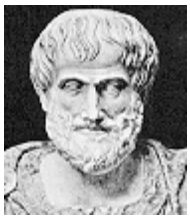
JIŘÍ ADAMEC
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



BAZÁLNÍ AKTIVIZACE

V KONTEXTU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE A PSYCHOSOMATIKY

Jiří Adamec

Brno 2020

BAZÁLNÍ AKTIVIZACE

V KONTEXTU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE A PSYCHOSOMATIKY

Jiří Adamec

Brno 2020

© Jiří Adamec
Filosofický seminář – katedra teorie
978-80-87234-100-X

Měřítkem vyspělosti a kultury jakékoli společnosti vždy bude jen to, jak zvládá starost o potřebné

V předkládané knížce je používáno záměrně označení *„bazální aktivizace*", jednak proto, že se od původního významu *„bazální stimulace*" obsah popisu tématu liší, stejně jako je zapotřebí respektovat fakt, že autor téma zvolil jako diskusní příspěvek k dalšímu zájmovému studiu a nikoli, aby vyvolával textem dojem výcvikového podkladu, který si bude činit nárok na ***BS*** jako obor, který tedy nespadá do jeho odborné kompetence.

Ú V O D

Podpora nebo náprava, neurologicky podmíněných poškození v širokém pásmu aktivit, oslabených, omezujících nebo jen částečných dysfunkcí lidského organismu (zejména v oblasti pohybu a smyslového vnímání), patří dnes k běžným systémovým přístupům, zabývajícími se, na úrovni základního a specializačního ošetřovatelství, lékařskou nebo i nelékařskou aktivitou, která je schopná účinné rehabilitace, poskytovat ve výsledku svým pacientům možnost návratu do aktivního života, zejména v úrovni samostatnosti zvládání úkonů, které pro ně, do té doby, byly nikoli anebo, jen obtížně dostupné.

Naším úkolem bude, podívat se na tuto problematiku v souvislosti s vývojovou psychologií a psychosomatikou, kam budeme zařazovat jak pacienty v různé věkové skupině, a to zejména z oblasti dětské a dorostové psychologie, tak pacienty, u kterých stejná problematika zahrnuje ještě psychosomatické symptomy. Tímto úhlem pohledu se v naší knížce budeme přeci jen více specializovat na témata, která nejsou běžně v těchto souvislostech popisována, čímž snad napomůžeme doplnit bílá místa těch částí témat, která si, vzhledem k rozrůstající problematice mezi pacienty ve společnosti, zasluhují konkrétní pozornost.

K vypracování předloženého tématu bylo použito několik českých a zahraničních titulů, zkušenosti autora z externí spolupráce s organizacemi, kde se bazální aktivizace uplatňovala jako hlavní terapeutický přístup ke klientům, dále vlastní aktivity, které v praktických cvičeních s klienty, jako okrajovou část terapeutického přístupu poskytuje na doporučení odborníků, stejně jako zkušenosti z výcvikových workshopů, kterých měl možnost se aktivně účastnit. Přáním autora je, aby se posluchačům tato přehledová práce stala pomocníkem na cestě ke klientovi a jeho reálné schopnosti, žít ve zdraví.

Jiří Adamec – srpen 2020

§1. BÁZÁLNÍ AKTIVIZACE MEZI NEUROLOGIÍ PSYCHOSOMATIKOU A PSYCHOLOGIÍ

Téma bazální aktivizace se začalo v odborných rehabilitačních přístupech objevovat v průběhu sedmdesátých let dvacátého století, jako pomocná aktivita, napomáhající specifickými postupy napravovat dysfunkční znaky dětí, tedy i v rámci speciální pedagogiky, stejně jako v rámci rehabilitačních postupů na všech úrovních poškození, či postižení, zahrnující pohybovou a smyslovou disabilitu. Její úzký neurologický rámec přístupu, však až do nedávné doby, přehlížel důležitou součást, která je bezprostřední vazbou na tento obor, jaký představuje vlastní psychologie a psychosomatika. Teprve od devadesátých let se dá hovořit o komplexnosti bazální aktivizace, úzce spolupracující s neuropsychologickými obory a tím uzavírající kruh nejdůležitějších témat, která ji dělají úplným oborem, neboť významně zasáhla do gerontopsychiatrie. Proč je pro bazální aktivizaci psychologie tak důležitá? Předně základním požadavkem zdravého, nebo alespoň zdravotně a vzhledem k druhu tělesného, či mentálního poškození přizpůsobeného jednání, je zapotřebí motivovatelnost pacienta s následnou zpětnou vazbou. Viditelný úspěch při zavazování tkaniček, nebo opětná schopnost vzít lžíci s polévkou a najíst se, popřípadě udržovaná smyslová pozornost k takovým fenoménům, jako je například rozpoznávání barev a orientace na mapě, přináší pacientům nic víc a nic méně než uspokojení z vlastní schopnosti fungovat samostatně a s tím se nesoucí rovněž i vnitřní uklidnění a sebevědomí.

