Einfeld, 1999, str. 349-354; Lachiewicz, 1994, str. 657-679; Turk, 1998, str. 175-191)
- Dětský autismus a jiné PVP- *zvyšují pravděpodobnost* výskytu SIB. (Ando & Yoshimura, 1978, str. 345-349; Lewis & Bodfish 1998, str. 80-89)
- Prader-Willy syndrom- *zvyšuje pravděpodobnost* výskytu problémového chování. (Clarke & Boer 1998, str. 264-271; Clarke, 1996, str. 159-165; Dykens, 1999, str. 67-77; Dykens & Kasari 1997, str. 228-237; Einfeld, 1999, str. 349-354; Holland, 1999, str. 192-206; Murphy, 1994, str. 37-68; Symons, 1999b, str. 260-269)
- Epilepsie- *zvyšuje pravděpodobnost* výskytu problémového chování v závislosti na typu epilepsie a její závažnosti. (Kiernan & Kiernan, 1994; Gedye, 1989a,b)

#### 2.3.1.4. Stupeň mentální retardace

Většina studií poukazuje na přímou úměrnost hloubky mentální retardace a míry výskytu problémového chování (Borthwick-Duffy 1994; Hillery & Mulcahy, 1997, str.15-19; Johnson & Day, 1992, str.205-230; Kiernan & Kiernan, 1994, str.34-76; Kiernan & Qureshi, 1993, str. 23-32; Oliver, 1987, str.56-60; Oliver, 1993; Qureshi, 1994; Rojahn, 1994). Tak například Californská studie (Borthwick-Duffy, 1994) prokazuje výskyt jednoho a více druhů problémového chování u 7% lidí s LMR, 14% lidí se SMR, 22% lidí s TMR a 33% lidí s HMR. S hloubkou mentální retardace také roste pravděpodobnost výskytu více druhů problémového chování (Borthwick-Duffy, 1994; Oliver, 1987; Rojahn, 1986,1994).

#### 2.3.1.5. Přidružené handicap

Kromě hloubky mentální retardace zvyšují riziko výskytu problémového chování i přidružené handicap, mezi které patří:

- snížená schopnost vnímat zrakem nebo sluchem (Kiernan & Kiernan, 1994, str.67-77; Maisto, 1978, str.3-8; Schroeder, 1978, str. 261-269)
- poruchy komunikace- sem řadíme jakékoliv poruchy, které člověku ztěžují správné rozpoznávání nonverbální nebo verbální (receptivní i expresivní) složky komunikace (Bott, 1997, str. 3-7; Borthwick-Duffy, 1994, str. 150-164; Dura, 1997, str. 307-318; Emerson, 1995; Kiernan & Kiernan, 1994, str. 18-25; Schroeder, 1978, str.261-269; Sigafos, 1992, str. 747-755)
- nedostatečně rozvinuté sociální dovednosti (Duncan, 1999, str.441-448)
- dlouhodobě narušený a nesouvislý spánek (Kiernan & Kiernan, 1994)
- psychické poruchy (Borthwick-Duffy, 1994, str.34-56)

SIB se v některých případech vyskytuje ve větší míře u lidí s TMR, kde je primárním handicapem tělesný handicap (Kiernan & Kiernan, 1994; Kiernan & Qureshi, 1993, str.158).

### 2.3.2. Modifikující faktory z prostředí

Čím jsou větší omezení v obytném prostředí člověka s mentální retardací (více mechanických restrikcí, více režimových aktivit a méně volnočasových aktivit aj.), tím je i větší pravděpodobnost výskytu problémového chování (Borhtwick-Duffy, 1994, str.34-42; Bruininks, 1994, str.24-48; Emerson, 1992; Johnson & Day, 1992, str.16-33; Haris, 1993, str.54). Výsledky Californské studie ukazují, že minimálně jedna kategorie problémového chování se vyskytuje u 3% lidí žijících nezávisle, u 8% lidí žijících v rodinách, u 9% lidí žijících v malé skupině (do šesti členů), u 24% lidí žijících ve středně velkých skupinách a u 49% lidí žijících ve velkých zařízeních (Borhtwick-duffy, 1994).

Interpretace vztahu výskytu problémového chování a prostředí však není jednoznačná. Je jasné, že skladba klientů, kteří žijí nezávisle bude jiná než skladba klientů ze sociálních zařízení (jiná MR, jiné sociální dovednosti aj.). Dále se nabízí otázka, jestli problémové chování vzniká na základě života v instituci nebo jestli ústavy byly vytvořeny pro osoby s problémovým chováním. Možný vztah prostředí a problémového chování být daleko komplexnější.

Mnoho vzájemně propletených a provázaných vazeb mezi jedincem a prostředím může vytvářet mnoho možných interpretací výskytu problémového chování. Ve statistických výzkumech může také docházet ke zkreslení výsledků použitím zjednodušujících postupů při sběru a vyhodnocování dat. Tak například některé faktory zvyšují úmrtnost lidí s problémovým chováním (Borhtwick-duffy, 1994, str.66-78; Nissen & Haveman, 1997, str. 252-257; Wieseler, 1995, str.1-5), a tak se může zdát, že v populaci lidí s MR

klesá v průběhu dospělosti i výskyt problémového chování. Můžeme pouze doufat, že na tyto prozatím ne přesně zodpovězené otázky nám odpoví budoucí výzkum.

Mezi vnější faktory, které ovlivňují chování uživatelů, patří jistě i vlastní přístup personálu. Tento přístup pramení ze životních zkušeností jednotlivých členů personálu, jejich přesvědčení o důležitosti práce, kterou každodenně vykonávají a v neposlední řadě i z jejich názorů na samotné uživatele služeb.

V následující kapitole si ukážeme dvě základní chyby v uvažování personálu, které často mění náhled na uživatele s problémovým chováním k horšímu. Na základě těchto chybných přesvědčení se personál i chybně k uživatelům chová a uživatelé reagují na tyto chyby agresivním chováním. Tím se bludný kruh agrese mezi personálem a uživateli uzavírá. Uživatel nemá možnost kruh rozetnout, tento krok přísluší pouze personálu. V následující kapitole si nastíníme možnost, jak toho může personál dosáhnout.

### 3. Nejčastější chyby personálu ve vnímání uživatelů služeb s problémovým chováním

Personál ve svém uvažování o uživatelích služeb dělá často chyby, které můžeme zjednodušeně rozdělit do dvou kategorií:

- efekt pořadí
- základní atribuční chyba

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

#### 3.1. Efekt pořadí

V padesátých letech dvacátého století provedl Luchins (Luchins, 1957, str.34-35) zajímavý výzkum. Sestavil popis člověka následného znění:

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

a potom si objednal něco k pití. Vzal si nápoj a sedl si k postrannímu stolu. Když dopil, šel domů.“

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

Tabulka č.6: Vyhodnocení testu Luchinse (Luchins, 1957)

	Kolik procent lidí hodnotilo Jana jako přátelského	Kolik procent lidí hodnotilo Jana jako samotáře
četli pouze část A	95%	5%
četli nejdříve A a potom B	78%	22%
četli nejdříve B a potom A	18%	82%
četli pouze B	3%	97%

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

Luchins tak dokázal, že pro člověka je nejdůležitější první informace. Tento efekt je v sociální psychologii označován jako efekt prvního dojmu. Na základě tohoto pohledu si utvoří schématickou představu o tom, jaký popisovaný člověk je. Následné situace si poté vyhodnocuje tak, aby odpovídaly spíše jeho schématické představě než aby tuto představu narušovaly a on si tak



musel vytvářet představu novou. Rozdílnost hodnocení jedné sociální situace si ukážeme na následujícím příkladě:

**Příklad:**

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

- *Hodnocení skupiny, která si v průběhu čtení udělala představu o Janovi, že je přátelský: „Jan je přátelský, protože potkal hezkou dívku, kterou již znal z dřívější doby...“*
- *Hodnocení skupiny, která si v průběhu čtení udělala představu o Janovi, že je samotář: „Jan je samotář, protože proti němu šla pěkná dívka a on, aby ji nemusel potkat, tak radši přešel na druhou stranu...“*

### **3.1.1. Jak ovlivňuje efekt pořadí myšlení a následné chování personálu**

V předchozí kapitole jsme si ukázali, jak je důležitý první dojem, který uživatel služeb na personál udělá. Personál se setkává s uživatelem prvně dvojitým způsobem. Buď uživatel přijde nově do zařízení, kde personál již pracuje nebo nově přichází personál do zařízení, kde je uživatel již delší dobu.

Velmi často s nově příchozím uživatelem přichází i různá dokumentace, která zahrnuje lékařské zprávy a psychologická vyšetření uživatele. Tato vyšetření vidí často personál ještě předtím než uživatel přijde do jejich zařízení. V těchto vyšetřeních jsou však často popsány incidenty problémového chování aniž by byly popisovány dny, kdy se nic nestalo. Personál tak ještě před příchodem uživatele může nabýt z popisu třeba jednoho ojedinělého incidentu představy, že k nim nastupuje spíše „zákeřný šílenec“ než „mladý optimistický a přátelský muž“. Na základě této představy se

zpočátku chová spíše obezřetně a nedůvěřivě, což uživatel může vycítit a vyložit si to jako nepřátelské chování vůči své osobě. Na základě tohoto hodnocení se může začít i obranně chovat, což zbytečně zvyšuje pravděpodobnost výskytu problémového chování.

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

### **3.1.2. Jak může personál proti efektu pořadí bojovat**

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

Ve druhém případě je důležité, abychom novému spoluzaměstnanci při popisu chování uživatele nejdříve popsali jeho kladné stránky. Je vždy dobré uvádět plně časové informace o

frekvenci a době trvání incidentů a tím zamezit zbytečnému zkreslení povahy uživatele.

**Příklad:**

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

Popis tohoto chování od zaměstnance, který uživatele důvěrně zná: „Tady Jenda Tě tak 5x denně zezadu se smíchem šťouchne, pozor na něj...“

Následná představa, kterou si o uživateli udělal nově příchozí pracovník:

„Na tohohle chlapa si musím dát pozor, je pořád zákeřný“

Popis chování od zaměstnance, který uživatele důvěrně zná:

„Tady Jenda je v klidu, obrovský kamarád, jen neodhadne někdy svoji kamarádskou vstřícnost, takže Tě asi tak 5x denně zezadu šťouchne a směje se při tom, takže na tohle si dávej pozor. Jinak pokud ve dni odečtu tuhle půlminutu herd do zad, tak je zbylých 16 hodin v pohodě...“

Následná představa, kterou si o uživateli udělal nově příchozí pracovník:

„Tak s Jendou problémy nebudou...“

### 3.2. Základní atribuční chyba

Ve chvíli, kdy vidíme problémové chování uživatele, dochází v našem myšlení k tzv. atribuci, což je přisuzování příčin. Atribuci děláme na základě našich předchozích zkušeností s uživatelem a na

základě našich životních přesvědčení (jádrová přesvědčení o tom, jaký jsem, jaký je svět, jací jsou ostatní lidé). Když vidíme určité chování, musíme se rozhodnout, kterou příčinu bychom mu měli přisoudit. Jedním z hlavních úkolů atribuce je naše každodenní rozhodování, zda pozorované chování prozrazuje něco jedinečného o osobě, která se tak chová **nebo o situaci**, ve které vidíme osobu se takto chovat. Jestliže usoudíme, že osoba má něco, co je primárně odpovědné za chování (například uživatel nechce jít ven, protože ho obecně nebaví procházky bez cíle), potom se náš úsudek nazývá *vnitřní čili dispoziční atribuce* („dispozice“ se zde vztahuje k přesvědčením a postojům osoby a k vlastnostem osobnosti). Jestliže však dospějeme k závěru, že za chování je zodpovědná nějaká vnější příčina (například uživatel nechce jít na procházku, protože se dívá na oblíbený seriál v televizi), náš úsudek se nazývá *vnější čili situační atribuce*. (Atkinson, 2001, str.611)

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

### **3.2.1. Jak ovlivňuje základní atribuční chyba myšlení a následné chování personálu**

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

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

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

**Příklad:**

*Jana, (TMR, dětský autismus, 28 let)*

▪ krátká anamnéza:

*Jana větší část dne proleží na své posteli ve svém pokoji. Ven moc nechodí, baví ji pouze kratší procházky. Nemluví. Sebeobsahu u jídla, oblékání a toalety samostatně nezvládá. Zabaví se přenášením věcí ve své tašce z místa na místo nebo sezením na zemi a kýváním se. Ráda pozoruje okolí a často u toho křičí.*

▪ incident:

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

▪ terapeutické řešení s atribuční chybou:

Jana je agresivní člověk, protože je postižená. Jana žije v ústavu sociální péče, kde je již 6 let v klecovém lůžku. Je tam z toho důvodu, že její incidenty mají vysokou intenzitu (je silná), mohla by proto někomu ublížit nebo ublížit i sama sobě. Mohla by se také pořezat, protože bouchá ve vzteku do skleněných výplní. Jana je zlá a vůči personálu je nepřátelsky naladěna. Personál ji přesto z klece pustí vždy na 1 hodinu denně ven. Jelikož je personálu v ÚSP málo a nezvládl by Janu na delší dobu ve chvílích, kdyby se vztekala, nemůže Janu pouštět na delší dobu. Jana je obvykle také velmi agresivní při návratu zpět do klecového lůžka. V klecovém lůžku řve, kouše se a kýve se, což je znakem agrese, a proto se použití klecového lůžka stává nezbytným.

▪ terapeutické řešení bez atribuční chyby:

Zádné lidské chování se nevyskytuje náhodně, jakoby „zničehonic“. Jana má sice mentální handicap, ten však automaticky neznamena, že musí být agresivní. To, že Jana sešla ze svého pokoje do jídelny a nasedla si na zem jako obvykle, ale ke stolu něco znamená... (Jana umí dát najevo svůj pocit hladu pouze tím, že si sedne ke stolu nebo řve, jiným způsobem nebyla naučena, spousta jich odpadá z důvodu jejího handicapu). Její agresi tedy mohla spustit samotná situace.

• návrhy pro příští podobné chování:

Až si příště sama sedne ke stolu, budeme předpokládat, že chce spíše najíst než trávit svůj volný čas v naší společnosti.

Až si příště sama sedne na zem, budeme předpokládat, že chce spíše trávit svůj volný čas v naší společnosti než jíst.

Není důvod Janu držet v klecovém lůžku. Snažme se spíše z incidentů vypožorovat jejich příčinnou vazbu, která je často komunikačního charakteru.

### 3.2.2. Jak může personál proti základní atribuční chybě bojovat

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

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

Personál by se tedy měl aktivně vzdělávat v možnostech funkční analýzy chování tak, aby chápal, že za většinu chování uživatel nemůže a kdybychom byli v jeho situaci, chovali bychom se často stejně. Teprve ve chvíli, kdy bude o incidentu uvažovat bez emočního náboje („udělal mi to naschvál!!!“ „to si ke mně nemůže dovolit!“ aj.), může najít i jiné příčinné vazby, které mu při

atribuční chybě zůstanou skryty. Na základě těchto poznání pak může volit terapeutické kroky snižující pravděpodobnost výskytu problémového chování a nemusí se jim bránit preventivně například použitím síťových lůžek.

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

Změna postojů personálu mění i emoční prožívání chvíl s uživatelem s problémovým chováním. To, zda školení personálu ve zvládnání obtížných situací s uživatelem s agresivním chováním, může pomoci ke změně emočního prožívání těchto situací, si ukážeme ve výzkumné části naší práce v závěru.

Informovanost personálu a jeho znalost možností terapie však v tomto procesu vidíme jako klíčovou. Terapii problémového chování se budeme věnovat v následujících kapitolách.



#### 4. Zvládání problémového chování uživatelů služeb pomocí kognitivně behaviorální terapie

V této kapitole se budeme zabývat možnostmi zvládání problémového chování, zvláště pak agrese a autoagrese, pomocí kognitivně behaviorální terapie (KBT). Popíšeme si postupy, pomocí kterých můžeme agresi předcházet a jak na ni terapeuticky reagovat.

Budeme se také snažit zodpovědět otázku kdy, jaké, za jakých pravidel a zda vůbec používat při výskytu agrese restriktivní postupy. Restriktivní postupy totiž vždy omezují uživatele v jeho svobodě volného pohybu, ať už se jedná o fyzickou, mechanickou či chemickou restrikcí (tlumivá medikace). Hranice mezi efektivním využitím (zabránění uživateli služeb aby se zranil nebo zranil někoho jiného) a zneužitím (ulehčení si práce s uživatelem) restriktivních postupů je velmi tenká a v mnoha případech je i těžce zjištělná.

Následující řádky nejsou propagací restriktivních postupů nebo averzivní terapie. Jak si ukážeme níže, averzivní terapie je v behaviorální terapii až metodou poslední volby a změn v chování uživatelů zpravidla dosáhneme jednodušeji neaverzivními postupy. Otázka použití averzivní terapie se nedá zjednodušit na pouhé konstatování „dovoleno/nedovoleno“. Faktem ale zůstává, že u některých uživatelů s problémovým chováním může averzivní terapie být úspěšnou, i když rozhodnutí o jejím použití sebou nese nemalý etický i právní problém.

Behaviorální terapie se nezabývá zdaleka jen otázkou: „co mám dělat, když mě uživatel kope?“. Hlavní otázkou v behaviorální terapii je: „co mám dělat aby k tomu již příště nedošlo?“. Behaviorální terapie se snaží předcházet incidentům, protože je to z pohledu personálu v důsledku jednodušší než následné řešení incidentů. Proto je převážná část terapie věnovaná prevenci problémového chování a o systémech odměn, restriktivních postupech a averzivní terapii uvažujeme až když předchozí terapeutické intervence k podstatné změně chování nepostačují.

Všichni se shodneme na tom, že v naší práci směřujeme k úplnému vypuštění restriktivních postupů z našeho terapeutického repertoáru. Abychom se k tomuto ideálu blížili čím dál víc, musíme nejdříve zjistit, proč se uživatelé našich služeb chovají problémově. Otázka na funkci problémového chování u uživatelů (co jim to přináší, když se chovají nevhodně) je jednou ze základních otázek v KBT. Proto než se začneme věnovat možnostem zvládnutí problémového chování, zamysleme se nad tím, zda u uživatelů jsou či nejsou naplněny jejich základní životní potřeby a jakým chováním si je uživatelé dokáží obstarat.

#### 4.1. Životní potřeby člověka

Občané se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni občané České republiky. Mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR.

Mezi základní lidské potřeby patří:

- fyziologické potřeby
- potřeba bezpečí, jistoty a soukromí
- potřeba někam patřit a být milován
- potřeba úcty a respektu
- potřeba seberealizace

Fyziologické potřeby jsou uživatelem naplňovány:

- pokud se může najíst a napít nejenom v předem určený čas, ale i ve chvíli, kdy má hlad, žízeň nebo na něco chuť
- pokud může usnout ve chvíli, kdy je unaven a zároveň není v pracovním procesu
- pokud může uspokojit svoji sexuální potřebu sociálně přijatelným způsobem

Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí je uživatelem naplněna:

- pokud ví, kdy, kde, s kým a co mám dělat
- pokud může kdykoliv opustit skupinu (alespoň v rámci upravené místnosti-relaxační kout aj.)
- pokud má volný přístup k předmětům, které mu pocity jistoty navozují (tkanička, kostka, panenka, plyšák, fotografie aj.)
- pokud se z jeho pohledu personál chová předvídatelně (dělá přesně to, co říká, nedává plané sliby a nevyhrožuje tím, co nemůže splnit)

Potřeba někam patřit a být milován je uživatelem naplněna ve chvíli:

- když personál vstupuje s uživatelem do sociálního kontaktu i v situacích, kdy mu nedává určité pokyny a neklade na něj žádné požadavky (společné pití kávy, společná cigareta aj.)
- kdy personál dává uživateli, který není smířen s pobytem v zařízení, najevo své porozumění v jeho tíživé situaci, hledá s ním reálné řešení situace nebo mu říká, že není jiné řešení. Nesnaží se ho přesvědčovat o ideálnosti stávající situace

Potřeba úcty a respektu je uživatelem naplněna ve chvíli:

- kdy s ním personál jedná společensky vhodně s ohledem na jeho fyzický věk
- kdy personál nezlehčuje a nezesměšňuje jeho citové prožívání, touhy, požadavky, připomínky, stížnosti a přání, i když nejsou

reálná. To neznamena, že by je musel bezezbytku plnit (pokud se uživatel chce stát policistou, nebudu tuto touhu zesměšňovat a podpořím ho v této touze udělat takové kroky, které jsou ještě sociálně únosné- seženu mu a dovolím mu nosit policejní čepici aj.)

Potřeba seberealizace je uživatelem naplněna ve chvíli:

- kdy se může rozhodnout přímo úměrně svým aktuálním možnostem a schopnostem o tom, kdy se nají, půjde spát, vstane, bude se bavit s ostatními, odloží určitou aktivitu, událost nebo interakci nebo se jí bude věnovat déle.
- kdy může někoho ovládat (jak často se děje něco podle mě jako uživatele služeb, jak často se chová někdo tak, jak já chci jako uživatel služeb aj.).

Jakmile nejsou základní životní potřeby u jakéhokoliv člověka naplněny, zvyšuje se u něho pravděpodobnost výskytu problémového chování (ignorování společenských norem, negativismus, agrese, autoagrese aj.). Vzhledem k handicapu uživatelů služeb je nutná větší míra asistence při naplňování jejich základních potřeb.

Obecně řečeno platí úměra, že čím má uživatel větší možnost naplnit sám své základní potřeby, tím se u něho snižuje pravděpodobnost výskytu problémového chování. Pokud nemá zdravý člověk určitou potřebu naplněnu, dokáže si sám obstarat prostředky k uspokojení potřeby nebo si najde jinou, pro něho více dostupnou potřebu, kterou naplní. U lidí s handicapem tomu tak být nemusí a často se stává, že bez asistence nejsou schopni své potřeby plně uspokojit. Nenaplněná potřeba u nich vyvolává frustraci, která může spustit problémové chování.

Klíčem pomoci tedy není potlačení agresivních projevů uživatele služeb restriktivními postupy. Tímto způsobem sice můžeme úspěšně vyřešit jeden incident, ale dlouhodobě terapeuticky

v chování uživatele nic neměníme! Jakmile zmizí hrozba restrikce, výskyt problémového chování se logicky vrací, protože jsme neřešili příčinu tohoto chování.

Správný směr pomoci je snaha zjistit ty potřeby, které si uživatel není schopen sám naplnit a v těchto potřebách mu poskytnout dostatečnou míru asistence. Tím předcházíme výskytu problémového chování.

I přes veškerou snahu personálu však bude docházet u některých uživatelů služeb k problémovému chování, protože:

- problémové chování může primárně plynout z handicapu uživatele (Lesch-nyhanův syndrom- každý muž s tímto syndromem bude agresivní)
- se nemusí vždy podařit správně stanovit nenaplněné potřeby uživatele
- i když nenaplněné potřeby známe, nemusí se nám je z objektivních důvodů podařit naplnit.

Agresivní chování u lidí s mentální retardací a/nebo s autismem má dva základní spouštěcí faktory.

**Prvním faktorem** je organické a funkční poškození mozku. Tento faktor je tzv. vnitřní a převážně spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí. Vnitřní faktor můžeme částečně korigovat farmakoterapií a kognitivně- behaviorální terapií.

**Druhým faktorem** je prostředí, ve kterém uživatel každodenně žije. Tento faktor je tzv. vnější a zahrnuje nepohodlnost prostředí (teplo, světlo, oděv uživatelů, nábytek) a zmatečnost (příliš velké skupiny, nedostatečná jasnost, co se přesně od uživatele očekává, příliš volného času bez možnosti jej adekvátně využít).

Dalším častým spouštěčem problémového chování jsou přísně nastavená pravidla daná velikostí zařízení a potřebou nastavit pravidla dle uživatele s nejtěžším mentálním handicapem. Pokud uživatel žije v bytě se sedmi spolubydlícími, není problémem mít společnou lednici. Uživatel tak nemá přístup k jídlu pouze v předem daný čas, ale může se obsloužit (pokud si jídlo nakoupil) i v čase mezi hlavními jídly. Tyto „maličkosti“ obecně zlepšují kvalitu života uživatele a zároveň snižují pravděpodobnost výskytu problémového chování. Je jasné, že pro ústavy se sto uživateli je jídlo mezi hlavními časy často pouze utopií, což neplyne ani tak z nechuti personálu v tomto bodě situaci měnit, ale z vlastního systému fungování budovy, který změnu jednoduše nepřipouští.

Při ovlivňování vnějších faktorů si můžeme pomoci kognitivně-behaviorální terapií.

Z naší zkušenosti v ÚSP jsou při agresivním chování uživatelů vnější faktory zastoupeny ve větší míře než faktory vnitřní. Z naší zkušenosti si také uvědomujeme základní předsudky v myšlení personálu v ústavech sociální péče. Tyto předsudky jsme shrnuli do následujících bodů:

Chybná tvrzení:

- Lidé s těžšími formami mentální retardace mají pouze fyziologické potřeby. Pokud je o tyto potřeby (jídlo, pití, čisté oblečení, teplo) postaráno, jsou spokojeni a nic jiného nepotřebují.
- Lidé s autismem nestojí o kontakt s personálem
- Lidé s mentální retardací nepotřebují uznání za jednoduché práce (např. ustlání si postele, sebeobslužné práce)
- Lidé nepotřebují pochvalu a uznání za vhodné chování, protože vhodné chování je „přirozené a normální a všichni se tak chovají od přírody“
- Tresty jsou nejrychlejší terapií problémového chování

- Když je člověk objektivně v bezpečí, cítí se samozřejmě i subjektivně bezpečně

Správná tvrzení:

- Lidé s jakýmkoliv postižením potřebují naplnit všechny základní potřeby (viz tabulka dle Maslowa) s asistencí přímo úměrnou jejich handicapu
- Lidé s autismem převážně o lidské vztahy stojí, jenom nevědí, jak je navázat
- Každý člověk potřebuje uznání za svoji dobře odvedenou práci, ať je vlastní náplň práce jakákoliv
- Vhodné chování je chováním stejně naučeným jako chování nevhodné. Není tedy „přirozené a normální“, že se člověk chová vhodně. Aby se člověk choval vhodně, musí být k tomu vždy něčím motivován a musí se tomu také naučit
- Tresty jsou až metodou poslední volby, ke které často v terapii nedochází, protože dlouhodobě chování mění lépe neaverzivní postupy
- I když je člověk objektivně v bezpečí může prožívat stres z nepochopení okolí. Nemusí vědět, co se od něho přesně žádá a to může u něho vyvolat pocit ohrožení (pokud má člověk fobii z pavouka a je v místnosti s pavoukem, tak je sice v bezpečí, ale necítí se tak. Na základě tohoto pocitu se pak chová. I když mu pavouk objektivně nemůže nic udělat, člověk s fobií křičí, třepe se, utíká, zrychleně dýchá, dusí se, nemyslí racionálně atd. Emoce ovládají jeho chování daleko více než jeho kognice.)

Vlastní terapie problémového chování spočívá v předcházení incidentům, protože je to z pohledu personálu jednodušší než jejich následné řešení. Proto je převážná část terapie věnovaná prevenci problémového chování a o restriktivních postupech uvažujeme až o jako metodě poslední volby. Nejdříve se však musíme rozhodnout, jaký typ terapie použijeme.

## 4.2. Terapie problémového chování

Na počátku terapie se musíme rozhodnout, zda použijeme behaviorální nebo kognitivně-behaviorální terapii. Toto rozhodnutí uděláme podle věku, handicapu a dovedností uživatele služeb. K rozhodnutí nám může pomoci následující tabulka:

Tabulka č.7: Rozdělení terapie podle schopností uživatele

Behaviorální terapii použijeme když...	Kognitivně- behaviorální terapii použijeme když...
uživatel nechce s námi spolupracovat	uživatel aktivně neodmítá spolupráci
uživatel nemluví nebo mluví pouze jednoslovně	uživatel mluví minimálně v jednoduchých větách
uživatel není schopen říct, co dělá, jak se cítí a na co myslí	uživatel je schopen alespoň jednoduše popsat co dělá, jak se cítí a na co myslí
uživatel je sám se sebou spokojen a neví, že jeho okolí vadí jeho projevy chování	uživatel je buď sám se sebou nespokojen nebo si alespoň částečně uvědomuje „třecí plochy“ mezi sebou a okolím

Velmi zjednodušeně můžeme využití KBT rozdělit i podle handicapu takto:

Tabulka č.8: Využití KBT u dospívajících a dospělých dle jejich handicapu:

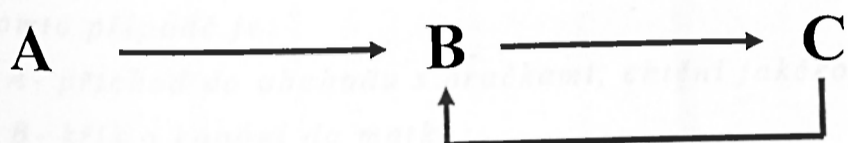
Handicap z PAS	Mentální handicap	terapie
Dětský autismus nízkofunkční a Atypický autismus	Hluboká a těžká mentální retardace	Behaviorální terapie
Dětský autismus středněfunkční a Atypický autismus	Středně těžká mentální retardace	Behaviorální terapie s možnými prvky kognitivní terapie
Dětský autismus vysocefunkční a Atypický autismus	Lehká mentální retardace a pasmo podprůměru	Behaviorální i kognitivní terapie
Aspergerův syndrom	Bez handicapu	Pouze kognitivní terapie nebo kognitivní terapie s prvky behaviorální

Kognitivní terapie i behaviorální terapie vychází z tzv. ABC modelu lidského chování, avšak každý terapeutický směr chápe ABC jinak.



#### 4.2.1. ABC model lidského chování v behaviorální terapii

Lidské chování není náhodným řetězcem událostí, které by na sebe ničím nenavazovaly. Problémová i neproblémová chování se nevyskytují náhodně. Behaviorální terapie vychází z teorie učení a předpokládá, že určité chování je spouštěno faktory, které mu předcházejí a udržováno faktory, které po něm následují. (Možný, 1995, str. 25) Tento předpoklad se dá vyjádřit vztahem:



- A (antecedent) - spouštěč
- B (behavior) - vlastní chování
- C (consequence)- následek, zpevňovač

Aby se jakékoliv konkrétní chování (B) vyskytlo, musí mu předcházet určité spouštěče<sup>2</sup> (A). Aby se stejné konkrétní chování (B) v budoucnosti opakovalo, musí se po něm vyskytnout takové následky (C), které člověku přináší dostatečné zisky a motivují ho při stejných spouštěcích (A) znovu používat stejné konkrétní chování (B).

<sup>2</sup> spouštěče mohou být dvojího druhu- vnější i vnitřní. Vnitřním spouštěčem je to, co se odehrává v člověku těsně před začátkem problémového chování. Může jím být emocionální stav, fyziologický stav, potřeby, motivace nebo vlastní myšlenky. Vnější spouštěčem může být cokoli, co obklopuje člověka před výskytem problémového chování. Může jím být přítomnost nebo deficit nějakých předmětů, zvířat nebo lidí v okolí, chování lidí v okolí aj.

**Příklad č.1:**

Dítě s autismem přijde s matkou do obchodu s hračkami a chce koupit jakoukoliv hračku. Jelikož není z důvodu jeho handicapu u něho plně rozvinuta funkční komunikace, začne matku kopat a přitom křičet. Matka jeho chování na veřejnosti logicky nevydrží, hračku koupí a tím, že ji koupila, zpětně odměňuje (zpevňuje) vlastní problémové chování (kopání a křik). Dítě si uvědomí, že když začne v obchodě do matky kopat a přitom i křičet, tak má větší pravděpodobnost, že hračku dostane, než kdyby na hračku pouze ukazovalo.

V tomto případě je:

- A- příchod do obchodu s hračkami, chtění jakékoliv hračky
- B- křik a kopání do matky
- C- koupě hračky

**Příklad č.2:**

Člověk má hlad a vidí jídlo. Sní připravené jídlo a jde si lehnout, protože se dobře najedl. Když bude přítomen vnější spouštěč (jídlo) a vnitřní spouštěč (pocit hladu) a zároveň je mu po jídle dobře (zisk), bude příště své chování opakovat. Mohlo by se ale také stát, že určité jídlo vyvolá v člověku alergickou reakci a člověk se po tomto jídle začne dusit. V tomto případě je následek dušení (ztráta) a člověk toto konkrétní jídlo nejl, i když je přítomen vnitřní spouštěč (pocit hladu) a vnější spouštěč (přítomnost jídla).

V tomto případě je:

- A- pocit hladu, zahlédnutí jídla
- B- jedení
- C- pocit plnosti a odchod k posteli

Z výše uvedených složek chování můžeme objektivně sledovat pouze složku B. Složky A a C jsou naše subjektivní hypotézy,

protože uživatel nám je z důvodu svého handicapu neřekne. Můžeme sice přesně pozorovat situaci, která těsně předcházela problémovému chování i situaci, která těsně následovala, ale tyto události nemusí být nutně spouštěči ani zpevňovači vlastního problémového chování. V chování člověka totiž neplatí, že by k jednomu cíli musel vést pouze jeden projev chování, nebo že by právě jeden projev chování vedl vždy a pouze k jednomu cíli.

Určitého cíle totiž můžeme dosáhnout několika projevy chování:

**Příklad č.1:**

*Chceme-li vidět v zatemněné místnosti, můžeme:*

- *zmáčknout vypínač*
- *zapálit svíčku*
- *rozsvítit baterku*
- *roztáhnout závěsy*
- *poprosit kolegu, aby rozsvítil.*

*Stejně to může být i u problémového chování. Jestliže chce uživatel připoutat na sebe pozornost, může:*

- *zavolat na někoho z personálu*
- *chytit někoho z personálu za ruku*
- *někoho z personálu nakopnout*

Jeden projev chování může také vést k několika různým cílům:

**Příklad č.2:**

*Vidíme například někoho se zdviženým palcem. Tento projev chování může znamenat, že:*

- *je vše v pořádku*
- *dotyčný chce například jeden rohlík*
- *dotyčný stopuje*
- *dotyčný nám ukazuje něco nahore a my se tam máme podívat.*

Stejně tak můžeme vidět jeden projev problémového chování (bití hlavou o zeď) s několika možnými cíli:

- uživatel chce na sebe například připoutat pozornost
- uživatele bolí zuby
- uživatel se nudí a nedokáže se jinak stimulovat

Ke zjištění správného vztahu mezi vlastními projevy a cílem chování nám pomůže správně provedená funkční analýza chování.

Vlastní terapie problémového chování spočívá ve změně patřičných spouštěčů tak, aby se problémové chování nemohlo vyskytnout a změně následků tak, aby problémové chování přestalo být funkční.

#### **4.2.2. ABC model lidského chování v kognitivní terapii**

Z pohledu kognitivní terapie je lidské chování také řetězcem událostí, které na sebe navazují. Kognitivní terapie tak pro popis jakéhokoli chování používá také modelu ABC, který značí posloupnost a návaznost jednotlivých událostí v čase. Narozdíl od ABC v behaviorální terapii však jednotlivé složky modelu mají jiný význam. Na počátku stojí podnět **A**, na konci stojí **C** jako emočně nepřiměřená reakce. **B** je „prázdná“ v mysli pacienta, které, když je dokáže vyplnit, spojí **A** a **C** jako most. Vyplnění tohoto prázdného místa, které vyplývá z pacientových přesvědčení a názorů, je úkolem pro kognitivní terapii. (Beck, 2004, str. 173-174)



A(activating stimulus)	-	aktivující podnět
B(blank	-	prázdná v mysli pacienta
C(conditioned response)	-	emočně nepřiměřená napodmiňovaná reakce

Základy kognitivní terapie rozpracoval v šedesátých letech 20.století americký psychiatr Aaron T. Beck. Beck vycházel z předpokladu, že v každém lidském chování jsou obsaženy čtyři proměnné, a to fyziologické, afektivní, kognitivní a motorické procesy. Tyto složky se navzájem propojují a ovlivňují. Beck měl výcvik v psychoanalýze a zároveň si byl vědom studií jeho kolegů s behaviorálním zaměřením. Ani jeden směr ho však při vysvětlení vazby *podnět-emoce* plně neuspokojil, a tak rozpracoval vlastní teorii. Beck se nenechal strhnout na první pohled jednoduchostí a jasností behaviorální teorie *podnět-emoce*, která vychází z předpokladu, že existuje jasná vazba mezi podnětem a následnou emocí. S touto teorií nedokázal Beck obstát v situacích, kdy dva lidé na shodný podnět reagují diametrálně odlišnými reakcemi (například na informaci o povýšení reaguje jeden člověk radostí a druhý smutkem) nebo když stejný člověk na stejný podnět reaguje emočně pokaždé jinak.

Zároveň mu však psychoanalytická konstrukce *podnět-nevědomý impuls-emoce*<sup>3</sup> přišla příliš složitá a neprůkazná.

<sup>3</sup> tady si je třeba uvědomit rozdíl ve významu slova „nevědomý“ z pohledu psychoanalytického a behaviorálního. Z psychoanalytického pohledu nevědomé je něco, co je potlačeného z vědomí (například touha po matce, strach z otce aj.). Z behaviorálního pohledu je nevědomé to, co je

Behaviorální a psychoanalytický model se navzájem podobají v tom, že minimalizují důležitost významů, které jsou dostupné introspektivnímu pozorování a sdělování. Behavioristé odmítají vnitřní význam úplně a psychoanalytici zdůrazňují významy nevědomé. Oba modely se liší v umístění vyvolávajícího podnětu: Podle behaviorálního modelu je zevní, podle psychoanalytického modelu je vnitřní, ale nevědomý. (Beck, 2004, str.47)

Při své práci došel Beck k závěru, že podnět je člověkem kognitivně vyhodnocován a na základě tohoto hodnocení se vyskytne i odpovídající emoční reakce. Dochází tak ke kognitivnímu modelu podnět- kognitivní vyhodnocení podnětu- emoční reakce. Na základě tohoto modelu vysvětluje výskyt tří základních negativních emocí v lidském chování, a to hněvu, smutku a úzkosti. Výskyt nejen těchto emocí spojuje Beck s pojmem „osobní doména“, který si představíme dále.

Z ABC modelů lidského chování vychází i následné terapeutické postupy. V následujících kapitolách si ukážeme postupy v duchu behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie.

### 4.3. Behaviorální terapie

Pro změnu problémového chování používáme terapeutický postup, který volně vychází z terapeutického postupu EDM<sup>4</sup> a je pro lepší názornost rozdělen do pěti kroků:

---

opakováním zautomatizováno (např. jízda na kole aj.). Beck používá slovo „nevědomý“ při tomto vysvětlení ve významu psychoanalytickém.

<sup>4</sup> EDM- Eden Decision Model- terapeutický postup popsany stručně v knize Autistické chování od Schoplera a Mesibova (Schopler, 1997). Celý je popsán v knize Autism through the lifespan (Holmes, 1997).

- zaznamenání problémového chování, behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení
- analýza prostředí
- analýza činností
- diferenční zpevnování- odměny vhodného chování
- averzivní tlumení

Nezávisle na tomto postupu stojí restriktivní postupy, které prostupují celý terapeutický proces.

Při terapii musíme zachovat následnost kroků. Nemůžeme tak bez dobře udělané analýzy chování začít třeba s diferenčním zpevnováním nebo ještě hůře rovnou s averzivním tlumením! Použití averzivního tlumení je až poslední, pátý krok, ke kterému často ani nedojdeme.

Terapie nepostupuje z jednoho kroku na druhý, spíše se vždy o další krok rozšíří. To znamená, že na začátku uděláme první krok. K prvnímu kroku poté přidáme krok druhý. Pokud se chování nezlepšilo, přidáme krok třetí, ale stále se snažíme myslet o změnách i podle kroku druhého atd. Chování po celou dobu terapie vyhodnocujeme podle prvního kroku tak, abychom zjistili objektivní změnu v chování klienta.

#### **4.3.1. První krok- behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení**

Na počátku terapeutického postupu se při behaviorální analýze snažíme zjistit kdy, kde, s kým a při čem se problémové chování vyskytuje či nevyskytuje, co mu předchází a co po něm následuje.

Při funkční analýze se snažíme zjistit, proč se toto problémové chování vyskytuje a proč nemizí. Dále vypracováváme systém odměn, které člověka opravdu odměňují.

Abychom mohli přesně udělat behaviorální a funkční analýzu problémového chování, můžeme nejdříve problémové chování po určitou dobu správně zaznamenávat.

Z behaviorální analýzy můžeme zjistit, že existuje doba nebo místo, kde se problémové chování vyskytuje více často. Můžeme také zjistit, že existuje doba nebo místo, kde se problémové chování nevyskytuje vůbec. Pak se můžeme ptát po jasných spouštěcích problémového chování. Jestli na takové jasné spouštěče přijdeme, můžeme se je snažit eliminovat.

Z funkční analýzy se můžeme snažit vysvětlit, proč se některé chování vyskytuje. Tato analýza je velmi důležitá u agresivního chování, které může vypadat stále stejně (např. jenom kousání se do rukou), ale může mít pokaždé jinou funkčnost.

Agresivní chování může být:

- pro připoutání sociální pozornosti- nezapomeňme, že negativní pozornost je pro některé uživatele v některých případech lepší než pozornost žádná
- obránná agrese- ve chvíli, kdy na člověka klademe pro něho nepřiměřené nároky, může se začít chovat agresivně, abychom z nároků slevili
- hranicotvorná- vyskytuje se ve chvíli, kdy uživatel nastoupí do nového zařízení nebo se změní personál. Uživatel zkouší, kde jsou „mantinely“ chování, kam až může zajít
- autostimulační- vyskytuje se ve chvíli, kdy se uživatel nudí a nedokáže si z důvodu svého handicapu dodávat podněty jiným způsobem než agresí (bití se do hlavy, kousání se do rukou aj.)
- analgetická- vyskytuje se ve chvíli, kdy uživatele něco bolí a on se snaží bolavé místo autoagresí lokálně umrtvit (je to stejné, jako když nás píchne komár a my si bolavé místo následně rozškrábneme)



- pro získání nebo pro návrat věci nebo aktivity- vyskytuje se ve chvíli, kdy uživatel buď neumí se k aktivitě nebo věci dostat jiným způsobem nebo je mu věc či aktivita i v dobré víře odepírána (cigarety aj.)
- kompulzivní- vyskytuje se ve chvíli, kdy uživatel projevuje nutkavé nevhodné chování (bouchání, plivání, štípání aj.)

Při autoagresi doporučuje Durand v terapii dva po sobě jdoucí kroky. V prvním kroku bychom měli rozpoznat zpevňující podnět, který autoagresi odměňuje. Po tomto rozpoznání bychom se měli snažit o jeho eliminaci. Zároveň bychom měli ve druhém kroku klienta učit takové vhodné sociální chování, kterým dosáhne podobného nebo identického užitku (Durand, 1986, str.172-175).  
Výše popsaný způsob terapie si můžeme ukázat v tabulce:

Tabulka č. 9: Dva kroky terapie agrese dle Duranda (Durand, 1986, str.175)

Motivace	Důsledek autoagrese (1. krok)	Alternativní chování (2.krok)
Sociální pozornost	Nevěnovat se po SIB dítěti	Naučit jej přijatelným způsobem připoutat pozornost (např. říct: „Udělal jsem to správně?“)
Věc	Odebrat věc	Naučit jej přijatelným způsobem požádat o věc (např. říct: „Hračku, prosím!“)
Únik	Nedovolit mu odejít	Naučit jej přijatelným způsobem připoutat pozornost (např. říct: „Chci přestávku!“)
Autostimulační	Zabránit mu	Naučit hru, která bude dodávat podobné nebo stejné podněty jako SIB

Rozlišení agrese je velmi důležité pro další terapii. Pokud je například bití do hlavy vždy při přechodu z rituálního chování do námi požadovaného chování (chceme, aby si uživatel přestal hrát stereotypně s tkaničkou a aby si šel uklidit vyprané prádlo), musíme

zjistit, zda se jedná o obrannou agresi (uživatel si nechce uklízet oblečení) nebo spíše o agresi pro návrat aktivity (uživateli vadí přerušování hry s tkaničkou). Pokud by se jednalo o obrannou agresi, museli bychom analyzovat činnost (uklizení oblečení), kvůli které se agrese objevuje, abychom zjistili, proč uživatel nechce oblečení uklízet. Terapie by s největší pravděpodobností spočívala v rozdělení vypraného prádla na menší, vizuálně jasně oddělené hromádky, abychom udrželi pozornost uživatele a aby uživatel lépe viděl, jak mu práce ubývá a co má přesně uklízet. Dále bychom mohli upřesnit, kam má prádlo uklidit a na úklidu s ním spolupracovat.

Jiné by to však bylo, pokud by se agresivní chování objevovalo z důvodu přerušování stereotypní hry s tkaničkou. Zde by terapie spočívala ve "zviditelnění" času (pomocí minutky, papírových nebo reálných hodin), aby uživatel věděl, kdy bude hra s tkaničkou končit. Rovněž zavedení denního režimu může uživateli pomoci pochopit, že po nepříjemné činnosti se bude moci k oblíbené činnosti opět vrátit.

#### **4.3.1.1. Vlastní provedení behaviorální a funkční analýzy**

Pokud nám klient řekne, proč se chová problémově, máme ušetřeno spousty práce. Lidé, kteří se sebezraňují a zároveň dokáží o tom mluvit, uvádí jako nejčastější důvody následující (Babiker, 1997, str. 33):

- Komunikační problémy v rodině
- Z jejich pohledu nerozpoznatelné a neuchopitelné emoce
- Ekonomické a sociální znevýhodnění
- Prožívání fyzické bolesti
- Zkušenost s týráním (Deiter, 2000, str.1174-1175) a rasizmem

- Soužití s partnerem se závislostí na drogách nebo alkoholu
- Zkušenost s úmrtím partnera nebo jeho odchodem
- Zanedbání
- Emoční, fyzické či sexuální týrání

Favazza ve své práci uvádí následující nejčastější odpovědi po smyslu autoagrese (Favazza, 1997, str.88):

- Abych se oprostil od svých pocitů
- Abych cítil bolest vně oproti bolesti uvnitř
- Abych zvládl své pocity
- Abych dal volný průchod svému hněvu na sebe
- Abych pocítil, že tu jsem
- Abych zastavil své emoce
- Abych ukázal lidem, že potřebuji pomoc
- Abych připoutal pozornost lidí
- Abych řekl lidem, že potřebuji léčit
- Abych řekl lidem, že mají o mě pečovat
- Aby se ostatní cítili provinile
- Aby všichni vypadli
- Abych utekl od odpovědnosti a stresu
- Abych manipuloval s lidmi

Není-li nám jasné, proč se uživatel chová problémově, musíme nejdříve jeho chování správně zaznamenávat a vyhodnotit. Ke správnému zaznamenávání problémového chování a k následnému vyhodnocení potřebujeme dvě předpřipravené tabulky. Jedna je na zaznamenávání incidentů v průběhu dne, druhá slouží k zaznamenávání vlastního průběhu dne. Obě tabulky poté porovnáme a můžeme z nich následně velmi přesně vyčíst **kdy, kde, s kým a při čem** se problémové chování vyskytuje a **kdy, kde, s kým a při čem** se nevyskytuje. To nám pomůže ve funkční analýze, kdy se ze získaných dat snažíme zjistit **proč** se takto uživatel chová.

Tabulka č.10: Záznam incidentů

	9:00	9:18															
Kuchyň	J																
	M	O															
Pokojík																	
Ložnice		VČS															
			M														
Venku																	

Legenda k tabulce č.10:

	1		
2	3		
	4	5	6

1. čas incidentu
2. místnost, kde se incident stal
3. činnost, při které se incident stal
4. osoby, které ve chvíli výskytu incidentu uživatele fyzicky vedli (dotýkali se ho)
5. osoby, které ve chvíli výskytu incidentu uživatele verbálně vedli (mluvili na něj)
6. osoby, které byli pouze přítomné a uživateli se jinak nevěnovali

Předpřipravená tabulka obsahuje dostatečný počet sloupců podle frekvence problémového chování, dostatečný počet řádek s vypsány všemi místnostmi a prostředími, kde se klient v průběhu dne vyskytuje, předpřipravené zkratky činností a osob (M-Marta-personál, O-Oto-personál, J-jídlo, VČS-volná činnost samostatná, VČN- volná činnost s někým aj.)

Při zapisování si musíme předem jasně napsat způsoby chování, které budeme zaznamenávat (bití se do hlavy, křik, válení se po zemi). Podle zápisu ve výše uvedeném příkladě se uživatel udeřil do hlavy v 9:00 v kuchyni při jídle, když ho Marta držela nebo se ho jinak dotýkala a Oto na něj mluvil. Dále se udeřil v 9:18 v ložnici, když si uživatel hrál sám a Marta si ho nevěnovala.

Tabulka č.11: Záznam průběhu dne

	9:00-9:15	9:15-9:30	9:30-9:45	9:45-10:00	10:00-10:15	10:15-10:30
Kuchyň	J					
	M,O					
Pokojík						
Ložnice		VČS, VČN				
		M,O				
Venku						

Legenda k tabulce č.11:

	1
2	3
	4

1. časový interval v průběhu dne
2. místnost, kde v průběhu časového intervalu uživatel převážně byl
3. činnosti, které v průběhu časového intervalu uživatel převážně dělal
4. osoby, které v průběhu časového intervalu s uživatelem převážně byli

Předpřipravená tabulka obsahuje dostatečný počet sloupců podle délky jednoho časového intervalu (15-30 minut) a dostatečný počet řádek s vypsáním všemi místnostmi a prostředími, kde se uživatel v průběhu dne vyskytuje. Předpřipravené zkratky činností a osob jsou stejně jako u tabulky č.1(M-Marta, O-Oto, J-jídlo, VČS-volná činnost samostatná, VČN- volná činnost s někým aj.).

Podle zápisu byl uživatel mezi 9:00 až 9:15 v kuchyni, kde jedl a byl tam s ním Oto i Marta. Mezi 9:15 a 9:30 byl převážně v ložnici, kde si hrál samostatně i s někým.

Délku časového intervalu nastavme podle našich možností a schopností, stejně tak jako diferenciaci činností. Čím podrobnější, tím lepší, ale také náročnější. Vždy se snažme o kompromis.

Po vyplnění (vyplňujte 10-14 dní) tabulky porovnáme (při velké frekvenci doporučujeme počítačové zpracování v Excelu). Z výsledků zjistíme:

- kolik procent času tráví uživatel v konkrétní místnosti a kolik procent incidentů je v konkrétní místnosti
- kolik procent času dělá uživatel určitou činnost a kolik procent incidentů je při této určité činnosti
- kolik procent času tráví uživatel s určitými lidmi a kolik procent incidentů je v přítomnosti těchto lidí

Na základě takto získaných dat můžeme lépe provést funkční analýzu chování. Tento způsob zaznamenávání se používá ve chvíli, kdy se chování vyskytuje ve vysoké frekvenci (30-500 incidentů denně) a kdy se nám jeví, že se vyskytuje zcela náhodně a pořád. Zaznamenávání je rychlé a přitom má vysokou výpovědní hodnotu.

Ke správně provedené funkční analýze si můžeme dopomoci i škálou Motivation assessment scale-MAS. V níže uvedených kapitolách o MAS plně vycházíme z práce Marka Duranda (Durand, 1990, str. 45-56):

#### **4.3.1.1.1. Dotazník pro zjištění motivace chování (Motivation assessment scale-MAS)**

MAS byl vyvinut v průběhu několika let díky pomoci mnoha učitelů, rodičů a personálu u lidí s autismem a jiných vývojových poruch. V průběhu let bylo mnoho otázek přidáno a vyřazeno. Otázky a jejich formulace byly upravovány do té doby, než personál, který se staral o osoby s vývojovými poruchami, byl schopen správně popsat jak by se jejich klienti chovali v situaci, kdy jim zadávají těžké úkoly či pokyny, v nestrukturovaném prostředí, v situaci, kdy jim odeprou určitý podnět nebo v situaci, kdy je ignorují. Výsledná šestnácti položková škála slouží k rozpoznání funkce problémového chování. Výsledek nám napoví, zda je chování

zpevnováno sensoricky (autostimulační chování), vyhnutím se něčemu, sociální pozorností nebo získáním něčeho.

#### **4.3.1.1.2. Vyplnění MAS**

MAS mohou vyplňovat rodiče, učitelé nebo kdokoliv, kdo zná hodnocené dítě. Dotyčná osoba je dotazována postupně na pravděpodobnost výskytu předem určeného problémového chování v každé ze šestnácti situací popsaných v MAS. Mějme na paměti, že celý dotazník je koncipován do čtyř motivačních tříd (získání pozornosti, získání věci, únik a sensorické zpevnování). Na každou třídu připadají čtyři otázky.

#### **4.3.1.1.3. Určení problémového chování pro správné vyplnění MAS**

Pro vyplnění musíme nejdříve přesně najít chování, na kterém chceme MAS vyplnit (správně: „bití se do hlavy“, špatně: „je rozrušený“). Často zapisovatel vybere velmi obecné chování, které pak může být udržováno různými proměnnými. Tak například jedno vztekání dívky může zahrnovat v různých situacích bití se do hlavy, křik a běhání po místnosti. Nicméně bití do hlavy a křik může být použit k úniku z náročné situace, přestože běhání po místnosti může být jindy použito k získání pozornosti. Z tohoto důvodu zaznamenání těchto situací vždy jako „vztek“ může vést ke zkreslení výsledků. Přesně rozdělení chování je důležité pro správné stanovení dalšího léčebného postupu. Jelikož je MAS možno vyplnit během pěti až deseti minut, není problém jej vyplňovat pro každý způsob problémového chování zvlášť.

#### **4.3.1.1.4. Stanovení prostředí**

Kromě přesného určení problémového chování, které budeme sledovat, je také důležité, že zapisovatel hodnotí chování v různých prostředích. Je důležité si uvědomit, že je jednodušší zaznamenávat při individuální výuce (například při logoterapii nebo nácviku individuální práce) než při skupinové práci. V průběhu vyučování

tak dítě postupně prochází různými prostředími. Vzhledem ke krátkosti MAS se doporučuje jej vyplňovat pro každé prostředí, ve kterém se vyskytne problémové chování, zvláště.

#### **4.3.1.1.5. Způsob zaznamenávání**

Zaznamenávání MAS je relativně jednoduché. U každé otázky zakroužkujeme vhodnou odpověď a ty na konci formuláře přepíšeme do sloupců. Každý sloupec se sečte zvláště. První sloupec hodnotí senzorické zpevnování s variabilními zpevňovači, druhý sloupec hodnotí únikové zpevnování z nepříjemných situací, třetí sloupec hodnotí sociální zpevnování a čtvrtý hodnotí chování pro získání věci. Dále sloupce porovnáme procentuelně mezi sebou a v závěru stanovíme jejich pořadí v důležitosti jejich dopadu na zpevnování konkrétního chování.

#### **4.3.1.1.6. Interpretace výsledků MAS**

Správně vyplněný MAS nám poukáže na nejvýznamnější z možných zpevňujících faktorů v problémovém chování dítěte. Jestliže jedna ze čtyř kategorií jasně vychází jako první (má jasně nejvyšší součet), pak jsme pravděpodobně našli rozhodující zpevňovače v chování. Jestliže je vysoký výsledek ve více kategoriích a rozdíly mezi kategoriemi jsou nepatrné (v procentuálním zhodnocení mezi 2,5 a 5%), tak mohou být důležité všechny vlivy s podobným výsledkem stejně. V tomto případě nám může pomoci zpřesnit výsledek specifikace prostředí, ve kterém se problémové chování vyskytuje. Tak například jeden MAS může být vyplněn pro bití se do hlavy při individuální práci u stolu, druhý může být vyplněn při společné práci u stolu. Často se nám stane, že zpřesněním prostředí se nám ukáže rozhodující vliv jedné z kategorií na zpevnování chování. Výsledek s nejvyšší hodnotou je výsledkem pouze pro konkrétní chování v konkrétním prostředí. Výsledek nesmíme generalizovat na jiná chování nebo na jiná prostředí.



#### 4.3.1.1.7. Výzkum u MAS

Durand a Crimins (Durand, 1990) vyhodnocovali reliabilitu a validitu MAS. Studie reliability (hodnověrnosti) byla vypracována s učiteli 50 dětí s vývojovou poruchou a SIB. Tyto děti byly ze čtyř států USA ve věku od 3 do 18 let a jejich diagnózy byly převážně TMR a autismus. Zapisovatelská reliabilita (shoda hodnotitelů- např. porovnání záznamů učitele a asistenta učitele) byla měřena tzv. Pearsonovým korelačním koeficientem, a vyšla v rozsahu od 0,8 do 0,95. Test-retest reliability (porovnání měření jedním učitelem stejného chování po třiceti dnech) vyšel pomocí Pearsonova korelačního koeficientu na 0,89 až 0,98. Tyto data ukazují na hodnověrnost MAS. Dva zapisovatele se obvykle shodli ve výsledcích a jejich zaznamenání chování se v průběhu času neměnilo.

MAS (The Motivation Assessment Scale), V. Mark Durand, Ph.D. (Durand, 1990)

Jméno:	Zapisovatel:	Datum záznamu:
Přesný popis zaznamenávaného chování:		
Přesný popis prostředí a činnosti, při které chování zaznamenáváme:		

Otázka:	Odpověď (zakroužkujte pouze jednu z možností):						
	nikdy	skoro nikdy	zřídka	někdy	normálně (obvykle)	skoro vždy	vždy
1 Objevuje se toto chování nepřetržitě, stále a stále ve chvíli, kdy je klient ponechán o samotě po dlouhou dobu? (například po dobu několika hodin)	0	1	2	3	4	5	6
2 Vyskytuje se toto chování ihned poté, co je klient požádán o splnění obtížného úkolu?	0	1	2	3	4	5	6
3 Připadá Vám výskyt chování jako reakce na to, že hovoříte s jinou osobou v místnosti?	0	1	2	3	4	5	6
4 Vyskytuje se toto chování poté, co klientovi byl odmítnut jeho požadavek na hračku, jídlo nebo aktivitu?	0	1	2	3	4	5	6
5 Vyskytuje se toto chování opakovaně a stále stejně po velmi dlouhou dobu ve chvíli, kdy nikdo není kolem? (například kývání se ze strany na stranu po dobu jedné hodiny)	0	1	2	3	4	5	6

6	Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy je kladen jakýkoliv požadavek na klienta?	0	1	2	3	4	5	6
7	Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy se přestanete klientovi věnovat?	0	1	2	3	4	5	6
8	Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy klientovi vezmete jeho oblíbenou hračku, jídlo nebo mu zastavíte oblíbenou činnost?	0	1	2	3	4	5	6
9	Domníváte se, že klienta toto chování baví? (zažívá příjemný pocit, příjemnou chuť, příjemný pohled, příjemnou vůni a/nebo příjemné zvuky)	0	1	2	3	4	5	6
10	Domníváte se, že Vás chce klient tímto chováním naštvat či rozčílit ve chvíli, kdy po něm chcete něco, o co jste ho požádali?	0	1	2	3	4	5	6
11	Domníváte se, že Vás chce klient tímto chováním naštvat či rozčílit ve chvíli, kdy ho ignorujete? (například když sedíte v rozdělené místnosti a věnujete se jiné osobě)	0	1	2	3	4	5	6
12	Zmizí toto chování krátce poté, co dáte klientovi požadovanou hračku, jídlo nebo mu dovolíte požadovanou aktivitu?	0	1	2	3	4	5	6
13	Domníváte se, že při výskytu tohoto chování nechává klienta vše ostatní kolem v klidu nebo si okolí v tu chvíli vůbec neuvědomuje?	0	1	2	3	4	5	6

14	Zmizí toto chování krátce poté (do pěti minut), co skončíte s klientem práci nebo na něj přestanete klást určité požadavky?	0	1	2	3	4	5	6
15	Připadá Vám, že se klient chová takto, abyste se mu chvíli věnovali?	0	1	2	3	4	5	6
16	Vyskytne se toto chování ve chvíli, kdy klient sice řekl, co chce dělat, ale nemůže to dělat?	0	1	2	3	4	5	6

senzoricky	únikově	Pozorností	získáním něčeho
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

	senzoricky	únikově	Pozorností	získáním něčeho
prostý součet bodů				
procentuelní zastoupení				
Pořadí				

MAS nám může v počátku terapie dopomoci správně stanovit funkční analýzu problémového chování.

#### 4.3.1.2. Lékařské posouzení stavu dítěte

Když se agresivní chování objeví nově, zvýší se jeho intenzita nebo nejsou jasné spouštěče z prostředí, přemýšlíme, jestli není potřeba lékařského zásahu. U uživatele musíme vyloučit psychické onemocnění, které může být příčinou agresivního chování. Zde je velmi důležitá úzká spolupráce rodiny, personálu a psychiatra. Často je také problémové chování spouštěno nepříznivým fyzickým stavem dítěte. O těchto aspektech uvažujeme zvláště tehdy, chybí-li u dítěte

funkční komunikace a dítě nám tak není schopno samo říct, jestli ho něco bolí.

Jakmile si myslíme, že nepříznivý fyzický stav dítěte nemůže být příčinou problémového chování a nenapadnou nás ihned jasné spouštěče nebo udržovací následky, přejdeme k druhému až pátému kroku terapeutického postupu.

#### **4.3.2. Druhý krok- analýza prostředí**

V této fázi terapie se zabýváme působením prostředí na uživatele a možnostmi působení uživatele na prostředí. Vlivy prostředí na uživatele můžeme rozlišit na primární a sekundární.

##### **4.3.2.1. Primární vlivy prostředí**

Primární vlivy prostředí jsou ty, které jsou pro uživatele přímo fyzicky nepohodlné. Mezi tyto vlivy patří (Schopler, 1997):

- špatné osvětlení
- špatná teplota v místnosti (zde se náš subjektivní pocit tepla nebo chladu může výrazně lišit od pocitu uživatele)
- nepadnoucí oděv uživatele (příliš těsné spodní prádlo, příliš dlouhé rukávy, rozbité zipy, neestetické oblečení aj.)
- nevyhovující nábytek (nízká židle u vysokého stolu aj.).

Z behaviorální analýzy chování můžeme zjistit, jestli se určité chování neopakuje na stále stejném místě. Existuje-li takové místo, snažíme se určit, proč je výskyt právě v této místnosti vyšší než jinde. Případné nedostatky v prostředí (netěsnící okno, špatné osvětlení aj.) vhodně upravíme.

#### 4.3.2.2. Sekundární vlivy prostředí

Sekundární vlivy prostředí jsou takové, které mohou nějakým způsobem zneklidňovat nebo mást uživatele s mentální retardací nebo autismem. Do této skupiny patří (Schopler, 1997):

- nadměrný hluk
- příliš mnoho lidí ve skupině
- neuspořádané pracovní místo
- nedůsledné a matoucí chování personálu nebo rodičů
- časová neorientovanost uživatele s autismem nebo s těžším typem mentální retardace v průběhu dne a pracovních činností

Jelikož neklid může být vnitřním spouštěčem agresivního chování, snažíme se mu vyvarovat snížením počtu klientů ve skupině, fundovaností personálu, strukturováním prostředí a vizualizací času.

##### 4.3.2.2.1. Fundovanost personálu

Neprofesionální jednání personálu může spouštět problémové chování. Podle Broerse (Broers, 1996, str.45) osm devítin všech incidentů u lidí s psychickou poruchou vzniká v důsledku špatné přípravy pracovníků. Pracovník je často svým fyzickým zjevem neschopen získat respekt. Ke konfliktu se pracovník staví často z pozice otcovské- káravě, či z pozice mateřské- s porozuměním, aniž by si při tom uvědomil, že klient je dospělý člověk. Často se personál musí odvolávat na svoji funkci, jedná tak „z pozice síly“. Tímto chováním přímo způsobuje problémové chování, i když jej používá v dobré víře pro jeho prevenci. Trénink zvládnutí agresivních incidentů je podle Broerse přinejmenším stejně tak důležitý jako kurz první pomoci.

#### 4.3.2.2.2. Struktura prostoru

**Příklad:**

*Sedmadvacetiletý muž s autismem byl umístěn do ÚSP. Velmi rád jí, a proto v poměrně krátké době se naučil reagovat na pokyn, aby šel do jídelny a velmi rychle si toto místo spojil s pro sebe velmi příjemnou činností – jídlom. A co víc! Brzy pochopil, že vezme-li prázdný talíř, dojde k okénku pro výdej jídla a podá ho paní kuchařce, dostane přidáno.*

*Jednoho dne však dostal pokyn, aby šel do jídelny. Radostně vykročil. Když však vstoupil, viděl několik stolů sražených k sobě, kolem nich seděli ostatní klienti a malovali. Okénko pro výdej jídla bylo zavřené. Muž se zmateně rozhlížel po místnosti. Paní vychovatelka ho pobízela, aby si sedl mezi ostatní. On však stále odmítal, sále se vracel ke dveřím jídelny, ale byl stále vracen zpět a nabádán, aby si sedl mezi ostatní. Potom začal křičet, vrhl se na vychovatelku a zuřivě jí tahal za vlasy. Poté, co byl z jídelny odveden se postupně zklidnil.*

*Chlapec se v tu chvíli cítil podveden, protože předpokládal, že pozvání do jídelny znamená jídlo.*

Prostorová předvídatelnost umožňuje, aby si lidé s autismem spojili určité prostory s určitou činností. Jde o to, aby jednotlivá místa a v nich uspořádaný nábytek, jednotlivé předměty vizualizovaly, co se kde dělá, aniž by to bylo třeba vyvozovat. Tak vytváříme místo určené jen k práci (a tady i očekáváme pracovní chování), místo k využívání volného času (kde může klient očekávat klid a odpočinek), místo k jídlu apod. Předvídatelnost v prostorovém uspořádání zela jistě eliminuje problémové chování a současně vede k daleko rychlejšímu osamostatnění se při pohybu po zařízení.

Důležitým prostorem v ÚSP je ložnice klientů. Pro snazší orientaci je dobré označit příslušný pokoj pro jeho obyvatele na dveřích (označení fotkou, kdo v něm bydlí, v případě, že umí klient funkčně číst, může tam být napsáno jeho jméno). Za důležitý považujeme rovněž výběr klientů, kteří spolu v pokoji žijí. Pro klienta s autismem je výhodnější pobývat na pokoji s menším počtem klientů pro zachování většího pocitu klidu a soukromí. Důležitá je rovněž skladba klientů, aby ostatní neměli tendenci k šikanování klienta s autismem (nejsou schopni bránit se), ale aby ani člověk s autismem nerušil svými projevy ostatní – rituály, echolálie apod.. Umístění klienta s autismem mezi ostatní by si měl personál dobře promyslet, snažit se o nově nastupujícím klientovi sehnat z rodiny nebo předcházejícího zařízení objektivní informace tak, aby jeho umístění na pokoj bylo trvalé a nebylo nutné ho v krátké době stěhovat jinam. Výhodné je rovněž zachovat neměnnost rozestavení nábytku, vizuálně označit místo ke spánku, klientovu skříň, poličku s jeho věcmi apod.

Výhodné je zcela jistě vybavit pokoj tak, aby kromě spánku sloužil také k relaxaci a využívání volného času (aby vybavení udrželo pozornost klienta na pokoji po určitou dobu – např. relaxační míč, houpací pytel, křeslo s rádiem pro poslech hudby apod.). Současně je třeba, aby vybavení pokoje bylo pro klienta bezpečné, nemohl si ublížit a současně neničil vybavení pokoje a osobní věci ostatních klientů (fólie na oknech, řetízky na oknech, uzamykatelné skříně s věcmi ostatních klientů apod.).

Pro každého člověka je nesmírně důležité zachování vlastního soukromí. Každý má možnost se ve svém bytě, popřípadě hotelovém pokoji zamknout, a tím zvýšit svůj pocit soukromí a současně tím zajistit, že nikdo nebude mé soukromí narušovat. Průchodnost pokojů v ÚSP, možnost vstoupit do cizího pokoje aniž by byl zván, vzít si tam, co kdo chce, je častým problémem, zejména pro



zdatnější klienty, kteří si tento handicap uvědomují. Systém často bývá nastaven na nejhoršího klienta v zařízení, který není schopen střežit svůj klíč a mnohdy nemá takové motorické dovednosti, aby ho byl schopen použít. Přesto se však domníváme, že schopní klienti by měli mít možnost svůj pokoj zamykat, méně schopní pak používat k uzamčení takové zařízení, které zvládnou, v případě, když selžou, personál by měl mít možnost se do jejich pokoje dostat.

Jako zcela nepřijatelné a neodpovídající standardům se nám jeví celodenní uzamykání pokojů, s čímž jsme se rovněž v některých ÚSP setkali.

Vzhledem k tomu, že většina ÚSP se potýká s nedostatkem prostoru, zdá se jako velký luxus využívat pouze společné prostory během dne (terapeutické místnosti, dílny, společenské místnosti apod.), kdy velmi často dochází k přehučení prostoru klienty, což samozřejmě vede k problémovému chování a na druhé straně zůstanou téměř nebo zcela během dne prázdné pokoje klientů, které by se, pokud by byly upraveny jako obývací pokoje, daly využít k relaxačním a volnočasovým, popřípadě skupinovým činnostem s klienty.

**Příklad:**

*V ÚSP jsem se setkali asi s třicetiletou ženou se středně těžkou mentální retardací. Personálem byla prezentována jako problémová, protože ji bylo velmi obtížné zapojit do kolektivních činností s ostatními klienty. Je spíš samotářská a raději se někde zdržuje stranou od ostatních klientů. S klientkou jsme se sešli v rozlehlé společenské místnosti s rozestavěnými stoly, u každého z nich byly čtyři židle. Stála sama u okna, s sebou měla své oblíbené věci v igelitové tašce (zejména časopisy). Tuto tašku stála nosila u sebe.*

*Při rozhovoru s ní a pozorováním vyplynulo, že vykazuje určitou symptomatiku autismu (sociální kontakt do jisté míry udržela, avšak poměrně krátkodobě a spíš ho vedla v duchu zajištění svých potřeb, verbální projev výrazně omezen – stále dokola kladla otázky a vyjadřovala své potřeby, poruchy v neverbální komunikaci – chudá mimika obličeje, nekonzistentní a méně kvalitní oční kontakt, porucha představitivosti se projevoval v ulpívavých a stereotypních činnostech - listování v časopisech, dívání se z okna). Když jsme ji požádali, aby nám ukázala svůj pokoj, ochotně nás tam vedla, když jsme tam však došli, pokoj byl zamčený. Činnosti, které vykonává v neútulné společenské místnosti by však klidně mohla dělat i na svém pokoji.*

**Prostor pro hygienu** by měl být upraven tak, aby při vykonávání hygieny byly zachovány soukromí a důstojnost člověka. S tímto ohledem je vhodné již od útlého věku děti učit tyto sebeobslužné dovednosti v souladu s výše uvedeným. Zkušenosti ukazují, že pokud je klient v ÚSP od malička, řada nevhodných stereotypů se přenáší i do dospělosti a personál v tom nespatřuje žádný problém (např. více klientů na WC najednou, používání jedné sprchy více klienty, vykonávání potřeby na „gramofonu“ v přítomnosti ostatních klientů na společenské místnosti, chůze do sprch z pokoje přes chodbu bez oblečení apod.). Někteří lidé s autismem mohou při vykonávání osobní hygieny uplatňovat určité rituály – neměnnost používání jednoho WC, umyvadla nebo sprchy), jiní zase bez označení nejsou schopni bez pobídnutí použít některý z WC, umyvadlo či sprchu. Při nashromáždění více lidí v relativně malém prostoru jim může vadit více lidí najednou spojené s dotyky s hlukem (řada lidí s autismem je hypersenzitivní na vnímání zvuků) nebo s čekáním až na ně přijde řada na WC, u umyvadla nebo ve sprše. V takových případech je vhodné naplánovat jim vykonávání osobní hygieny před ostatními nebo až nakonec. Provádění osobní hygieny je třeba více rozdělit v čase, aby každý klient měl dostatek času na to si sprchování užít a

vychutnat a současně mohl, i když v mnohdy pomalejším tempu, uplatnit své dovednosti v oblasti sebeobslužných dovedností.

*Prostor společné jídelny* bývá velký a často je uspořádán tak, aby se najednou najedli všichni klienti v zařízení, někdy stoluji na dvě skupiny. Při počtu 70 – 100 klientů v zařízení je v takové jídelně nadměrný hluk a chaos, a to i ve chvíli stravuje-li se z uvedeného počtu pouze polovina klientů najednou. Je třeba očekávat, že takovým podmínkám se lidé s autismem budou jen těžko přizpůsobovat a je velká pravděpodobnost, že v takovém prostředí budou často selhávat a vykazovat problémové chování. Prvním problémem může být nadměrný hluk, který je při takovém počtu klientů zcela zákonitý, z pohledu člověka s autismem i chaos spojený s pohybem lidí, vrážení jeden do druhého apod., ale i dlouhé čekání na jídlo, a to jak u stolu a ještě spíše v řadě u okénka. Ještě horší situace by mohla nastat ve chvíli, kdy není v jídelně dodržován zasedací pořádek a klienti si v jídelně sedají zcela náhodně, podle toho, kde je právě místo.

Jídlo jako takové je pro většinu lidí, a tedy i pro lidi, kteří žijí v ÚSP, spojeno s velmi příjemnými pocity a patří k pěkným částem dne. Proto by si ho klienti měli co nejvíce užít. Stolovat v příjemném, klidném prostředí a mít dostatek času na jídlo, neměli by být stále pobízeni, aby jedli rychle, že za chvíli musí jíst druhá skupina.

Podmínky pro stravování je teda třeba přizpůsobit klientům a nikoliv se snažit přizpůsobit klienty daným podmínkám. Pokud není jiné řešení, pak je třeba oddělit a nechat individuálně stravovat ty klienty, kteří v prostředí jídelny vykazují problémové chování (nemusí vždy jít o agresivní chování klienta, ale klient se může např. při příchodu pravidelně pomočit apod.). V lepším případě je lepší a výhodnější pro všechny prostor jídelny rozdělit na menší

celky a vytvořit tak příjemné a klidné prostředí pro stravování všem klientům.

**Prostor pro pracovní činnost (chráněná dílna)** bývá zpravidla vybaven jedním velkým stolem se židlemi, okolo kterého sedí všichni klienti. Zadáni práce jednotlivým klientům většinou probíhá ve chvíli, kdy se všichni na dílně sejdou, takže zde opět vzniká určitý časový prostor a klient musí počkat, až na něj přijde řada. Tady opět může klient s autismem selhávat (neumí počkat, ostatní klienti se ho mohou dotýkat, což mu může být nepříjemné, mohou mu brát věci, které jsou určeny pro něj a on se nedovede přiměřeně a funkčně bránit apod.). Proto je daleko výhodnější vytvoření vlastního pracovního místa (vlastní stůl např. u stěny), na kterém bude mít připravenou práci, kterou má udělat, respektive pokyny, co si má k práci připravit a jak při práci postupovat (viz dále uspořádání pracovního úkolu, procesuální schémata). Na takovémto pracovišti bychom měli klientovi zadávat takové úkoly, které bezpečně zvládne sám a nepotřebuje pomoc z strany personálu. Pokud ho chceme učit novou pracovní činností, pak je třeba nácvik provádět v individuální vztahu. Při nácviku se nelze u lidí s autismem opírat o imitaci dané činnosti, protože schopnost napodobování bývá u lidí s autismem porušena. Nácvik je proto třeba provádět v individuální situaci zpočátku s plným fyzickým vedením klienta, které postupně ubíráme.

**Prostor pro volný čas** musí být buď uzpůsoben pro strukturovaný volný čas (např. kroužky, společenské hry apod.).

Činnosti v rámci strukturovaného volného času by měly být předkládány podobně jako pracovní činnosti, ale měl by tu být výrazně zohledněn zájem klienta (např. klient, který nerad kreslí by neměl být zařazen do výtvarného kroužku apod.). Klient by tu opět měl mít své pracovní místo, na kterém bude pracovat. Nestrukturovaný volný čas dává prostor pro relaxační činnosti

klientů. V tomto čase může klient vykonávat i činnosti, které jsou z našeho pohledu nesmyslné (např. houpaní se, točení rukou v zápěstí před obličejem, koukání z okna – pozorování světla a stínu, hra s vodou apod.), musíme je však respektovat. Právě k takovým činnostem může sloužit i ložnice klienta, pokud bude upravena tak, aby v ní měl vybavení, které ho v tomto prostoru udrží (rádio, pokud rád poslouchá hudbu, houpací vak, pokud se rád houpe apod.).

Problém může opět nastat při trávení volného času ve společenské místnosti s ostatními klienty. U klientů s autismem musíme počítat s deficitem v oblasti sociální interakce. Jednak sociální kontakty neumí příliš navazovat nebo je navazují nepřiměřeně anebo o ně vůbec nestojí. Není tedy předpoklad, že v nestrukturovaném volném čase, kdy si volí relaxační činnost, se budou pokoušet o interakce s klienty. To pro většinu lidí s autismem není odpočinek, ale velmi tvrdá práce. Pokud tedy musí trávit volný čas společně s ostatními ve společenské místnosti, je třeba jim vytvořit relaxační koutek, ve kterém se budou cítit bezpečně – může to např. být jen křeslo umístěné v rohu místnosti nebo právě houpací vak, do kterého se budou moci schovat (pokud tento prostor nemají, mají tendenci zalézat do rohů, lézt pod stůl apod., tedy skutečně vyhledávají samotu). U školních dětí s autismem tento problém často řešíme tak, že v herně, když ostatní děti relaxují, je umístěn dětský stan, do kterého si může dítě s autismem v době relaxace zalézt.

Dobře nastrukturovaný prostor přispívá ke zdárné adaptaci a fungování klientů s autismem. Během dne by měli klienti co nejvíce prostor měnit. Je dokonce velmi výhodné, pokud se škola (jedná-li se o klienty školou povinné) nebo chráněná dílna (pro dospělé klienty) nachází mimo zařízení a klienti do nich musí buď docházet nebo dojíždět. Tento model daleko více odpovídá reálnému životu a dále je také daleko větší pravděpodobnost, že zde klient vydrží a že bude podávat daleko lepší pracovní výsledky než když do školy nebo

do dílny chodí přes chodbu nebo z patra do patra v bačkorách. I pro člověka bez jakéhokoliv handicapu je daleko těžší pracovat doma a vykazovat stejné pracovní výsledky jako v prostorách k práci určených, tedy v zaměstnání.

**Příklad:**

*V rámci jednoho zařízení vybudovali v jednom domě chráněné bydlení a dílny. Po zprovoznění tohoto zařízení zařadili klienty, kteří bydleli v těchto chráněných bytech do dílen v témže domě. Personál však stále bojoval s tím, že během dne klienti neustále odbíhali do bytu – buď pro něco, nebo se na chvíli natáhnout na postel apod. Protože měli možnost přeřadit je do jiné chráněné dílny v rámci tohoto zařízení, ale současně mimo tento dům, po čase „bojů“ to udělali. Pracovní výsledky stejných klientů se v jiném prostředí výrazně zlepšily.*

K tomu, abychom mohli často měnit prostředí, je třeba dát klientům předvídatelnost kde a kdy budou danou činnost vykonávat, tedy zviditelnit čas.

**4.3.2.2.3. Zviditelnění času**

Ke zviditelnění času, tedy k tomu, aby klient pochopil co, kde a kdy bude dělat slouží *denní režim* – vizualizovaný sled činností. Ten jednak poskytuje klientovi jistotu a současně předvídatelnost jednotlivých činností během dne, nemůže ho nic překvapit nebo zaskočit a současně ho vede k výrazné samostatnosti (pomocí režimového předmětu nebo karty se naučí, kam jít vykonávat určitou činnost). Častým argumentem pracovníků v zařízeních je, že klientům stačí verbálně sdělit, co mají dělat. Avšak u lidí s autismem a často i s mentální retardací je třeba počítat s porušenou schopností rozumět mluvenému slovu, často určitá slova mohou mít spojena v určitém kontextu, pokud jsou použita v jiném, již nerozumí.

#### 4.3.2.3. Komunikace

V terapii nás nezajímá pouze vztah prostředí-uživatel, dalším krokem je zjišťování možností uživatele aktivně ovlivňovat prostředí. Rovněž zjišťujeme úroveň komunikace a její funkčnost v jeho životě.

Frustrace z neschopnosti funkčně komunikovat je například u lidí s autismem relativně častá a patří mezi nejčastější vnitřní spouštěče agresivního chování. Problém v komunikaci mají i ostatní uživatelé s autismem, u kterých je řeč na různém stupni vývoje. Řeč jim často neslouží ke smysluplné společenské komunikaci (Rutter, 1985, str.193-214).

Ovlivnit okolí přijatelnou formou je třeba osoby s mentální retardací nebo s autismem naučit. **Naučit se chápat účel komunikace znamená naučit se znát sílu komunikace.** Lidé s autismem si velmi často nejsou dostatečně vědomi existence prostředků, kterými mohou ovlivnit své prostředí. Chápání významu komunikace není u nich dostatečně vyvinuto. Nerozumí účelu komunikace. Slova jsou jen slova, obrázky jen obrázky, předměty jsou jen předměty. To, že všechny tyto symboly mají sloužit ke komunikaci, se musí speciálně naučit.

Komunikace s lidmi s autismem nemusí být jen pomocí slov. Forma komunikace musí být individualizovaná, tedy přizpůsobená úrovni abstraktního myšlení té či oné osoby s autismem.

Z používaných forem to mohou být, vedle **verbální, motorická, předmětová, gestem a prostřednictvím znaků, obrázková (fotografie, kresby), psaná, tištěná atd.**

### **Verbální:**

Echolálie, která se u lidí s autismem vyskytuje velmi často, zdůrazňuje potřebu komunikace s vizuální podporou i pro mluvící osoby.

### **Motorická:**

Při výběru správné formy komunikace nelze prvotně uvažovat o té formě komunikace, která se podobá té naší (to znamená, co nejvíce abstraktní), ale spíše o takové formě, kterou osoba s autismem zvládne, aby byla co nejméně závislá.

Asi polovina lidí s autismem nemluví nebo užívá slova, ale nezná jejich význam. Proto je třeba volit takovou formu komunikace, která je konkrétnější, více vizuálně prostorová. Učitelé ve třídách pro osoby s autismem by tedy měli používat takové formy komunikace, které využívají silných vizuálně prostorových dovedností dětí s autismem. Je to především výuka komunikace pomocí:

- **trojrozměrných předmětů**
- **dvojrozměrných ilustrací (obrázky, fotografie, kresby)**
- **psaným či tištěným slovem**

Při výuce komunikace osob s autismem je třeba zohlednit kontext, to je **kde, s kým a za jakých podmínek člověk s autismem komunikuje**. Vzhledem k tomu, že osoby s autismem mají problémy se spontánní generalizací, je pro ně složité naučit se používat komunikaci v různých situacích a s různými lidmi. Často si rodiče nebo vychovatelé stěžují, že dítě ve škole komunikuje, ale doma nebo v ústavu nekomunikuje. To je způsobeno tím, že ve škole poskytuje učitel dítěti dostatek vizuálních podnětů.