Obecně, tělesná a smyslová, i mentální orientace v souvislostech potřeb, samoobslužnosti a interpersonálních vztazích, tvoří jednu důležitou oblast života člověka, v jeho světě a světě jeho okolí. Udržovat například v pokročilém seniorském věku vědomí klienta v maximální pozornosti k přicházejícím vjemům, představuje tak základní, bazální faktor individuální existence.

Děti, které jsou upoutány od narození na lůžko nebo na vozík, popřípadě ke svému pohybu potřebují speciální pomůcky, tak nejčastěji vyžadují takovou bazální aktivizaci, která zahrnuje komplexní přístup jak v tělesné, tak psychické podpoře. Kromě toho, jejich nevýslovným požadavkem je jednak tyto stimulanty měnit s přicházejícím věkem a odpovídajícím způsobem zpřístupňovat jejich náročnost, stejně jako v druhém sledu, poskytovat takovou psychickou oporu, která bude adekvátně odrážet nejen smyslový gradient k dosažené věkové skupině, ale stejně tak celkovou mentální úroveň, která se naopak často s očekávanou vývojovou linií nemusí plně shodovat, aniž by nutně muselo jít o mentální subnormu, nebo dokonce mentální poruchu v její diagnostikovatelné podobě. Odstíny těchto variant jsou natolik individuální, že jejich popis, by daleko převyšoval kapacitu obsahu tématu, které zde otevíráme.

Je nutné zvýraznit fakt, že bazální aktivizace je aktivní terapie, která se jen stěží může chápat za předem danou a jednou pro vždy již uzavřenou metodu. Jedná se ponejvíce o modifikační přístupy ke klientovi, které se musí smířit s tím, že jsou postaveny do role *opatrného improvizátora*, hledajícího vytrvale ty nejlepší cesty, ke zlepšení zdravotního stavu klienta. Navíc, vedle metodik, které používá, je zde také osobní přístup, osobnost pracovníka používajícího technik bazální aktivizace, neboť často je v tomto oboru nutný fysický kontakt, konkrétní verbální, komunikační aktivita a také způsob předávání zpětné vazby. Tyto skutečnosti tedy kladou na ty, kdo bazální aktivizaci se svými klienty (pacienty) vykonávají, eticky zvládaný přístup. Psychologické otázky přenosu a protipřenosu jsou proto v oboru, či oborech bazální aktivizace samozřejmostí a během supervizních setkávání je nutné s nimi citlivě pracovat. Z uvedeného je tedy patrné, že téma bazální aktivizace zásadním způsobem klientům vstupuje do života, což je nutné respektovat.

RULES
ZIPPIE

§2. BAZÁLNÍ AKTIVIZACE V NEUROLOGICKÝCH SOUVISLOSTECH

Základní stimuly našeho reálného, tělesného fungování se odvíjí z aktivního vztahu mezi organismem a prostředím. Ty spoluurčují dále všechny naše bazální schopnosti zpětné vazby, vynucující si smyslově nepodmíněnou a smyslově podmíněnou pozornost a s nimi spojenou motorickou aktivitu. Nervové buňky, nervová vlákna (také myelinisační proces a to společně se Schwannovými buňkami), nervová vlákna, nervové dráhy, dále rovněž nervové spoje (synapse), nervová jádra, nervové pleteně, nervové viscerální funkční okruhy a jejich specialisace jako sympatikus a parasympatikus, motoneurony, míšní nervy, neurochemické procesy (hormonální modulátory) a další neuroanatomická a neurofysiologická tématika, tedy nutně spoluzahrnuje výchozí znalost s níž je možné po odborné stránce vědomostí k danému oboru přistupovat. Bez detailních poznatků výše uvedeného, je další studium, natož vlastní praxe, při konkrétním výkonu s klientem (pacientem) značně ohrožena neúspěchem, popřípadě jeho nenávratným poškozením. Tím se samozřejmě dostáváme k neurovývojové anatomii.