**Lidé s autismem komunikují nejlépe v takovém prostředí, které je chápe a rozumí jejich potřebám, kde se cítí bezpečně a**



spokojeně. To vyžaduje spolupráci všech, kteří jsou zainteresováni na výchově a vzdělání jedince s autismem.

*Funkce komunikace: (Rutter, 1985)*

1. *Požádat o něco (přát si).* Tuto funkci lze vyjádřit verbálně nebo neverbálně.
2. *Upozornit na sebe (přilákat pozornost).* Poklepat na rameno, oslovit, zazvonit zvonkem.
3. *Odmítnutí.* Vhodným způsobem – odstrčení, komunikační karta (někdy problém míra vyvinutí této funkce).

Tyto tři funkce se lidé s autismem naučí mnohem rychleji než funkce následující:

4. *Činit poznámky, komentovat* – poznatky o věcech, říkat o nich jiným (např. z knihy, ukázat na rozvrhu)
5. *Poskytovat informace a žádat informace* ( o pojmech abstraktních – minulost, budoucnost – např. „Co jsi dělal včera?“)
6. *Vyjadřovat své pocity* – u osob s autismem velmi obtížné, jde o komunikaci pomocí emocí (např. „au“ při bolesti).

#### 4.3.2.3.1. Úloha a výuka alternativní komunikace ve výchově osob s autismem

##### 4.3.2.3.1.1. Potřeba výuky komunikace

Je potřebné mít na zřeteli, že jedinec s autismem nekomunikuje své potřeby ne proto, že nechce, ale proto, že k tomu nemá prostředky. Nemluvící jedinec neumí vyjádřit ani svá nejjednodušší přání pro společnost přijatelnou formou, díky „komunikační propasti“ je frustrováno, což může vyvolat a spustit problémy chování. Výukou alternativní komunikace je možné předejít

mnohým, jak pro lidi s autismem, tak i pro okolní prostředí, nepříjemným a těžkým situacím. Podle zkušeností **alternativní komunikační prostředky nekazí, spíše napomáhají případnému začátku mluvení.**

#### *4.3.2.3.1.2. Výuka preverbální komunikace*

U zdravého dítěte se preverbální komunikace projeví jako spontánní schopnost bez jakéhokoliv učení. Ukazováním nasměruje pozornost druhého člověka na věci, které jsou pro něj zajímavé či žádoucí a mezi tím naváže zrakový kontakt, kterým se přesvědčí, zda dotyčný skutečně dává na něj pozor, respektive takto na sebe upozorňuje. Ukazování není možné oddělit od zrakového kontaktu, neboť zrakový kontakt má častou a samostatnou úlohu v komunikaci a sociálním chování.

**Ukazování – zrakový kontakt – sociální načasování tvoří základ k rozvoji řeči.** Naučit se ho znamená první krok při výuce komunikace u dítěte s autismem.

#### *4.3.2.3.2. Praxe výuky ukazování – zrakový kontakt*

Výuku začínáme v individuální rozvíjející situaci (dvojčlenný vztah učitel – žák). V přípravě nácviku je třeba najít tzv. motivační bázi, teda takové předměty, jídlo, které jsou pro dítě dostatečně lákavé, aby pro ně něco udělalo (mají hodnotu odměny – čokoláda, bonbón, oblíbený předmět, hračka ...). Je ideální, když odměnou je skutečná žádost nebo záliby dítěte, např. krátká stereotypní činnost.

Dítě a pedagog si sednou naproti sobě v co nejtišším prostředí, které je chudé na podněty. Učitel zvedne předmět do roviny očí svých a dítěte, řekne „ukaz“ a chytí ruku dítěte a jeho ukazovákem se dotkne předmětu, současně řekne „podívej se na mě“ a nakláněním se podle potřeby pokouší navázat zrakový kontakt s dítětem, čemuž napomáhá i pro dítě žádoucí předmět ve výšce očí.

Když se dítě dívá jiným směrem, je třeba posouvat předmět do zorného pole dítěte, dokud si ho nevšimne. Potom ho pomalu vracíme do původní polohy mezi svoje oči a oči dítěte. Jestliže dítě samo od sebe neprojevuje ochotu ke kooperaci, je možné použít i fyzické vedení k nasměrování hlavy do žádoucího směru ( v celém nácviku je dobré k fyzické pomoci dítěti použít ještě jednoho pedagoga, který stojí za dítětem a nasměruje jeho ukazovák nebo nasměruje jeho hlavu do potřebného směru). V momentě, kdy současně vznikl zrakový kontakt a ukázání, dítě musí ihned dostat předmět. Za postupného snižování fyzického vedení musíme tento proces opakovat, dokud dítě tuto dovednost nepochopí a neosvojí si ji. Je důležité, aby verbální řízení bylo stále stejné bez změny textu, neboť tak lze počítat s nejrychlejším porozuměním .

Když v individuálním rozvoji tuto zručnost dítě zvládá, je třeba ji začít přenášet i do jiných situací a s jinými prostředky (např. situace při stravování). Jestliže jsme tuto zručnost vytvořili, je možné přistoupit k výuce alternativní komunikace.

#### *4.3.2.3.2.1. Alternativní komunikace*

##### **Komunikace s předmětem**

Předmětová komunikace je nejjednodušší formou alternativní komunikace. Podmínkou její výuky je vedle ukazování a zrakového kontaktu i to, aby jedinec s autismem nebo mentální retardací uměl uvést do souladu předmět s předmětem. Tato forma komunikace je velmi omezená a je vhodná jen k vyjádření elementárních potřeb (hlad, žízeň – komunikační předmět: talířek a hrnek ze sady dětského nádobíčka, potřeba na záchod – komunikační předmět: koutouč po toaletním papíru nebo dětský umělohmotný záchod, procnázka – komunikační předmět: malá dětská botička). Předměty používané s komunikačním záměrem jsou zmenšené, popřípadě trochu schematizované kopie předmětů se skutečnými funkcemi.

### **Komunikační karta**

Komunikační karta představuje vyšší úroveň alternativní komunikace. Není nutné, aby se dítě nejprve naučilo komunikovat s předmětem a až potom komunikační kartou. Komunikační karta je nejčastější alternativní komunikační metodou. Podmínkou jejího naučení je, vedle osvojení si preverbálních komunikačních zručností, schopnost uvést do souladu předmět s obrazem. Komunikační karta je jednoduchý, realistický, lehce poznatelný obraz, na jejímž spodním okraji je uveden tiskacími písmen význam karty, a to bez ohledu na to, zda dítě umí či neumí číst. To má ten význam, že při mimořádně častém používání vzniká možnost naučit se metaforickému (slovněobrazovému) čtení. S komunikačními kartami je už dítě schopné vyjádřit rozsáhlé informace.

Cílem nácviku komunikace pomocí komunikačních karet je, aby dítě dokázalo vyjádřit se v různých situacích způsobem, který je pro společnost přijatelný a srozumitelný. Nejpoužívanější karty mají lidé s autismem proto u sebe.

### **Komunikační karta se slovním obrazem**

Ne příliš často, ale stane se, že se dítě naučí číst bez toho, že by se naučilo mluvit. Jestliže se to stane, potom zavedeme karty bez kreseb jen se slovními obrazy. Její používání je shodné s používáním karty s obrazem. Můžeme používat i kombinovaný systém komunikace (obrázkové i slovní komunikační karty a postupně podle rozvoje čtení karty se slovy rozšiřovat).

### **Pisemná komunikace**

Pisemná komunikace je nejvyšším stupněm alternativní komunikace. Jestliže si jedinec osvojil funkční psaní, je možné

přistoupit k zavedení takové komunikace. Pokud klient tento způsob komunikace přijme, nastane v jeho životě kvalitativní změna. Pro jedince, který si osvojil písemnou komunikaci je dobré, aby stále měl po ruce papír a tužku (např. v „ledvince“ umístěné kolem pasu).

#### **Další formy alternativní komunikace**

##### **Facilitovaná komunikace**

Facilitovanou komunikaci vyvinula Rosemary Crossleyová v Austrálii. Metoda spočívá ve spolupráci postižené osoby s terapeutem – „facilitátorem“, který přidržuje klientovu ruku nebo paži nad klávesnicí nebo tabulkou s písmeny. Klient pak ukazováním hláskuje své sdělení. Tímto způsobem vznikla některá velmi složitá sdělení, což dalo podnět k tvrzením o nečekaně vysoké intelektuální úrovni u osob pokládaných za těžce mentálně retardované. Řada výzkumů, která poté proběhla, tuto metodu zcela zásadně zpochybnila (Schopler, 1999, str. 22-23). U osob s autismem je používání této metody s podporou paže zcela zbytečná, neboť jsou schopny naučit se ukazovat samostatně a používat takové formy alternativní komunikace, která odpovídá jejich mentální úrovni (od předmětové komunikace až po psanou formu).

##### **Komunikace pomocí gest a znaků**

K nácviku funkční komunikace pomocí gest a znaků přistupujeme ve chvíli, kdy jedinec nemá handicapovanou oblast sociální nápodoby a žije v prostředí, které znakovou řeč ke svému dorozumění běžně používá. Metodika nácviku se neliší od standardní metodiky pro lidi se sluchovým handicapem.

##### **Slovník MAKATON**

Program MAKATON byl navržen Margaret Walker ve Velké Británii. Vychází z národního znakového jazyka a je určen pro osoby s mentálním postižením a osob s postižením řeči. Jde o elementární prostředek komunikace, který všemi způsoby podporuje

rozvoj mluvené /expresivní) řeči a porozumění pojmům jazyka a jeho logické struktury.

Slovník MAKATON obsahuje přibližně 350 slov /znaků). Které jsou uspořádány do osmi stupňů.

Tato forma komunikace může být u osob s autismem používána, musí se však vždy u každého jedince pečlivě zohlednit schopnost napodobovat, která bývá u lidí s autismem výrazně porušená. Zvládne-li však jedinec alespoň několik znaků, které se týkají běžných životních situací, je komunikace daleko pružnější. Důrazně je však třeba upozornit, že tyto znaky musí ovládat všichni, kteří takého člověka bezprostředně obklopují (škola, rodiče, prarodiče atd.).

Některé osoby s autismem si pro různé situace vytvářejí vlastní znaky, které by jejich okolí mělo v plné míře respektovat.

#### **4.3.2.4. Závěr druhého kroku**

Jestliže se rozhodneme, že klienta naučíme některou z forem alternativní komunikace, je velmi důležité, abychom byli mimořádně důslední. Nemůžeme očekávat výsledek do té doby, dokud klient dosáhne svého cíle doposud osvědčenou a pro něho jednodušší formou komunikace (někdy dokonce i inadaptivní). Těžkosti může způsobovat i malá motivace klienta, i když své karty zná a teoreticky je umí používat. V tomto případě je třeba uživateli poskytnout vhodné vedení, někdy stačí jen jednoduchý verbální pokyn – ukaž kartu. Jestliže chceme, aby uživatel profitoval z naučeného, je nevyhnutelné průběžné praktické používání komunikačních karet.

Když uživatele prostředí neruší a je pro něj dostatečně jasné, kdy, kde, jak a co má dělat a zároveň je schopen vyjádřit svá základní přání a přesto se chová problémově, přidáme třetí krok terapeutického postupu.

#### 4.3.3. Třetí krok- analýza činností a volného času

Při tomto kroku analyzujeme činnosti uživatele a volný čas v průběhu dne. Zjišťujeme, jestli činnosti:

- nejsou příliš těžké
- nejsou dlouhé
- nejsou nudné
- dávají uživateli smysl
- odpovídá nejen mentálnímu věku uživatele, ale i jeho věku fyzickému. „Dětská“ práce (například stavění z kostek) je u dospělých klientů s mentální retardací častým důvodem jejich problémového chování doma i v zařízeních

Úkoly a volný čas můžeme strukturovat pomocí **procesuálních schémat.**

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

Tabulka č.12: Průběh dne s příkladem vyplnění

Hodina	Co by chtěl dělat uživatel služeb, aby z jeho pohledu byl den pěkný	Co by chtěl dělat personál s uživatelem, aby měl dobrý pocit, že své služby poskytuje kvalitně	Co dělá skupina, ve které uživatel žije	Kompromisní návrh průběhu dne s odůvodněním
8-8:30	<i>Spánek</i>	<i>Spánek</i>	<i>Vstávání a snídane</i>	<i>Spánek</i>
8:30-9	<i>Spánek</i>	<i>Vstávání a snídane</i>	<i>Úklid pokoje</i>	<i>Spánek (klient může sám zůstat na pokoji)</i>
9-9:30	<i>Spánek</i>	<i>Arteterapie</i>	<i>Arteterapie</i>	<i>Spánek</i>
9:30-10	<i>Vstávání a snídane</i>	<i>Arteterapie</i>	<i>Arteterapie</i>	<i>Vstávání a snídane (snídani mu necháme připravenou na stole v kuchyni)</i>
10-10:30	<i>Dívání se na televizi</i>	<i>svačina</i>	<i>Svačina</i>	<i>Přivedeme ho na arteterapii, protože by ho neměl kdo hlídat</i>

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

Pokud uživateli dává náplň dne smysl, činnosti jsou přiměřeně obtížné a zajímavé, a přesto přetrvává výskyt problémového chování, přidáme čtvrtý krok postupu.

#### 4.3.4. Čtvrtý krok- diferenční zpevnování

Prozatím byly všechny doposud uváděné metody eliminace problémového chování zaměřeny na spouštěče. Pokud se nám nepodařilo výskyt problémového chování snížit na únosnou mez, musíme přejít k ovlivňování zpevňovačů. Při tomto kroku



přesuneme naši pozornost ze spouštěčů problémového chování na následky nevhodného chování.

#### 4.3.4.1. Odměny v terapii

Abychom byli v terapii u lidí s mentální retardací úspěšní, musíme často používat k odměňování bonbóny nebo jiné pamlsky a lidé s MR jsou odměňováni těmito sladkostmi za zdánlivě normální chování (například za to, že neřvou v autobuse). Tyto dva faktory jsou častými výtkami proti behaviorální terapii. Zamysleme se nyní nad těmito výtkami a zkusme si zpočátku odpovědět na otázku o *normálnosti* nezlobení dítěte bez handicapu.

Proč většina prvňáčku „normálně“ poslouchá paní učitelku a proč se „normálně“ sami od sebe rádi učí? Je to opravdu „z ničeho nic“, že dítě v první třídě poslouchá paní učitelku a učí se novým dovednostem? Opravdu za to, že ve třídě poslouchá, nic nemá a nic také k tomu jako odměnu nepotřebuje?

Aby se dítě ve škole snažilo, musí k tomu být dostatečně motivováno. Motivace je vnější a vnitřní. Z vnějšího prostředí dítě motivují známky nebo razítka do notýsku za vhodné chování (učení se). Jedná se o symbolické odměny, které samy o sobě sice zpočátku motivují, ale důležitější je, jaké sebou nesou následné reálné odměny. Reálnými odměnami jsou v našem případě sociální odměny, a to pochvala a uznání od paní učitelky, následná pochvala doma od rodičů a obdiv od spolužáků (mluvíme o první třídě). Vnitřním motivačním prvkem je u dítěte tzv. hažení po nových vědomostech.

Dítě tedy ve škole k předvádění vhodného chování (učení se) motivují tři systémy:

1. vnější symbolický systém odměn- známky, razítka, červené puntíky atd.
2. vnější reálný systém odměn- následná pochvala a uznání od paní učitelky, rodičů a třídy, počítač za dobré vysvědčení, návštěva kina za týden bez trojek až pětěk aj.
3. vnitřní systém odměn- vlastní bažení po nových informacích, kde samo vzdělávání v dítěti navozuje příjemné pocity

Pokud by odpadly všechny tři odměňující systémy tak, jak jsme někdy zvyklí vidat ve starším školním věku, tak je jistota, že se dítě přestane chovat vhodně, přestane se učit.

Podle základní teorie učení se člověk učí svému (vhodnému i nevhodnému) chování třemi různými způsoby:

1. podmiňováním- dítě si sáhne na horká kamna a spálí se. Příště už to proto nebude opakovat. Odměnou je zde absence trestu.
2. nápodobou- dítě si ve školce všimá, jak se má při jídle chovat a opakuje vhodné (někdy i nevhodné) chování po starších dětech. O tom, jestli se bude chovat vhodně nebo nevhodně, rozhoduje jeho vyhodnocení, zda se předváděné chování staršímu dítěti vyplácí či nikoliv.
3. vhledem- dítě si pochopením vztahu mezi informacemi, že „všechny planety se točí kolem Slunce“ a „Země je planeta“, dokáže samo vytvořit závěr, že „Země se točí kolem Slunce“. Odměnou je dobrý pocit z pochopení souvislostí a následné i sociální odměny, které z toho plynou (pochvala učitelky aj.)

Vhodné chování je tedy chováním stejně naučeným jako chování nevhodné. Není tedy „přirozené a normální“, že se člověk chová

vhodně. Aby se člověk choval vhodně, musí být k tomu vždy něčím motivován.

#### **4.3.4.2. Jaké vlastně je „normální“ chování?**

Velmi často uživatelé služeb, kteří se chovají nevhodně a z našeho pohledu nenormálně, svým chováním něčeho dosahují. Zisky mohou být v podobě pozornosti ostatních nebo různých následných úlev. Problémové chování se může stát pro určitého jedince nejlehčím způsobem vyniknutí a prosazení se ve skupině a stává se tak pro něho i chováním normálním, respektive žádoucím.

Normální chování je tedy z pohledu behaviorální terapie takové chování, které vede v dané situaci nejjednodušší cestou k požadovanému cíli, a to vždy jenom a pouze z pohledu člověka, který se takto chová. Vztah mezi normálním a nenormálním chováním na straně jedné a odměnami za projevená chování na straně druhé, nám ukáže tabulka, kde je příklad ze života zdravého člověka a člověka s handicapem.

Tabulka 2.13. Návštěvnost v roce 1980

Okres	Průměrná návštěvnost (osob)	Maximální návštěvnost (osob)
Brno	1200	1800
Brno-střed	1000	1500
Brno-sever	800	1200
Brno-jih	900	1300
Brno-venkov	700	1100
Brno-západ	600	900
Brno-východ	500	800
Brno-severovýchod	400	600
Brno-severozápad	300	500
Brno-jihovýchod	200	400
Brno-jihozápad	100	200

Průměrná návštěvnost v roce 1980 byla nejvyšší v okrese Brno (1200 osob) a nejnižší v okrese Brno-severozápad (300 osob). Maximální návštěvnost byla nejvyšší v okrese Brno (1800 osob) a nejnižší v okrese Brno-severozápad (500 osob). Návštěvnost byla nejvyšší v okrese Brno a nejnižší v okrese Brno-severozápad.

Tabulka č.13: Normální a nenormální chování

	Normální chování- nejjednodušší cesta ke splnění požadovaného cíle	Nenormální chování- těžší cesta ke splnění požadovaného cíle
Zdravý člověk	Pokud je cílem dostat se o pět metrů dál, normálním chováním, které člověk zvolí, bude chůze.	Člověk by se k cíli o pět metrů dál mohl dostat i nenormálním způsobem. Mohl by zvolit chůzi po ruce.
	Odměnou za zvolené chování, která zvýší pravděpodobnost výskytu tohoto chování v budoucnosti, je samotné dosažení cíle.	Jelikož je to těžší chování než obyčejná chůze, musí dostat kromě samotného dosažení cíle i nějakou odměnu navíc (uznání spolužáků, vyhranou sázku, dobrý pocit, že to dokázal aj.). Pokud by druhotnou odměnu nedostal, příště by se choval opět normálním způsobem.
Člověk s handicapem	Pokud chce dítě s autismem připoutat na sebe pozornost, neumí mluvit a nenaučilo se to jinak, může do matky kopnout.	My se můžeme rozhodnout, že dítě naučíme jiný druh připoutávání pozornosti (např. přistoupením k matce a navázáním očního kontaktu
	Odměnou za zvolené chování, která zvýší pravděpodobnost výskytu tohoto chování v budoucnosti, je samotné dosažení cíle.	Jelikož je to těžší chování než pouhé kopnutí do matky, musí dítě dostat kromě samotného dosažení cíle i nějakou odměnu navíc (uznání matky, sladkost, pochvalu aj.). Pokud by druhotnou odměnu nedostal, příště by se choval opět normálním způsobem.

Z tabulky vyplývá, že z našeho pohledu se dítě sice chová při nácviku normálněji (v naší kultuře je normálnější se na někoho podívat, když chce jeho pozornost, než do něj rovnou kopnout), ale ze svého pohledu se chová nenormálně. Dítě bylo životními zkušenostmi naučeno, že nejjednodušší pro připoutání pozornosti matky je do matky kopnout. Nyní my po něm chceme, aby se chovalo těžším způsobem chování, a tak (pokud chceme být při nácviku úspěšní) musí být za tyto projevy vhodného chování navíc i něčím odměněno.

#### 4.3.4.3. Proč zrovna sladkostmi, copak nestačí obyčejná pochvala?

Dříve než se seznámíme s vrstvami zpevnování (odměňování), popišme si pojem zpevnování (odměňování) obecně.

„Zpevňující podnět“ definujeme jako jakoukoliv událost, která, následuje-li po určitém chování, zvyšuje pravděpodobnost možného výskytu tohoto chování v budoucnosti (Murdoch, 1996, str. 30). Zjednodušeně řečeno jde o systém odměn, který pomáhá vyššímu výskytu projevů vhodného chování z repertoáru klienta.

Odměny se dají dělit několika způsoby. Pro naši potřebu jsou důležitá dvě dělení. Pro větší přehlednost si je uvedeme v tabulce:

Tabulka č.14: Rozdělení způsobů odměn dle Simpsona (Simpson, 1998, str. 4:6)

Materiální odměny	jídlo, knihy, žetony, TV, rádio, obrázky, peníze, hračky aj.
Odměny aktivitami	Volný čas, procházka, nákupy, návštěva kina, jízda na kole aj.
Sociální odměny	úsměv rodiče, mazlení, pohlazení, pozornost při mluvení aj.

Tabulka č.15: Rozdělení vrstev systémů odměn dle Matějčka (Matějček, 1999, str. 9)

Nejnižší Vrstva	Fyziologické odměny	veškeré smyslové odměny (jako u mater. odměn výše)
Střední vrstva	Psychologické odměny	odměny, které nejsou vázány na tělesné vnímání, ale na citové vnímání: pochvala, uznání aj.
Nejvyšší vrstva	Duchovní odměny	porozumění, odpuštění, vděčnost aj.

Podle Matějčka čím vyšší vrstvou je člověk odměňován, tím je k určitému chování i více motivován za předpokladu, že má dlouhodobě zajištěno uspokojování svých základních fyziologických potřeb.

Při odměnách musí být zpevňující podnět pro člověka stále incentivou. Například nápoj je incentivou jen pro žíznivého. Častým použitím nápoje tato odměna přestane být odměnou (Nakonečný,

1997, str.17). Pro člověka v Česku je také odměna za vhodné chování (chození do práce), kromě jiného i výplata v české měně. Odměnou by nebyla výplata v africké měně, za kterou si tu nic nekoupíte, i když jde stále o odměnu penězi. To, co je pro odměňovaného člověka opravdu odměnou, záleží pouze **na jeho** hodnocení, ne na hodnocení toho, kdo odměnu dává.

Nezapomeňme proto například u dětí s autismem rozvažovat použití sociálních odměn. U některých dětí s autismem může být pomazlení nebo pochvala ve větší míře než u dětí s jiným handicapem spíše neutrálním podnětem než odměnou. Nic zpočátku pochvalou neztratíte, ale také jí nic nezískáte. Pochvala sama o sobě nebude dítěti s autismem prostě stačit, protože ji z důvodu svého handicapu nebude vyhodnocovat jako motivující. To však neznamená, že ji nebudeme používat, jenom se na její funkčnost jako motivačního prvku nemůžeme spoléhat tak, jako u jiných dětí. Použití nejvyšší duchovní vrstvy systémů odměn bude u dětí s autismem z důvodu jejich sociálního handicapu také problematické, ne-li rovnou nemožné.

Obecně řečeno, čím má uživatel závažnější stupeň mentální retardace nebo čím je těžší stupeň jeho autistického postižení, tím nižší vrstvu nebo způsob odměňování používáme. Často proto začínáme na materiálních odměnách. Výše jsme si ukázali, že prvňáček za své vhodné chování dostává symbolickou odměnu (známku), která sebou nese i reálnou odměnu (pochvala od učitelky a rodičů) a navíc je také motivován vlastní touhou dozvědět se něco nového (bažení po nových dovednostech). Pokud tato touha u dítěte s autismem z důvodu jeho handicapu představitosti odpadá a sociální odměny jsou pro něj také nemotivující, pak nám zůstává pouze symbolická odměna, která se však musí stát dostatečně motivující sama o sobě i ve chvíli, kdy sebou nese následné reálné sociální odměny.

A tak pokud se nechceme u dětí s autismem dopustit stejné chyby jako zaměstnavatel, který by k výplatě za vhodné chování (práci) dával africké peníze, musíme dát dítěti s handicapem za vhodné chování opravdu to, co je **z jeho** pohledu odměnou. Pokud na problematiku odměn některých dětí s autismem nahlédneme tímto způsobem, pak se nám používání sladkostí stává z uplácení regulérním a jediným funkčním systémem odměn.

#### 4.3.4.4. Druhy zpevnování

Základní rozdělení zpevnování je na **pozitivní** a **negativní**. Pozitivní znamená, že po určitém projevu chování něco následuje. Negativní znamená, že podnět po určitém chování nenásleduje. Pokud používáme jak pozitivní, tak i negativní zpevnování, mluvíme o **diferenčním zpevnování**. Pro lepší přehlednost základní rozdělení uvedeme v tabulce:

Tabulka č.16: Diferenční zpevnování (Možný, 1999, str.40)

Vliv na opětovné vyskytnutí se určitého chování	Příjemný podnět	Nepříjemný podnět
Pravděpodobnost výskytu se zvýší	Následuje Pozitivní zpevnění	Nenásleduje negativní zpevnění
Pravděpodobnost výskytu se sníží	Nenásleduje Negativní oslabení	Následuje pozitivní oslabení

#### Příklady:

- *pozitivní zpevnění- ihned po tom, co dítě udělá požadovaný úkol, dostane kousek čokolády nebo jej pochválíme*
- *negativní zpevnění- za to, že si dítě samo uklidilo pěkně pokojíček, mu odpustíme nějakou pro něho nepříjemnou činnost (nemusí třeba ten den umývat nádobí)*



- *pozitivní oslabení- ihned po nevhodném chování dítě dostane trest v podobě vyhubování (je-li vyhubování pro dítě opravdu trestem)*
- *negativní oslabení- když se dítě chová nevhodně pro připoutání naší pozornosti, tak mu naši pozornost nevěnujeme a dítě ignorujeme*

Výše uvedené rozdělení je pro nás důležité ve chvíli, kdy například nemůžeme přijít u dítěte s autismem na něco, co by ho odměňovalo. Přesto však můžeme zpevňovat vhodné chování, a to ne pozitivním, ale negativním zpevňováním. Činností, které dítě s autismem nedělá rádo a dají se odpustit, se může najít nepoměrně více než odměn.

Zpevňování můžeme také rozlišit podle způsobu podání zpevňujícího podnětu na **sociální** a **automatické**. Při sociálním zpevňování dostává dítě podnět od někoho jiného, při automatickém se dítě odměňuje samo. Pro lepší názornost uvedeme příklady agresivních chování se způsoby zpevňování, které tato chování udržují:

Tabulka č.17: Příklady druhů zpevňování

Druh zpevňování	Příklad problémového chování	Zpevňující podnět
Pozitivní sociální	Agrese pro připoutání pozornosti matky	Matkou věnovaná pozornost
Pozitivní automatické	Autostimulační autoagrese	Smyslové vjemy, které si dítě dodává samo sobě
Negativní sociální	Obranná agrese- roztrhání sešitu	Učitelka netrvá na dokončení úkolu a zbavila tak dítě nepříjemného úkolu
Negativní automatické	Analgetická autoagrese	Dítě si bolavé místo samo lokálně přetíží a tím i odpoutá svoji pozornost od bolesti samé, přichází o bolest

Výše uvedené rozdělení je pro nás důležité pro správnou volbu terapie.

**Příklad:**

Dítě se bije do hlavy. Pokud by tato autoagrese byla pro připoutání pozornosti, mohli bychom zkusit naučit dítě připoutat pozornost alternativním způsobem a poté zkusit sociální zpevnování (věnování naší pozornosti) po incidentu odebrat (ignorovat autoagresi). Tento postup by jistě zabral, pokud by autoagrese byla opravdu pro připoutání pozornosti. Pokud by však agrese byla autostimulační a byla by zpevnována automaticky, tak tím, že se dítěti ve chvílích výskytu nebudeme programově věnovat, ji naopak ještě posílíme.

Zpevnování může být také **přímé** a **nepřímé**. Přímé zpevnování znamená, že dítě je odměněno vlastní činností, kterou vykoná. Při nepřímém zpevnování dostane dítě za úkol odměnu od někoho jiného nebo si ji vezme samo mimo vlastní činnost. U dětí s autismem je daleko důležitější než u dětí s jiným handicapem používat přímé zpevnování, protože dítě s autismem udrží takto lépe pozornost a snižuje se šance na výskyt problémového chování v době mezi zadáním úlohy a patřičnou odměnou za vyřešení úlohy. Přímé zpevnování dává také činnosti jasný smysl.

Tabulka č.18: Příklady zpevnování (Murdoch, 1996)

Druh zpevnování	Způsob podání podnětu
přímé zpevnování	dítě odmění samo vykonání úlohy
nepřímé zpevnování	dítě je odměněno za vykonání úlohy

**Příklady:**

*Přímé- Chceme-li u dítěte například zlepšit jemnou motoriku, můžeme použít skleničku od přesnídávky, ve které bude uzavřen bonbón. Celá sklenička může být vložena do plastové krabice, na jejíž víku bude nalepena fotografie bonbónu. Dítě bude samo odměněno za otevření víka a odšroubování víčka bonbónem uvnitř.*

*Nepřímé- Ve výše uvedeném úkolu (sundání víka, vyndání skleničky z krabice, odšroubování víčka) by dítě dostalo bonbón od učitele nebo by si ho vzalo samo z pytlíku mimo vlastní úlohu.*

#### 4.3.4.5. Schémata zpevnování

Odměny řadíme podle potřeby do různých schémat neboli systémů. Jejich rozdělení je následující:

Tabulka č.19: Schémata zpevnování

Intervalové schéma zpevnování	zpevňujeme po uplynutí určitého času
Poměrné schéma zpevnování	zpevňujeme po určitém počtu žádoucích reakcí
Fixní schéma zpevnování	zpevňujeme předvídatelným způsobem
Variabilní schéma zpevnování	zpevňujeme nepředvídatelným způsobem

Zpočátku se musíme rozhodnout, jestli budeme odměňovat absenci problémového chování v určitém časovém nebo prostorovém úseku nebo jestli budeme odměňovat výskyt vhodného chování. Podle toho volíme intervalové nebo poměrné schéma zpevnování.

##### **Příklady:**

- *Intervalové schéma: Jan když se vydrží nekousat hodinu do rukou, dostane každou celou hodinu jeden obrázek koně.*
- *Poměrné schéma: Lukáš vždy, když vypracuje jednu úlohu, dostane bonbón. Přitom nezáleží na čase, jak dlouho úlohu dělal.*

Pokud chceme naučit dítě novou dovednost, používáme fixní schéma zpevnování, chceme-li nabytou dovednost více upevnit, používáme variabilní schéma zpevnování. Nepředvídatelnost odměny způsobí, že dítě bude více motivováno k provádění vhodného chování.

#### 4.3.4.6. Nejčastěji používané druhy diferenčních zpevnování v praxi

- **diferenční zpevnování jiného chování**- intervalové zpevnování za to, že se po určité době nevyskytne problémové chování. Na rozdíl od diferenčního zpevnování alternativního chování s ním můžeme začít okamžitě, nevýhodou je to, že neučíme dítě jednat jinak: *Kateřina vždy, když při odjezdu do ÚSP nenapadla rodiče, dostala každých pět minut žeton. Za třicet žetonů dostala časopis Burda.*
- **diferenční zpevnování alternativního chování**- poměrné zpevnování za projev alternativního chování: *Petr se bil do hlavy, když chtěl otočit kazetu. Naučili jsme ho pomocí vizualizace si kazetu otočit, za což byl odměňován tím, že kazeta hrála. Když už si uměl kazetu otočit sám, autoagresivní chování u magnetofonu přestalo být funkční a vymizelo.*
- **diferenční zpevnování neslučitelného chování**- poměrné nebo intervalové zpevnování za projev neslučitelného chování s chováním problémovým: *Petra tahala lidi v tramvaji za vlasy. Nyní dostává odměny za to, že drží oběma rukama matce tašku, což je neslučitelné s taháním za vlasy.*

Jakmile se ani po čtvrtém kroku výskyt problémového chování nesníží na únosnou mez, můžeme přejít ke kroku pátému.

#### 4.3.5. Pátý krok- restriktivní postupy a averzivní tlumení

Jak už jsme řekli výše, pro dosažení dlouhodobých změn v chování uživatelů je výhodnější používat neaverzivní terapii. Někdy je však potřeba pro aktuální zvládnutí problémového chování použít tzv. restriktivní postupy.

„Restriktivní postup“ označuje jednání, ke kterému se uchýlí člen personálu nebo jiný pečovatel, a které těží z autority člena personálu nad dotyčnou osobou a přitom překročí hranici, která je obvyklá ve vztazích mezi dospělými (Směrnice, 1994). Pokud zde mluvíme o **restriktivním postupu**, máme na mysli řešení jednoho konkrétního incidentu. Pokud zde mluvíme o **averzivní terapii**, máme na mysli předem naplánovanou sadu restriktivních postupů za účelem systematické změny chování uživatele.

#### 4.3.5.1. Restriktivní postupy

Restriktivní postupy se dají rozdělit na tři kategorie:

- fyzická restrikce
- mechanická restrikce
- farmakologická restrikce

O tom, co je dovoleno a co není se vedou dlouhé diskuse a spory. Spor se nevede ani tak o to, zda je možno restriktivní postupy v krizových situacích použít. Tady je odpověď jasná. Pokud hrozí zranění uživatelů nebo personálu, je dovoleno restriktivně intervenovat přímo úměrně útoku.

Spor se vede hlavně o to, zda je dovoleno používat restriktivní postupy vědomě a cíleně za účelem trénování chování nebo pro dosažení změny v chování. Tak například Směrnice pro restriktivní postupy pro zajištění bezpečnosti z Vermontského úřadu pro mentální retardaci použití restriktivních postupů pro trénování chování přísně zakazují. Stejně tak doporučuje MPSV svým metodickým pokynem zákaz používání restriktivních postupů za účelem trénování chování. Naopak zařízení Eden po splnění jasných kritérií<sup>5</sup>, které jsou popsány i v knize Autistické chování od E.

<sup>5</sup> základním předpokladem je, že terapie plně vyčerpala první čtyři kroky z postupu EDM a z praxe nebo z literatury je jasná pravděpodobnost, že postup zabere. Problémové chování musí také být vysoké intenzity.

Schoplera (Schopler, 1995), povolují používání restriktivních postupů pro trénování chování. V Edenu také stanovili hierarchii restriktivních postupů od nejméně omezujících po nejvíce omezující (Holmes, 1997, str. 128). Zajímavé je, že nejméně omezující jsou v žebříčku jmenovány různé modifikace fyzických restrikcí, poté modifikace pomocí mechanických pomůcek a jako poslední možnost jako nejvíce restriktivní uvádí tlumící farmaka.

Vlastní hierarchii restriktivních postupů při zvládnutí jednotlivých agresivních incidentů uživatelů si vždy stanoví zařízení ve spolupráci s rodiči a ošetřujícím psychiatrem. Při „krizových“ intervencích je doporučeno dávat přednost fyzickým restrikcím (např. zalehnutí) před restrikcemi mechanickými (například svěrací kazajka) a tlumícími farmaky. Pro personál je to sice náročnější, je ale zajištěno, že krizová intervence trvá opravdu jen po dobu nezbytně nutnou. Mechanické restrikce se totiž často používají delší dobu než je třeba nebo v horším případě dokonce i preventivně.<sup>6</sup>

#### 4.3.5.2. Averzivní terapie

Při averzivní terapii snižujeme výskyt nevhodného chování (agrese, autoagrese) tím, že bezprostředně po jeho výskytu použijeme nepříjemný následek.

K averzivnímu tlumení přistupujeme teprve až po selhání výše uvedených čtyř kroků terapeutického postupu EDM. Averzivní terapie nesmí být bolestivá, ale musí být z pohledu uživatele nepříjemná! Vlastní použití averzivních metod provází mnoho

<sup>6</sup> I tady se ale nedá nic říct absolutně. Tak například Lesch-Nyhanův syndrom je spojen s autoagresivním chováním takové intenzity, že je nutné použít mechanické restrikce (přivázat ruku k tělu, k posteli aj.) preventivně. Obecně se však dá říct, že mechanické restrikce se nesmí používat preventivně..

diskusí mezi laickou veřejností i odborníky, které se dotýkají etického problému trestu. Tato problematika je složitější, než se na první pohled může zdát a přesahuje rámec našeho pojednání o terapii. Možným zájemcům o základní vhlad do této problematiky můžeme doporučit knihu Autistické chování (Schopler, 1997). V knize je věnovaná jedna kapitola právě etickým problémům při používání trestů.

Fyzické tresty jsou u lidí s mentální retardací a autismem často neúčinné, protože nesplňují základní požadavky funkčního trestu.

Aby byl trest funkční, musí:

- přijít od osoby, ke které má dítě kladný citový vztah
- přijít okamžitě po nevhodném chování
- dítě musí vědět, za co je trestáno
- trest musí přijít v maximální možné míře
- trest musí být používán po každém překročení domluvených hranic

Používání fyzických trestů je v zařízeních eticky nepřijatelné a u lidí s mentální retardací nebo s poruchou autistického spektra jde o metodu často i neúčinnou. Proto se v terapii zaměříme pouze na jiné, méně agresivní averzivní metody (time-out, přesycení apod.).

#### 4.3.5.2.1. Time-out

Time-out, neboli „čas bez pozitivního zpevnování“, je v zahraničí často používaný způsob potrestání, který má redukovat nevhodné chování. Principem terapie je, že jakmile se objeví u dítěte nevhodné chování, následuje určitý časový úsek, kdy je dítěti odpírán určitý, pro dítě pozitivní, stimul. Je to účinná, ale relativně mírná forma potrestání (Schopler, 1997, str.32).

Při time-out je velmi důležitá správně provedená funkční analýza problémového chování, protože zde můžeme při špatném

vyhodnocení spíše uškodit než prospět. Pro názornost opět uvedeme krátký

**Příklad:**

*Lukáš se kouše do ruky. Nikdy jsme ho neviděli kousat se do ruky o samotě. Protože Lukáš funkčně nekomunikuje, můžeme si oprávněně myslet, že to dělá pro připoutání naší pozornosti. Proto bychom ho učili připoutat pozornost alternativním způsobem a pro urychlení terapie bychom zavedli time-out. Kdykoliv by se Lukáš začal kousat, převedli bychom ho na předem určený čas do nepodnětné, nudné místnosti bez jakékoliv pozornosti. Terapie by byla účinná, kdyby se autoagrese vyskytovala opravdu pro připoutání pozornosti. Autoagrese by však u Lukáše mohla být i autostimulační. Lukáš by se kousal do ruky ve chvílích nudy. Je jasné, že terapii time-out, kdy Lukáše zbavíme v dobré víře všech vnějších podnětů, způsobíme při autostimulační autoagresi ještě větší počet incidentů kousání než byl před počátkem „terapie“.*

V České republice se podle našeho názoru rozumí pod termínem „time-out“ pouze výchovná intervence, kdy je dítě po nevhodném chování na určitý čas vyloučeno z podnětného prostředí. V anglické literatuře - naopak pojem „time-out“ zahrnuje pod sebe více výchovných intervencí najednou.

Například podle Lewellyna (Shea, 1980, str.250) jsou tyto výchovné intervence tři: pozorování, vyloučení a odloučení.

Podle Van Houtena může být time-out dvojího druhu: vylučovací a nevylučovací (Martin, 1992, str.170).

Častěji se však používá rozdělení Rutherfordovo a Neelovo z roku 1978, kteří popsali celkem pět druhů time-out (Martin, 1992,



str. 250):

1. ignorování
2. odsazení s možností pozorování
3. odebrání určité věci
4. odebrání podpurných stimulů
5. vyloučení nebo odloučení

#### 4.3.5.2.1.1. Ignorování

Ignorování (vyhasínání)- je nejčastějším postupem při snaze zmírnit nežádoucí projevy chování (Schopler, 1997, str. 130). Jelikož se jedná o techniku relativně mírnou, je velice pravděpodobné, že nevznikne při použití větší konflikt mezi žákem a učitelem. Na začátku terapie se však musíme připravit na tzv. „extinkční výbuch“. Dítě se bude snažit, aby se navrátilo dřívější pořádky. Bylo totiž zvyklé, že když se začalo vztekat, tak dosáhlo určité výhody (pozornost aj.). Jakmile tuto výhodu odstraníme, tak se dítě bude chovat po přechodnou dobu ještě problematičtěji, než si uvědomí, že toto chování nepřináší požadovaný zisk. Jakmile si rodiče nebo terapeuti nejsou jistí, že dokáží extinkční výbuch se stoprocentní důsledností překlenout a problémové chování vždy ignorovat, tak by neměli tuto terapii ani začínat. Pokud by se totiž při extinkčním výbuchu začali opět dítěti věnovat, velmi by problémové chování zpevnili. Dobře myšlená terapie by tak nadělala více škody než užitku. Proto také rodičům vždy doporučujeme, aby začali s ignorováním problémového chování vždy v domácím prostředí, kde si jej mohou dovolit ignorovat lépe než například v obchodě s hračkami na veřejnosti.

Další problém při vyhasínání je možný spontánní návrat problémového chování. Poté, co bylo určité chování úspěšně odstraněno, může se znovu objevit bez zjevné příčiny. Pokud je opět odměněno, velmi rychle se navrátí zpět. Když však dítě žádné

zpevňující podněty nedostane, problémové chování znovu zmizí (Murdoch, 1996).

Metoda vyhasínání byla použita v roce 1978 u dětí s mentální retardací Foxxem a Shapirem (Martin, 1992, str.172) pomocí stužek, které měly děti uvázané na ruce. Jakmile se někdo choval nevhodně, učitelé mu stužku sundali a to znamenalo, že nebyl po krátkou dobu zapojován do her a učitelé si ho nevěšili. Jakmile dítě dostalo stužku zpět, všichni se mu opět začali věnovat.

#### 4.3.5.2.1.2. Odsazení s možností pozorování

Odsazení s možností pozorování- jedná se o výchovnou intervenci, kdy dítě je bezprostředně po nevhodném chování izolováno z podnětného prostředí na místo, odkud může slyšet nebo vidět to, co se právě v podnětném prostředí děje, avšak nesmí se toho dění účastnit. Jestliže bylo dítě takto vyloučeno ze skupiny pro své nevhodné chování, mělo by mu být umožněno skupinu sledovat. Dítě tak sleduje vhodné chování ostatních dětí ve skupině, ze které bylo právě vyloučeno. Možné pozorování můžeme použít jenom u těch dětí, které jsou schopny se učit nápodobou. Mnoho dětí s autismem toho, bohužel, schopno není.

#### 4.3.5.2.1.3. Odebrání určité věci

Odebrání určité věci- při tomto druhu time-out je dítěti odebrán předmět, se kterým nebo ke kterému se choval nevhodně, a to na určitý čas nebo na trvalo. Do této kategorie time-out také patří tzv. „riziko odvety“. Tato intervence spočívá v tom, že pro potrestání dítěte dočasně odmítneme jeho pozitivní stimul, který však nemusí mít přímou spojitost s nevhodným chováním. Klasickým příkladem je například zákaz televize za nevhodné chování dítěte venku na pískovišti.

#### 4.3.5.2.1.4. Odebrání podpůrných stimulů

Odebrání podpůrných stimulů- tato výchovná intervence zahrnuje redukci nebo úplné odstranění podnětů v prostředí, které jsou nezbytné pro dětskou reakci. Do této kategorie patří i senzorické vyhasínání.

#### 4.3.5.2.1.5. Vyloučení a odloučení

Vyloučení a odloučení- vyloučení je pátý druh time-out, kdy dítě je po nevhodném chování převedeno z podnětného prostředí do předpokládaného nepodnětného prostředí ve třídě. Pro tento účel postačí židle v rohu třídy otočena směrem ke zdi. Pokud dítě nevydrží sedět předem určený čas na této židli, můžeme ve třídě vytvořit (např. nábytkem) malou oddělenou kóji, ze které nemůže dítě samovolně odejít.

Odloučení je podobný způsob time-out jako vyloučení s tím rozdílem, že místnost pro odloučení je mimo třídu a je pro tento účel speciálně přestavěná.

Takto upravená místnost by měla splňovat tyto požadavky ([www.autism.com/ari/contents.html](http://www.autism.com/ari/contents.html)): musí být větší než 185x185 cm, aby se dítě mohlo lehnout na podlahu a přitom se nedotýkalo tělem okolních zdí. Měla by mít možnost větrání. Měla by být přiměřeně osvětlená zapuštěnými světly, která by se zapínala vně místnosti. Osvětlení by nemělo být zářivkové. V místnosti by neměly být zásuvky, el. vedení, kliky, sklo a jakékoliv ostré hrany. Dveře by neměly mít možnost otevření zevnitř a musí se otvírat ven z time-out místnosti, aby dítě nemohlo zabránit jejich otevření vlastním tělem. Do místnosti musí být vidět kukátkem, aby mohl učitel kontrolovat dění uvnitř.

**Místnost nikdy nesmí být hrůzná nebo temná, místnost musí být nudná** ([www.autismsociety-nc.org](http://www.autismsociety-nc.org)).

#### 4.3.5.2.1.6. Na čem závisí účinnost intervence

- Účinnost intervence závisí na několika faktorech: na dítěti a jeho postižení, na učiteli a jeho zásadovosti, na porozumění dítěte pravidlům time-out, na prostředí, kde je time-out používán. Dále je velmi důležité, aby time-in byl podnětnější než time-out.
- Učitel musí znát reakci dítěte na time-out. Pro agresivní a společenské děti je time-out účinnou intervencí. Tyto děti se chtějí obvykle účastnit společenských aktivit třídy. Pro introvertní, pasivní a samotářské děti není time-out nejvýhodnější intervencí. Time-out nesmíme používat u dětí bázlivých, mohli bychom tím prohloubit jejich problém. Time-out také nesmí být používán za trest nebo za neúspěch v práci.
- Aby byl time-out účinný, musí být aplikován po celou dobu jeho trvání. Dítě musí také předem vědět po kterém chování bude time-out následovat. Time-out je účinný při agresii pro připoutání pozornosti nebo při obranné agresii (dítě se musí po time-out vrátit k rozdělané práci). Neúčinný je naopak při analgetické nebo autostimulační agresii.

#### 4.3.5.2.1.7. Doba trvání time-out

Aby byla intervence účinná doporučuje kratší čas time-out. V praxi se zkoušeli doby od 2 minut do 3 hodin. Průměrný časový úsek se pohybuje mezi 5 a 20 minutami (Schopler, 1997, str.33). Velmi obecně můžeme říci, že délka trvání time-out v minutách by měla být přímo úměrná věku dítěte. To znamená, že pětileté dítě by mělo mít asi pětiminutový time-out ([www.autismsociety-nc.org](http://www.autismsociety-nc.org)). V některých případech může být dítě necháno v time-out místnosti tak dlouho, dokud nepřijme předem určená kritéria chování, která před odloučením nepřijímá ([www.state.ky.us](http://www.state.ky.us)).

Velmi dobře je použití technik time-out popsáno v knize Co dělat, aby se vaše děti správně chovaly (Severe, 2003).

#### **4.3.5.2.2. Přesycení**

Přesycení je forma trestu, která využívá podmíněných averzivních podnětů, avšak snaží se vyhýbat averzivním podnětům fyzickým. Při použití této terapie zdánlivě paradoxně stimulujeme u dítěte právě tu činnost, kterou chceme z jeho repertoáru odstranit. Výsledkem takového opakování činnosti je únava, která se stává trestem.

V praxi to znamená, že když dítě například rádo trhá sešity a učebnice, můžeme po takovémto chování dítě nutit po určitou dobu, aby jiné, námi poskytnuté papíry, trhal dál. Dítěti se to zpočátku může líbit, avšak po určité době stálého trhání papíru se začne chovat nevrle a bude chtít s trháním skončit. My však nesmíme polevit a budeme trvat na tom, aby i přes svůj odpor papíry trhalo dále. Tím u něho vytváříme podmíněnou averzivní reakci na trhání papíru. Takové přesycení pak musíme opakovat pravidelně vždy, když se činnost objeví, aby se u dítěte vytvořilo spojení mezi touto činností a trestem (v podobě nepříjemných pocitů únavy z prováděné činnosti) (Štefančíková, 1996, str.10).

Pokud u dítěte převáží dlouhodobá ztráta (únava z následného trhání) nad krátkodobou odměnou (roztrhání učebnice), je vysoká pravděpodobnost účinnosti této terapie.

#### **4.3.5.2.3. Terapeutické použití nepříjemných následku**

Nepříjemného následku můžeme dosáhnout jedním ze tří níže uvedených postupů (Dorsey, 1980, str.343-353):

- Nepříjemnou chutí- použitím látky s nepříjemnou chutí (např. ústní voda, ocet, citrónová šťáva, voda)

- Nepříjemným pachem- přidržením něčeho s nepříjemnou vůní pod nosem (např. namačkaný česnek)
- Vodní mlhou- vodní spray (rozprašovač na kytky) do obličeje dítěte

#### **Jak postupovat...**

1. přesně definovat nevhodné chování
2. jasně říct uživateli: "NE!!!"
3. použít nepříjemnou látku či podnět
4. uživatele převést na vhodnou činnost a pochválit jej za to, že už se nechová nevhodně

#### **Přesná definice nevhodného chování**

Nejdříve musíme popsat agresivní nebo autoagresivní chování uživatele pomocí jasně sledovatelných a měřitelných pojmů...

*Příklad vágního popisu: Nina útočí na ostatní děti*

*Příklad správného popisu: Nina kouše ostatní děti*

#### Co je sledovatelné a měřitelné:

- jednoduše vysledovatelné chování
- počítatelné chování
- chování, které jasně začíná a jasně končí
- opakovatelné chování

Zpočátku je třeba používat různé averzivní (nepříjemné) podněty tak čtvrt hodiny až hodinu denně. V této fázi terapie je nutné pouze rozlišit, co je pro dítě opravdu nepříjemné a co nikoliv (zejména u pachů). Po zjištění averzivního podnětu přecházíme k jeho použití v průběhu celého dne.

Nepříjemná chuť - může snižovat výskyt zvracení, kousání, autoagrese a picy (pořádání nejedlých věcí- například křídý, hlíny, špíny aj.)

Nepříjemný pach - může snižovat výskyt těžké agrese, autoagresivního chování a trichotillomanie (trhání si a pořádání vlasů)

Vodní mlha - může snížit výskyt těžké agrese a autoagrese

**Jasně říct: „NE!!!“**

Jakmile se vyskytne nevhodné chování, řekneme jasně silným, hlasitým a pevným hlasem: „NE!!!“. Uživateli také pomůže, když stručně popíšeme chování, které překračuje sociální normy. Můžeme například říct: „Nebouchej!!!“ nebo „Nejez křidu!!!“. Cílem je spojení si v hlavě uživatele slovní pokárání s následným averzivním podnětem.

**Použití nepříjemné látky či podnětu**

Je třeba párovat vždy nepříjemnou látku či podnět se slovním pokáráním.

Nepříjemná chuť- vystříkneme velmi malé množství nepříjemného roztoku do pusy uživatele. Používá se u chování, které se obvykle nevyskytuje vícekrát než dvakrát denně.

Nepříjemný pach- mezi palcem a ukazovákem držíme kapsli se čpavkem a přiložíme ji pod nos uživatele. Je nezbytně nutné držet kapsli u hlavy uživatele alespoň 5 sekund.

Vodní mlha- zaměříme rozprašovač na obličej uživatele a stříkneme. Neutíráme následně vodu z obličeje uživatele. Uživatel si však může obličej utřít sám.

**Převedení uživatele ke vhodné činnosti a následná pochvala**

Nakonec převedeme uživatele ke vhodné aktivitě nebo k takové aktivitě, kterou uživatel před projevem nevhodného chování právě dělal. Uživatele také pochválíme za to, že přestal s nevhodnou aktivitou a přešel k aktivitě vhodné.

#### **Příklady:**

- *Jana měla zvyk zvracet jídlo a začala tak velmi hubnout. Nebyla nalezena žádná fyziologická příčina tohoto nevhodného chování. Po každém skoro zvracení (krkání a snaha vyzvrátit jídlo) musela Jana polknout citrónovou šťávu s vodou. Šťáva byla Janě vstříknuta do pusy vždy těsně před začátkem zvracení. Postupně problémové chování vymizelo.*
- *Tomáš si vytrhával vlasy. Došlo to až tak daleko, že si Tomáš způsobil spoustu plešatých míst na hlavě. Personál používal odměňování za to, že si vlasy netrhá a snažil se také převést Tomášovu pozornost na jiné činnosti ve chvíli výskytu trhání si vlasů. Tyto postupy však byly, bohužel, neúspěšné. Po poradě s lékařem a rodiči se rozhodli, že vždy, když si Tomáš bude trhat vlasy, přiloží mu pod nos sáček s namačkaným česnekem. Nyní si Tomáš vlasy již skoro vůbec netrhá.*
- *Klára se sebezraňovala. Štípala a kousala se do té doby, než se ji objevila krev. Personál po poradě s rodiči a lékařem použil vodní mlhu do obličeje vždy, když se Klára začala kousat a štípat. Nyní se Klára již nesebezraňuje.*

#### **Možné problémy a jejich řešení**

##### Nežádoucí vedlejší účinky:

Mezi nežádoucí vedlejší účinky řadíme možné toxické reakce, problémy s dýcháním, pálení žáhy, narušení skloviny zubů, agresi



nebo vysušenou pokožku na obličeji. Tyto situace musí nutně personál zaznamenávat a konzultovat s lékařem. Pokud jsou vedlejší účinky ve větší míře, je nutné terapii pozastavit nebo úplně skončit.

Personál používá averzivní podněty nesprávně nebo rozporuplně:

Při této situaci zaručte, že veškerý personál bude vyškolen a seznámen se správným použitím averzivních podnětů.

#### **Těsně před začátkem:**

Použití nepříjemných látek a podnětů může u uživatele vyvolat uzavřenost, agresi, pláč, kňučení nebo úšklebky vůči personálu a může to také vést ke zhoršení vztahů mezi ním a personálem. Personál tomuto musí předcházet. Snažte se s uživatelem trávit více jeho volného času. Nezesměšňuje jej ani neshazuje. Snaží se vyhledávat příležitosti, jak se uživateli pozitivně věnovat. Vyjadřuje důvěru a důvěryhodnost svého vztahu k uživateli. Používá přiměřený humor a zároveň vyjadřuje důvěru v uživatele. V neposlední řadě používá odměn, pochval a jiných příjemných podnětů ve chvíli vhodného chování. **Používá vždy nejméně osm pozitivních interakcí na jednu interakci negativní.**

Personál také musí mít stále na vědomí, že použití averzivních podnětů je pouze jednou z částí terapie problémového chování. Vlastní terapie se nesmí nikdy „smrsknout“ na pouhé používání nepříjemných podnětů. Zároveň musí mít na paměti i to, že ze strany neinformovaného pozorovatele může terapie vypadat jako krutá až hrůzná.

#### **Pomůcky k terapii:**

Nepříjemná chuť- Nejvíce se používá zředěná citrónová šťáva nebo ústní voda. Nepoužíváme nezdravé látky, jako je pepřová omáčka, kořeněná omáčka nebo křen.

Nepříjemný pach- Nejméně nákladné je použití namočené vaty ve špavku, který se přechovává v uzavřených lahvičkách.

Vodní mlha- Používá se rozprašovač na kytky s vodou pokojové teploty. Nepoužívá se bodové stříkání, rozprašovač se upraví tak, aby stříkal s co největším rozptylem.

#### 4.3.5.3. Vedení dokumentace

Když usoudíme z praxe nebo z literatury, že averzivní terapie může přinést zlepšení v chování klienta a zároveň jsme zodpovědně provedli první čtyři kroky EDM, můžeme se po souhlasu uživatele případně jeho rodičů nebo zákonného zástupce uživatele a ošetřujícího psychiatra rozhodnout pro averzivní terapii. Všechny restriktivní postupy a intervence v rámci averzivní terapie musí být zaznamenány a pravidelně konzultovány s uživatelem případně s jeho rodiči nebo se zákonným zástupcem uživatele a s psychiatrem. Ve zprávě o incidentu musí být uvedeny kromě klasických dat (jméno, datum, místo atd.) i typ a popis incidentu, osoby, které intervenovali a opatření a datum seznámení rodičů nebo zástupců uživatele a psychiatra s incidentem.

#### 4.3.5.4. Závěrečná shrnutí pro pátý krok terapeutického postupu

- Restriktivní postupy jsou dovoleny pro akutní zvládnutí takového problémového chování, které by mohlo vést ke zranění klienta samotného nebo ostatních lidí

- Restriktivní postupy jsou dovoleny pro akutní zvládnutí takového problémového chování, které by mohlo vést k vysoké materiální škodě

- Restriktivní postupy nejsou dovoleny ve většině případů jako prevence problémového chování (výjimka je možná po konzultaci

s psychiatrem a s rodiči např. u uživatele s Lesch-Nyhanovým syndromem)

- Averzivní terapie se nesmí použít terapeuticky bez předchozího proškolení personálu v aplikované behaviorální analýze

- Averzivní terapii je možno použít za jasně písemně daných podmínek se souhlasem uživatele, případně rodičů nebo zástupce uživatele a psychiatra. Před použitím musíme ze záznamů problémového chování zodpovědně udělat behaviorální a funkční analýzu chování a následnou analýzu prostředí a činností. Musíme také použít diferenční zpevnování (terapeutické systémy odměn). Z praxe nebo z literatury musíme mít jistotu, že je vysoká pravděpodobnost po našich intervencích změny v chování klienta. Bez této „předehry“, která vede ve většině případu ke zlepšení chování, nesmíme averzivní terapii použít

- Averzivní terapie nesmí být bolestivá, musí být z pohledu klienta nepříjemná

- Agresivní incidenty musíme písemně zaznamenávat a pravidelně konzultovat s rodiči nebo se zákonnými zástupci a s psychiatrem.

#### 4.3.5.5. Nejčastější omyly

- Restriktivní postupy nejsou omezením lidské svobody

- Problémové chování netřeba zaznamenávat a vyhodnocovat, jednotlivé incidenty se totiž vyskytují náhodně

- Nejúčinnějším postupem pro změnu chování je trestání uživatele

- Čím je větší handicap uživatele, tím jsou jeho nároky na naplnění jeho základních životních potřeb menší

#### 4.3.6. Závěr behaviorální terapie

Jakmile jsme použili všechny kroky aplikované behaviorální analýzy a přesto nedošlo k výraznému zlepšení chování klienta, musíme se vrátit zpět k prvnímu kroku. Provedeme opět behaviorální a funkční analýzu a snažíme se nalézt jiné aspekty v chování, které by mohly hrát ve výskytu problémového chování určitou roli, a kterým jsme předtím nevěnovali pozornost. Poté opět opakujeme celý postup od začátku.

#### 4.4. Kognitivní a Kognitivně behaviorální terapie

Jak už jsme si uvedli výše v kapitole o ABC modelu lidského chování z pohledu kognitivní terapie, je kognitivní terapie terapií povídací, na rozdíl od behaviorální terapie, která je terapií konací. Její zakladatel A.T.Beck ve své práci došel k závěru, že podnět je člověkem kognitivně vyhodnocován a na základě tohoto hodnocení se vyskytne i odpovídající emoční reakce. Dochází tak ke kognitivnímu modelu *podnět - kognitivní vyhodnocení podnětu - emoční reakce*. Na základě tohoto modelu vysvětluje výskyt tří základních negativních emocí v lidském chování, a to *hněvu, smutku a úzkosti*. Výskyt nejen těchto emocí spojuje Beck s pojmem „osobní doména“, který si představíme v následující kapitole.

##### 4.4.1. Osobní doména

Každý člověk má svoji jedinečnou osobní doménu, která se skládá z hmotných i nehmotných objektů, které jsou pro konkrétního člověka důležité. Osobní doménu každého člověka tvoří jádro, obal a ochranná vrstva. V jádru je osobní pojetí sebe samého, svých osobních vlastností a tělesných charakteristik, svých vlastních cílů a hodnot. Jsou to naše představy toho, kdo jsme a kam směřujeme. V obalu se sdružují konkrétní živé i neživé objekty (rodina, přátelé, majetek) i abstraktní pojmy a hodnoty (vzdělání, společenské postavení, národnost), ke kterým má člověk určitý vztah. V ochranné vrstvě jsou naše představy fair-play, spravedlnosti a soudnosti, které jsou shrnuty do tzv. morálního kodexu (Beck, 2004, str.48).

Pojem osobní domény nám pomáhá vysvětlit, jak se může člověk cítit silně dotčen i vlivem jedince či instituce, která je od něj geograficky značně vzdálena. Člověk může být například nadšen

z vítězství českých hokejistů v Japonsku nebo být znechucen nedodržením lidských práv úplně cizích lidí v jiné zemi.

Povaha emoční reakce jedince závisí na tom, zda člověk vnímá určitou událost jako obohacující nebo ohrožující jeho osobní doménu. Jakmile událost do jeho osobní domény nezasahuje, nechává ho situace emočně „chladným“. Jakmile z pohledu člověka konkrétní situace obohacuje jeho osobní doménu nebo je pro ni jakkoliv jinak prospěšná, reaguje na situaci radostí, potěšením nebo uspokojením. Pokud je situace vůči osobní doméně škodlivá, reaguje na ni člověk se smutkem, úzkostí nebo hněvem.

#### 4.4.2. Výskyt hněvu, smutku nebo úzkosti

V této kapitole se budeme zabývat vztahy mezi situacemi a výskytem smutku, úzkosti a hněvu. Popis terapie, z podstaty zaměření této práce, věnujeme pouze výskytu hněvu.

Jak již jsme uvedli výše, podle Becka se negativní emoce vyskytnou ve chvíli, kdy situace škodí nebo ohrožuje osobní doménu člověka. O tom, jaká emoce převáží v chování člověka rozhoduje to, jakým způsobem se konkrétní situace dotýká osobní domény.

Pokud z pohledu člověka došlo ke ztrátě z osobní domény nebo ztrátu očekává aniž by se ji mohl vyhnout tak, že už je v jeho očích prakticky dokonána, vyskytne se smutek nebo hněv. Pokud je ztráta z pohledu člověka oprávněná (můžu si za to sám nebo nevyhnutelná), vyskytne se spíše smutek. Pokud je ztráta z pohledu člověka neoprávněná (došlo ke křivdě), vyskytne se spíše hněv. Pokud se z pohledu člověka teprve schyluje ke ztrátě, ale ztráta je ještě odvrátitelná, vyskytne se v jeho chování spíše úzkost.

Tato vyhodnocení dělá každý člověk každodenně a z podstaty věci vyplývá, že jde o jedinečná osobní rozhodnutí. Neexistuje tak jediný objektivní podnět, který by byl za všech okolností pro osobní domény všech lidí vždy ztrátový, neexistuje však ani jediný objektivní podnět, který by byl vždy přínosný.

**Příklad:**

*Situace: 25letý Jakub s lehkou mentální retardací předběhne ostatní klienty v ÚSP ve frontě na jídlo. Personál ho pošle zpět na konec fronty...*

- *Kognice 1: „Kdybych nepředbíhal tak okatě, už jsem mohl dávno jíst. Zase jsem to pokazil.“*

*Následná emoce: Smutek*

- *Kognice 2: „Teď se na mě kvůli mé blbosti budou jistě zlobit a nebudu se asi moct koukat večer na televizi.“*

*Následná emoce: Úzkost*

- *Kognice 3: „Co si to zase dovoluji? Hlavně že oni si vždycky k okýnku chodí kdy se jim zachce!!!“*

*Následné emoce: Hněv*

Z pohledu kognitivní terapie emoci tedy nespouští přímo situace, ve které jsme se ocitli, ale naše mínění o této situaci. O intenzitě emoce rozhodují dva naše odhady, primární a sekundární.

V primárním odhadu situace hodnotíme pravděpodobnost a stupeň ohrožení naší osobní domény. V sekundárním odhadu hodnotíme intenzitu a možnosti naší obrany vůči ohrožení. Intenzita emoce závisí na rozdílu mezi mírou proměnných v rámci primárního a sekundárního odhadu. Čím je hodnota získaná primárním odhadem větší a zároveň čím je hodnota získaná sekundárním odhadem menší, tím je intenzita následné emoce vyšší.

**Příklad:**

15letý Petr s lehkou mentální retardací jde po ulici s matkou. Náhle do něj omylem strčí cizí člověk.

- Kognice: „Co mi teď asi udělá?“

Následná emoce: Úzkost

- Primární odhad: určitě na mě bude teď řvát, že se mu pletu pod nohy. Navíc má 190cm a nejmiň 90kg, já vážím pouze 55kg a měřím 155cm
- Sekundární odhad: jsem tu jen sám za sebe, nikdo mi s ničím nepomůže, matka to neviděla

Výsledná emoce: Těžká úzkost

- Primární odhad: Je to takový střízlik, vůbec se na mě nepodíval
- Sekundární odhad: Matka je tu se mnou, všichni viděli, že jsem nic neudělal schválně. Navíc bych mu klidně utekl

Výsledná emoce: Lehká úzkost

Jedna situace tedy může v někom vyvolat úzkost, v někom smutek a v někom hněv. O tom, jaká emoce se objeví, rozhoduje primární a sekundární odhad člověka a obsah jeho osobní domény. Může se také stát, že při jedné situaci pociťuje člověk střídavě hněv a úzkost nebo smutek. V terapii se snažíme měnit u uživatele našich služeb primární i sekundární odhady. Zároveň musíme co nejdetailněji znát jeho osobní doménu, protože jenom tak dokážeme se v konkrétních situacích chovat spíše jako „průvodce“ incidentem než jako jeho „původce“.



#### 4.4.2.1. Kognitivní terapie hněvu u lidí s Aspergerovým syndromem, vysocefunkčním autismem nebo lehkou mentální retardací

Lidé s Aspergerovým syndromem (AS), vysocefunkčním autismem i s mentální retardací se často chovají nevhodně z důvodu špatného rozpoznání sociálních klíčů. „Sociálním klíčem“ rozumíme informaci, kterou nám sociální situace, ve které se právě nacházíme, poskytuje. Je to interpretace a hodnocení sociální situace. Každý z nás každodenně rozpoznává spoustu sociálních klíčů a na základě jejich interpretace jim přiřazujeme kladné, neutrální nebo záporné hodnocení. Jakmile sociální situaci takto interpretujeme, zvolíme i odpovídající chování. Lidé s Aspergerovým syndromem i lidé s mentální retardací jsou v oblasti sociálního chování handicapováni hned dvakrát. Poprvé v prvotním rozpoznání sociální situace a v určení jejího správného náboje (pozitivního, neutrálního nebo negativního), podruhé v repertoáru dovedností, které následně mohou použít jako adekvátní reakci na nastalou situaci.

Lidé s Aspergerovým syndromem nebo mentální retardací nemají zas až takový problém s určením hodnocení u jasně pozitivních (partner Vám řekne, že Vás miluje) nebo negativních (zaměstnavatel Vám řekne, že jste ho zklamal) sociálních klíčů. Problém v hodnocení nastává u neutrálních sociálních klíčů (na zastávce autobusu k Vám přichází cizí člověk a chce se něco zeptat). Těchto neutrálních situací je v životě většina. Lidé s Aspergerovým syndromem nebo mentální retardací je častěji než zdravá populace interpretují negativně a sebestředně. Na základě této chybné interpretace pak situaci i chybně hodnotí a na základě tohoto chybného hodnocení se i chybně chovají.

Tabulka č. 20: Příklad z praxe v APLA Praha (spodní řádek tabulky vyplnil Jakub, 15 let, Aspergerův syndrom):

	<i>Situace</i>	<i>Interpretace</i>	<i>Emoční hodnocení</i>	<i>Situace</i>	<i>Reakce</i>	<i>Reakce příchozího</i>
Člověk bez icapu	Sedím v poledne na frekventované zastávce autobusu.	Bude chtít pomoci, asi se mě zeptá, kolik je	lehce pozitivní- spoluúčast	Pán se mě zeptá, jestli	Odpovím, že tramvaj jede	poděkuje mi
Člověk se sociálním handicapem	Vidím, že ke mně přichází slušně oblečený pán a chce se mě na něco	Už zase mi bude nadávat, to si ke mně nemůže dovolit!!!	negativní- hněv	nevím, kam jede tramvaj číslo devět	Odpovím: „Co je Ti do toho?“	začne mi nadávat

Výše uvedený příklad poukazuje na několik zajímavých věcí. Podle Jakuba za jeho problémové chování může vnější situace (příchod člověka, který mu bude nadávat). Chyba není na jeho straně, on je tam pouze jako „lístek, který letí tam, kam foukne vítr“. Jakub za nic vlastně nemůže, můžou za to lidé kolem. Druhý zajímavý postřeh je, že od chvíle, kdy Jakub výchozí situaci špatně interpretoval nedělá již žádnou chybu. Třetím zajímavým postřehem je, že se Jakubova interpretace potvrdila. Jakub se tak utvrdil ve svém přesvědčení, že všichni cizí lidé jsou na něho zlí a on se jim musí bránit.

V terapii je důležité klientovi nejdříve ukázat, kde se náš příběh rozděljuje. Klient musí pochopit, že to, jak příběh skončí, je odvislé od jeho interpretace a ne od výchozí situace. Pokud pochopí, že se vše „větří v jeho hlavě“, je i větší pravděpodobnost, že bude v terapii aktivnější, protože pochopí, že změna záleží na něm.

Druhou důležitou částí kognitivní terapie je edukace o roli emocí a kognicí při rozhodovacím procesu. S klientem si ukážeme na příkladech fobií, že emocím v ohrožení věříme více než kognicím. V ohrožení se řídíme více „srdcem“ než „hlavou“. Proto je důležité měnit již prvotní interpretace situací, protože jakmile se člověk

hněvá, reaguje na následující sociální situace nesprávným a nepřiměřeným způsobem.

Po této počáteční edukaci s klientem probereme rozdíl mezi emocemi a kognicemi a na příkladech se je učíme rozeznávat. takovým jednoduchým způsobem je zapisování všeho, co jsem cítil, na co jsem myslel a co jsem dělal při nějaké emočně nabitě situaci. Poté, co si vše napíšeme na tabuli, vyškrtáme to, co klient v situaci dělal. Zbudou nám tam popisy emocí a kognicí. Pokud jde o jedno slovo, jde často o emoci, pokud jde o větu, jde vždy o kognici. Poté, co klient umí od sebe rozeznat emoce a kognice a zároveň chápe jak emoce mohou měnit chování a jak kognice umí měnit emoce, zapíšeme si klientem uvedený incident a do tabulky uvedené níže:

Tabulka 21: Příklad zápisu emocí (Padesky, 2003, str.33)

1. Situace	2. emoce	3. kognice	4. pro	5. proti	6. alternativní kognice	7. znovu hodnocení emoce
Sedím v poledne na frekventované zastávce autobusu. Vidím, že ke mně přichází slušně oblečený pán a chce se mě na něco zeptat...	hněv 90%	Už zase mi bude nadávat!	v minulosti se to několikrát stalo	lehce se na mě usmíval, nic jsem mu neudělal	bude chtít s něčím pomoci	hněv 10%

Nejdříve si do prvního sloupce zapíšeme situaci jako odpověď na otázky Kdy?, Kde?, S kým?, Při čem? k incidentu došlo. Následně si klient do druhého sloupce zapíše a ohodnotí svoji emoci, kterou při incidentu prožíval. Velikost emoce se hodnotí buď v procentech nebo na škále od 0 do 10. Třetím krokem je hledání „kognitivního mostu“ mezi situací a emoci, který často na první pohled není vidět (přichází ke mně člověk na zastávce- vztek). Vypisujeme si konkrétní myšlenky klienta a uvažujeme, jestli to jsou ty, které opravdu spouští nepříjemnou emoci.

Do čtvrtého sloupce si zapisujeme všechna fakta, která svědčí o pravdivosti myšlenky, do pátého si následně zapíšeme všechna fakta, která svědčí o nepravdivosti myšlenky. Na základě těchto hodnot si do šestého sloupce zapíšeme alternativní myšlenku a následně znovu ohodnotíme emoci z druhého sloupce tak, jak by vypadala, kdyby nás v situaci z prvního sloupce napadla myšlenka ze sloupce šestého.

Tímto způsobem ukazujeme klientovi, že jeho emoce je odvislá spíše na jeho myšlenkách než na okolní situaci. Zároveň se klient aktivně učí adaptivnější myšlenky.

Po těchto cvičeních můžeme přejít ke změně jádrových přesvědčení o tom, jaký jsem já, jaký je svět a jací jsou lidé, kolem mě. Nejdříve pomocí metody „padacího šípu“ určíme jádrová přesvědčení klienta tak, jak je uvedeno v příkladě níže:

Klient: „Vidím člověka, jak jde ke mně a vím, že mi už zase bude nadávat...“

Terapeut: „Co to svědčí o lidech?“

Klient: „Že mi pořád nadávají...“

Terapeut: „Co to o nich vypovídá?“

Klient: „Lidi jsou zlí“

Po tomto určení vymyslíme experimenty, které potvrzují nebo vyvrací toto přesvědčení. Klient poté experimenty zkusí přímo v praktickém životě.

Tabulka č.22: Příklad experimentu

Experiment	Mé očekávání na základě mého jádrového přesvědčení	Výsledek experimentu
Poprosím deset lidí, ať mi pomůžou naložit kočárek s bráchou do tramvaje	všichni se mi vysmějí, nikdo mi nepomůže	Pomohlo mi všech deset lidí

Na základě těchto experimentů můžeme společně formulovat nová, alternativní jádrová přesvědčení. Tato jádrová přesvědčení pomohou klientovi s autismem nebo mentální retardací následně lépe zvládat své chování.

Behaviorální i kognitivní terapie jsou u lidí s mentální retardací nebo autismem terapiemi první volby. Další, často používaná terapie, je farmakoterapie. Její pozitivní možnosti i úskalí si ukážeme v následující kapitole.

## 4.5. Farmakoterapie problémového chování

Úskalí farmakoterapie v ústavech sociální péče<sup>7</sup>

### 4.5.1. Organizace psychiatrické péče v ÚSP:

Ambulantní lékařská péče (včetně psychiatrické) o uživatele s mentální retardací v ÚSP je organizovaná podle stejných pravidel jako o ostatní občany ČR. Většina obyvatel v ÚSP je pojištěna u Všeobecné zdravotní pojišťovny, i když existují výjimky. Klienti jsou většinou registrováni u svého praktického lékaře, na jehož vyžádání by měla být teoreticky realizována i péče psychiatra. Personál ÚSP je ale většinou v natolik úzkém kontaktu s ošetřujícím psychiatrem svých dlouhodobých klientů, že role praktického lékaře v praxi velmi často odpadá.

Praktický lékař i psychiatr pracující pro ÚSP jsou pojišťovnou regulováni na preskripci (tj. množství předepisovaných léků) a to jednak ve srovnání proti průměru v celé ČR a jednak proti vlastní preskripci v referenčním období (stejně pololetí minulého roku). V případě překročení těchto omezení je lékař sankcionován finančními pokutami. Všeobecná zdravotní pojišťovna naopak může lékaře na preskripci zohlednit, tj. umožnit mu předpis nákladnějších léků či zdravotních prostředků, popřípadě jejich většího množství, pokud prokáže, že lékař ošetřuje mimořádné spektrum klientů. Omezení preskripce léků jsou dána též odborností (určité léky může předepsat jen odborník daného oboru) a diagnózou cílové skupiny.

Specialisté pracující pro ÚSP vykazují jednotlivé výkony pro pojišťovnu ve stejném režimu, jako kdyby do jejich ordinace docházel klient z domova. Princip vykazování se neřídí časovým

<sup>7</sup> V této kapitole vycházíme především ze zkušeností Dr. Petiškové.

hlediskem, ale průběhem choroby. Psychiatr může vykazovat ty výkony, které má nasmlouvané, teoreticky tedy i psychoterapii.

V České republice nestojí terapie mentální retardace v centru zájmu našich psychiatrických odborníků, o čemž svědčí i frekvence tohoto tématu v odborných periodikách. Zabývají se jí spíše dětské psychiatry. Oficiální psychiatrická specializace na mentální retardaci v ČR neexistuje.<sup>8</sup> Ze zdravotnických pozic je mentální retardace většinou vnímána jako handicap hodný péče sociální, přičemž se stále ještě řada pracovníků ÚSP identifikuje a profesně funguje v modelu zdravotnickém.

#### 4.5.2. Situace v praxi:

Ve většině případů psychiatry do ÚSP dojíždějí na vlastní náklady. Často je dostupnost ústavů velmi komplikovaná a použití hromadné dopravy je časově velmi náročné. Tento způsob spolupráce vyhovuje zejména personálu ÚSP, hlavně z venkovských oblastí. Naopak umístění ústavu ve středu většího města umožňuje klientům lehčí formou handicapu docházet ke svému psychiatrovi do ambulance samostatně. Tato forma péče je však využívána velmi ojediněle.

Frekvence návštěv psychiatra je různá a pohybuje se od dvou týdnů až po tři měsíce. Psychiatr je při návštěvě často přetížen, takže řeší jen nejnnutnější případy. Návštěvy psychiatra v ÚSP jsou téměř výhradně zaměřeny na farmakoterapii a předpis medikamentů.

Časté doplatky za léky si klienti hradí ze svých invalidních důchodů, komplikovaná situace nastává u dětských klientů, kteří na

---

<sup>8</sup> Např. ve velké Británii existuje asi 30-40 psychiatrů specialistů v oblasti mentální retardace.

doplatky nemají finanční prostředky a ty je nutné pokrývat ze zcela nesystémových zdrojů.

S psychiatrem většinou komunikuje zdravotnický personál, respektive vrchní sestra. Psychiatr není často začleněn do týmu zabývajícího se komplexní péčí o jednotlivé klienty. Pro tento způsob práce, kromě času psychiatrů, chybí i finanční zdroje (v pojišťovenském systému se s tímto nepočítá).

Jak již bylo výše zmíněno, postavení psychiatrické péče v ÚSP v praxích jednotlivých psychiatrických odborníků se velmi liší ve městě a na venkově. U městských psychiatrů je spolupráce s ÚSP často stabilním, i když značně limitovaným zdrojem příjmů od pojišťoven a umožňuje tak volnější prostor pro další individualizovanou ambulantní péči. V těchto podmínkách je též snazší postupovat farmakoekonomicky- dle informací VZP zde psychiatři možnosti zohlednění preskripce nevyužívají. Na venkově je často situace opačná, psychiatr, který má na starosti velký region, často s několika ÚSP je přetížen, nucen redukovat péči na minimum. K teoretickému zohlednění preskripce (viz výše) přistupuje pojišťovna v praxi ne vždy vstřícně.<sup>9</sup>

Možnost výběru ošetřujícího psychiatra je pro jednotlivé ÚSP různá, ve výhodnější situaci jsou samozřejmě opět ÚSP ve větších městech a v jejich blízkosti. Ošetřující psychiatr je navíc často pečuje o klienty několika ÚSP, takže personálu nezbývá než přistoupit na jeho podmínky, tj. smířit se s návštěvami s několikaměsíčním odstupem nebo dovážet klienty do ordinace na objednané termíny.

---

<sup>9</sup> V poslední době jsme se setkali s tím, že některé pobočky VZP uplatňují koncept „duálních diagnóz“, tj. vyžadují, aby k mentální retardaci měl klient ještě dg. dalšího duševního onemocnění. Teprve tehdy jsou ochotni péči hradit.



Pokud ve sledovaných ústavech došlo ke změně ošetřujícího psychiatra, pak ze dvou důvodů :

1. psychiatr odmítl docházet do ÚSP
2. personál nebyl u psychiatra schopen prosadit redukci dávek psychofarmak.

#### 4.5.3. Návaznosti hospitalizační péče

Pokud se u klientů ÚSP objeví potřeba psychiatrické hospitalizace, jsou většinou hospitalizováni ve spádových psychiatrických léčebnách, řidčeji na psychiatrických odděleních nemocnic. Léčbu doporučuje psychiatr, praktický lékař, akutní situace jsou často řešeny přes RZP (rychlá záchranná pomoc). V režimu psychiatrických institucí není mentální handicap organizačně zohledněn. Dle pracovníků ústavů se jedná většinou o krátkodobé hospitalizace, během nichž bývá klientovi nastavena medikace natolik vysoká, že po návratu z léčebny není schopen se zapojit do běžného režimu ústavu. Z těchto důvodů jsou hospitalizace pracovníky ústavů vnímány často negativně a jako krajní řešení obtížných situací. Na druhou stranu personál používá pobyt uživatele s problémovým chováním v psychiatrické léčebně spíše jako odlehčovací službu než pro změnu medikace. Z praxe jsou známy též příklady opačné. Na psychiatrické oddělení či do léčebny je přijat pacient s referencí o neklidu a agresivitě a masivní dávkou psychofarmak nastavených ambulantně. V prostředí zdravotnického zařízení se však chová adaptivně, a to i na polovičním množství medikace.

Zvláštní skupinu tvoří uživatelé s mentální retardací hospitalizovaní dlouhodobě na „chronických“ odděleních psychiatrických léčeben. Diagnostické spektrum této skupiny by jistě stálo za podrobnější průzkum. Jisté je, že ohrožení sociální exkluzí je pro ně ještě výraznější, než pro klienty ÚSP.