Celou dětskou neuroanatomii můžeme rozdělit zejm. do čtyř okruhů: **1.** vlastní vývoj CNS, **2.** neuromotorický vývoj pohybu, **3.** neurologie v rámci růstu a fungování vnitřních orgánů a **4.** psychické funkce, kam zařazujeme stejně tak funkce kognitivní. Samozřejmě, že po relativním ustálení vývoje nervové soustavy (tedy přibližně kolem dosaženého osmnáctého věku jedince), tyto nervově podmíněné okruhy lze, pro jejich funkčnost posilovat, nebo vzhledem k okolnostem, mohou být jejich hodnoty oslabovány nějakým druhem vlivů (např. výchova, environmentální dopady, dlouhodobá nemocnost, či vrozené vady, úrazy, a tak podobně. V každém případě, dětská neurologie sleduje jednak dosažení růstového maxima vzhledem k věku a odtud poměru ke zdraví a nemoci).

Obecně se celkový vývoj nervové soustavy dá rozdělit na další následující oddíly: **1.** vznik vlastního mozku, neboli CNS, **2.** rozvoj vnějšího nervového systému (svaly a motorika), **3.** mícha a hlavové nervy, **4.** vegetativní nervový systém vnitřních orgánů a hladkého svalstva. Obojí dělení je zapotřebí sloučit a brát jako jeden celek. První dává důraz na vývoj, automaticky směřující po svém dokončení směrem do psychologie, která se osamostatňuje aktivitou vědomí, druhý potom upřednostňuje završení neurovývoje ve funkčním uspořádání vnitřních orgánů. První klasifikace tedy vychází z toho, že automatickým neurovývojovým procesem dochází k ustavení psychiky, coby nejvyššího neurovývojového stupně, kdežto druhá klasifikace psychiku do svého popisu nezařazuje, protože ji pokládá za výsledek jen dobře fungujících nervových procesů, a to v kontextu vnějších a vnitřních okruhů jimž je podřízena. Ať jakkoli, pro nás je důležité, že neurovývojový faktor je proces, který probíhá po stupních a zahrnuje tedy nějakou časovou linii, kterou potřebuje ke svému vzniku. To dále znamená, že se v jednotlivých „etážích" časově podmíněného vzniku nervových drah a okruhů, potom mohou objevovat také zjistitelné deficity, které napomáhají negativnímu, zpomalenému neurovývojovému procesu, což znamená, že lidský organismus se po narození, může potýkat s komplikacemi v celé řadě deficitů.

Detailní znalost těchto okolností tak napomáhá včasnému záchytu diagnostikovatelných komplikací, jako je například v úrovni jemné motoriky úchop předmětů, což může preventivně velmi dobře zapůsobit zejména při následné docházce do školy, když má dítě přirozeně brát do ruky tužku, pastelku a pracovat s nimi. Jiná komplikace ovšem může nastat, jestliže se dítě narodí s tělesným postižením, nedovolujícím úchop lžíce, tužky, nebo otevírání zipu pouzdra na pera. Je zapotřebí aktivizovat nácvikem předmět v ruce, až *do momentu zvyku*.

Otázkou tedy je, jak dochází k neuro-sensitivní zkušenost? Jak ji lze „udržovat při životě"? Co lze získávat jejím posilováním? Zda jsou v její podstatě rozdíly mezi ženami a muži? Do jaké míry má uplatnění při práci se seniory? Která zranění nebo handicapy jsou s ní spojená? Kam, až sahá v rámci psychologie? Na jaké úrovni jsou dnes přístrojové podpůrné techniky schopné jejího rozvoje? Jaká je celková budoucnost tohoto oboru?

§3. SMYSLOVÁ A RACIONÁLNÍ AKTIVIZACE

Na většině úrovních neurologicko-orgánového poškození s výjimkou některých, zejm. lokálních znecitlivění, může probíhat bazální aktivizace v nějaké maximální míře pozitivního působení, zajištěného odborností pracovníka.