#### 4.5.4. Charakter psychiatrické péče v ÚSP

Jak jsem zjistili, zaujímá psychiatrická léčba v ÚSP co do objemu velmi významné místo, hned za péčí praktického lékaře. Procento psychiatricky medikovaných klientů z celkového počtu klientů v celoročním pobytu se v jednotlivých ÚSP pohybuje od 50 do 90 %. Klienti s mentální retardací jsou tedy velmi významnými uživateli psychofarmak. Medikováni jsou i ti klienti, kteří dle poskytnutých dat nemají v diagnóze výrazné poruchy chování či další diagnózu duševního onemocnění. U řady z těchto uživatelů jsou ordinována neuroleptika a to samotná, či v dvoj- a trojkombinacích, často s depotními preparáty. Co se týče kombinace s dalšími skupinami léčiv převažují jednoznačně antiepileptika, anxiolytika a antidepresiva. Monoterapie antidepresivy je zastoupená málo, i když současná literatura by spíše doporučovala opak (Janotová, 2006). Není výjimkou, že uživatel užívá kombinaci 4-6 různých preparátů z výše zmíněných skupin, doplněných nezřídka i o depotní neuroleptikum. Nutno říci, že takto nastavená medikace je přinejmenším diskutabilní.

Ve schválených indikacích (Státní ústav pro kontrolu léčiv) jsou pro léčbu poruch chování u mentální retardaci výslovně určena následující neuroleptika: Buronil, Risperdal a Cisordinol, pro léčbu neklidů u mentálně retardovaných pak injekční Haloperidol. U ostatních najdeme v indikačním spektru uvedené nespecifické poruchy chování s psychomotorickým neklidem.

Pokud bychom seřadili jednotlivá neuroleptika od těch nejčastěji používaných po neuroleptika užívaná zřídka dostaneme následující pořadí: Tisercin, Haloperidol, Chlorprothixen, Risperdal (Rispen), Plegomazin, Tiapridal, Buronil, Sulpyrid, Zoleptil.

Cisordinol a ostatní atypická neuroleptika jsou užíta ojedinele nebo vůbec. Je zřejmé, že farmakoekonomické hledisko je na jednom z prvních míst. Nutno říct, že podobně je tomu i u medikace antiepiletické.

Extremně vysokými dávkami jsou léčeni především uživatelé s problémovým chováním, často agresivním či sebepoškozujícím. Zdá se, že je možno je zařadit do dvou skupin.

1. Klienti s těžším postižením (F 72-73) a agresivním či sebepoškozujícím chováním či s další diagnózou autismu nebo psychózy.
2. Klienti, kteří své okolí intelektově relativně převyšují a snaží se okolí, tedy personál a ostatní klienty za pomoci problémového chování ovládat. Jejich jednání nejspíše připomíná projevy z diagnostického okruhu poruch osobnosti a v režimu ÚSP při množství ostatních klientů se jeví jako velmi obtížně zvladatelné.

Obecně lze říci, že charakterem a dávkováním psychiatrické medikace připomíná většina ÚSP spíše psychiatrické zařízení léčebného typu. Otázkou zůstává vhodnost „plošného“ podávání medikace. Personál by se měl snažit hledat účelnější propojení zdravotnického a sociálního systému tak, aby ošetřující lékař měl dostatečně volné ruce ke kvalitní léčbě i komunikaci s klientem a jeho ošetřujícím personálem. To by též mohlo přispět k změně poněkud okrajové pozice, kterou farmakoterapie u lidí s mentální retardací v oboru psychiatrie zaujímá.

#### 4.5.5. Vlastní farmakoterapie problémového chování

Používaná psychofarmaka můžeme rozdělit na: <sup>10</sup>

1. **Neuroleptika**- ovlivňují pochody v myšlení
2. **Antidepresiva, anxiolytika a thymostabilizátory**- ovlivňují afektivitu
3. **Psychostimulancia, hypnotika a nootropika** - ovlivňují vigilitu

##### 4.5.5.1. Neuroleptika u lidí s mentální retardací

Neuroleptika jsou léky pozitivně ovlivňující patologicky narušené psychické integrace a myšlení. U klientů s MR se nejčastěji podávají neuroleptika (NL) s využitím účinku:

1. **pacifikujícího**-hlavně ke zvládnutí problémového chování, agresivity a neklidu, k ovlivnění sebepoškozování, tlumení stereotypních manipulací a nepřiměřené sexuální aktivity
2. **antidepresivního a anxiolytického**-NL většinou zesilují účinek antidepresiv, nebo anxiolytik při jejich současném podávání, některá mají i antidepresivní účinek samostatně

Neuroleptika ve vyšších dávkách snižují iniciativu, motivaci, prohlubují u léčených nezáměr a apatii, celkově tlumí psychickou výkonnost. Proto je třeba dobře zvolit vhodný typ NL pro daného uživatele a rovněž pečlivě vytitrovat dávku podávaného farmaka tak, aby nebyla příliš vysoká a tím nedocházelo k příliš velkým nežádoucím vedlejším účinkům.

Dlouhodobá léčba neuroleptiky může vést k nežádoucímu přírůstku hmotnosti až obezitě, zvyšování hladin některých hormonů

<sup>10</sup> V této kapitole vycházíme převážně ze zkušeností MUDr. Jany Schmidtové, Dětská psychiatrická klinika, FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5

(prolaktinu aj.) nebo k ovlivnění glukózového metabolismu. Významným nežádoucím účinkem je, u některých klientů, objevení se tardivních dyskinéz. Při podávání neuroleptik musíme zvážit jejich **prospěšnost pro daného klienta** a zda přínos farmakoterapie je vyšší, než riziko nežádoucích účinků, které se mohou při terapii NL objevit.

#### **4.5.5.1.1. Rozdělení neuroleptik (NL)**

1. bazální NL
2. incisivní NL
3. atypická NL

##### **1. Bazální - Sedativní neuroleptika**

Jsou charakteristická výraznějším hypnosedativním působením (navozující spánek, nebo výrazné zklidnění) a jsou účinné při pacifikaci nemocného (redukuje neklid a agresivitu), při jejich podávání se zároveň vyskytují méně extrapyramidové nežádoucí účinky.

Při užívání bazálních neuroleptik, zvláště je-li toto užívání dlouhodobé, dojde ke snížení kognitivního výkonu, z toho vyplývající nižší schopnost učit se novému a zhoršení školního výkonu. Klasickými představiteli této kategorie jsou Levomepromazin, Chlorpromazin, Chlorprotixen a Thioridazin.

##### **Levomepromazin (TISERCIN tbl.)**

Je základním představitelem této skupiny. Klientům s mentální retardací je podáván často. Osvědčil se jako velmi účinné hypnotikum, které spolehlivě navozuje spánek i v případech, kdy jsou jiná hypnotika neúčinná. Podává se v dávce 12,5 - 25 mg na noc, zřídka 50 mg na noc. Levomepromazin je vysoce účinný k pacifikaci agresivního, neklidného nemocného, kdy se podává ve vyšších denních dávkách od 25 do 100 mg někdy i 150 mg a vyšších - postupně během dne, dle stavu pacienta. Jeho nevýhodou

je vysoký epileptogenní potenciál, proto je kontraindikován u epileptiků, dále by neměl být podáván u parkinsonovy nemoci, chorob jaterních a nemocných s glaukomem. Při podávání vyšších dávek levomepromazinu se mohou dostavit kolapsové stavy a hypotenze.

#### Chlorpromazin (PLEGOMAZIN tbl.)

Toto neuroleptikum bylo v minulosti používáno často ke zklidnění pacienta. U psychotických stavů se v současné době podává méně. Jeho kontraindikace podávání jsou stejné jako u levomepromazinu.

#### Chlorprothixen (CHLORPROTIXEN tbl. , MINITHIXEN tbl.)

Je v praxi užíván ke zklidnění při emočním napětí, úzkosti, mírném stupni neklidu. Významný je jeho antidepresivní účinek při nižších terapeutických dávkách. Zároveň má významné anticholinergní nežádoucí účinky.

#### Thioridazin (THIORIDAZIN tbl.)

Z uvedených neuroleptik má nejnižší hypnosedativní účinek. Při jeho užívání dochází k prodloužení vedení nervového vzruchu srdcem, v souvislosti s tím se objevují změny na EKG. Neměl by být proto podáván nemocným se srdečními vadami, arytmií a starším osobám, dále při poruchách jater a ledvin.

### **2. Incisivní neuroleptika**

Jsou méně sedativní než bazální neuroleptika a jen při vysokém dávkování pacifikují nemocného. Při jejich užívání je vyšší výskyt extrapyramidových nežádoucích účinků, může se objevit vysoká hladina hormonu prolaktinu - hyperprolaktinémie a zvyšování hmotnosti. Děti a mladiství jsou citlivější k extrapyramidovým nežádoucím účinkům proto při jejich podávání je třeba zvýšené opatrnosti, vhodnější je podávání atypických neuroleptik. Klasickým představitelem této kategorie je Haloperidol.

### Haloperidol (HALOPERIDOL, tbl, gtts.)

Je lékem podávaný běžně užívaným u dětí i dospělých s mentální retardací. Jeho výhodou je možnost podávání jak v kapkové, tak v tabletové formě. Působí velmi málo hypnosedativně a má výrazný pacifikující účinek. Při jeho užívání dochází k redukci agresivity, sebepoškozování, hyperaktivity a ke snížení výskytu stereotypií.

Jeho nevýhodou jsou často se vyskytující extrapyramidové příznaky při jeho užívání, vyšší výskyt tardivních dyskínéz a neuroleptického maligního syndromu (častěji oproti jiným neuroleptikům) a hyperprolaktinémie. Při jeho užívání může docházet k prodloužení vedení nervového vzruchu srdcem.

### 3. Atypická neuroleptika

Jejich základní indikací je vysoká účinnost v léčbě schizofrenie a jejich užití u farmakoresistentních pacientů. Mají také antidepresivní účinky. Klasickými představiteli této kategorie jsou Risperidon, Olanzapin a Klozapin.

V současnosti se indikace užití atypických NL neustále rozšiřují především pro jejich vysokou účinnost, dobrou snášenlivost a nízký výskyt nežádoucích účinků při jejich podávání oproti bazálním a incisivním NL. Při jejich užívání je popisován nízký výskyt extrapyramidových příznaků ale zároveň častěji se vyskytující hyperprolaktinémie, zvyšování hmotnosti (s výjimkou ziprazidonu) při jejich užívání. V současné době nejsou již vyhrazeny jen pro léčbu psychotických onemocnění. V klinické praxi se již běžně podávají klientům s mentální retardací nebo autismem.

Risperidon (RISPERDAL tbl, gtt., RISPEN tbl., RISPERDAL Consta /depotní/ )

Je neuroleptikum, které je jako jediné atypické NL je registrováno pro poruchy chování již od 5 let věku, je to lék nejčastěji užívaný u poruch autistického spektra. Jeho užití u uživatelů služeb s mentální retardací patří k nejnovějším trendům farmakoterapie. Důvodem je dobrá snášenlivost léku, s minimem nežádoucích účinků, nízký výskyt extrapyramidových příznaků při jejich užívání a zároveň vysoká účinnost na celou řadu příznaků spojených s MR.

Při jeho užívání dochází ke snížení agresivity, impulsivity, úzkosti, neklidu a repetitivního chování, množství tikových projevů a některého problémového chování, dále ke zlepšení sociability, komunikace. U klientů s lehčími formami mentální retardace by měl být lékem první volby oproti klasickým a incisivním NL kvůli minimálnímu ovlivnění kognitivních funkcí a schopnosti učit se novému. K významnému zlepšení stavu a k redukci problémového chování, agresivity a dalších nepsychotických symptomů dochází při signifikantně nižších dávkách (do 2 mg pro die), než jaké se běžně podávají psychotickým pacientům (3,5 -5 mg pro die).

Výhodou tohoto léku je možnost podávání v různých lékových formách. U hůře spolupracujících klientů, u dětí nebo u těch které nejsou schopni polykat lze podat rychle rozpustné tablety (nepolykají se, po požití se rozpustí v ústech) nebo risperidon v roztoku. Depotní forma je zatím přísně vyhrazena jen pro pacienty se schizofrenií. Nevýhodou risperidonu při dlouhodobější terapii je jako u většiny neuroleptik zvyšování hmotnosti.

Olanzapin ( ZYPREXA tbl.)

Jeho výhodou je dobrá snášenlivost při užívání. Je účinný k redukci agresivních projevů, problémového chování, neklidu. K významnému zlepšení stavu a k redukci problémového chování,



agresivity a dalších nepsychotických symptomů dochází při signifikantně nižších dávkách (do 7,5 pro die), než jako se běžně podávají psychotickým pacientům (12,5 - 20 pro die). V praxi často pozorovaným nežádoucím účinkem je zvyšování hmotnosti, v odborné literatuře je popisováno i ovlivnění glukosového metabolismu.

#### Klozapin (LEPONEX tbl.)

Patří do MARTA skupiny neuroleptik. V odborné literatuře je při jeho užívání popisována redukce agresivního chování, hyperaktivity. Klientům s MR je podáván klozapin pouze vyjíměčně. Při terapii se u 1-2 % léčených klozapinem objevuje těžká agranulocytóza proto je nutné sledovat pravidelně krevní obraz (bílou krevní řadu).

#### **4.5.5.1.2. Nežádoucí účinky neuroleptik**

##### **Extrapyramidové nežádoucí účinky**

Extrapyramidové nežádoucí účinky se mohou vyskytnout u části klientů léčených neuroleptiky. Při jejich objevení je vhodné se zamyslet se nad indikací a dávkou NL (může souviset s předávkováním NL). Můžeme je rozdělit na akutní a pozdní.

##### **Akutní**

1. **farmakologický parkinsonoid** - připomíná parkinsonovu chorobu. Projevuje se svalovou ztuhlostí, flekčním držením horních končetin, maskovitým obličejem, klidovým třesem, dysartrií, chůzí o malých krůčcích

2. **akutní dyskineze** - projevuje se svalovými spazmy, postihujícími šíjové, obličejové, okohybné svalstvo, pacient zaklání hlavu, křiví ústa, obrací oči v sloup, dochází k tortikolis, protruzi jazyka, opistotonu. Vzácně jsou postiženy i svaly hltanu a hrtanu, což vede k dysfagii, dyspnoickým potížím.

3. **akatzie** - projevuje se vnitřním neklidem, který přechází v motorický neklid, přešlapování na místě, přecházení, neschopnost vydržet v klidu sedět . Ke korekci akathisie jsou vhodná benzodiazepinová anxiolytika (diazepam - DIAZEPAM tbl., APAURIN inj.), antihistaminika (promethazin- PROTHAZIN drg., inj.)

#### Pozdní

1. **tardivní dyskineze** - projevuje se mimovolními choreiformními, atetoidními abnormními pohyby rukou, nohou, rtů, v obličeji - přežvykáním, špulením rytmickou protruzí jazyka a jeho záškuby, rychlým třesem horního rtu.

2. **tardivní dystonie** - jsou mimovolné pomalé tonické stahy svalů, uvědomované, většinou bolestivé, projevuje se jako tortikolis, opistotonus, lumbální hyperlordóza, protruze jazyka, torzní pohyby trupu do stran - vyskytuje se vzácně

#### Neuroleptický maligní syndrom (NMS)

Je nejzávažnější komplikace při léčbě zejména typickými neuroleptiky, vyskytuje se asi u 1% nemocných léčených bazálními nebo incisivními neuroleptiky, vzácněji se může vyskytnout při užívání atypických neuroleptik (s výjimkou klozapinu). Mortalita u NMS je vysoká u léčených nemocných od 4-10%, u neléčených se pohybuje okolo 20%. Pacienti umírají nejčastěji na kardiovaskulární selhání, nebo renální a plicní komplikace. Vzniká přílišnou blokádou dopaminových receptorů v mozku. Tato reakce na užití neuroleptik se nedá u postiženého jedince předem předpokládat.

Projev NMS: Základními příznaky jsou horečka nad 38 st.C, často nad 40 st.C., pocení, kolísání tlaku (nejdříve zvýšení a pak snížení) tachykardie, tachypnoe dále neurologické symptomy - difuzní svalová rigidita s extrapyramidovou symptomatologií,

svalové spazmy, rhabdomyolýza, ojedinělé epileptické záchvaty, nakonec u neléčeného NMS se rozvíjí postupně -delirium, somnolence, sopor, koma vedoucí ke smrti.

**Léčba NMS:** Při objevení se NMS je nutností vysazení všech neuroleptik a umístění pacienta na JIP. Léčbou je podávání infuzí dantrolenu, dále může být podáván amantadin, bromokriptin, L-dopa. Při laboratorním vyšetření zjišťujeme vysoké hladiny kreatininfosfokinázy, myoglobulinémii, myoglobulinurii, nutné je sledování vnitřního prostředí organismu, ledvinných funkcí, dále monitorace EKG a analýza moče.

Pacienti po prodělaném NMS nesmí být již nikdy léčeni neuroleptiky (s výjimkou klozapinu).

#### **Epileptogenní účinky neuroleptik**

Neuroleptika snižují epileptický práh, tj. zvyšují záchvatovou pohotovost, každé v různé míře, proto průměrně u 1 % léčených NL (až u 4,4 % v případě klozapinu) se mohou objevit epileptické paroxysmy. Nejnižší prokonvulsivní působení mají flufenazin, perfenazin, haloperidol (incisivní NL) risperidal (atypická NL), nejvíce epileptogenní jsou chlorpromazin, levomepromazin (bazální NL) a klozapin (atypická NL). Proto by u klientů, kteří mají epilepsii v anamnéze nebo jsou pro ni léčeni, měly být voleny farmaka s nejnižším prokonvulziním účinkem.

#### **4.5.5.2. THYMOPROFYLAZIKA, ANTIDEPRESIVA A ANXIOLITIKA**

Léky této kategorie se, kromě jiného, používají u lidí s mentální retardací převážně na změnu afektivity.

#### 4.5.5.2.1. Thymoprofylaktika

U klientů s MR se nejčastěji užívají thymoprofylaktika ke zvládnutí patologické autoagrese, heteroagrese a afektivních výkyvů. Další významnou indikací je jejich užití jako antiepileptikum. Používají se k zvládnutí epileptických záchvatů i k dlouhodobé léčbě epilepsie. Klasickými představiteli této kategorie jsou Lithium, Karbamazepin a Lamotrigin.

##### **Lithium (LITHIUM CARBONICUM, CONTEMNOL tbl.)**

Hlavním účinkem je stabilizace nálady. U klientů s MR je jeho užíváním popisována redukce agresivity, automutilací a afektivních výkyvů. Podávání lithia nezpůsobuje útlum, ospalost, celkové zpomalení, zhoršení kognice nebo kreativity. Často je velmi dobře snášen. Při terapii se mohou objevit nežádoucí účinky jako pocity žízně, sucho v ústech, tremor, polyurie, bolesti hlavy, průjem. Při podávání lithia je nutná povinná monitorace sérových koncentrací, terapeutické rozmezí je v rozmezí 0,4 - 0,8 mmol/l, 1x ročně EKG a pravidelné odběry se sledováním ledvinných funkcí, hormonů štítné žlázy. Pro možný vznik serotoninového syndromu je třeba opatrnosti při podávání v kombinaci s antidepresivy typu SSRI. Intoxikace lithiem je životu ohrožující stav, proto je nutné při terapii lithiem dodržování pravidelného pitného režimu.

##### **Karbamazepin ( BISTON, TEGRETOL, TIMONIL, NEUROTOP tbl.)**

Jeho thymoprofylaktická účinnost je podobná jako u Lithia, zároveň je významným antiepileptikem. Nevýhodou jeho užívání je potenciální myelotoxický účinek. Proto jsou nutné pravidelné kontroly krevního obrazu (bílá krevní řada) a nesmí být kombinován s klozapinem (potenciace NÚ na krevní obraz). U dětí je podávání méně vhodné pro četnost nežádoucích účinků (únava, poruchy koncentrace, závratě).

#### **lamotrigin (LAMICTAL tbl.)**

Pro dobrou snášenlivost je podáván dětem jako antiepileptikum. Zahájení terapie musí být pozvolné s pomalým zvyšováním dávek (při rychlém nasazení vyšších dávek se může objevit kožní exantém). Při současné terapii valproátem je třeba upravit dávkování.

#### **4.5.5.2.2. ANTIDEPRESIVA**

Klienti s mentální retardací užívají antidepresiva nejčastěji pro protiúzkostný účinek (tím druhotně je ovlivněno sebepoškozování spojené s úzkostí) a dále pro depresivitu a poruchy spánku. Významným je i ovlivnění sebepoškozování a obsedantně kompulsivní symptomatiky (při užívání AD dochází k redukci nutkavých myšlenek a rituálů). Vhodná je léčba kombinací antidepresiv s neuroleptiky, která může vést k významné redukci problematického a agresivního chování, při užití nižších dávek neuroleptik (při této léčbě se nedostavuje nežádoucí útlum a ospalost, jak je tomu při užití vysokých dávek NL).

#### **Antidepresiva I. a II. generace**

Pro vysoký výskyt nežádoucích účinků se užívají v praxi již méně často, zvláště u dětí. Klasickými představiteli této kategorie jsou Imipramin a klomipramin. Tyto léky snižují hyperaktivitu, repetitivní aktivity a agresivitu.

#### **Antidepresiva III. generace- SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu):**

Antidepresiva typu SSRI mají mírné gastrointestinální nežádoucí účinky, zvláště na počátku terapie, které většinou odezní v prvních 14 dnech léčby. Nejvhodnější pro podávání lidem s mentální retardací jsou sertralin, fluvoxamin nebo fluoxetin. Při jejich podávání dochází ke snížení frekvence rituálů, obsesí, sebepoškozování, k redukci úzkosti a k projasnění depresivní nálady.

#### Sertralin (ZOLOFT, ASENTRA, SERLIFT - tbl.)

Je nejčastěji podávaným antidepresivem typu SSRI, je podáván jak u dětí tak u dospělých. Je velmi dobře snášen. Kromě antidepresivního účinku, má také významný protiúzkostný účinek, zlepšuje sociabilitu, zvyšuje přizpůsobivost ke změnám v prostředí či denním programu léčeného. Při terapii u klientů s MR dochází k významné redukci výskytu sebepoškozování, agresivity, rituálů.

#### Fluvoxamin (FEVARIN tbl.)

Jeho výhodou je dobrá snášenlivost, pro mírnou sedaci je vhodné podávat vyšší dávky navečer, zpočátku terapie může být přítomna nausea. Je účinný k ovlivnění rituálů, potlačuje obsedantní symptomatiku.

#### Fluoxetin (PROZAC, DEPREX - tbl.)

Je jediným aktivujícím antidepresivem typu SSRI. Pro své aktivizující působení může při počátku léčby vyvolat nespavosti a zvýšit psychickou tenzi. Zvýšené opatrnosti je třeba dbát při podávání u epileptiků.

#### **IV. generace AD a další nová antidepresiva**

Antidepresiva dalších generací a antidepresiva ovlivňující více mediátorových systémů se v terapii lidí s mentální retardací v běžné klinické praxi nepodávají.

#### **4.5.5.2.3. ANXIOLYTIKA**

Anxiolytika jsou léky odstraňující strach a úzkost. Nejsou však určena ke snadnějšímu zvládnání zátěžových situací běžného života. Mějí být podávána v akutním stavu krátkodobě, jinak metodou volby v této indikaci by měla být spíše psychoterapie. Při dlouhodobém podávání benzodiazepinových anxiolytik je přítomno vysoké riziko vzniku závislosti. U klientů s mentální retardací jsou anxiolytika podávána ke zvládnání úzkosti, ke zklidnění při úzkostně agresivních

raptech nebo při autoagresi. U některých klientů s MR může nastat po aplikaci benzodiazepinových anxiolytik (Rivotrilu, Diazepamu) spíše zvýšení agresivity a neklidu- proto je vhodné vždy při volbě farmaka přihlédnout k předchozí reakci na podávání benzodiazepinů v minulosti a pokud se tato reakce vyskytla, spíše volit ke zklidnění farmaka z jiných skupin (např. neuroleptika).

Při objevení se epileptického záchvatu, první pomocí je aplikace Diazepamu, nejlépe rektálně. Při status epilepticus (život ohrožující stav) je nutná okamžitá hospitalizace a jako první pomoc podání Diazepamu 10 -20 mg i.v..

#### 4.5.5.3. PSYCHOSTIMULANCIA

Psychostimulancia jsou látky s budivým účinkem na centrální nervový systém. U klientů s MR jsou psychostimulancia (methylfenidát) podávána jen pokud se jedná o komorbiditu MR s hyperkinetickým syndromem a poruchou pozornosti. Tento lék je podáván spíše u hyperaktivních dětí s lehkou MR. Hlavním představitelem této kategorie je Methylfenidát.

##### **Methylfenidát (RITALIN tbl.)**

Hlavním účinkem methylfenidátu je snížení hyperaktivity. Stereotypie však neovlivňuje. Dávkování je v rozmezí 10-40 mg/den.

##### **Nootropika**

Jsou léky ovlivňující kvalitativní a kvantitativní poruchy vědomí a zároveň procesy učení a paměti. Nootropika aktivují fyziologicky metabolismus mozku, zlepšují vigilitu vědomí, pozornost, kognitivní funkce a paměť. Nootropika mohou mít velmi lehce podpůrný vliv u některých typů mentálních retardací, zejména u těch, u kterých je přítomno organické postižení mozku. U těchto

pacientů může dlouhodobá léčbě nootropiky příznivě ovlivnit psychickou výkonnost. Příznivý účinek je rovněž popisován u dětí s vývojovými poruchami učení a u dětí s Downovým syndromem. U některých jedinců s mentální retardací může dojít při užívání nootropik k nežádoucí excitaci, poruchám spánku a usínání, zejména u těch, kde je přítomna komorbidita poruchy aktivity a pozornosti (hyperaktivita) s mentální retardací. Hlavním představitelem této kategorie je Promethazin.

#### **Promethazin (PROTHAZIN drg., inj.)**

Jeho základní indikací pro psychiatrii je užití jako **hypnotikum** a **parkinsonikum**. Při nespavosti je podáván v dávce 12,5- 25 mg pro die na noc. Druhou možností je jeho podání samostatně nebo v kombinaci se sedativními neuroleptiky event. benzodiazepinovými anxiolytiky ke **zklidnění agitovaného a neklidného jedince**. Promethazin je také používán při léčbě akathisie.

#### **4.5.6. SHRUTÍ**

Farmakoterapie je významnou součástí **komplexní péče** o klienty s mentální retardací. K léčbě je užívána celá řada psychofarmak z různých terapeutických skupin. Zahájení podávání psychofarmak by měla předcházet úvaha o **přednostech a rizicích** takového postupu.

Důležitá je také pečlivá **titrace** nejvhodnější **dávky** léku pro daného klienta a při výběru farmaka zohlednění přidružených **komorbidních poruch** a **věku** pacienta. Nežádoucím jevem vyskytujícím se v praxi je podávání vysokých dávek psychofarmak vedoucí k nežádoucímu útlumu jedince s mentální retardací.

Terapie problémového chování (ať už se jedná o farmakoterapii, KBT či jiné směry) je klíčem ke zlepšení kvality života lidí s problémovým chováním. Personál má však jasně legislativou



určené mantinely, co si k uživatelům může dovolit a co již nikoliv. Zároveň má legislativou určeno, co může použít ke své obraně. V následující kapitole si ukážeme legislativní rámec, ze kterého musí personál ve své každodenní práci vycházet.

## 5.1. Obecný legislativní rámec problematiky

### 5.1.1. Úvodní ustanovení v ČR

V České republice je legislativní rámec problematiky ochrany osobních údajů a práva na ochranu osobních údajů v České republice. Základním právním aktem je Ústava České republiky, která stanoví práva a povinnosti občanů. Dále je to Zákon o ochraně osobních údajů, který stanoví pravidla pro zpracování osobních údajů. Tento zákon je v souladu s Evropským nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR).

Legislativní rámec problematiky ochrany osobních údajů a práva na ochranu osobních údajů v České republice je v souladu s Evropským nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR). Základním právním aktem je Ústava České republiky, která stanoví práva a povinnosti občanů. Dále je to Zákon o ochraně osobních údajů, který stanoví pravidla pro zpracování osobních údajů. Tento zákon je v souladu s Evropským nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR).

Legislativní rámec problematiky ochrany osobních údajů a práva na ochranu osobních údajů v České republice je v souladu s Evropským nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR). Základním právním aktem je Ústava České republiky, která stanoví práva a povinnosti občanů. Dále je to Zákon o ochraně osobních údajů, který stanoví pravidla pro zpracování osobních údajů. Tento zákon je v souladu s Evropským nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR).

## 5. Stávající legislativa ČR pro opatření omezující pohyb osob v zařízeních sociální péče

### 5.1. Obecný legislativní rámec problematiky omezování svobody v ČR

V České republice jsou základní práva všech občanů včetně občanů s mentální retardací zakotvena v Listině základních práv a svobod, usnesení č.2/1993 Sb. Ve vztahu k danému tématu zmíníme pouze článek 7 Listiny, který uživateli v zařízení zaručuje nedotknutelnost jeho osoby a jeho soukromí a zároveň stanoví, že nesmí být podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.

Ve zdravotnictví český právní řád vychází z principu, že osobní svoboda každého je zaručena, proto zásahy do osobní svobody lze činit pouze v případech a za podmínek výslovně zákonem vyjmenovaných. Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tento princip lze porušit pouze v některých případech. Může být například proveden zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas (z důvodu duševního postižení či nemoci), pouze je-li to k jejímu přímému prospěchu<sup>11</sup>.

Zákon č.20/1966Sb., o péči o zdraví lidu obdobně a podrobněji určuje, že vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem

<sup>11</sup> Úmluva o lidských právech a biomedicíně, sdělení MZV č.96/2001Sb.

nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče, mj.:

- jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí
- není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.

V souladu s tímto zákonem lze tedy činit opatření dočasně omezující osobní svobodu pacienta (např. upoutání pacienta k lůžku) pouze ve čtyřech případech, a to tehdy, jestliže:

- pacient k takovému zákroku dal poté, co byl o povaze takového opatření informován, svobodný souhlas
- lze předpokládat, že by pacient s takovým opatřením souhlasil a neprojevuje svůj nesouhlas
- pacient jeví známky duševní choroby či intoxikace (pacient nemusí trpět duševní chorobou či být intoxikován, pouze jeví známky takového stavu) a zároveň ohrožuje sebe nebo své okolí
- z důvodu zdravotního stavu pacienta od něj nelze vyžádat souhlas a jde o neodkladný výkon, který je nutný k záchraně života či zdraví

Zárok, který by omezoval svobodu pacienta a byl by v rozporu s výše uvedenými ustanoveními, by byl považován za trestný čin podle §231 trestního zákona (zákon č.140/1961Sb.). Výjimkou jsou stavy tzv. krajní nouze, kdy se činem odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem (což je např. lidský život či zdraví) nebo nebezpečí nelze za daných okolností odvrátit jiným, dovoleným způsobem. navíc způsobený následek nesmí být stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil. Stejně tak občanský zákoník č.40/1964Sb. ve svém §418 umožňuje se zbavit občanskoprávní odpovědnosti z důvodů zvláštní zřetele. Omezení

osobní svobody proti vůli pacienta, resp. bez jeho souhlasu, které by trvalo déle než 24 hodin, je zdravotnické zařízení povinno v této lhůtě oznámit soudu (Vorlíčková, Hilda: Masarykův onkologický ústav Brno, [www.linnet.cz](http://www.linnet.cz)).

Tím, že se v roce 1993 novelou zákona o péči o zdraví lidu vyňala sociální zařízení ze statutu zdravotnických zařízení, dostaly se ústavy sociální péče v oblasti omezování svobody pohybu svých uživatelů z výše uvedeného právního podkladu do legislativního „vzduchoprázdna“, které trvalo až do roku 2004.

V současné době se konkrétně omezování pohybu v zařízeních sociálních služeb věnuje **metodické opatření k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízení sociálních služeb**, které vydalo 28.6.2004 MPSV ČR, **zákon č.218/2005Sb.** z 5.5.2005, nástupce zákona č.100/1988Sb. o sociálním zabezpečení a **nový zákon o sociálních službách č.108/2006Sb z 31.3.2006.**

Obecný rámec však stávající situaci v zařízeních dodala již **vyhláška MPSV ČR č.182/91Sb.**, která sice o omezování pohybu osob nehovoří, ale upravuje počet personálu i indikace a kontraindikace pro přijetí do ÚSP, čímž „rozdala karty“ na poli sociálních služeb. Nutno říci, že z pohledu uživatelů s problémovým chováním, ne zrovna šťastně.

V následující kapitole se budeme nejdříve zabývat výše uvedenou vyhláškou MPSV ČR č.182/91Sb. a dále i metodickým opatřením MPSV ČR, které porovnáme s metodickým opatřením ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České Republiky. Na závěr se budeme věnovat §89a z nového zákona č.218/2005Sb a jeho **proměnou do paragrafu 89 v zákoně o sociálních službách č.108/2006Sb.**

### 5.1.1. Vyhláška MPSV ČR č.182/91Sb.

Vyhláška MPSV ČR č.182/91Sb. sice nemluví o opatřeních omezujících pohyb osob, ale svým zněním nastavila podmínky, ve kterých v současné době k opatřením omezující pohyb osob dochází.

Vyhláška č.182/91Sb. stanovila ve svém §66 odstavec 5 pro ustavy sociální péče pro lidi s mentální retardací nepříznivý poměr mezi počtem personálu a počtem uživatelů na 1:12-15. Když si uvědomíme, že například poměr stanovený vyhláškou MŠMT ČR č.73/2005Sb. pro třídy dětí s autismem je 2:4, tak poměr 1:15 je opravdu tristní a v praxi velmi nevhodný. V současné době je také nedostatek personálu nejčastější námitkou proti nepoužívání klecových lůžek.

Dalším problémem je příloha č.7, kde je jako kontraindikace pro přijetí do ústavu sociální péče uvedena v části B) bodě 1d) psychóza nebo psychická porucha, při nichž nemocný může ohrozit sebe i druhé, respektive jeho chování znemožňuje soužití s kolektivem. I když byla asi tato věta psána za účelem vyloučení psychotiků, kteří by spíše než sociální péči potřebovali péči zdravotní, obrátil se tento bod i proti lidem s autismem. Často jsme v praxi svědky situace, kdy člověka s mentální retardací a autismem ústavy nepřijmou, protože autismus spadá do kategorie „psychických poruch“ a jejich problémové chování je tedy kontraindikací pro přijetí a zároveň nejsou přijati ani psychiatrickou léčebnou, protože autismus není nemocí, ale stavem, a tak jsou odmítnuti z toho důvodu, že jaksi není co léčit. Děti, pokud jsou vyloučeny ze škol (a na poli školství je zodpovědnost za tento stav, ne na poli sociálních nebo zdravotních služeb) tak často musí zůstat v rodině, protože jsou jinde neumístnitelné. Neblahé důsledky těchto rodinných situací není třeba blíže rozebírat.

**5.1.2. Metodické opatření MPSV ČR k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízení sociálních služeb versus metodické opatření MZ ČR k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České Republiky**

Odbor sociálních služeb- oddělení koncepce sociálních služeb se problematikou opatření omezujících pohyb začal zabývat v září 2003 na základě zpráv **CPT** (Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání) a **MDAC** (mental disability advocacy centrum- nevládní organizace na obranu lidí s mentálním deficitem či psychiatrickým onemocněním). Tyto dvě organizace nezávisle na sobě kritizovaly zneužívání restrikcí a konkrétně klecových lůžek s mříží či sítí v rezidenčních zařízeních sociální péče a v psychiatrických léčebnách. Odbor sociálních služeb reagoval, kromě jiného, i vytvořením **metodického opatření k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízení sociálních služeb**. Pod metodickým opatřením z 28.6.2004 je podepsán odbor 22 pod vedením pana Mgr. Martina Žárského.

Ministerstvo zdravotnictví reaguje na situaci vytvořením **metodického opatření k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České Republiky**, které bylo zveřejněno v lednu 2005 ve věstníku MZ ČR pod částkou 1/2005. Pod metodickým opatřením je podepsán zástupce ministryně pan Ing. Karel Radolf.

Obě metodická opatření mají váhu pouhého doporučení. Protože obě metodická opatření mají podobnou strukturu, uvádíme jejich srovnání v následující tabulce:

Tabulka č.23: Srovnání metodických opatření MPSV ČR a MZ ČR

Ministerstvo	MPSV ČR	MZ ČR
Název	Metodické opatření MPSV k postupu při mimořádných použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízení sociálních služeb	Metodické opatření MZ k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních
Datum uveřejnění	červen 2004	leden 2005
Týká se opatření fyzických restrikcí?	Ne	Ne
Týká se opatření mechanických restrikcí?	Týká se pouze klecových lůžek. Klecová lůžka opatřena mříží považuje opatření za nepřipustné, dále upravuje pouze používání klecových lůžek opatřených sítí.	Týká se použití uzavřených oddělení, ochranných (síťových) lůžek, izolačních místností, ochranných pásů, kurtů, svěracích kazajek a připoutání k lůžku nebo jinému prostředku (kočárku, křeslu, nosítkům).
Týká se opatření chemických restrikcí?	Ne	Týká se parenterálních podávání psychofarmak.
Kdy je použití restrikcí přípustné?	Pouze v mimořádných situacích, kdy je ohroženo zdraví a život klienta či jiné osoby, a to pouze na dobu nezbytně nutnou a za striktního dodržování pravidel evidence	Pouze ve chvílích, kdy je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta, ostatních pacientů, věci v jeho okolí a personálu psychiatrických zařízení. Dále je možné omezovací prostředky použít pouze ve chvíli, kdy nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování pacienta nebo v situacích, kdy je riziko z chování pacienta příliš vysoké.
Kdy je použití restrikcí nepřipustné?	Restrikce se nesmí používat pro usnadnění práce personálu. Nesmí se také použít za účelem výchovným nebo korektivním.	Restrikce se nesmí používat pro usnadnění práce personálu nebo při pouhém neklidu pacienta. Nesmí se také použít za účelem výchovným nebo korektivním.
Uvažuje se v opatření o prevenci nebo o jiných řešeních při výskytu problémového chování?	Prakticky ne. Pouze v posledním odstavci opatření se mluví o možnosti doporučení nezávislého odborníka zřizovatelem, který má kromě jiného posoudit i uspokojování potřeb klienta.	Opatření doporučuje personálu pátrání po příčinách problémového chování, po bolesti, nepohodlí, vedlejších účincích léčivých přípravků, stresu, špatného vztahu mezi ošetřujícími a pacientem, po jiném onemocnění a podobně.

Uvažuje se v opatření o následném rozboru situace s klientem?	Ne	Po zklidnění pacienta je nutné, aby s ním ošetřující lékař (pokud je pacient schopen chápat smysl a důvody omezení) projednal důvody a potřebu omezení, případně okolnosti, které mohou i v budoucnu předcházet užití nebo vést k mechanickému omezení.
Existuje podle opatření oznamovací povinnost soudu? Kdo je ještě obeznámen?	Oznamovací povinnost soudům sociální zařízení neznají a ani v tomto opatření není o oznamovací povinnosti soudu žádná zmínka. K použití klecového lůžka musí dát prokazatelný souhlas zákonný zástupce klienta. Opatření doporučuje oznamovat každé jednotlivé použití klecového lůžka bezprostředně po použití zákonnému zástupci klienta. Opatření neuvažuje o přímém souhlasu klienta.	Podle §§ 23 a 24 zákona č. 20/1966 Sb. se musí u pacientů přijatých se souhlasem hlásit použití omezovacích prostředků soudu do 24 hodin, pokud pacient dodatečně nevyjádřil svůj souhlas s omezením. Tento souhlas může podat za osoby zbavených nebo omezených způsobilosti v přiměřené době opatrovník. U osob mladších 18ti let dávají souhlas dodatečně rodiče.
Kdo rozhoduje o použití omezovacích prostředků?	Lékař musí použití schválit a ředitel zařízení musí být s použitím srozuměn.	Jenom a pouze lékař.
Kdo vykonává omezení?	Metodické opatření blíže nespecifikuje, kdo všechno může klecová lůžka použít. Z kontextu je možno odvodit, že to může být kdokoliv z personálu v přímé péči.	Pouze zdravotničtí pracovníci.
Mluví o opatření o školení nebo supervizi personálu, který omezovací prostředky používá?	Opatření neuvažuje o následných rozborech situací personálem. Zřizovatel zařízení průběžně sleduje evidenci používání klecových lůžek a při opakovaném použití pro jednoho klienta doporučí zařízení nezávislého odborníka, který posoudí vhodnost postupu a uspokojování potřeb klienta.	Zdravotničtí pracovníci, přicházející do kontaktu s omezovacími prostředky, se účastní pravidelného školení, včetně rozboru kritických a modelových situací.
Uvažuje o opatření o vlastní úloze personálu v průběhu použití	Ne. Z kontextu lze ale usuzovat, že se očekává pravidelná kontrola klienta personálem nebo trvalý dohled personálu za účelem zajištění doby „nezbytně nutné“ pro použití klecového lůžka.	Pacient musí být pravidelně kontrolován, musí být stanoveny intervaly kontrol, musí být zajištěno, aby se nezranil, aby nedocházelo k dehydrataci, podvýživě, podchlazení a k proleženinám a aby měl možnost osobní hygieny a toalety. Při kontrolách je nutno vždy



omezovacích prostředků?		znovu zhodnotit nezbytnost použitého opatření tak, aby se mohlo případně přejít na prostředky méně omezující.
Doporučuje opatření vést evidenci používání omezovacích prostředků a v jakém rozsahu?	Evidence musí být jak v kartě klienta, tak i v knize používání restrikcí. Součástí evidence je: důvod užití lůžka, popis incidentu včetně místa, času a zúčastněných osob. Dále obsahuje datum, hodinu a délku trvání použití lůžka a podpis člověka, který použití navrhl, lékaře a ředitele zařízení.	Zápis o užití omezovacích prostředků dělá lékař, který použití navrhl. Zápis obsahuje: kdo použití navrhl, druh omezení, důvod použití, dobu, kdy k omezení došlo, dobu ukončení použití, frekvenci kontrol zdravotnickými pracovníky a lékařem, popis tělesného a duševního stavu a kontrolu funkcí, které je nutné sledovat. Zápis eviduje při vizitě vedoucí lékař.