Termínem bazální aktivizace máme na mysli označení celých souborů cíleného působení na orgánovou, smyslovou a psychickou vnímavost, zajišťujících pro jedince zlepšení a posílení jeho celkové orientace v dostupných vazbách ke světu svého okolí, sebereflexi, praktické samostatnosti a samoobslužnosti, interpersonální dostačivosti a psychické stabilitě.

Práci s klienty, u kterých je bazální aktivizace uplatňována, lze rozdělit do tří skupin nebo okruhů působení**:** **1.** *vrozená tělesná a mentální postižení*, **2.** *rehabilitace po úrazech a vynucených chirurgických zákrocích*, **3.** *psychologicko psychiatrické intervence s vazbou na psychosomaticky podmíněné dysfunkce*.

Veškerá práce s klienty se odvíjí od elementárních impulsů, jako jsou jednoduché doteky (kontakty a manipulace s předměty) a další smyslová aktivizace (zvuky, vůně, chutě a vizuální počitky), přes interpretaci jejich vjemových souhrnů na bázi asociačního určování rozdílů mezi představou a skutečností, až k reálným nácvikům práceschopnosti, při zacházení s konkrétními nástroji. Sebevnímání a uvědomování si vlastního těla v procesu

zvyšující se úrovně dovedností a bezprostřední psychické stabilitě umožňuje klientům zvládat tímto seberozvojem rovněž prožívání, z nichž patrně nejdůležitějšími zůstávají**:** trpělivost, cílevědomost, chápání smyslu a na ně napojující se racionální plánovitost (exekutivní funkce). Možno říci, že „královskou kategorií", zejména u dětí a dospívajících je potom *altruismus* ve své konkrétní, interpersonální podobě.

Vzhledem k tomu, že součástí nadpisu naší knížky je *hledání kontextu vývojové psychologie a psychosomatiky ve spojení a bazální aktivizací*, budeme se tedy dále věnovat předně tomuto tématu. Psychologie aplikovaná na nejrůznější druhy poradenství nám dnes svojí diagnostikovatelnou propracovaností (uvedenou zejména v *DSM-5*), umožňuje poskytnout upřesňující informace a vést popis tématu rovněž za hranice bazální aktivizace, tedy ke konkrétním behaviorálním a emocionálním fenoménům.

Jak je to tedy u klientů v raném věku s jejich bazální smyslovou aktivizací, a to předně v poměru k jejich psychice, jestliže se jedná o nějaký druh somatického nebo duševního deficitu? Odpověď je vcelku, při zobecňujícím přístupu jednoduchá. Každý chybějící článek přirozeně se rozvíjejícího smyslového vnímání, oddaluje u klienta celkovou orientaci ve světě, hromadí stavy nespokojenosti a je tak cestou k latentní frustraci a agresivitě, společně s nebezpečím, vytvářet si k ní i jednostranné přístupy, a to zejména, množstvím chybných, empirických zapouzdření, co do jejího chápání. V tomto ohledu se nás tedy potom týkají <u>neurovývojové poruchy</u> a <u>kognitivní poruchy</u>. První zahrnuje klasické psychické obtíže, které nejčastěji řeší dětská psychiatrie a speciální pedagogika, druhou položku má potom ve svém terapeutickém rejstříku neurologie dospělých a gerontopsychiatrie. Spojnicí jim může být bazální aktivizace, každé na její úrovni potřeb a konkrétního působení.