#### 5.1.2.1. Rozdíly mezi opatřeními z MPSV ČR a MZ ČR:

Metodické opatření MPSV ČR je určeno pouze pro klecová lůžka, neupravuje žádná jiná restriktivní opatření (ani fyzická a chemická, ani jiná mechanická- zamčená místnost aj.).

Jde vidět, že metodické opatření MPSV bylo zřejmě „šito horkou jehlou“, protože několik aspektů bylo pozapomenuto. Jako největší opomenutí vidíme v úplné absenci doporučení jednání s uživatelem po incidentu nebo potřeby souhlasu k provedení omezení přímo od klienta, který je takového souhlasu schopen. Metodické opatření mluví pouze o souhlasu zákonného zástupce. Pracovní skupina, která připravovala metodické opatření, očividně pozapomněla na uživatele, kteří nejsou zbaveni svéprávnosti.

Uvedené metodické opatření nepodporuje ani prevenci ani následný rozbor situace, který by mohl pomoci ke zvládnutí incidentů v budoucnosti bez mechanické restrikce. Zvláště pak absence alespoň zmínky o nutnosti prevence při výskytu problémového chování zaráží. Nutno však zde podotknout, že opatření bylo vydáno ve veliké rychlosti pod tlakem politiků a veřejnosti a bylo úplně prvním pokusem stanovit pravidla v oblasti, kde předtím žádná psaná pravidla neexistovala.

**Metodické opatření MZ ČR** je konkrétnější a ucelenější než opatření MPSV ČR. Stejně jako opatření MPSV však úplně opomíjí možné fyzické restriktce. Narozdíl od opatření MPSV ČR dovoluje použít omezovací prostředky i ve chvíli, kdy dochází k **ničení věcí**. Při použití omezovacích prostředků musí personál za předem daných podmínek informovat soud. Tento institut je v sociálních službách opomíjen. Opatření MZ ČR sice klade důraz na použití nejméně restriktivního prostředku v konkrétní situaci, neklade si však za cíl taxativní vymezení toho, co je pro pacienta více či méně omezující (co je horší, kazajka, klecové lůžko nebo nadměrná tlumivá medikace?).

### 5.1.3. §89a ze zákona č.218/2005Sb.

Vůbec první zákonné podchytení omezování pohybu osob v sociálních službách proběhlo prostřednictvím §89a v zákoně o sociálním zabezpečení č.218/2005Sb. (jeho plné znění uvádíme v příloze č.1). K tomuto paragrafu proběhla ostrá diskuse, která nakonec vedla k jeho částečné změně. Jako veliké pozitivum vidíme v ochotě vůbec akceptovat používání opatření omezujících pohyb uživatelů služeb. Vypadá to jako samozřejmost, ale původní záměr byl nedovolovat opatření omezující pohyb v žádném případě. Je dobře, že ministerstvo odolalo pokušení „strčit před problémem hlavu do písku“ po vzoru ministerstva Slovenské Republiky.

Paragraf je však neucelený a jakoby „vytržený“ z kontextu. Je to dáno tím, že se k příslušnému paragrafu připravoval i prováděcí předpis, na který nakonec paragraf neodkazuje. Hlavní kostra prováděcího předpisu je použita v našem návrhu na prováděcí předpis k zákonu o sociálních službách, kde již pevně věříme v jeho prosazení.

Základní výtky k §89a čerpáme z materiálu Českého helsinského výboru (ČHV) a odborného posudku právníka České unie pro podporované zaměstnávání.

Podle Českého helsinského výboru právní úprava není ideální. Hlavní výtky směřují na:

- a) nedostatečnou záruku proti tomu, aby nebylo opatření omezujících pohyb osob používáno v nadměrné míře
- b) nezaručení dostatečné míry kontroly nad jejich používáním
- c) absenci jakékoliv sankce pro případ zneužití těchto opatření
- d) neomezení míry restrikce ne nejméně restriktivní
- e) oznamovací povinnost v odstavci 2, která se vztahuje pouze na předání informace o uskutečnění opatření omezující pohyb osoby. Podle ČHV by se měla vztahovat na všechna známá fakta z evidence dle odstavce 3
- f) absenci návrhu skutečně efektivní vnější kontroly, protože kontrola ze strany zřizovatele je podle ČHV pouze kontrolou vnitřní

ad a)

problém záruky tu bude vždy, tak jako i v jiných oblastech, kde rozhoduje lidský faktor. Obranou proti zneužívání by mělo být navýšení počtu personálu tak, aby si mohl dovolit používat méně restriktivní postupy, školení personálu v alternativních postupech založených na prevenci a kontrole nezávislého orgánu, v našem případě soudů. Všechny tyto tři body jsou rozpracovány v návrhu prováděcího předpisu.

ad b)

stejně jako v bodě a) by i zde pomohl vstup nezávislého subjektu, soudu.

ad c)

otázkou zůstává, jestli je potřeba sankci uvádět přímo v tomto paragrafu, protože přešůpek proti tomuto paragrafu může být sankciován zaměstnavatelem v rámci pracovně-právního vztahu nebo trestním právem v případě týrání, a to opět po vstupu soudů do této problematiky

ad d)

otázka kolem žebříčku restrikcí se diskutuje v odborném tisku v zahraničí a nedošlo se k jednotnému konsensu. Zvláště pak není jasné, zda-li má větší dopad na kvalitu života jedince mechanické nebo chemické omezení jeho pohybu. Ani tým připravující prováděcí předpis v ČR se neshodl na posloupnosti opatření podle restriktivnosti. Shodl se však na tom, že nejméně restriktivní je verbální omezení, dále neverbální a dále fyzické (metoda šetrné obrany). Vlastní žebříček upravuje námi navržený návrh prováděcího předpisu. V něm uvedená posloupnost je však pouze orientační, v praxi bude záležet na aktuálních možnostech konkrétního zařízení (poměr počtu personálu k počtu uživatelů, věk, pohlaví a handicapy uživatelů, prostorové možnosti aj.).

ad e)

tady se plně shodujeme s ČHV

ad f)

viz bod a) a b)

Hlavní výtky České unie pro podporované zaměstnávání směřují na:

- a) nedostatek komplexnosti, protože z celkové problematiky zásahů do ústavně zaručených základních práv a svobod při poskytování péče o duševní zdraví realizované v oblasti sociálních služeb

- se soustředí pouze na úzký okruh otázek spojených z bezprostředními zásahy do osobní svobody klientů
- b) rozpor s ústavou, zvláště pak s čl.8 odst. 6 Listiny základních práv a svobod, který předpokládá omezování osobní svobody v důsledku zdravotního stavu fyzické osoby pouze v zařízeních poskytující „ústavní zdravotnickou péči“
  - c) nesplnění požadavku kladeného na Českou Republiku článkem 5 odstavce 1 písmena e) evropské Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (vyhlášené pod č.209/1992 Sb.), který mimo jiné vyžaduje, aby při omezení osobní svobody u „duševně nemocných“ (bez ohledu jakým způsobem a v jakých zařízeních k němu dochází) bylo iniciováno přezkumné soudní řízení
  - d) nejasné vymezení kritéria pro použití opatření omezujícího pohyb- absentuje zde kritérium existence duševní poruchy či choroby tak, jako je to v §23 odst.4 písm.b) zákona č.20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu.
  - e) absenci vymezení pojmu „opatření omezující pohyb osob“
  - f) nedostatečně vymezenou roli lékaře
  - g) nestanovení zásady použití nejméně restriktivního omezení
  - h) nefunkčnost ustanovení o informační povinnosti zařízení ve vztahu k zákonnému zástupci klienta
  - i) absenci oznamovací povinnosti u osob, které zákonného zástupce nemají

ad a)

paragraf je opravdu vytržen z kontextu problému. Je to ale dáno tím, že se připravoval pro tento paragraf i prováděcí předpis, který měl jít více do hloubky. Věříme, že §89a je prvním krokem správným směrem navrhovaný prováděcí předpis projde společně se zákonem o sociálních službách

ad b)

tady nedokážeme posoudit, nakolik se jedná o důležitou výtku z praktického hlediska. Pokud se týká uživatelů služeb s mentální

retardací a/nebo autismem, je jasné že nemalá skupina těchto uživatelů vykazuje i problémové chování a zároveň uživatelé s výše uvedenými diagnózami nepotřebují „zdravotnickou“ péči, protože ani mentální retardace ani autismus není nemoc, ale stav. Proto je i jejich umístění do sociálních zařízení správné, není třeba aby byli v psychiatrických léčebnách. Z pohledu legislativy však věříme, že to není zrovna ideální stav.

ad c)

viz bod a) a b) ve výtkách ČHV

ad d)

zde si myslíme, že není třeba podobného znění jako v zákoně č.20/1966 Sb., protože ne všechny incidenty v zařízeních sociální péče jsou primárně spouštěny handicapem uživatele a nikdy se nám nepodaří (stejně jako v západním světě) poskytovat péči tak dokonalou, aby docházelo jenom a pouze k incidentům primárně způsobených handicapem. Zároveň bychom se však k tomuto ideálu měli blížit.

ad e)

pojem je vysvětlený v připravovaném prováděcím předpisu, který, bohužel, neprošel k tomuto zákonu. Věříme, že projde společně se zákonem o sociálních službách

ad f)

zde se plně shodujeme s výtkou, pracovnímu týmu se těžko hledá shoda v popisu úlohy lékaře při řešení krizových situací. Indikace lékařem, když lékař na pracovišti není, což je normální jev, protože sociální zařízení běžně lékaře nezaměstnávají, je opravdu trochu těžkopádná. Problém by měl řešit navrhovaný prováděcí předpis.

ad g)

viz bod d) ve výtkách ČHV

ad h) a i)

střet zájmů, který zde může opravdu nastat tím, že opatrovníkem je osoba ze zařízení, ve kterém je uživatel umístěn, a která teoreticky může i opatření omezující pohyb provádět, by měl být potlačen vstupem nezávislého orgánu, soudu.

Paragraf 89a zákona 218/2005Sb. tedy není rozhodně dokonalým paragrafem. Pokud se na něj podíváme jako na první krok a předstupeň k zákonu o sociálních službách, jeví se nám jako nakročení správným směrem, i když zůstal v půli cesty.

## **5.2. Zákon č.108/2006Sb. o sociálních službách**

Od ledna 2007 platí nový zákon o sociálních službách, který vnese změny do celého systému sociálních služeb. V této kapitole si ukážeme proměnu paragrafu vymežujícího omezování pohybu osob, a to od prvního návrhu vlády (v té době ještě pod §75), až po výsledný §89 tak, jak jej známe z dnešního Zákona o sociálních službách. Na konci kapitoly si představíme prováděcí předpis, který původně měl §89 doplňovat.

### **5.2.1. Geneze vzniku §89 v Zákoně o sociálních službách**

V předchozí kapitole jsme si představili §89a ze zákona 218/2005Sb. Z tohoto paragrafu vycházeli legislativci z MPSV ČR i při návrhu §89 do nově připravovaného Zákona o sociálních službách. V přípravné fázi na půdě MPSV ČR měl paragraf upravující omezování pohybu osob ještě číslo 75 a doznal dílčích změn oproti §89a z předchozího zákona 218/2005. V této fázi jsme

byli ministerstvem práce a sociálních věcí přizváni ke tvorbě vyhlášky, která měla specifikovat výsledný §89. K její realizaci však nedošlo.

Prvotní návrh MPSV ČR měl ještě označení §75 (viz příloha č.2) a ideově vycházel z §89a ze zákona č.218/2005Sb. Byl rozšířen o odstavce, které částečně kompenzují výtky proti §89a. Abychom lépe viděli posun mezi vlastními paragrafy, porovnáme je v následující tabulce:

Tabulka č.24: porovnání §89a ze zákona 218/2005Sb. a §75 z připravovaného zákona o sociálních službách

Číslo paragrafu	§89a ze zákona č.218/2005Sb.	§75 z připravovaného zákona o sociálních službách
Kdy je možno použít?	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.	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 osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.
intenzita omezení	Není	Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření, které vede k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob.
prevence	Není	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.
oznamovací povinnost	Ústav sociální péče je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce	Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného



	osoby, které je ústavní sociální péče poskytována a zřizovatele zařízení.	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, a lékaře, pokud bylo použito opatření omezující pohyb bez bezprostředně předcházející indikace lékařem. Poskytovat je povinen umožnit nahlížení do evidence podle odstavce 5 zákonnému zástupci osoby nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím příslušného orgánu do péče.
evidence	Ustav sociální péče je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu jméno, příjmení a datum narození osoby, které je ústavní sociální péče poskytována datum a čas počátku použití opatření omezujícího pohyb osob důvod použití opatření omezujícího pohyb osob jméno a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila informace, zda bylo opatření omezující pohyb osob použito na základě předchozí indikace lékařem vyjádření lékaře v případech, kdy k použití opatření omezujícího pohyb osob došlo bez předchozí indikace lékařem datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 2	Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu jméno, příjmení a datum narození osoby, datum a čas počátku použití opatření omezujícího pohyb osob, důvod použití opatření omezujícího pohyb osob, jméno a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila, informace, zda bylo opatření omezující pohyb osob použito na základě bezprostředně předcházející indikace lékařem, vyjádření lékaře v případech, kdy k použití opatření omezujícího pohyb osob došlo bez bezprostředně předcházející indikace lékařem, datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob, záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 2.
odvolání se na prováděcí předpis	Není	Prováděcí právní předpis stanoví posloupnost použití opatření omezujících pohyb osob a formy preventivních opatření k předcházení situacím, ve kterých je třeba použít opatření omezující pohyb osob.

Paragraf 75 reflektoval určité výtky oproti jeho předchůdci §89a ze zákona č.218/2005. Blíže specifikoval „dobu nezbytně nutnou“, dále přikazoval volit vždy nejmírnější omezení (nenárokoval si však taxativní vymezení míry restriktivnosti různých konkrétních opatření), a prevenci kladl na první místo před následnými restrikcemi.

Dalším přínosem byla povinnost zařízení předkládat na požádání evidenci opatření omezující pohyb osob zákonným zástupcům.

Výrazným přínosem byl odkaz na následující prováděcí předpis, který měl blíže specifikovat, co si personál při restriktivních postupech může dovolit a co již nikoliv.

Naopak do návrhu se prozatím nedostala oznamovací povinnost soudům, a tak zde stále dochází k rozdílnému zacházení mezi osobami převzatými a drženými v režimu medicínské detence ve zdravotnických zařízeních, kterým současný právní řád zaručuje soudní přezkum takového zásahu do osobní svobody, a osobami drženými v zařízeních poskytující sociální služby, kterým by právní ochrana představovaná tímto přezkumem byla odepřena. Oznamovací povinnost soudům byla sice navržena v prováděcím předpise, vhodnější a logičtější by bylo její zakomponování do odstavce 4) o oznamovací povinnosti zařízení.

### **5.2.2. Další kroky v přípravě Zákona o sociální službách**

Ještě než návrh zákona opustil MPSV ČR a dostal se k prvnímu čtení do Poslanecké sněmovny, došlo ke změně, která, z našeho pohledu, byla ke škodě věci. §75 se proměnil v §88 a hlavní změnou bylo vypuštění odkazu na prováděcí předpis. K tomuto vypuštění došlo na žádost legislativního oddělení za účelem vyšší pravděpodobnosti

průchodnosti Zákona o sociálních službách jako celku Poslaneckou sněmovnou. Oficiálně k tomu došlo z důvodu nejistého navýšení požadavků na státní rozpočet (prováděcí předpis počítal s navýšením počtu personálu). Do Poslanecké sněmovny se dostal návrh Zákona o sociálních službách dne 7.9.2005. Vlastní průběh schválení zákona vypadal následovně:

#### POSLANECKÁ SNĚMOVNA

- Vláda předložila sněmovně návrh zákona 6. 9. 2005. Zástupcem navrhovatele byl ministr práce a sociálních věcí. Návrh zákona byl rozeslán poslancům jako tisk 1102/0 dne 7. 9. 2005. **Organizační výbor** doporučil projednání návrhu zákona dne 8. 9. 2005. Jako zpravodaje určil paní Ing. Jitku Vořtilovou a návrh předal k projednání Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví.
  - o **1. Čtení-** proběhlo dne 22. 9. 2005 na 47. schůzi Poslanecké sněmovny. Návrh zákona byl přikázán k projednání výborům usnesením č. 1864.  
Výbor pro sociální politiku a zdravotnictví projednal návrh zákona a vydal dne 21. 11. 2005 usnesení doručené poslancům jako tisk 1102/1.
  - o **2. Čtení-** Návrh zákona prošel obecnou rozpravou dne 7. 12. 2005 na 51. schůzi Poslanecké sněmovny. Podané pozměňovací návrhy byly zpracovány jako tisk 1102/2, který byl rozeslán dne 13. 12. 2005.
  - o **3. Čtení** proběhlo 21. 12. 2005 na 53. schůzi. Návrh zákona byl **schválen** hlasováním č. 1264 (usnesení č. 2092).

#### SENÁT

Poslanecká sněmovna postoupila dne 17. 1. 2006 návrh zákona Senátu jako tisk 240/0. Organizační výbor ještě téhož dne stanovil garančním výborem Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku pod vedením paní Ing. arch. Daniely Filipiové.

Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku projednal návrh dne 25. 1. 2006 a přijal usnesení č. 45, které bylo rozdáno jako tisk 240/1. Návrh byl projednán dne 9. 2. 2006 na 9. schůzi Senátu. Senát návrh **vrátil sněmovně s pozměňovacími návrhy** (usnesení č. 354).

#### **POSLANECKÁ SNĚMOVNA**

Návrh zákona byl poslancům rozeslán dne 20. 2. 2006 jako tisk 1102/3. O návrhu zákona vráceném Senátem bylo hlasováno dne 14. 3. 2006 na 54. schůzi. Sněmovna zákon **přijala** hlasováním č. 134 (usnesení č. 2263).

#### **PREZIDENT**

Zákon byl doručen prezidentovi k podepsání dne 17. 3. 2006. Prezident zákon **podepsal** dne 24. 3. 2006. Schválený zákon byl **doručen** k podpisu premiérovi 29. 3. 2006 a 31. 3. 2006 byl **vyhlášen** ve Sbírce zákonů v částce 37 pod číslem 108/2006 Sb. Definitivní znění §89 uvádíme v příloze č.3.

## 6. Co dál?

V této kapitole si nastíníme možné směry zlepšení situace. Situaci v sociálních službách můžeme změnit pomocí následujících kroků:

- změna legislativy
- založení poradenského střediska pro ústavy sociální péče
- transformace ústavů včetně rozvoje terénních služeb (transformace ústavů je tak obsáhlé téma, že se mu v této práci nebudeme věnovat)

### 6.1. Změna legislativy: Návrh prováděcího předpisu k novele zákona o sociálních službách

Tento návrh vznikl v roce 2005 v pracovní skupině na MPSV ČR. Původně se uvažovalo, že tento předpis bude doplňovat §89, poté z tohoto nápadu kvůli legislativnímu oddělení MPSV ČR sešlo. Myslíme si, že to bylo k neprospěchu věci, protože výklad paragrafu 89 může být nejednoznačný a pro zaměstnance ústavů sociální péče i matoucí. Doufáme, že se podobný text podaří prosadit jako prováděcí předpis v následných novelách zákona o sociálních službách. Níže uvedený text je námi přepracovaný text z pracovní skupiny MPSV ČR tak, jak si myslíme, že by byl ku prospěchu věci.

#### 6.1.1. Úvod

Občané se zdravotním postižením mají stejná práva jako všichni občané České republiky. Mají stejná práva i na uspokojení všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR. Mezi základní

lidské potřeby patří kromě jiných fyziologické potřeby (potřeba jídla, pití, tepla, spánku aj.), potřeba bezpečí a jistoty, potřeba soukromí, potřeba úcty a respektu (jedná personál s dotyčným člověkem společensky vhodně s ohledem na jeho věk? Jak často je personál s člověkem v kontaktu aniž by mu dával určité pokyny?), potřeba možnosti rozhodování se přímo úměrně svým aktuálním možnostem a schopnostem (jak často se může člověk rozhodovat o tom, kdy se nají, půjde spát, vstane, bude se bavit s ostatními, odloží určitou aktivitu, událost nebo interakci nebo se ji bude věnovat déle?) a potřeba vlastní seberealizace. Jakmile nejsou základní životní potřeby u jakéhokoliv člověka naplněny, zvyšuje se u něho pravděpodobnost výskytu problémového chování (ignorování společenských norem, negativismus, agrese, autoagrese aj.). Vzhledem k handicapu uživatelů služeb je při naplňování jejich základních potřeb potřeba větší míry asistence.

Obecně řečeno platí úměra, že čím má uživatel větší možnost uspokojit své základní potřeby sám, tím víc se u něho snižuje pravděpodobnost výskytu problémového chování. Zdravý člověk, pokud nemá určitou potřebu naplněnu, dokáže si sám obstarat prostředky k uspokojení potřeby nebo si najde dostupnější náhradní uspokojení. U lidí s handicapem tomu tak být nemusí a často se stává, že bez asistence nejsou schopni své potřeby plně uspokojit. Nenaplněná potřeba u nich vyvolává frustraci, která může spustit problémové chování.

Klíčem pomoci tedy není potlačení agresivních projevů uživatele služeb restriktivními postupy. Tímto způsobem sice můžeme úspěšně vyřešit jeden incident, ale dlouhodobě terapeuticky v chování uživatele nic neměníme! Jakmile zmizí hrozba restrikce, výskyt problémového chování se logicky vrací, protože jsme neřešili příčinu tohoto chování.

Správný směr pomoci je snaha zjistit, které potřeby není uživatel schopen sám naplnit a v těchto potřebách mu poskytnout dostatečnou míru asistence. Tím předcházíme výskytu problémového chování.

I přes veškerou snahu personálu však bude docházet u některých uživatelů služeb k problémovému chování, protože takové chování může primárně plynout z handicapu uživatele. Vždycky se také nemusí podařit správně stanovit potřeby uživatele, které nebyly dostatečně satureovány nebo potřeby uživatele nemůžeme z objektivních důvodů prostě uspokojit. V těchto situacích bude dodržován níže uvedený postup.

Jedním z nejčastějších spouštěčů problémového chování v zařízeních sociální péče jsou příliš velké skupiny uživatelů s následnou nemožností individuálního přístupu a navození pocitu soukromí. Prováděcí předpis klade důraz na prevenci a stanovení pravidel pro navýšení počtu personálu. Cílem je pomoci zařízením k rozdělování příliš velkých skupin uživatelů na skupiny menší, blíží se počtem počtu lidí ve větší domácnosti a jejich vyčlenění z velkokapacitních uzavřených budov do života obce. Tím by se normalizoval každodenní život uživatelů služeb a zároveň se snižovala pravděpodobnost výskytu problémového chování.

Vlastní text prováděcího předpisu je rozdělen do čtyř kapitol:

- obecná ustanovení
- co předchází použití opatření omezující pohyb uživatele
- vlastní možná opatření omezující pohyb uživatele
- co následuje po opatření omezující pohyb uživatele

### **6.1.2. Obecná ustanovení**

- Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb u uživatelů, jímž jsou sociální služby

poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a i v tomto případě pouze po dobu nezbytně nutnou.

- Uživatelé sociálních služeb mají nárok na důstojné zacházení, péči a úctu i při nezbytnosti omezit jejich pohyb.
- K omezení pohybu uživatele lze přistoupit pouze tehdy, když byly bez úspěšného výsledku použity všechny ostatní možné strategie pro zabránění takovému jednání uživatele, kterým ohrožuje zdraví či život svůj nebo jiné osoby a zároveň rizika vyplývající z neomezení pohybu uživatele jsou větší než rizika vyplývající z jeho omezení.
- Rozsah a povaha omezení musí být přiměřená míře aktuálního ohrožení a věku, pohlaví, tělesného vzrůstu a síle uživatele. Opatření omezující pohyb uživatele musí být ukončeno ihned jak pomine situace přímého ohrožení.
- O použití opatření omezujícího pohyb osoby musí být informován kromě jiných níže uvedených i soud.
- Každé zařízení má zpracovanou svoji interní směrnici, kde je jasně popsána posloupnost kroků při řešení incidentu, který se vyskytne u uživatele poprvé. Tento krizový scénář je upraven podle aktuálních možností zařízení a měl by odpovídat následné posloupnosti kroků: verbální zklidnění, neverbální zklidnění, fyzické omezení pohybu (pravidla šetrné ochrany), mechanické omezení pohybu (např. v místnosti) a chemické omezení pohybu (použití tlumivé medikace).
- Po incidentu je důležitá následná analýza situace, kde se personál snaží vystopovat příčinu incidentu a navrhuje následnou úpravu podmínek tak, aby se pravděpodobnost výskytu problémového chování v budoucnosti snížila. Víceoborový tým, který zahrnuje pracovníky v přímé péči, lékaře, ředitele zařízení (po dohodě se zřizovatelem se doporučuje do týmu přizvat i odborníky z jiných oborů, např. speciálního pedagoga, psychologa, průvodce dobrou praxí z registru MPSV ČR, kolegy



z jiných zařízení s podobnou zkušeností aj.) stanoví individuální plán uživatele obsahující preventivní kroky, které sníží pravděpodobnost výskytu problémového chování v budoucnosti. Součástí plánu bude i konkrétní rozpis možných řešení budoucích incidentů včetně návrhů zvolených opatření omezující pohyb osoby tak, aby byla zajištěna jejich nejmenší restriktivnost.

### **6.1.3. Co předchází použití opatření omezující pohyb uživatele**

Při práci s uživateli s problémovým chováním musí být dodrženy následující zásady prevence:

- zavádění standardů kvality do zařízení
- posílení množství a odbornosti pracovníků v zařízení s ohledem na umístění uživatelů s problémovým chováním. Každé oddělení, které pečuje o uživatele služeb s diagnózou porucha chování nebo s následně popsáním problémovým chováním má nárok na podpůrná opatření, která zahrnují:
  - snížení počtu uživatelů služeb ve skupině
  - zajištění služeb asistenta oddělení
  - finanční navýšení na úpravu prostředí

Pro potřebu této vyhlášky se stanovuje problémové chování takto:

- Agrese a jiná sociálně nevhodná chování
  - incident, k jehož řešení je zapotřebí více než jednoho pracovníka a objevuje se minimálně jednou za 14 dní nebo
  - incident, po kterém má některá z osob takové zranění, které potřebuje ošetření lékaře a incident se objevuje minimálně jednou za 6 měsíců

- o takové chování, které se doposud řešilo používáním mechanických a/nebo chemických restrikcí
- Destrukce
  - o takové poškození majetku, které nemůže opravit personál oddělení a k němuž dochází minimálně jednou měsíčně
- Chování ve skupině
  - o takové chování, které významně narušuje život skupiny ostatních uživatelů, což se projevuje zejména tím, že ostatní členové skupiny přeruší svou činnost nebo u nich dojde k emočním výkyvům. Takové chování se musí vyskytovat buď opakovaně každý den po dobu několika minut nebo alespoň jednou týdně po dobu delší než jedna hodina

Výše uvedené informace o problémovém chování uživatele zařízení získává z vlastní evidence incidentů nebo mu je může poskytnout zařízení, ze kterého uživatel přechází, případně specializované poradenské zařízení (např. pedagogicko-psychologická poradna nebo speciálně-pedagogické centrum), které má uživatele v péči déle než tři měsíce.

Na jedno oddělení mohou být přiděleni maximálně tři uživatelé s výše popsaným problémovým chováním, nestanoví-li si zařízení interním materiálem jinak. Každé oddělení může využívat služeb maximálně dvou asistentů oddělení.

**Zařízení, které poskytuje služby lidem s problémovým chováním zajišťuje:**

- kvalitní diagnostiku pro uživatele a její pravidelnou revizi
- příležitosti pro uživatele k zapojení do smysluplných aktivit, které zahrnují možnost volby a pocit z úspěšného splnění úkolu

- analýzu 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
- vypracování strategií de-eskalace nebo „zmírňování“ napětí, které mohou odvrátit potřebu užití opatření omezujících pohyb pro uživatele
- zajištění vzdělávání pracovníků v péči o uživatele s problémovým chováním

**Než je přistoupeno k zásahu omezujícím opatřením:**

- musí být vyčerpány všechny možnosti verbálního zklidnění situace
- musí být vyčerpány všechny možnosti nonverbálního zklidnění situace
- musí být použity všechny strategie vedoucí k de-eskalaci napětí – odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání aj.
- uživatel musí být informován, že bude proti němu použito opatření omezující jeho pohyb

**6.1.4. Vlastní možná opatření omezující pohyb uživatele**

Po splnění výše uvedených podmínek lze přistoupit k zásahu opatřeními omezujícím pohyb, jestliže riziko nepřistoupení k zásahu převyšuje riziko užití omezovacího opatření.

- Zasáhnout lze pomocí fyzických úchopů (pravidla šetrné sebeobrany), ve kterých je personál proškolen průvodci dobrou

praxí (jejich seznam poskytuje MPSV ČR) a jen za přítomnosti dostatečného množství pracovníků (minimálně dva až tři podle síly a věku uživatele).

- V rámci jednoho zařízení je vždy nutné zajistit možnost přivolání posily z jiného oddělení.
- Trvá-li situace ohrožení déle a personál není schopen nadále zvládnout situaci pomocí fyzických úchopů, připouští se umístění uživatele do důstojné místnosti zřízené k bezpečnému pobytu. Jedná se o držení uživatele v místnosti jako krátkodobé opatření, pokud není k dispozici žádný jiný prostředek pro ochranu bezpečnosti ostatních lidí. Dveře musí držet zavřené člen personálu (může si pomoci speciálně upravenou klikou, kde na straně personálu je klika delší než na straně uživatele) a nesmějí být zamknuty.
- V případě nutnosti se připouští aplikace psychofarmak za dodržení zásad indikace lékařem, uvedených v zákoně.
- Situace omezení může trvat jen po dobu nezbytně nutnou, dokud trvá ohrožení chováním uživatele.
- Opatření omezující pohyb nelze používat nebo jejich použití prodlužovat jako potrestání uživatele.

#### **6.1.5. Co následuje po opatření omezující pohyb uživatele**

- Po skončení užití opatření omezujícího pohyb uživatele je nutné vysvětlit uživateli důvody jeho omezení.
- O použití opatření omezujícího pohyb uživatele musí být informováni bez zbytečného odkladu osoby blízké nebo zákonní zástupci uživatele.
- O použití opatření omezujícího pohyb uživatele musí být informován bez zbytečného odkladu soud.
- Je-li důvodné podezření, že zásahem došlo u uživatele nebo pracovníka zařízení k poškození zdraví nebo k závažné psychické



újmě, musí být těmto osobám poskytnuta okamžitá lékařská pomoc.

- Po výskytu situace, při které dojde k užití opatření omezujícího pohyb uživatele, musí být dána jak personálu, tak uživatelům služby zvláštní příležitost, aby si v klidném a bezpečném prostředí promluvili o tom, co se stalo. Rozhovory by se měly uskutečnit poté, co zúčastněné osoby znovu získají klid a vyrovnanost.
- Cílem a smyslem rozhovoru je zjistit, co se stalo a jak tato událost na účastníky zapůsobila. Jejich smyslem není rozdělení viny nebo potrestání osob.
- Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu:
  - jméno, příjmení a datum narození osoby
  - datum a čas počátku použití opatření omezujícího pohyb osob
  - důvod použití opatření omezujícího pohyb osob
  - jméno a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila
  - informace, zda bylo opatření omezující pohyb osob použito na základě předchozí indikace lékařem (na základě stanoveného individuálního plánu uživatele)
  - vyjádření lékaře v případech, kdy k použití opatření omezujícího pohyb osob došlo bez předchozí indikace lékařem (na základě obecného plánu pro uživatele bez předchozího výskytu problémového chování)
  - datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob
  - způsob použitého opatření omezujícího pohyb osoby
  - možná zranění zúčastněných osob a přibližná hodnota zničeného majetku
  - místo, ve kterém k incidentu došlo
  - výčet osob přítomných u incidentu
  - popis situace, která incidentu bezprostředně předcházela

- o popis situace, která po incidentu následovala
- o možné návrhy pro řešení podobného incidentu v budoucnosti

Pro uživatele, u kterého dochází k použití opatření omezujícího jeho pohyb, je nutné provádět analýzu situace, která k zásahu vedla. Údaje, které se využívají pro analýzu situace jsou součástí evidence situací zásahu.

Cílem této analýzy je:

- zjištění příčiny (i pomocí rozboru podrobně vedené evidence, zachycující a popisující situace, ve kterých bylo překročeno k užití opatření omezujícího pohyb osoby)
- následná úprava podmínek, které mohou být spouštěčem nebezpečného chování u uživatele
- nebo odstranění jiné příčiny, která vede k takovému chování (např. uspokojení potřeb uživatele)

Poskytovatel je povinen zajistit supervizi poskytované péče pro uživatele, pro něhož bylo použito opatření omezující pohyb - odborníkem, který nepracuje v zařízení (speciální pedagog, psycholog, psychiatr, průvodce dobrou praxí z evidence MPSV ČR, pracovník přímé péče z jiného zařízení aj.).

## 6.2. Založení poradenského střediska pro ÚSP

Ústavy sociální péče v ČR a sociální služby vůbec se dostávají v oblasti služeb pro klienty s mentálním handicapem a problémovým chováním do pozice, která není nejvýhodnější. Podle našeho názoru je to dokonce nejhorší pozice ze všech tří resortů (školství, sociální sféra, zdravotnictví), které těmto klientům poskytují své služby.

Školství si velmi prozíravě pomáhá „na dvou frontách“, a to **navýšením personálu** (např. ve třídách pro děti s autismem připadají podle vyhlášky MŠMT 73/05 dva učitelé na čtyři děti+ pedagogický asistent) a **zajištěním si poradenských služeb** prostřednictvím sítě speciálně-pedagogických center a pedagogicko-psychologických poraden. V mnoha případech se stává, že děti s handicapem dovednosti, které se ve škole naučily, po nástupu do ÚSP opět rychle ztrácejí.

**Zdravotnictví** je na tom počtem personálu stejně špatně jako sociální sféra, má však ze svého pohledu (ne z pohledu klienta) výhodu **chemických restrikcí**, které využívá často i preventivně pro zklidnění pacientů s mentálním handicapem.

**Sociální služby** mají často špatný poměr personálu vůči klientům (samozřejmě i zde se najdou výjimky) a zákon o sociálních službách jim ukládá chemické restrikce až jako metodu poslední volby. Personál je často méně kvalifikovaný, protože platy v sociálních službách nejsou nejvyšší. Zároveň pro ně **neexistuje jediné specializované poradenské středisko**, které by se systematicky zabývalo problémovým chováním jejich uživatelů služeb. ÚSP tak zůstávají se svými problémy často osamoceny.

Z naší šestileté praxe se školeními a následnými supervizemi v ÚSP (přibližně ve 30 zařízeních) vyplývá, že větší část problémového chování plyne ze životních okolností uživatele a ne přímo z jeho handicapu. Pomocí různých změn v prostředí a používáním vhodných a přiměřených metod práce ze strany personálu můžeme u spousty klientů snižovat pravděpodobnost výskytu problémového chování aniž bychom museli přímo používat zklidňující medikaci nebo vylučovat uživatele služeb do PL, které se těmto klientům logicky také brání. Ke změnám v chování slouží účelový psychoterapeutický a pedagogický postup, ve kterém jsme vyškoleni a ovládáme ho.



Aby se dostaly informace k poskytovatelům služeb, bylo by z našeho pohledu vhodné založit poradenské středisko pro ÚSP, na které by se mohlo každé zařízení obrátit ve chvíli, kdy poskytuje služby uživateli s problémovým chováním. Poradenské středisko by mu poskytlo následující služby:

1. **Psychologická diagnostika uživatele**- často mají uživatelé psychologická vyšetření 20 i více let stará, personál tak nemůže dostatečně rozpoznat, zda je problémové chování spouštěno handicapem nebo prostředím. Na základě psychologického vyšetření a přesného stanovení mentálních možností uživatele může personál správně volit svůj přístup k uživateli
2. **Pedagogická diagnostika**- pomocí škál PEP a APEP speciální pedagog dokáže u dětí i dospělých stanovit aktuální míru dovedností uživatele tak aby v pracovním i sociálním chování nebyly na uživatele kladeny příliš těžké nebo naopak příliš lehké požadavky, což je jedním z častých spouštěcích mechanismů problémového chování (smysluplné, věku klientů i zájmům odpovídající IVP).
3. **Terapie**- kognitivně-behaviorální terapeut navrhne terapeutický postup ke snížení pravděpodobnosti výskytu problémového chování (agrese, autoagrese, destrukce věcí aj.). Návrh terapie běží v součinnosti se speciálním pedagogem
4. **Psychiatrická konzultace**- psychiatr může navrhnout změnu medikace. Často ambulantní psychiatři nemají na klienty v ústavech příliš často a medikace se u klientů nemění na základě aktuálních změn v chování. Stává se tedy, že uživatel bere medikaci, která mu byla stanovena několik let předtím aniž by byl přezkoumán současný stav a potřeba medikace.

5. **Výcvik v pravidlech šetrné ochrany**- průvodce dobrou praxí v součinnosti s behaviorální terapeutem vyškolí personál ve fyzických restrikcích tak, aby věděl, jak se má bránit proti případným agresivním incidentům uživatelů služeb
6. **Sociální poradenství**- sociální pracovník pomůže ústavům v jednání s úřady (například pomoc při jednání s úřady práce ohledně podporovaného zaměstnávání uživatelů) a zároveň koordinuje služby poradenského střediska
7. **Školení** v terapeutických možnostech zvládnání problémového chování a práce s lidmi s mentální retardací

Vznik takového střediska by, podle našeho názoru, mohl zlepšit situaci v ústavech tím, že by řadový personál měl možnost obrátit se se svými dotazy na fundované a nezávislé pracoviště. Terapeutický proces by se tím velmi zrychlil ku prospěchu kvality života uživatelů sociálních služeb.

Jak už jsme uvedli výše, samotná transformace je natolik obsáhlý proces, který se již nevejde do naší práce. Zájemce odkazujeme na práci Milana Chába Svět bez ústavů, kterou vydal QUIP v roce 2004 (Cháb, 2004).

V poslední kapitole naší práce se budeme zabývat výzkumem v oblasti postojů personálu vůči klientům s problémovým chováním.

## **7. Výzkum postojů personálu vůči klientům s problémovým chováním**

### **7.1. Cíl mapujícího výzkumu**

V naší výzkumné části jsme se zaměřili na postoje personálu k uživatelům s problémovým chováním. Zajímala nás změna těchto postojů na základě proškolení personálu v metodách prevence a terapie problémového chování.

### **7.2. Obecná užitečnost**

Mezi personálem je rozšířena řada mýtů o výskytu problémového chování u lidí s mentální retardací nebo s autismem. Jeden z nejčastějších předsudků se týká výskytu problémového chování v absolutní nahodilosti bez logických spouštěčů. Tyto mýty personál zbytečně traumatizují a znejišťují v jeho každodenní práci. Na základě této nejistoty vzniká u personálu pocit nepohody, který se může projevit nevhodnými reakcemi na uživatele s problémovým chováním. Tyto chyby (odměřenost, zavření uživatele do síťového lůžka-pro jistotu, vyhýbání se uživateli, absence pozitivních vazeb aj.) si personál ve svém chování neuvědomuje. Na tyto chyby často uživatelé logicky reagují nevhodným chováním. Snížení úzkostnosti personálu při interakcích s uživateli s problémovým chováním se tak stává jedním z terapeutických kroků vedoucích u uživatelů ke snížení výskytu problémového chování. Jedním z kroků snížení úzkostnosti (kromě například pravidelných supervizí) může být i proškolení personálu v možnostech zvládnání problémového chování.

### **7.3. ŠKOLENÍ personálu ve zvládnání agresivního chování**

Školení je dvoudenní, každý den 6 přednáškových hodin. Školení se účastní personál v přímé péči v počtu od 10 do 20 účastníků. Školení jsou akreditovaná MŠMT ČR. Stručný obsah školení a časová dotace:

- 1hodina- základní východiska behaviorální a kognitivní terapie
  - 1hodina- behaviorální a funkční analýza problémového chování. Důraz je kladen na vysvětlení souvztažností mezi spouštěči, vlastním problémovým chováním a zpevňovači (ABC model)
  - 1hodina- behaviorální analýza ukázaná v praxi podrobným rozbohem jednoho incidentu
  - 2hodiny- změna prostředí v ústavech tak, aby prostředí nebylo pro uživatele matoucí a jinak frustrující
  - 2hodiny- změna náplně dne v ústavech u uživatelů s problémovým chováním
  - 1hodina- systémy odměn v ÚSP
  - 1hodina- použití restrikce jako právoplatného způsobu sebeochrany, základy fyzické sebeochrany
  - 3hodiny- rozbor chování u konkrétních uživatelů a odpovědi na dotazy

### **7.4. Použitý dotazník a Průběh sběru dat**

Pro naši potřebu jsme použili dotazník Confidence Scale od Thackreya (Thackrey, 1989, str.57-60), který našim potřebám plně vyhovuje. Dotazník je uveden v příloze číslo 4.