Proč je to právě *smyslová aktivizace*, která nás má k oběma výše uvedeným diagnostickým okruhům zajímat? Předně u dětí, ať ve zdravém vývoji, nebo v souvislosti s nějakým dočasným, či trvalým postižením, stejně jako u seniorů většinou s nějakým druhem progredujících obtíží (např. alzheimerismus), sledujeme, jak se u nich manifestují čtyři paralelně jdoucí řady okolností: **1.** *přirozená snaha něco poznávat*, **2.** *nemít pro způsob učení metodu*, **3.** *úporně se bránit cestě vedoucí k učení,* ***4.*** *netrpělivost a náladovost*. Někdy říkáme, že vůbec nejtěžším momentem v práci s bazální aktivizací je *„schopnost dopravit myšlenku na místo určení*", tedy k jejímu plnému zvědomení a zařazení do celkové empirické, sebezkušenostní výbavy. Například tam, kde to postižení vyžaduje a je nutné klientovi na invalidním vozíku s těžkou mentální újmou, podávat stravu ručně, budeme respektovat vyšší incidenci ke smyslové aktivizaci a oblíbenou potravinu po nasycení odložíme z dohledu klienta, aby nedocházelo k podprahovému vyvolávání chutí, či hladu, jestliže intelekt celkově nedovoluje situaci vyhodnotit jinak, než-li touto fysiologickou reakcí. Naopak, smyslová aktivizace ve vztahu k momentu nasycení může přeorientovávat zaměření pozornosti jiným směrem, jako je například poslech hudby. Drobný každodenní rituál, který klientovi dodává známé určení**:** *pocit klidu a bezpečí*. Celkově, dodržování pravidel, pokud možno v přesném pořadí, zahrnující rovněž denní režim, mívá na klienty obvykle dobrý vliv, kdy jsou adekvátně svému postižení mnohdy i pozorní a nebo částečně i spolupracující. Věci mají své místo, personální přístupy mají svoji obvyklou jistotu v laskavosti, a tak dále. Smyslová a racionální aktivizace může zcela bez problémů začínat od tohoto momentu nastavení a dodržování pravidel. Platí zde, jako v jiných podobných případech, že i v takových situacích má klient právo se o své vůli ohradit a nějakým sobě vlastním způsobem projevit s danou situací nesouhlas.

V souvislosti s klasickou formou smyslové bazální aktivizace, jako je například manipulace s předměty, jejich předávání z ruky do ruky, je součástí, sledovat u klienta s těžkou mentální újmou, zda je do aktivity zapojený a baví jej. V tomto případě je určující jednak rychlost výměny, stejně jako oční kontakt (je-li jej schopen), a to s předmětem, nebo s pracovníkem bazalní aktivizace. V rámci očního kontaktu ovšem nemusí vždy jít o jeho reálný úspěch, situace se může odehrávat jen pootočením hlavou směrem k ruce, která je aktivisována, nebo v nejtěžších případech zrychleným pohybem očí, které hledají kontakt s vykonávanou smyslovou expozicí. Ústa přitom mohou vypovídat o další části zapojení, například simulací úsměvu, nebo sevřením rtů, vyjadřujících úpornost soustředění na danou „hru". Stejně tak to může být hlasový projev, který by měl pokaždé dojít zpětné vazby. Emoce v hlasovém projevu však ze své strany nemaximalizujeme. Klienta navíc na expozici připravíme tím způsobem, že jej dospěle o úmyslu „spolupracovat" informujeme a exponovaný předmět mu vložíme do rukou nebo nadohled. Rovněž závěr spolupráce předpovídáme slovně a pozvolna „hru" ukončujeme. Pokud má následovat další činnost, poskytujeme klientovi nejméně patnáct minut odpočinku. V této části může dostat napít, nebo jej natáčíme např. směrem ke stěně, kde je obraz, který rád sleduje, nebo tak, aby měl výhled z okna a necháme mu tedy chvíli na sebe. Zvuky, které může vnímat jak z místnosti, tak ze širšího okolí, pokud to jen trochu jde, tak eliminujeme zejména, co do jejich hlasitosti. Pokud z místnosti odcházíme, klienta o tom nahlas a srozumitelně informujeme. Tato část může být doprovázena letmým dotekem na rameno nebo ruku, či v domácím prostředí pohlazením po tváři, ale vždy bez přílišného tlaku a důrazu na situaci. Otázka, jak dlouho může být klient v takové situaci o samotě, je vcelku jednoznačná, ne však déle, než půl hodiny, někdy i kratší čas,

zejména jedná-li se o malé dítě. Jednak základní hygienické potřeby mají své nesmlouvavé nároky, stejně jako doprovodná postižení, kterým může být například dysfagie (porucha polykání). Hlasový odposlech jako je oblíbená „chůvička" může zejména v těchto momentech zafungovat jako velmi praktický, doplňující nástroj dočasné pozornosti ke klientovi.

Racionální aktivizací máme na mysli, v těchto souvislostech zejména**:** schopnost klienta uvádět o vlastní vůli všechny smyslové aktivizace do vlastního kontextu chápání jejich smyslu a osobních potřeb. Reálně takové chápání okolností vypadá potom tak, že je pacient například schopen vyžadovat modifikaci předešlých cvičení jako hru, kterou zvládá realizovat samostatně (říkáme, že je schopen se zabavit zaujetím činností), popřípadě převádět naučené aktivizační dovednosti v souvislosti se samoobslužností a plánovitostí, která vede od hry k praktickým úkonům každodenního života. Osobnost, praktické a komunikační dovednosti tvoří potom jeden celek. V jeho podstatě je schopnost zvládat vedle výše popsaných kroků rovněž automatickou zpětnou vazbou vlastní zdůvodnění, proč se jedinec rozhodl jednat podle nějakého motivu, záměru, čili zda je schopen sebereflektivní interpretace. Opět i zde musíme počítat s tím, že mentální charakteristika dosažené, nebo dosahované inteligence předně umožňuje pouze nějaký stupeň takové komunikace. S jedním klientem (chlapec 11 let upoután na invalidní vozík), bylo možné dosáhnout pouze na ten stupeň sebereflexe, který zahrnoval v rámci mentální aktivizace pouhé signování, čili verbální označování událostí, bez možnosti jejich provazování v rámci slovního propojení. Tak na místo: *Dnes je venku pěkně, protože svítí slunce*, verbalisoval jen vyráženými symboly: *Slunce – hezky*. Kromě toho, deficit anatomie jazyka a ústní dutiny neumožňoval klientovi rozvíjet srozumitelnost verbálního projevu, ovšem při každé zpětné vazbě, která

dávala najevo, že je ze strany okolí (rodičem, aktivizačním pracovníkem) klientovi porozuměno, radostně své sdělení i několikrát opakoval. Tento jev je u klientů s mentálními poruchami známý, zakládá se na klasické echolálii podporované dále uvědomovaným úspěchem z vlastního navázání interpersonálního kontaktu.

U jiného klienta (20 let upoután na invalidní vozík) docházelo zase k tomu, že jeho verbální schopnosti zcela chyběli, ale byl aktivisován, aby pohybem rukou dokázal dostatečně „verbalisovat" své potřeby. Tak bylo u něj dosaženo například vysokého stupně komunikace, jestliže se jednalo o návyky typu žízeň a hlad (hlasité zamlaskání), pocit močení nebo defekace (ruka na břiše) nebo potřeba být sám, odejít z dosahu lidí ve svém okolí (pomalé kývání hlavy ze strany na stranu). Jiné potřeby si klient aktivizoval sám, například potřebu činnosti dával najevo opakovaným svíráním a rozevíráním natažené ruky, jestliže měl potřebu se někoho držet, nebo manipulovat s oblíbenou hračkou (v tomto případě to byl tenisový míč). Občas tento klient udivoval a bavil i svými záměrnými „provokacemi", když míč pouštěl z ruky a vyžadoval od okolí, aby jej hledal a opět mu jej do ruky vkládal s evidentně radostným očekáváním, stejnou situaci opakovat.

Pro tyto aktivizační činnosti, jejich bazální posilování, je důležité si u každého klienta vytvořit a vést jednotný přehled důležitých momentů psychických procesů, vlastností, stavů a reakcí, rovněž s jejich evidencí časovou, aby byl vykázán jeho objektivně hodnotící status. Tento přehled by měl zahrnovat**:** počitky, vjemy, emoční reakce, motorika, pozornost, zapamatování, míra opakování a nutnosti vracet se na začátek, verbální snaha (může jít někdy o pouhé zvuky), reálná schopnost něco se naučit, práce s kontrastem (výběrovost), míra zátěže (například délka trvání práce na tématu a emoční projevy v rámci zátěže), meziosobní vztah (jeho kvalita).