Dotazník má 10 položek, každá položka má škálu 0 až 10. Na škále je možné zakroužkovat právě jednu možnost. Sběr dat probíhal od 27.11.04 do 16.10.2005. Dotazník vyplnilo 147 respondentů, dva respondenti vyplnili dotazník chybně, výsledný počet respondentů je

tedy N=145. Dotazník vyplňoval personál v přímé péči, a to jak na školách, tak i v ústavech sociální péče po celé ČR. Celkem byl dotazník vyplněn ve 12ti zařízeních. Nedělali jsme rozdíl mezi pohlavím, věkem, typem zařízení aj. V našem výzkumu nás zajímal pouze **posun v prožívání situací s uživatelem s problémovým chováním před a po semináři o problémovém chování.**

### **7.5. Způsob administrace dotazníku**

Každý respondent vyplnil dotazník těsně před začátkem kurzu. Respondenti nebyli instruováni o účelu vyplnění dotazníku. Zároveň byli instruováni, že dotazník mají vyplnit anonymně, avšak musí ho označit značkou či symbolem, kterou si následně sami poznají. Po vyplnění respondenti dotazník ihned odevzdali. Druhý den těsně po ukončení semináře dostali respondenti nový dotazník a byli opět požádáni o jeho vyplnění se stejným symbolem nebo značkou. Teprve až po jeho vyplnění a odevzdání byli informováni o účelu dotazníku. Průměrná doba vyplnění dotazníku byla kolem deseti minut.

### **7.6. Návratnost dotazníků**

Návratnost dotazníku byla stoprocentní, vyloučeny byly dva dotazníky z důvodu nevyplnění tří a více položek. Mezi validně vyplněné dotazníky jsme zařadili i čtyři dotazníky, kde chyběla odpověď maximálně ve dvou otázkách.

### **7.7. Formulace hypotéz a statistické zpracování dotazníku**

Při statistickém rozhodování, které není ničím jiným než formalizovaným vynášením soudů o základním souboru na základě

zjištění o výběrovém souboru, vycházíme ze zformulování **nulové hypotézy  $H_0$** . Neplatí-li nulová hypotéza, platí **alternativní hypotéza  $H_1$** , která je negací nulové hypotézy.

Při rozhodování můžeme nulovou hypotézu zamítnout či nezamítnout. Vzhledem k tomu, že nemůžeme zaručit bezchybné rozhodnutí, musíme se zajímat o způsobenou chybu. Když hypotézu zamítneme, přestože platí, mluvíme o **chybě prvního druhu**. V situaci, kdy hypotézu nezamítneme, přestože neplatí, mluvíme o **chybě druhého druhu**. Při rozhodování si předem stanovíme kritický obor  $W$ , což je množina výsledků pokusu, při kterých budeme hypotézu zamítat. Velikost kritického oboru zvolíme tak, abychom platnou hypotézu zamítali nejvýše s pravděpodobností  $\alpha$ . Tuto maximální dovolenou pravděpodobnost chyby prvního druhu označujeme jako **hladinu testu** (Zvára, 1998, str.210). Při statistickém zpracování dotazníků jsme se snažili zjistit, zda jsou od sebe odpovědi v jednotlivých otázkách dostatečně „vzdálené“, tedy zda je lze z hlediska statistiky odlišit jako významné.

Naše hypotéza  $H_0$  zní: **Školení personálu v technikách zvládnání agresivního chování u uživatelů služeb snižuje nepohodu při interakcích s těmito uživateli.**

## 7.8. Výsledky statistického zpracování

V prvních třech tabulkách si ukážeme sumární výsledky celého výzkumu.

V následujících tabulkách budou uvedeny vždy výsledky pro právě jednu otázku. V tabulce je zachycen posun mezi odpověďmi z dotazníku před začátkem kurzu a dotazníkem po skončení kurzu. Pokud je výsledek v záporných hodnotách, znamená to, že se prožívání situace u personálu subjektivně zhoršilo. Pokud je výsledek roven nule, znamená to, že se prožívání situace nezměnilo. Pokud je výsledek kladný, znamená to, že se prožívání situace po kurzu u personálu subjektivně zlepšilo.

Každé výsledky jsou doplněny i dvěma grafy. První graf ukazuje výskyt změny odpovědí pro právě jednu otázku, druhý graf ukazuje procentuelně poměr mezi personálem, u kterého se prožívání zhoršilo (např. větší úzkost z agrese), zůstalo stejné nebo se naopak zlepšilo (například menší úzkost z agrese).

Tabulka 25: Sumární výsledky výzkumu I.

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	O1A	3,6621	145	2,6463	,2198
	O1B	4,1103	145	2,2916	,1903
Pair 2	O2A	4,3862	145	2,3898	,1985
	O2B	5,4483	145	2,1983	,1826
Pair 3	O3A	6,2098	143	3,0114	,2518
	O3B	6,6084	143	2,7245	,2278
Pair 4	O4A	5,2276	145	2,6842	,2229
	O4B	5,8483	145	2,2771	,1891
Pair 5	O5A	6,1189	143	2,3028	,1926
	O5B	6,2727	143	2,2303	,1865
Pair 6	O6A	5,3750	144	1,9961	,1663
	O6B	5,9444	144	1,7770	,1481
Pair 7	O7A	5,9241	145	2,5030	,2079
	O7B	6,3379	145	2,1448	,1781
Pair 8	O8A	4,4414	145	2,3537	,1955
	O8B	5,6621	145	2,0924	,1738
Pair 9	O9A	5,4861	144	2,2932	,1911
	O9B	6,3681	144	1,8913	,1576
Pair 10	O10A	6,6042	144	2,4444	,2037
	O10B	6,7917	144	2,1803	,1817



Tabulka 26: Sumární výsledky výzkumu II.

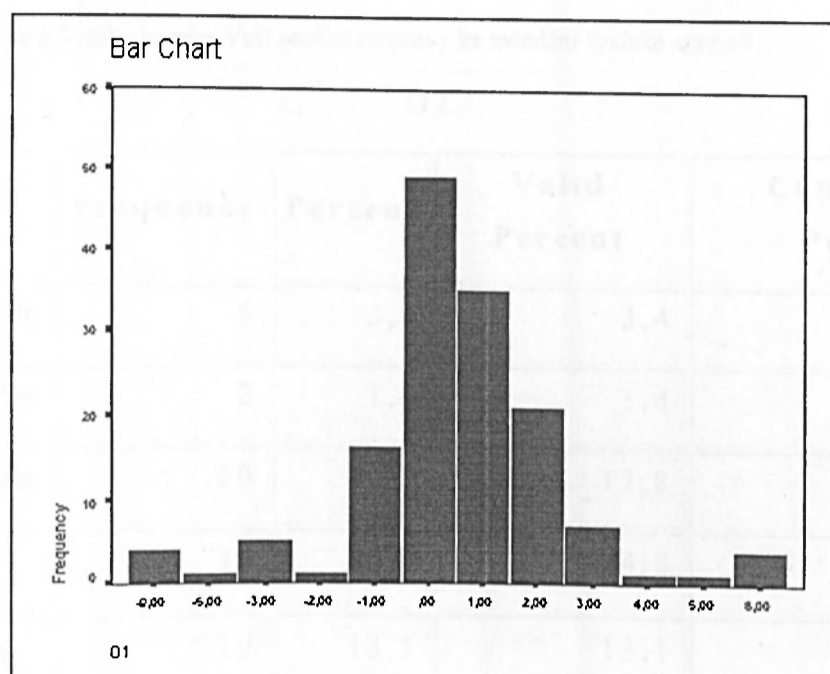
		Paired Differences					t	Df	Sig. (2-tailed)
Pair		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	O1A - O1B	-,4483	2,4493	,2034	-,8503	-4,6235E-02	2,204	144	,029
Pair 2	O2A - O2B	1,0621	1,9409	,1612	-1,3807	-,7435	6,589	144	,000
Pair 3	O3A - O3B	-,3986	1,7204	,1439	-,6830	-,1142	2,771	142	,006
Pair 4	O4A - O4B	-,6207	1,6119	,1339	-,8853	-,3561	4,637	144	,000
Pair 5	O5A - O5B	-,1538	2,1273	,1779	-,5055	,1978	-,865	142	,389
Pair 6	O6A - O6B	-,5694	1,4516	,1210	-,8086	-,3303	4,708	143	,000
Pair 7	O7A - O7B	-,4138	1,9600	,1628	-,7355	-9,2073E-02	2,542	144	,012
Pair 8	O8A - O8B	1,2207	2,4338	,2021	-1,6202	-,8212	6,040	144	,000
Pair 9	O9A - O9B	-,8819	2,0017	,1668	-1,2117	-,5522	5,287	143	,000
Pair 10	O10A - O10B	-,1875	2,5583	,2132	-,6089	,2339	-,879	143	,381

Tabulka 27: Platnost odpovědí

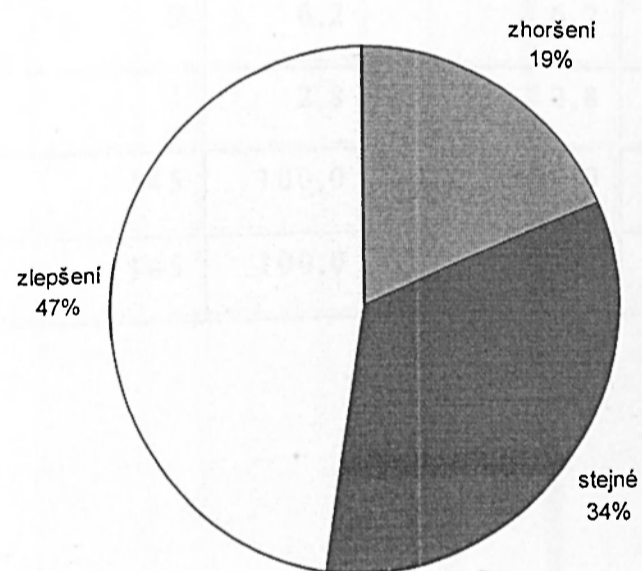
Statistics		
	N	
	Valid	Missing
<b>O1</b>	145	0
<b>O2</b>	145	0
<b>O3</b>	143	2
<b>O4</b>	145	0
<b>O5</b>	143	2
<b>O6</b>	144	1
<b>O7</b>	145	0
<b>O8</b>	145	0
<b>O9</b>	144	1
<b>O10</b>	144	1

Tabulka 28: Otázka č. 1: Jak se cítíte při práci s agresivními klienty?

O1					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-9,00	4	2,8	2,8	2,8
	-5,00	1	0,7	0,7	3,4
	-3,00	5	3,4	3,4	6,9
	-2,00	1	0,7	0,7	7,6
	-1,00	16	11,0	11,0	18,6
	,00	49	33,8	33,8	52,4
	1,00	35	24,1	24,1	76,6
	2,00	21	14,5	14,5	91,0
	3,00	7	4,8	4,8	95,9
	4,00	1	0,7	0,7	96,6
	5,00	1	0,7	0,7	97,2
	8,00	4	2,8	2,8	100,0
Total		145	100,0	100,0	
Total		145	100,0		

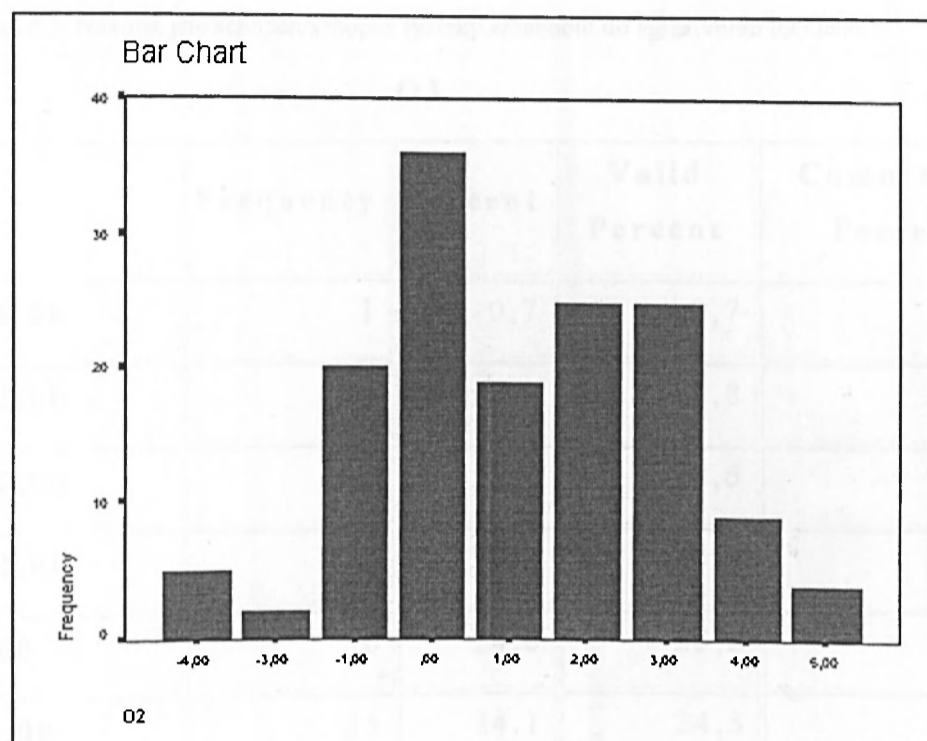


Otázka č.1

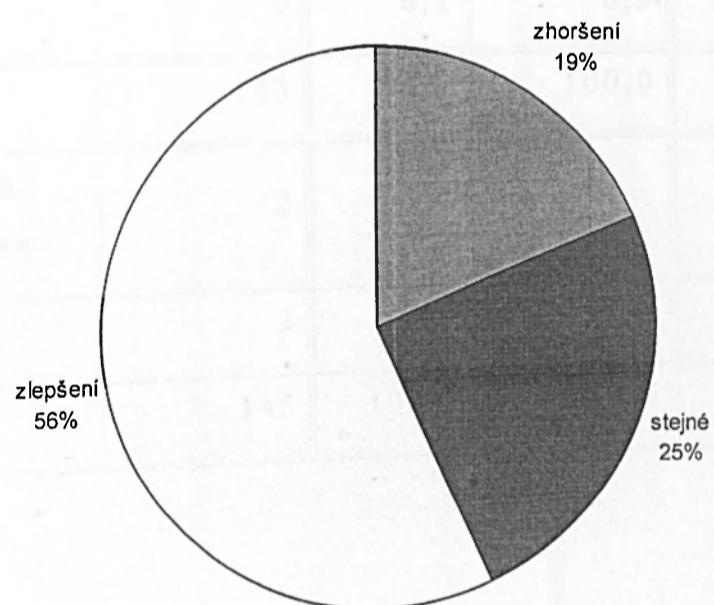


Tabulka 29: Otázka č.2: Jaká je míra Vaší osobní přípravy ke zvládnutí fyzické agrese?

<b>O2</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>-4,00</b>	5	3,4	3,4	3,4
	<b>-3,00</b>	2	1,4	1,4	4,8
	<b>-1,00</b>	20	13,8	13,8	18,6
	<b>,00</b>	36	24,8	24,8	43,4
	<b>1,00</b>	19	13,1	13,1	56,6
	<b>2,00</b>	25	17,2	17,2	73,8
	<b>3,00</b>	25	17,2	17,2	91,0
	<b>4,00</b>	9	6,2	6,2	97,2
	<b>5,00</b>	4	2,8	2,8	100,0
	<b>Total</b>		145	100,0	100,0
<b>Total</b>		145	100,0		

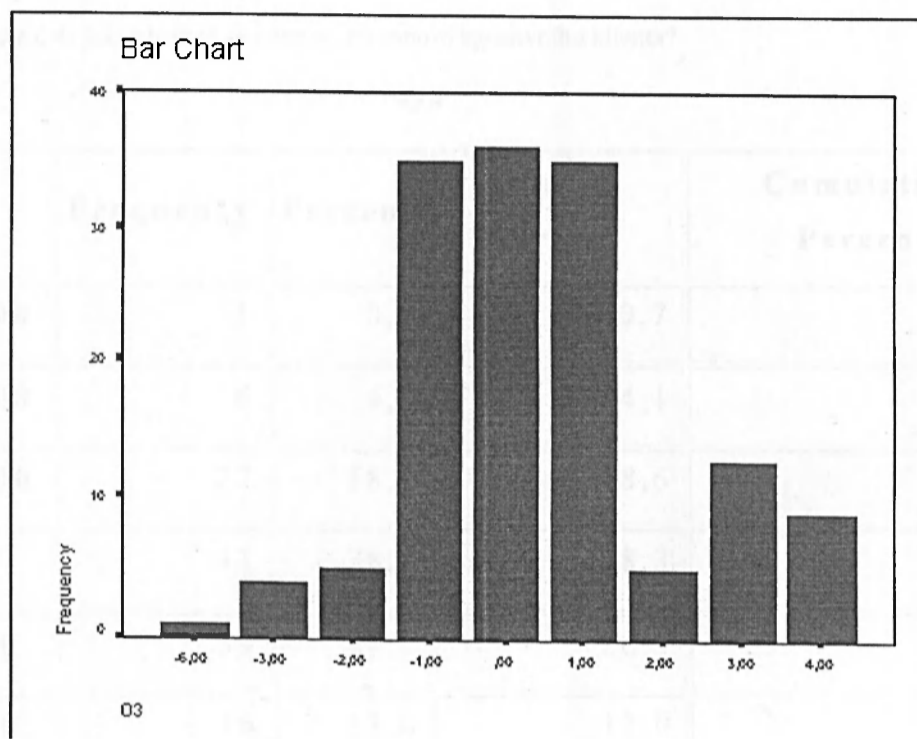


Otázka č.2

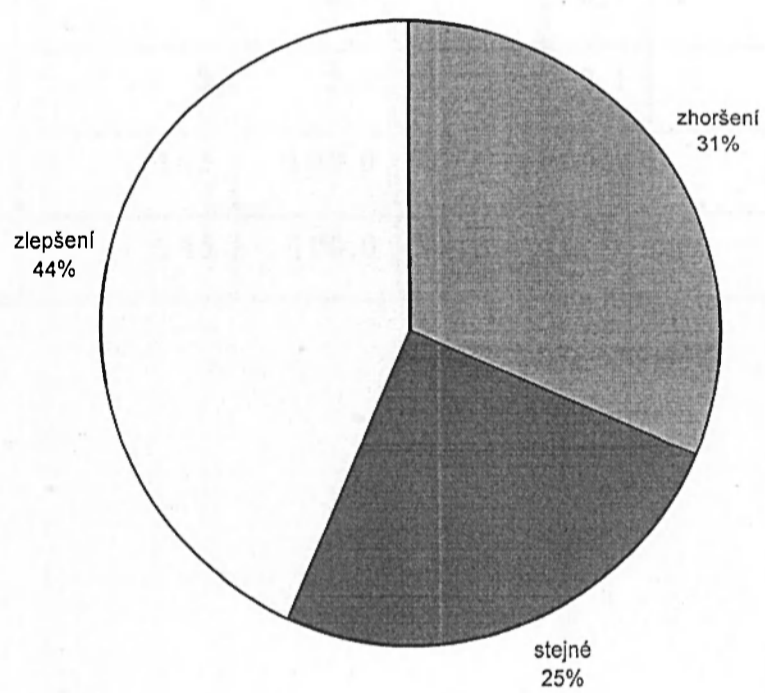


Tabulka 30: Otázka č.3: Nakolik jste schopen/schopna fyzicky zasáhnout do agresivního incidentu?

		<b>O3</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>-6,00</b>	1	0,7	0,7	0,7
	<b>-3,00</b>	4	2,8	2,8	3,5
	<b>-2,00</b>	5	3,4	3,5	7,0
	<b>-1,00</b>	35	24,1	24,5	31,5
	<b>,00</b>	36	24,8	25,2	56,6
	<b>1,00</b>	35	24,1	24,5	81,1
	<b>2,00</b>	5	3,4	3,5	84,6
	<b>3,00</b>	13	9,0	9,1	93,7
	<b>4,00</b>	9	6,2	6,3	100,0
	<b>Total</b>	143	98,6	100,0	
<b>Missing</b>	<b>System Missing</b>	2	1,4		
	<b>Total</b>	2	1,4		
<b>Total</b>		145	100,0		



Otázka č.3

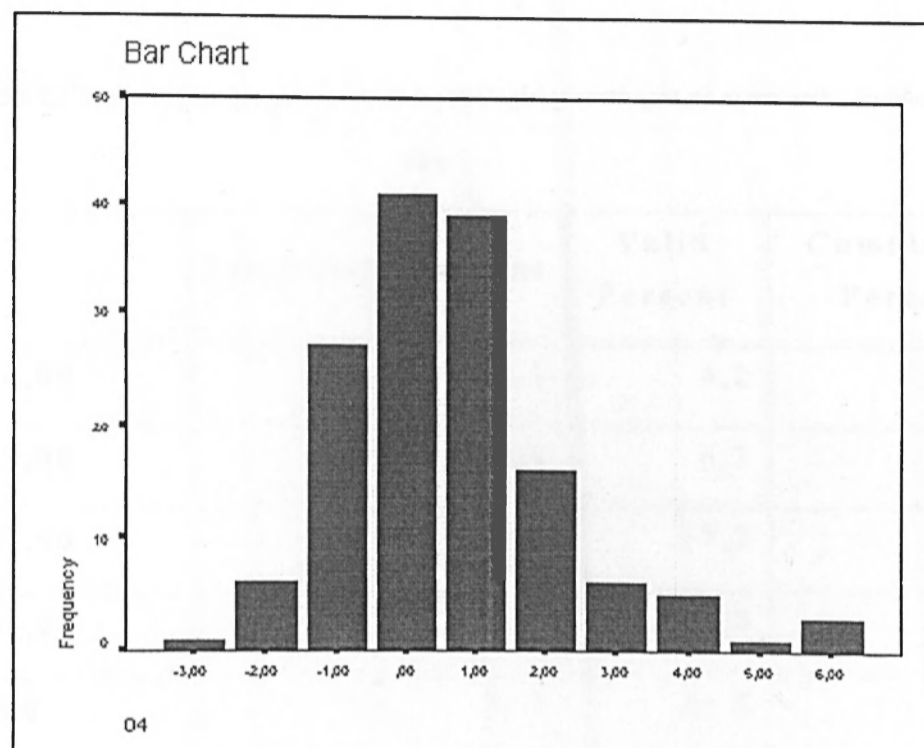




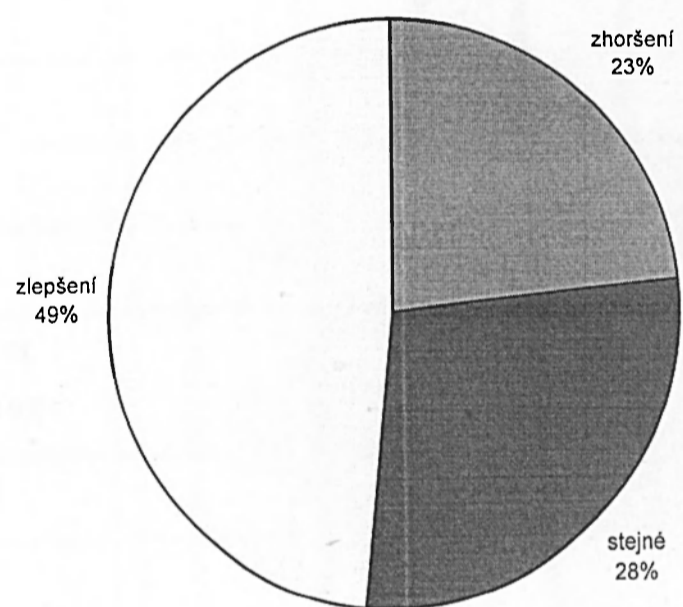
Tabulka 31: Otázka č.4: Jak sebejistě se cítíte v přítomnosti agresivního klienta?

O4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-3,00	1	0,7	0,7	0,7
	-2,00	6	4,1	4,1	4,8
	-1,00	27	18,6	18,6	23,4
	,00	41	28,3	28,3	51,7
	1,00	39	26,9	26,9	78,6
	2,00	16	11,0	11,0	89,7
	3,00	6	4,1	4,1	93,8
	4,00	5	3,4	3,4	97,2
	5,00	1	0,7	0,7	97,9
	6,00	3	2,1	2,1	100,0
	Total	145	100,0	100,0	
Total		145	100,0		

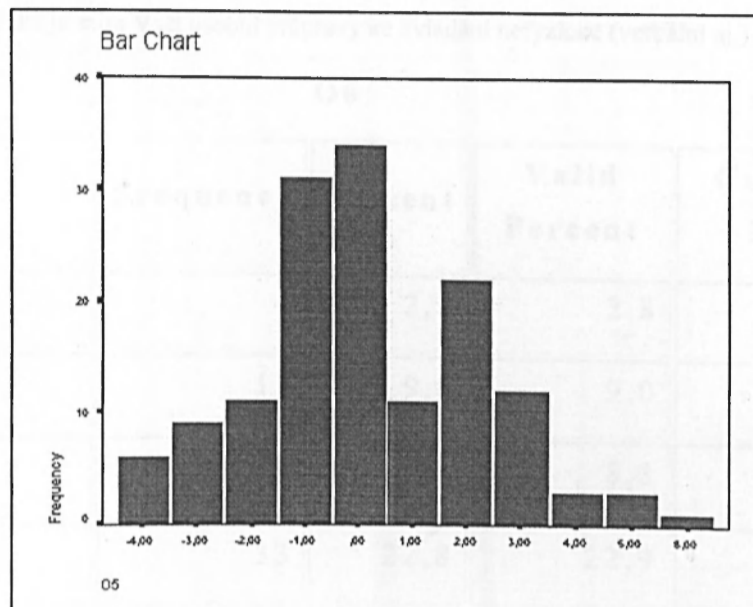


Otázka č.4

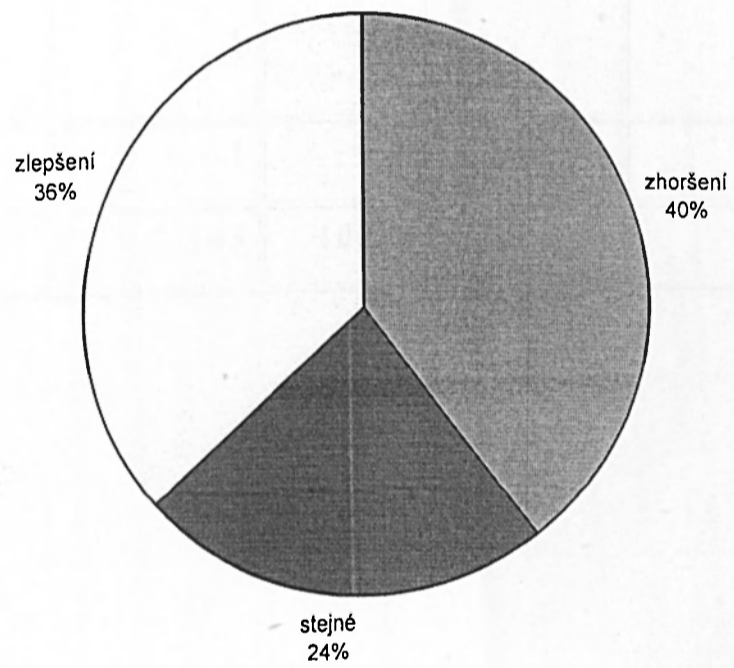


Tabulka 32: Otázka č.5: Nakolik jste schopen/schopna psychologicky zasáhnout do agresivního incidentu?

O5					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-4,00	6	4,1	4,2	4,2
	-3,00	9	6,2	6,3	10,5
	-2,00	11	7,6	7,7	18,2
	-1,00	31	21,4	21,7	39,9
	,00	34	23,4	23,8	63,6
	1,00	11	7,6	7,7	71,3
	2,00	22	15,2	15,4	86,7
	3,00	12	8,3	8,4	95,1
	4,00	3	2,1	2,1	97,2
	5,00	3	2,1	2,1	99,3
	8,00	1	0,7	0,7	100,0
	<b>Total</b>	143	98,6	100,0	
Missing	<b>System Missing</b>	2	1,4		
	<b>Total</b>	2	1,4		
<b>Total</b>		145	100,0		



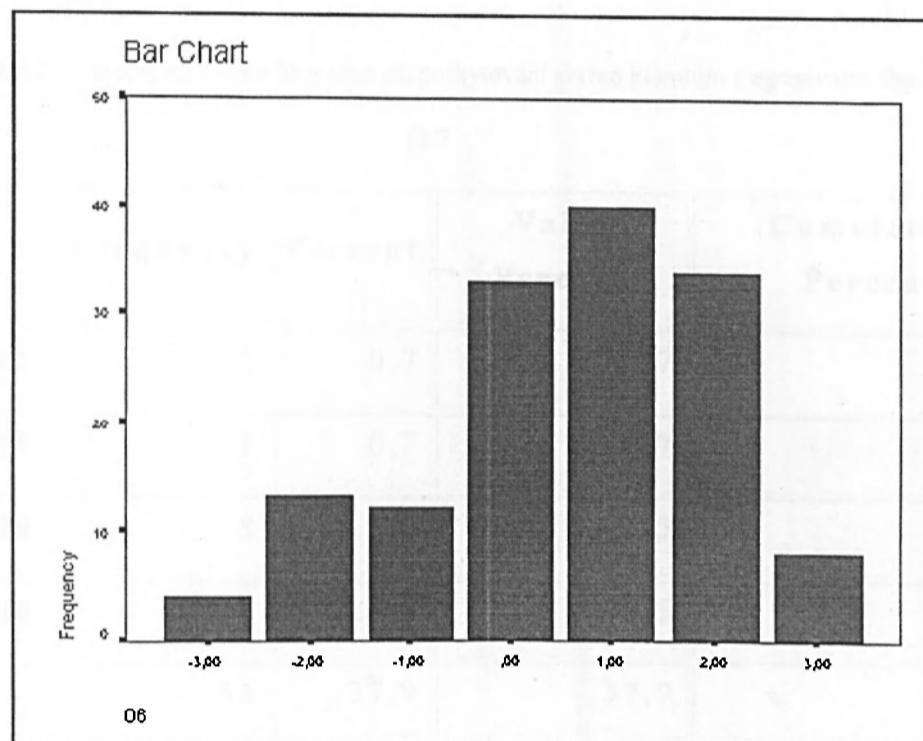
Otázka č.5



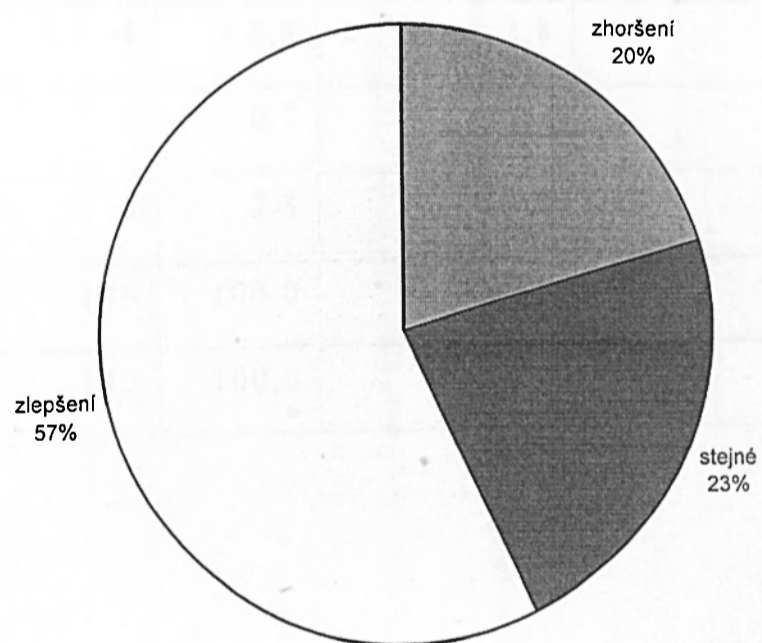
Tabulka 33: Otázka č.6: Jaká je míra Vaší osobní přípravy ke zvládnání nefyzické (verbální aj.) agrese?

O6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-3,00	4	2,8	2,8	2,8
	-2,00	13	9,0	9,0	11,8
	-1,00	12	8,3	8,3	20,1
	,00	33	22,8	22,9	43,1
	1,00	40	27,6	27,8	70,8
	2,00	34	23,4	23,6	94,4
	3,00	8	5,5	5,6	100,0
	<b>Total</b>	144	99,3	100,0	
Missing	System Missing	1	0,7		
	<b>Total</b>	1	0,7		
<b>Total</b>		145	100,0		



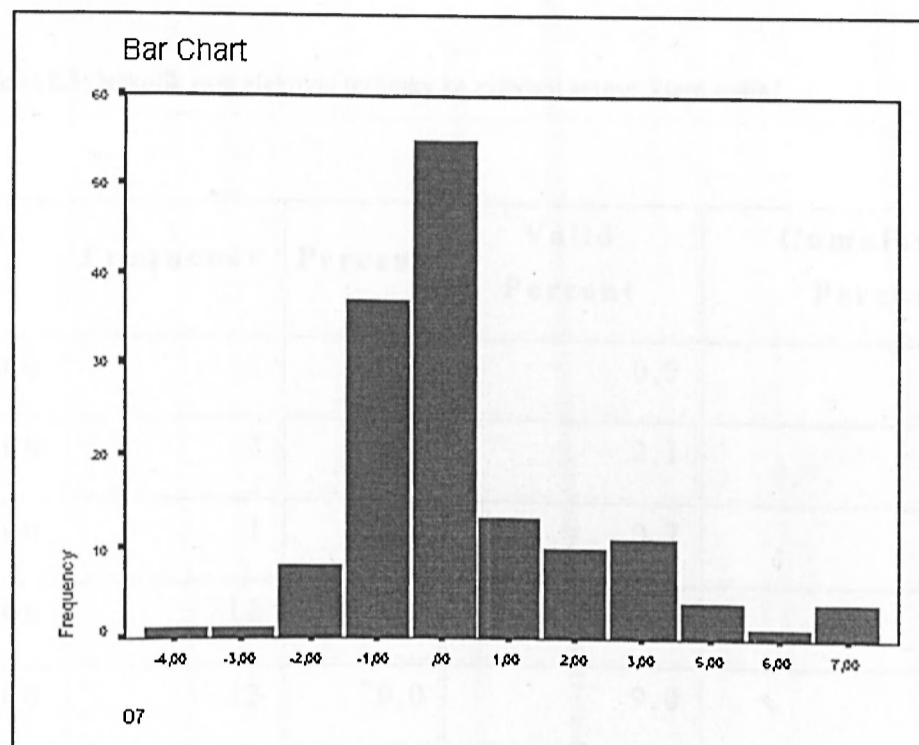
Otázka č.6



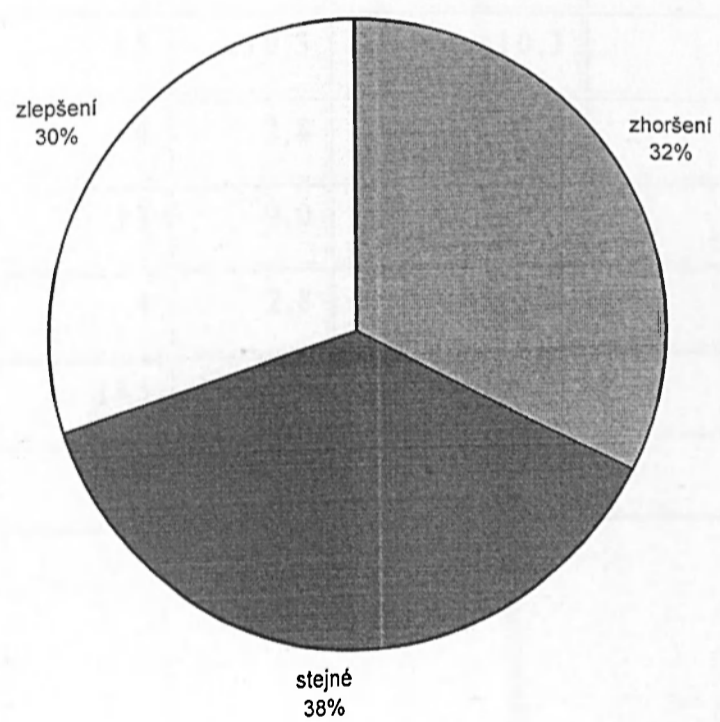
Tabulka 34: Otázka č. 7: Nakolik se cítíte bezpečně při poskytování služeb klientům s agresivním chováním?

07

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-4,00	1	0,7	0,7	0,7
	-3,00	1	0,7	0,7	1,4
	-2,00	8	5,5	5,5	6,9
	-1,00	37	25,5	25,5	32,4
	,00	55	37,9	37,9	70,3
	1,00	13	9,0	9,0	79,3
	2,00	10	6,9	6,9	86,2
	3,00	11	7,6	7,6	93,8
	5,00	4	2,8	2,8	96,6
	6,00	1	0,7	0,7	97,2
	7,00	4	2,8	2,8	100,0
<b>Total</b>		145	100,0	100,0	
<b>Total</b>		145	100,0		



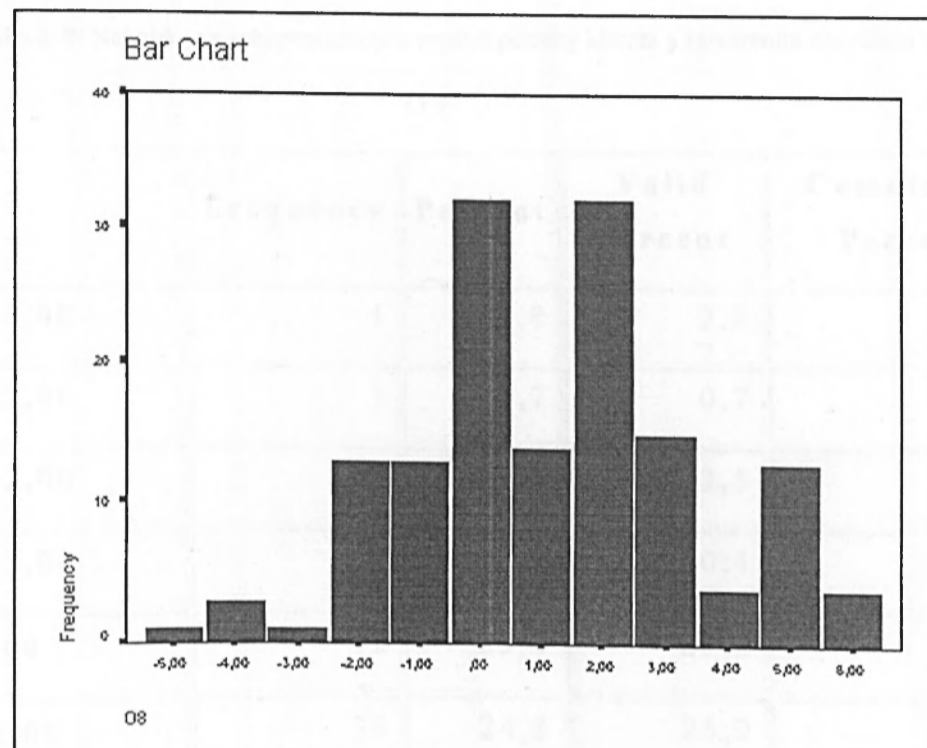
Otázka č.7



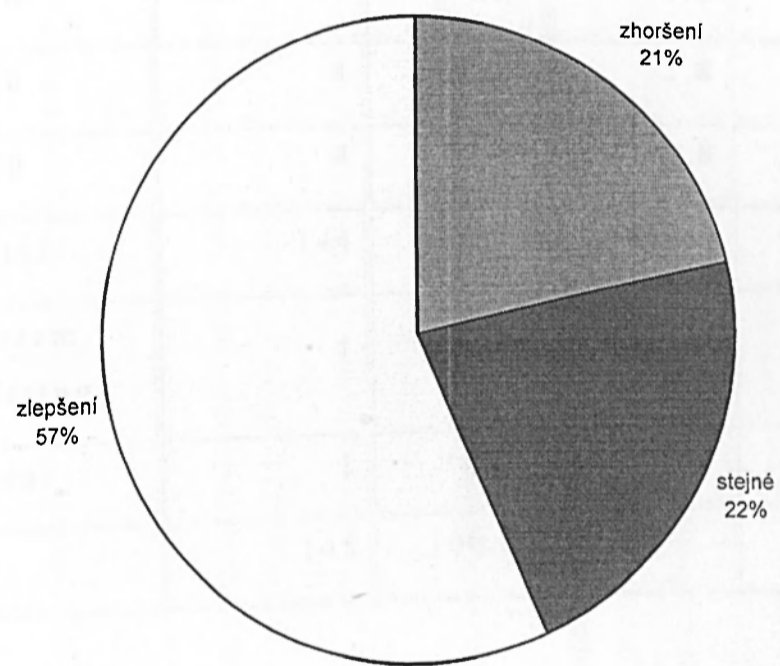


Tabulka 35: Otázka č.8: Nakolik jsou efektivní techniky ke zvládnání agrese, které znáte?