§4. BAZÁLNÍ AKTIVIZACE A PROBLÉM STEREOTYPIE Z POHLEDU FENOMENOLOGICKÉ PSYCHOLOGIE

Projevy klientů s různou úrovní tělesného a mentálního postižení, mívají často jednoho společného jmenovatele, jakým je stereotypní motorické chování. Pohybem končetin, pohybem trupu, pohybem hlavy a nebo jen ústy, prsty na rukou, popřípadě očima, dávají najevo jednak přítomnost přebytku energie, stejně jako takto upozorňují na prostý fakt, že se nudí. Podle výchozího určení zakladatele fenomenologické filosofie Edmunda Husserla je existenciální skutečnost člověka zásadně vystavěná na tak zvané *„realisaci vědomí*". Aby k takovému *„sebeuskutečňování*" vůbec mohlo během života člověka docházet, jsou k tomu zapotřebí několikeré vlastnosti vědomí: **1.** *bdělost, neboli VIGILITA*, **2.** *jasnost, neboli LUCIDITA*, **3.** *paměť* a **4.** *přirozená selektivita* (výběr zapamatovaných informací – přebíraných z vlastního, sebezkušenostního rezervoáru, k účelné kombinaci dojmů pro praktické zvládání aktuálně nastalých situací, stejně jako jejich krátkodobé a dlouhodobé předjímání).

V částečné odtažitosti od reálné fysikální existence se někdy u filosofů dočítáme, že člověk žije jednoduše takový život, jaký si vymyslí. Kromě toho, je pro naprostou většinu lidí a zejména dětí důležité existovat rovněž ve vztahu k horizontu bytí. Tím je v podstatě jakékoli časové vymezení účelu k němuž svým praktickým životem člověk směřuje, stejně jako je to u dotazování a ověřování vnitřního obsahu předmětu, tohoto horizontu, současně s tak zvaně: *„mým reálným, tělesným postavením v něm*".

U dětí a některých dospělých známe tento problém často z jejich *rigidního* (úporného) dotazování, typu: *Co tam bude? Zvládnuto? Kdo tam bude? Co budeme dělat? Jak dlouho tam budeme? Proč tam musíme jít? Nebudeme se tam nudit?* Vyšší úroveň takové rigidity spočívá

na nekonečnosti modifikací otázky: *Co mám dělat, abych konečně dosáhl/la spokojenosti v životě, když vlastně ani nevím, co by tou činností ve skutečnosti mělo být?* Tuto otázku si mnoho lidí nakonec klade celý život, aniž by v jejím zodpovězení někdy našli sebe sama. Jejich pochybnosti a *„přeasociovanost"* typu: *„co kdyby"* – *„ale"* je nechává stát ve skutečnosti trvale *„vystrašené"* a *„závislé"* na druhých lidech a jejich názorech na místě, bez možnosti, se v životě jinak sebevědomě někam pohnout a uplatnit. Jedná se tak o uvíznutí ve *„vnitřním prostoru"* pochybování, nejčastěji pak svázaném také založeným, a nebo, celou řadou založených konfliktů.

•

Tato zdánlivá odbočka, nás však může o něčem významném poučit. Běžně se snažíme z množství podnětů porozumět detailu bytí, neboli způsobem uvažování provádíme celou řadu tak zvaných *„redukcí"* (Ed. Husserl), abychom si jinak složitou a bohatou realitu zjednodušovali, a to, zejména jen do vlastního vzorce způsobu jejího chápání. Avšak pro klienta s poruchou mentálního vývoje (dříve oligofrenie) je tato *„redukce"* již jednou pro vždy dána, co by pevný *„horizont"* jediné a všeobjímající přítomnosti.

Pokud tedy interpretujeme daný okruh otázek z pohledu, nyní již tedy pouze fenomenologické psychologie, můžeme tak dovodit, že se ve smyslu toho, co jest vnímáno, jedná rovněž o dva druhy *„fenoménů"*, čili jevů, které jsou vědomím evidovány. Pro zdravého jedince je to vědomí *„transcendentální"*, neboli překračující horizont sebe sama (někdy s nepoměrně dalekými přesahy) a pro vědomí „našeho klienta" jsou to fenomény (jevy) úzce vázané pouze na vnitřní *Já*, co by smyslovou potřebu, kde však i toto *Já* může a často mívá jen velmi formální ráz. Z hlediska nutné úcty k osobnosti klienta s postižením, o kterých zde pojednáváme, mu toto *Já* často přikládáme jako součást sebe samých. Nic méně,