O8					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-5,00	1	0,7	0,7	0,7
	-4,00	3	2,1	2,1	2,8
	-3,00	1	0,7	0,7	3,4
	-2,00	13	9,0	9,0	12,4
	-1,00	13	9,0	9,0	21,4
	,00	32	22,1	22,1	43,4
	1,00	14	9,7	9,7	53,1
	2,00	32	22,1	22,1	75,2
	3,00	15	10,3	10,3	85,5
	4,00	4	2,8	2,8	88,3
	5,00	13	9,0	9,0	97,2
	8,00	4	2,8	2,8	100,0
	<b>Total</b>		145	100,0	100,0
<b>Total</b>		145	100,0		

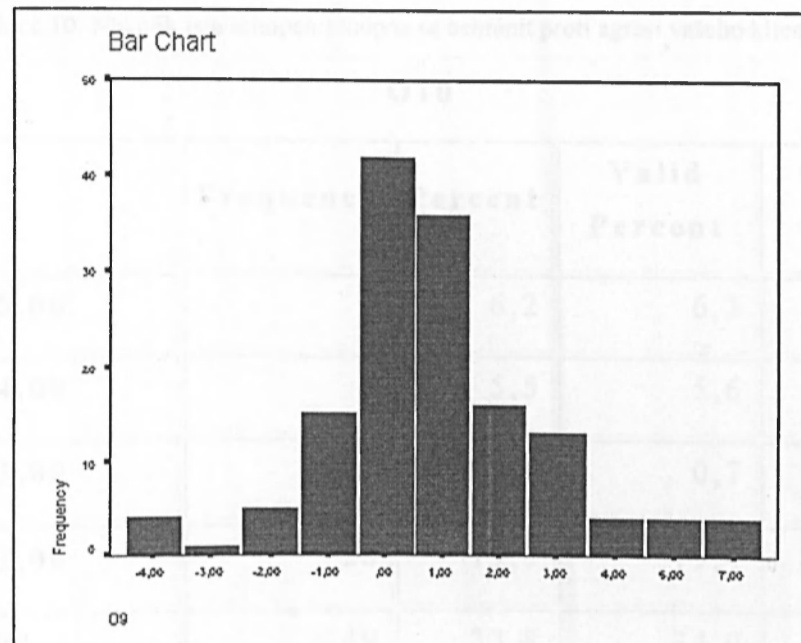


Otázka č.8

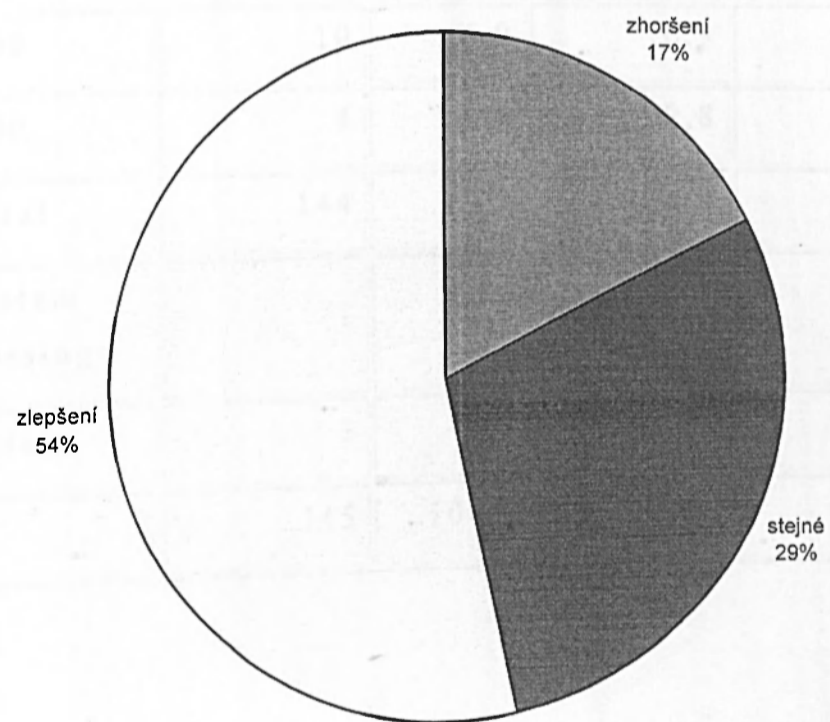


Tabulka 36: Otázka č. 9: Nakolik jste schopen/schopna naplnit potřeby klienta s agresivním chováním?

		<b>O9</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	<b>-4,00</b>	4	2,8	2,8	2,8
	<b>-3,00</b>	1	0,7	0,7	3,5
	<b>-2,00</b>	5	3,4	3,5	6,9
	<b>-1,00</b>	15	10,3	10,4	17,4
	<b>,00</b>	42	29,0	29,2	46,5
	<b>1,00</b>	36	24,8	25,0	71,5
	<b>2,00</b>	16	11,0	11,1	82,6
	<b>3,00</b>	13	9,0	9,0	91,7
	<b>4,00</b>	4	2,8	2,8	94,4
	<b>5,00</b>	4	2,8	2,8	97,2
	<b>7,00</b>	4	2,8	2,8	100,0
		<b>Total</b>	144	99,3	100,0
<b>Missing</b>	<b>System Missing</b>	1	0,7		
	<b>Total</b>	1	0,7		
<b>Total</b>		145	100,0		



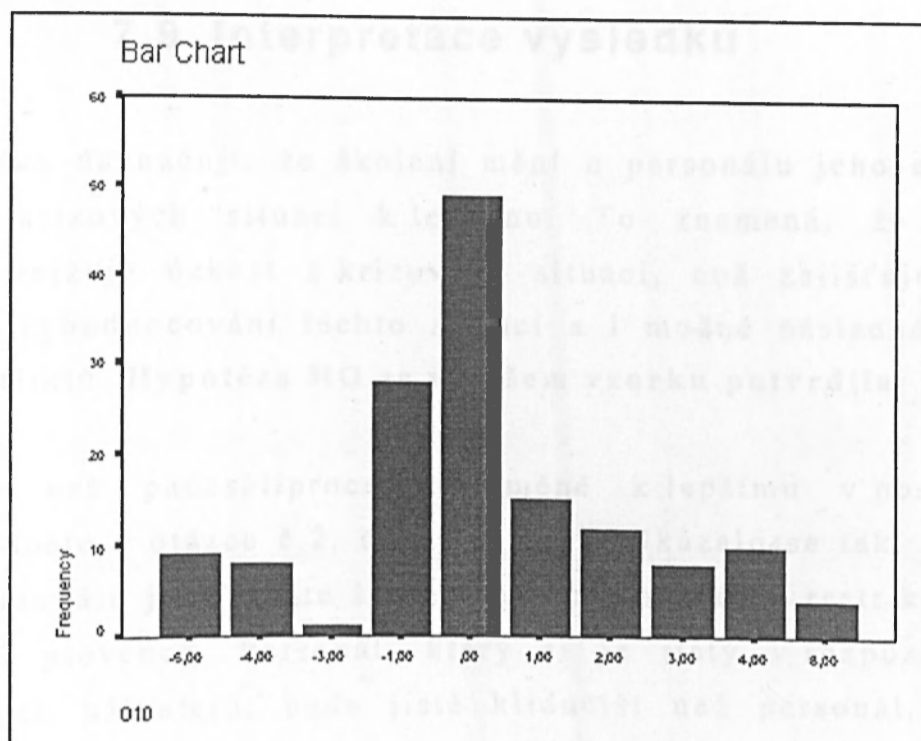
Otázka č.9



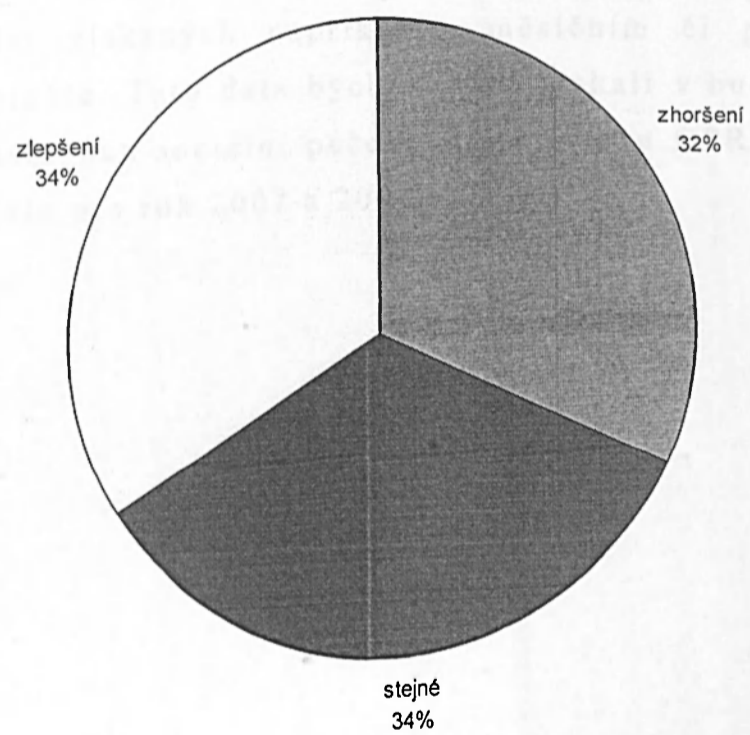
Tabulka 37: Otázka č.10: Nakolik jste schopen/schopna se ochránit proti agresi vašeho klienta?

O10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-5,00	9	6,2	6,3	6,3
	-4,00	8	5,5	5,6	11,8
	-3,00	1	0,7	0,7	12,5
	-1,00	28	19,3	19,4	31,9
	,00	49	33,8	34,0	66,0
	1,00	15	10,3	10,4	76,4
	2,00	12	8,3	8,3	84,7
	3,00	8	5,5	5,6	90,3
	4,00	10	6,9	6,9	97,2
	8,00	4	2,8	2,8	100,0
	Total	144	99,3	100,0	
Missing	System Missing	1	0,7		
	Total	1	0,7		
Total		145	100,0		



Otázka č.10



## 7.9. Interpretace výsledků

Výsledky naznačují, že školení mění u personálu jeho emoční prožívání krizových situací k lepšímu. To znamená, že se u personálu snižuje úzkost z krizových situací, což zajišťuje jeho správnější vyhodnocování těchto situací a i možné následné lepší řešení konfliktů. **Hypotéza H0 se v našem vzorku potvrdila.**

K více než padesátiprocentní změně k lepšímu v postojích personálu došlo v otázce č.2, č.6, č.8 a č.9. Ukázalo se tak, že pro pohodu personálu je důležité školení nejen v otázkách restrikcí, ale i v oblasti prevence. Personál, který si je jistý v rozpoznávání potřeb svých uživatelů, bude jistě klidnější než personál, který v této oblasti tápe.

Soubor je však velmi malý na to, abychom byli schopni výsledek generalizovat. Uvědomujeme si i omezení našeho výzkumu, zvláště pak v absenci dat získaných například s měsíčním či půlročním odstupem od semináře. Tato data bychom rádi získali v budoucnosti při školeních v ústavech sociální péče v rámci grantu OPRLZ, který APLA Praha získala pro rok 2007 a 2008.

## 8. Závěr

Personál v České Republice udělal za posledních pět let spoustu dobrého pro zlepšení kvality života u lidí s mentální retardací, autismem a problémovým chováním. Zároveň se však ukázaly limity sociálních služeb, které jsou poskytovány ve velkých rezidenčních zařízeních. Za tyto limity se může personál dostat až po transformaci ústavů sociální péče na domovy s menším počtem klientů (do deseti uživatelů v jednom domě).

Cesta transformace nebude jednoduchá a bude jistě dlouhá. Pokud se nepodaří navýšit peníze v příspěvku na péči tak, aby pokryly reálné náklady na lůžko v celoročním zařízení, myslíme si, že rozpuštění velkých ústavů je nereálné.

Cesta ke zkvalitnění života lidí s autismem a problémovým chováním tedy vede přes:

- Snížení počtu klientů v domácnosti
- Zvýšení počtu personálu
- Rozvoj terénních služeb
- Rozvoj poradenských služeb pro zařízení
- Školení personálu v technikách preventivních i restriktivních
- Zkvalitnění legislativy
- Změně myšlení personálu

V našem výzkumu jsme prokázali (i když kvůli malému vzorku nemůžeme zevšeobecňovat), že **samotné školení ve zvládnutí problémového chování může u personálu snížit jeho úzkostnost z péče o lidi s problémovým chováním.**

Rádi bychom výzkum opakovali na větším vzorku i s tříměsíčním odstupem po školení, abychom mohli sledovat, jestli je snížení úzkosti krátkodobé či trvalejšího charakteru. K tomuto účelu využijeme grantu z OPRLZ, který je určen právě na školení



personálu v ústavech sociální péče. Tento grant získala APLA Praha v roce 2006. Výsledku z výzkumu budou známy v roce 2008. Výsledky budeme publikovat v odborné literatuře.

Nezbývá než si přát, aby celá transformace proběhla co nejrychleji.

Příloha č.1:

Plné znění § 89a ze zákona č.218/2005Sb.

## 9. Přílohy

Příloha č.1: Plné znění § 89a ze zákona č.218/2005Sb.

Příloha č.2: Návrh MPSV §75 v připravovaném Zákonu o sociálních službách

Příloha č.3: Definitivní znění §89 ze Zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb.

Příloha č.4: Dotazník postojů personálu

Příloha č.5: Vlastní výsledky dotazníku

**Příloha č.1:**

Plné znění § 89a ze zákona č.218/2005Sb.:

- (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 zákonného zástupce osoby, které je ústavní sociální péče poskytována a 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

**Příloha č.2:**

Návrh MPSV §75 v připravovaném Zákonu o sociálních službách:

(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 osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.

(2) Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření, které vede k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob.

(3) 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.

(4) 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, a lékaře, pokud bylo použito opatření omezující pohyb bez bezprostředně předcházející indikace lékařem. Poskytovatel je povinen umožnit nahlížení do evidence podle odstavce 5 zákonnému zástupci osoby nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím příslušného orgánu do péče.

(5) Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu

- a) jméno, příjmení a datum narození osoby,
- 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 bezprostředně předcházející indikace lékařem,
- f) vyjádření lékaře v případech, kdy k použití opatření omezujícího pohyb osob došlo bez bezprostředně předcházející indikace lékařem,
- g) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,
- h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 2.

(6) Prováděcí právní předpis stanoví posloupnost použití opatření omezujících pohyb osob a formy preventivních opatření k předcházení situacím, ve kterých je třeba použít opatření omezující pohyb osob.

**Příloha č.3:**

Definitivní znění §89 ze Zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb.

**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 omezujícího 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 č.4:**

**Postoje personálu ke klientům s problémovým chováním**

**Datum:**

**Jméno:**

Zakroužkujte prosím vždy právě jednu z následujících deseti možností na níže uvedených škálách tak, aby to co nejvíce odpovídalo vašim pocitům v uvedených situacích. Děkuji.

**1. Jak se cítíte při práci s agresivními klienty?**

velmi nepříjemně

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

velmi příjemně

**2. Jaká je míra Vaší osobní průpravy ke zvládnutí fyzické agrese?**

velmi špatná

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

výborná

**3. Nakolik jste schopen/schopna fyzicky zasáhnout do agresivního incidentu?**

vůbec

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vždy, když je třeba

**4. Jak sebejistě se cítíte v přítomnosti agresivního klienta?**

Vůbec se necítím sebejistě

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

cítím se úplně sebejistě

**5. Nakolik jste schopen/schopna psychologicky zasáhnout do agresivního incidentu?**

vůbec

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vždy, když je třeba



6. *Jaká je míra vaší osobní průpravy ke zvládnutí nefyzické (verbální aj.) agrese?*

velmi špatná výborná  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. *Nakolik se cítíte bezpečně při poskytování služeb klientům s agresivním chováním?*

Vůbec se necítím bezpečně cítím se plně bezpečně  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. *Nakolik jsou efektivní techniky ke zvládnutí agrese, které znáte?*

velmi neefektivní vysoce efektivní  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. *Nakolik jste schopen/schopna naplnit potřeby klienta s agresivním chováním?*

vůbec plně  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. *Nakolik jste schopen/schopna se ochránit proti agresi Vašeho klienta?*

vůbec plně  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Příloha č.5:

	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	10a	1b	2b	3b	4b	5b	6b	7b	8b	9b	10b
1	0	2	3	2	1	3	2	3	3	4	2	4	4	2	3	4	4	4	4	6
2	3	7	10	8	5	5	6	5	6	8	3	8	9	8	6	5	8	6	6	8
3	1	1	6	3	5	2	3	2	3	3	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4
4	9	8	10	7	9	3	0	7	3	3	4	5	4	6	7	6	7	7	6	4
5	0	2	3	2	1	3	2	4	3	4	2	4	4	2	3	4	4	5	4	6
6	0	0	4	6	5	0	4	1	3	5	0	3	5	3	5	2	0	2	3	2
7	5	6	10	9	9	7	8	5	7	9	6	7	9	8	8	8	8	7	5	9
8	0	1	7	3	4	2	2	3 x		5	0	3	7	3	4	3	1	3 x		4
9	0	5	2	3	5	7	5	7	3	5	4	6	5	4	7	5	4	6	4	5
10	5	4	9	8	4	4	8	5	5	9	6	7	8	7	6	5	7	6	5	8
11	3	6	0	1	1	3	1	4	3	7	4	5	0	3	0	4	6	4	3	2
12	6	7	7	8	9	9	9	9	9	9	6	7	7	6	9	9	9	9	9	9
13	2	5	7	6	7	8	9	6	9	10	3	5	9	7	9	9	9	9	7	10
14	5	5	7	6	8	8	10	8	8	10	5	4	5	7	7	8	10	5	8	9
15	2	6	10	5	9	9	8	9	9	5	3	9	8	6	6	6	7	5	5	8
16	4	7	7	3	8	7	8	8	7	8	3	6	7	4	8	6	7	8	6	8
17	4	8	2	9	2	5	9	9	7	9	5	7	6	9	7	5	9	7	7	8
18	0	5	5	5	5 x		8	5	8	9	5	5	5	3	8 x		5	8	5	8
19	3	5	10	2	10	4	5	6	5	7	2	4	9	5	10	6	7	4	7	6
20	6	5	5	5	6	6	6	5	6	5	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5
21	5	4	10	10	9	5	5	4	10	10	2	0	10	10	5	6	5	2	10	6
22	8	5	7	8	7	5	8	8	7	6	8	7	8	9	8	7	9	8	8	9
23	5	4	4	1	2	5	6	6	7	6	6	6	5	6	10	7	7	8	9	9
24	5	8	8	9	7	6	6	6	7	6	8	8	9	9	8	8	9	7	8	8
25	5	3	9	8	6	4	5	4	5	10	5	4	9	8	8	7	7	8	7	9
26	7	6	8	7	8	9	8	2	6	7	7	6	7	7	8	8	8	4	7	9
27	0	8	5	2	6	7	7	5	7	8	8	8	9	8	8	8	8	8	7	8
28	2	7	8	5	5	6	2	3	2	1	4	7	9	9	9	9	9	8	9	9
29	0	0	0	4	5	4	4	2	3	2	0	4	1	2	4	4	2	10	3	2
30	0	2	7	3	5	2	5	3	5	5	0	6	10	5	6	4	4	5	5	7
31	1	5 x		1	8	7	5	6	5	5	1	2 x		1 x		5	4	6	5 x	
32	5	3	9	7	5	5	8	2	5	8	7	5	8	7	8	5	8	4	6	8
33	5	4	5	3	6	5	7	2	6	5	5	3	4	5	6	6	8	2	5	5
34	2	3	4	2	4	3	4	3	3	8	2	2	3	3	4	3	2	3	4	4
35	0	1	7	4	7	5	4	5	4	7	2	3	4	5	5	7	4	5	5	6
36	1	10	10	9	10	8	9	9	6	10	3	10	10	8	9	9	8	8	9	10
37	6	6	9	6	7	7	7	5	6	6	5	7	10	5	4	5	7	7	7	6
38	5	3	5	8	8	7	7	2	2	4	5	8	8	7	6	6	6	7	7	8

39	10	2	2	0	3	5	0	1	1	3	1	5	3	1	3	4	3	4	5	4
40	2	3	3	3	4	3	6	2	10	7	2	3	3	3	4	5	6	3	10	6
41	7	6	7	8	9	8	7	6	7	7	7	7	7	7	8	8	7	6	6	7
42	3	3	2	4	5	6	3	4	4	3	4	6	5	5	7	7	6	6	7	7
43	8	3	7	5	8	4	9	2	4	7	7	6	8	7	8	6	8	7	6	8
44	1	1	2	2	5	5	4	5	4	9	1	3	3	3	4	3	4	4	4	4
45	4	4	10	10	9	5	5	4	10	10	1	0	10	10	5	6	5	2	10	6
46	6	7	8	8	9	9	9	9	9	9	6	7	7	7	9	9	9	9	9	9
47	5	3	9	7	5	5	8	2	6	8	7	5	8	7	8	5	8	4	7	8
48	0	1	6	4	7	5	4	5	4	7	2	3	3	5	5	7	4	5	5	6
49	10	2	2	0	3	5	0	1	1	3	1	5	3	1	3	4	3	4	5	4
50	6	5	5	5	6	6	6	5	6	5	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5
51	7	7	7	8	9	8	7	6	7	7	7	8	7	7	8	8	7	6	6	7
52	6	7	9	6	7	7	7	5	6	6	5	7	10	5	4	5	7	7	7	6
53	7	6	8	7	8	9	8	2	6	7	7	6	7	7	8	8	8	4	7	9
54	0	2	7	3	5	2	5	3	5	5	0	6	10	5	6	4	4	5	5	7
55	1	6	8	5	6	6	2	3	2	1	4	7	9	9	9	8	8	8	9	9
56	2	5	7	6	7	8	9	6	9	10	3	5	9	7	9	9	9	9	7	10
57	5	3	5	8	8	7	7	3	3	4	5	8	8	7	6	6	6	8	8	8
58	1	10	10	9	10	8	9	9	6	10	3	10	10	8	9	9	8	8	9	10
59	0	2	7	3	5	2	5	3	5	5	0	6	10	5	6	4	4	5	5	7
60	2	5	7	5	7	8	9	6	9	10	3	5	9	6	9	9	9	9	7	10
61	3	4	10	10	9	5	5	4	10	10	0	0	10	10	5	6	4	2	10	6
62	3	3	2	4	5	6	3	4	4	3	4	6	5	5	7	7	6	6	7	7
63	3	6	0	1	2	3	1	4	3	6	4	5	0	3	1	4	6	4	2	1
64	10	2	2	0	4	5	0	2	1	3	1	5	3	1	4	4	3	5	5	4
65	6	6	9	6	7	7	7	4	6	6	5	7	10	5	4	5	7	6	7	6
66	1	1	2	2	5	5	4	5	4	10	2	3	3	3	4	3	4	4	4	5
67	2	6	10	4	9	9	8	9	9	5	2	9	8	6	5	6	7	5	5	8
68	7	6	9	6	7	6	7	5	6	6	5	7	10	5	4	4	7	7	7	6
69	1	2	6	3	5	2	3	1	3	3	4	5	5	4	4	4	3	4	4	4
70	1	1	2	2	5	5	4	5	5	9	1	2	3	3	4	3	4	4	5	4
71	2	3	2	2	4	3	4	3	4	8	2	2	2	3	4	3	2	3	5	4
72	4	6	9	6	7	7	7	4	6	5	5	7	10	5	4	5	5	5	5	6
73	3	10	10	9	10	8	9	9	6	10	5	10	10	8	9	9	8	7	9	10
74	1	0	1	4	4	4	4	2	3	2	1	4	2	2	3	4	3	10	3	2
75	0	1	7	3	6	6	5	5	4	7	2	3	4	4	4	8	5	5	5	6
76	0	0	2	4	4	4	4	2	3	2	0	4	3	2	2	4	2	10	3	2
77	1	2	7	3	5	2	5	3	5	5	1	6	10	6	6	4	4	5	5	7
78	4	8	1	9	2	5	9	9	8	9	5	7	5	9	7	5	9	7	7	8

79	5	5	5	5	6	6	6	5	6	5	4	5	5	5	5	7	5	5	5	5
80	5	3	9	7	5	5	8	2	6	9	7	5	8	7	8	5	8	4	7	9
81	4	8	2	9	2	5	9	9	8	9	5	7	6	9	6	5	9	7	8	8
82	5	4	9	8	4	4	8	5	5	9	6	7	8	7	6	5	7	6	5	8
83	8	3	7	5	8	4	9	2	4	7	7	6	8	7	8	6	8	7	6	8
84	2	3	3	3	4	4	7	2	10	7	2	3	3	3	4	6	7	3	10	6
85	2	3	2	4	5	6	3	4	4	3	3	6	5	5	7	7	6	6	7	7
86	5	5	4	5	6	6	6	5	6	5	4	5	4	5	5	6	5	5	5	5
87	7	6	7	8	9	8	7	6	7	7	7	7	7	7	8	8	7	6	6	7
88	10	2	2	0	4	5	0	1	1	3	1	5	3	1	4	4	3	4	5	4
89	5	3	9	8	6	4	5	4	5	10	5	4	9	8	8	7	7	8	7	9
90	5	2	9	7	5	5	8	2	7	8	7	4	8	7	8	5	8	4	9	8
91	5	3	5	8	8	7	7	2	1	4	5	8	8	7	6	6	6	7	6	8
92	1	10	10	9	10	7	9	9	6	10	3	10	10	8	9	8	8	8	9	10
93	7	5	8	7	7	9	8	2	6	7	7	6	7	7	8	7	8	4	7	9
94	5	3	9	7	4	4	8	2	5	8	7	5	8	7	8	4	8	4	6	8
95	3	7	8	5	6	7	2	3	2	1	4	7	9	9	9	10	9	8	9	9
96	2	6	10	5	9	9	8	9	9	4	3	8	8	6	6	6	7	4	5	8
97	2	2	3	3	4	3	6	2	10	7	2	3	3	3	4	5	6	4	10	6
98	4	4	10	10	9	6	5	4	10	10	1	0	10	10	5	7	5	2	10	6
99	4	3	10	7	5	5	8	2	5	8	7	5	9	7	8	5	8	4	6	8
100	8	5	6	8	7	5	8	8	6	6	8	7	8	9	8	6	9	7	7	9
101	4	4	5	3	6	5	7	2	6	4	5	4	4	5	6	6	8	2	5	5
102	8	5	7	8	7	5	9	8	7	6	8	7	8	9	8	7	9	8	8	9
103	6	3	9	7	5	5	8	2	5	8	8	5	8	7	8	5	8	4	7	8
104	3	6	0	1	1	4	1	5	3	7	4	5	0	3	0	5	6	4	4	2
105	4	5	10	2	10	4	5	6	5	7	3	4	9	5	10	6	7	4	8	6
106	8	3	7	5	8	4	9	2	4	7	7	6	8	7	8	6	8	7	6	8
107	0	1	7	4	7	5	4	5	4	7	2	3	4	5	5	7	4	5	5	6
108	0	8	5	2	6	7	7	5	7	8	8	8	9	8	8	8	8	8	7	8
109	5	4	9	8	4	4	8	6	5	9	6	7	8	7	6	4	7	7	5	8
110	2	3	4	2	4	3	4	2	3	9	2	2	3	3	4	3	2	2	4	4
111	7	6	8	7	9	9	8	2	6	7	7	6	7	7	9	9	8	4	7	9
112	1	10	x	10	10	8	9	9	6	10	3	10	10	9	8	9	8	8	9	10
113	5	4	6	3	6	5	7	2	6	5	5	3	5	5	6	6	8	2	6	5
114	4	3	9	8	6	4	5	4	4	10	5	4	9	8	8	7	7	8	6	9
115	3	3	2	5	5	6	3	5	4	5	4	6	5	6	7	7	6	7	7	9
116	2	1	2	2	5	5	4	5	4	9	2	3	3	3	4	3	4	4	4	4
117	3	8	2	9	2	5	9	9	7	9	4	7	6	9	7	5	9	8	7	8
118	4	3	10	7	5	5	8	2	6	8	6	5	9	7	8	5	8	4	7	8

119	1	2	4	2	4	3	4	3	3	8	2	2	3	3	4	3	2	3	4	4
120	1	1	6	4	5	2	3	2	3	3	4	4	5	5	4	4	3	4	4	3
121	2	8	8	5	6	6	2	3	3	1	4	8	9	9	9	9	9	8	10	9
122	0	8	4	3	6	7	7	5	7	8	8	8	8	7	8	8	8	8	7	8
123	9	5	7	8	7	5	8	8	6	6	9	7	8	9	8	7	9	8	7	9
124	5	4	10	10	9	5	5	4	10	10	2	0	10	10	5	6	5	2	10	6
125	3	5	7	7	7	8	9	6	9	10	4	5	9	8 x	9	9	9	7	10	
126	1	6	10	5	9	9	8	9	10	5	2	9	8	6	6	6	7	5	6	8
127	5	4	9	8	4	4	8	5	5	8	6	7	8	7	6	5	7	6	5	7
128	8	6	7	8	9	8	7	6	7	7	8	8	7	7	8	8	7	6	6	7
129	4	6	0	1	1	3	1	4	3	7	5	5	0	4	0	5	6	4	3	2
130	8	4	7	5	9	4	9	2	4	7	7	5	8	7	9	6	8	7	6	8
131	3	2	2	4	5	6	3	4	4	3	4	5	6	5	7	7	6	6	7	7
132	2	3	3	3	4	2	6	2	10	7	2	3	3	3	4	4	6	3	10	6
133	5	5	9	6	7	7	7	5	6	6	6	8	10	5	4	5	7	8	7	6
134	2	5	10	2	10	4	5	7	5	7	2	4	9	5	10	6	7	5	7	6
135	4	4	5	5	6	5	7	2	6	5	5	3	4	7	6	6	8	2	5	5
136	6	6	8	7	9	9	8	2	6	7	6	6	7	7	8	8	8	4	8	9
137	4	3	9	8	6	4	5	4	5	10	5	4	9	8	9	7	7	8	7	9
138	1	1	0	4	4	4	4	2	3	2	1	5	1	2	3	4	2	10	3	2
139	2	2	6	3	5	2	3	2	3	3	5	5	5	4	4	4	3	4	4	4
140	1	10	10	8	10	8	9	9	6	10	3	10	10	7	9	9	8	8	9	10
141	0	9	5	2	6	7	7	5	7	8	8	9	9	8	8	8	8	8	7	8
142	3	5	10	1	10	4	5	6	5	7	2	4	9	4	10	6	8	4	7	6
143	7	3	7	5	8	4	9	2	4	7	6	7	8	7	8	6	8	7	6	8
144	4	3	5	8	8	7	7	2	2	5	4	8	8	7	6	6	6	7	7	9
145	2	4	3	3	4	2	5	2	10	7	2	4	3	3	4	4	6	3	10	6

## 10. Použitá literatura:

### PUBLIKACE:

- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E. *Psychologie*, Praha: Portál, 2003, ISBN: 80-7178-640-3
- Babiker, G. *The Language of Injury*, British Psychological society, 1997
- Beck, A.T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*, Portál, 2004
- Borghgraewf, M., Fryns, J.P., Ryck, K. The post-pubertal Fra (X) male, In Fraser W.I. *Key Issues in Mental Retardation Research*, 1990, London: Routledge
- Borthwick-Duffy, S.A. Prevalence of destructive behaviors. In Thompson, T. *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*, Thousand Oaks: Sage, 1994
- Broers a Lange. *Agrese v psychiatrii*, Utrecht: Nizozemské centrum duševního zdraví NCGU, 1996, řada 96-7
- Bruininks, R.H., Olsen, K.M., Larson, S.A. Challenging behaviors among persons with mental retardation in residential settings, In Thompson, T. *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*, Thousand Oaks: Sage, 1994
- Čermák, I. *Lidská agrese a její souvislosti*, Brno: Fakta, 1999, ISBN: 80-902614-1-8
- Durand, M. *Severe Behavior Problems*, The Guilford Press: NY, 1990
- Ellis, A. *Trénink emocí*, Praha: Portál, 2001, ISBN: 80-7178-646-2
- Emerson, E. *Challenging behaviour*, Cambridge University Press, 1995, ISBN 0 521 79444 7
- Favazza, A.R. *Bodies Under Siege*, Bristol, 1997
- Fromm, E. *Anatomie lidské destruktivity*, Praha: Lidové Noviny, 1997, ISBN: 80-7106-232-4
- Heider, F. *The psychology of interpersonal relations*, New York: Wiley, 1958
- Holmes, D.L. *Autism through the lifespan*, Woodbine House, 1997
- Cháb, M. *Svět bez ústavů*, Praha: QUIP, 2004

- Johnson, W. L., & Day, R.M. The incidence and prevalence of SIB, In Luiselli, J.K. *Self-Injurious Behavior: Analysis, Assessment and Treatment*, New York: Springer-Verlag, 1992
- Luchins, A. *Primacy-recency in impression formation, The order of presentation in persuasion*, New Haven: Yale University Press, 1957
- Martin, G. *Behavior Modification*, New Jersey, 1992
- Matějček, Z. *Po dobrém nebo po zlém*, Praha: Portál, 1999
- Možný, P., Praško, J. *Kognitivně-behaviorální terapie*, Triton, 1999
- Murdoch, D. *Základy behaviorální terapie*, Brno, 1996
- Nakonečný, M. *Motivace lidského chování*, Praha: Academia, 1997
- Nollke, M. *Umění slovní sebeobrany*, Praha: Grada, 2005, ISBN: 80-247-0919-8
- Nyhan, W.L. The Lesch-Nyhan disease, In. Thompson, T. *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*, Thousand Oaks: Sage, 1994
- Padesky, Ch.A., Greenberger, D. *Na emoce s rozumem*, Praha: Portál, 2003
- Qureshi, H. The size of the problem, In. Emerson, E. *Severe Learning Disabilities and Challenging Behaviours*, London: Champman & Hall, 1994
- Ronen, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*, Praha: Portál, 2000, ISBN: 80-7178-370-6
- Rojahn, J. Epidemiology and topografic taxonomy of SIB, In Thompson, T. *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*, Thousand Oaks: Sage, 1994
- Severe, P. *Co dělat, aby se vaše děti správně chovaly*, Portál, 2003
- Shea, M.T., Bauer, A.M. *Teaching Children and Youth with behavior disorders*, New Jersey, 1987
- Simpson, R. *Management of Autistic Behavior*, Canada press, 1998
- Schopler, E. *Autistické chování*, Praha: Portál, 1997
- Schopler, E. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje*, Portál: Praha, 1999

Směrnice, Autor neuveden, *Směrnice pro restriktivní dostupy- příloha I, Vermontský úřad pro mentální retardaci*, Vermont, 1994

Štefančíková, M. *Nácvikový program k odstranění nežádoucího chování a osvojení žádoucího chování u dětí a osob s mentální retardací*, Praha: KB centrum, 1996

Zvára, K. *Biostatistika*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-773-9

#### ČLÁNKY:

Ando, H. & Yoshimura, I. Prevalence of maladaptive behavior in retarded children, *Journal of Abnormal Child Psychology*, č.6

Anderson, L.T., & Ernst, M. Self-injury in Lesch-Nyhan disease, *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 1994, č.24

Bott, C. Farmer, R. Behavior problems associated with lack of speech in people with learning disabilities, *Journal of Intellectual Disability Research*, 1997, č. 41

Clarke, D.J., & Boer, H. Problem behaviors associated with deletion Prader-Willy, Smith-Magenis, and Cri Du Chat syndromes, *American Journal of Mental Retardation*, 1998, č.103

Clarke, D.J., & Boer, H. Maladaptive behavior in Prader-Willy syndrome in adult life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1996, č.40

Davidson, P.W.; Jacobsen, J., Cain, N.N. et al. Characteristic of children and adolescent with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 1996, č.101

Deiter, P. Self Injury and Self Capacities, *Journal of clinical psychology*, 2000, č.56

Di Terlizzi, M., Cambridge, P., & Maras, P. Gender, ethnicity a challenging behavior, *Tizard Learning Disability Review*, č.4

Dorsey, M., Iwata, B., Ong, P. Treatment of self-injurious behavior using a water mist: Initial response suppression and generalization, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1980, č.13

Duncan, D., Matson, J.L., Bamberg, J.W. The relationship of SIB and aggression to social skills in person with severe and profound learning disability, *Research in Developmental Disabilities*, 1999, č.20



- Dura, J. Expressive communication ability, symptoms of mental illness and aggressive behavior, *Journal of Clinical Psychology*, 1997, č. 53
- Durand, M. Self-Injurious behavior: Motivating conditions and guidelines for treatment, *School Psychology Review*, 1986, Vol.14, No.2
- Dykens, E. Measuring behavioral phenotypes, *American Journal of Mental Retardation*, 1995, č. 99
- Dykens, E.. & Kasari, C. Maladaptive behavior in children with Prader-Willy syndrome and nn-specific mental retardation, *American Journal of Mental Retardation*, 1997, č. 102
- Durand, Mark. Self-Injurious behavior: Motivating conditions and guidelines for treatment, *School Psychology Review*, 1986, Vol.14, No.2
- Einfeld, S., Tonge, B., Turner, G. Longitudinal course of behavioral and emotional problems of young persons with Prader-Willy, Fragile X, Williams and Down syndromes, *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 1999, č.24
- Emerson, E. & Bromley, J. The for mand function of Challenging Behaviour, *Journal of Intellectual Disability Research*, 1995, č. 39, str. 388-398
- Gedye, A. Extreme SIB attributed to frontal lobe seizures, *American Journal on Mental Retardation*, 1989a, č.94, str. 20-26
- Gedye, A. Episodig rage and aggression attributed to frontal lobe seizures, *Journal of Mental Deficiency Research*, 1989b, č.33, str. 369-379
- Griffin, J., Ricketts, R., A community survey of self-injurious behavior aminy developmentally disabled children and adolescents, *Hospital and Community Psychiatry*, 1987, č.38
- Harris, P. The nature and extent of aggressive behavior amonf people with mentally disabilities in a single health district, *Journal of Intellectual Disability*, 1993, č. 37
- Harris, P. The nature and extent of aggressive behaviour aminy people with learning difficulties (mental handicap) in single health district, *Journal of Intellectual Disability Research*, 1992, č. 37
- Hillery, J.. & Mulcahy, M. Self Injurious behavior in persons with mental handicap: an epidemiological study in an Irish population. *Irish Journal of Psychological medicine*, 1997, č.14

Holland A.J. Understanding the eating disorder affecting people with Prader-Willy syndrome, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1999, č.11

Janotová, D. Pokroky ve farmakoterapii mentální retardace, *Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Supplementum*, 2006, č.1

Kiernan, C., & Kiernan, D. Challenging behaviour in schools for pupils with severe learning difficulties, *Mental Handicap Research*, 1994, č.7

Kiernan, C., & Qureshi, H. Challenging behavior, *Research in Practice?*, 1993, č.10

Lachiewicz, A.M., Spiridigliozzi, G.A., Gullion, C.M. Aberrant behaviors of young boys with Fragile X syndrome, *American Journal on Mental Retardation*, 1994, č. 98

Lewis, M.H., & Bodfish, J.W. Repetitive behavior disorders in autism, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 1998, č.4

Maisto, C.R., Baumeister, A.A., & Makisto, A.A. An analysis of variables related to SIB among institutionalised retarded persons, *Journal of Mental Deficiency Research*, 1978, č. 22

Maurice, P., & Trudel, G. Self injurious behavior: prevalence and relationships to environmental events, In Hollis, J.H. *Life-Threatening Behavior*, Washington: American Association on Mental Deficiency, 1982

Murphy, G.H., Oliver, C., Corbett, J. et al. Epidemiology of Self-Injury, characteristics of people with severe self-injury and initial treatment outcome. In Kiernan, C. *Research to Practice?*, Kiderminster: BILD, 1993

Murphy, G. H. Understanding challenging behavior, In Emerson, E. *Severe Learning Disabilities and Challenging Behaviour*, London: Chapman and Hall, 1994

Nissen, J.M.J.F., & Haveman, M.J., Mortality and avoidable death in people with severe SIB: results of a Dutch study, *Journal of Intellectual Disability Research*, 1997, č. 41

Oliver, C. Self Injurious Behavior, *Research to Practice?*, Clevedon: British Institute of Learning Disabilities, 1993, č.1, str. 135-188

Oliver, C. Murphy, G.H., & Corbett, J.A. Self-injurious behaviour in people with mental handicap: a total population survey, *Journal of Mental Deficiency Research*, 1987, č.31

Qureshi, H. & Alborz, A. The epidemiology of challenging behaviour, *Mental Handicap Research*, 1992, č.5

Rojahn, J. Self-injurious behavior of noninstitutionalized mentally retarded people: prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency*, 1986, č.91

Rutter, M. The treatment of autistic children, *Journal of Psychology and Psychiatry*, 1985, č.26

Sigafos, J. Assessing choice making among children with multiple disabilities, *Journal of applied behavioral analysis*, 1992, č.25

Schroeder, S.R. Prevalence of SIB in a large state facility for the retarded: a three year follow-up, *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1978, č.8

Symons, F.J., Butler, M.G., Sanders, M.D. SIB and Prader-Willy syndrome, *American Journal of Mental Retardation*, 1999b, č.104

Thackrey, M. Clinical confidence in doping with patient aggression: assessment and enhancement, *Professional Psychology: Research and Practice*, 1989, č.1

Turk, J. Fragile X syndrome and attentional deficits, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 1998, č.11

Wieseler, N.A., Hanson, R.H., Investigation of mortality and morbidity associated with severe SIB, *American Journal of Mental Retardation*, 1995, č.100