dostáváme se zde již k některým hypotésám. Nebudeme i tak příliš daleko od reálné skutečnosti, pakliže uvedeme jako měřítko větu George Berkeleyho: *Esse est percipi* (být znamená vnímat). Lze totiž u nemalého počtu klientů, zejm. s těžkým, kombinovaným tělesným a mentálním postižením sledovat, jak se jejich „vědomí" vpravuje do dané reality teprve, je-li s nimi aktivizační cestou pracováno. V momentě, kdy jsou ponecháni „bez kontaktu", jejich „vědomí" opět vyhasíná. Nebo, jak uvádí Hegel ve svých Dějinách filosofie (sv. I.): *„Musíme umět zapomenout, že jsme zvyklí na bohatý, konkrétní svět myšlenek*" (str. 173) Vše je pro naše klienty s tímto druhem postižením pouze smyslovou jednotlivinou a další určení, které má snahu po ukládání jevů do kontextu, se nese pouze naší vůlí právě do tohoto kontextu směrovat vylepšení jejich vnímavosti. Není to zcela možné, neboť chápání zde nepřesahuje u klienta od „smyslové jistoty", čili *„tohoto*" v provázanosti k *„mínění*" (Hegel, *Fenomenologie ducha*). Pokud by tomu tak bylo, jednalo by se o samostatnou reflexi, která by zapojováním vůle, rozeznávala svět svého okolí rovněž na základní úrovni fantasie, čili přiřazování obecných obrazů, často se skutečností nesouvisejících a tedy odehrávajících se v záměrné fantasii. Dobře *k tomu to poměru sil rozumu a vědomí* může posloužit Condillacova kniha: *Esej o původu lidského poznání* (č. v. 1974). Autor v ní pomyslnou sochu obdarovává postupně jednotlivými smysly a popisuje výměry vnímání, pokud se tyto smysly nemohou provázat ve vjemy a působí zcela izolovaně. Nad přesností postřehů, tohoto významného francouzského osvícenského filosofa z druhé poloviny osmnáctého století, žasneme. vedle těchto zajímavostí se u něj dočítáme i následující: *„Je očividné, že kdyby bylo zničeno spojení mezi vjemy, jež zakouším nyní, mezi vjemy, jež jsem zakusil včera a pocitem mého bytí, nemohl bych rozpoznat, že to, co se mi stalo včera, se stalo mě.*" (str. 49)

Sklon ke stereotypii u našich klientů, která byla zmíněná v nadpise této kapitoly a na jejím začátku v textu, nám tedy může být nyní už srozumitelnější. Jedná se o adekvátní výraz úzce zaměřené aktivity, současně s pozorností, na kterou daný jedinec, vzhledem ke svému postižení, v daném momentu stačí a vyjadřuje rovněž i jeho izolovanost vůči ostatním vjemům, na jejichž vnímavost nedosáhne. Mnohdy, pokud klient do své stereotypie upadne, není ani schopen např. slyšet náš hlas, proto jej těžko můžeme o příchodu do místnosti informovat, je-li k nám zády. Zásadou by mělo být, z hlediska jeho pohodlí, aby se také například jednoduše nelekal náhlých, neočekávaných kontaktů, tudíž je vhodné vždy klienta tedy *„stavět*" tak, aby viděl na dveře, kudy se do místnosti přichází, stejně jako je doporučeno nechávat během spánku místnost mírně osvětlenou. Všechny tyto základní smyslové momenty respektují úžinu klientovy vnímavosti a poskytují mu bezpečný průběh dne. Aktivizace relaxační hudbou musí být například vyzkoušená. Někteří klienti si zvykají jen těžko a tato forma spolupráce je více méně obtěžuje, oproti těm, kteří naopak za stejného postižení hudbu přijímají, baví je, nebo při ní i usínají. *Pozor na hlasitost!*

Fenomenologickým problémem nejen bazální aktivizace tedy je trvale vést v patrnosti přísně daný a trvalý rozdíl v přístupu k realitě a sobě samému, mezi vlastním vědomím a vědomím klienta s takto mentálním a tělesným postižením, které zde popisujeme. Pouze za takových podmínek, se dokážeme plně adaptovat do jeho světa a empaticky zvládat nároky, které před nás staví jeho respektu hodná existence. Tímto přístupem a učením se, můžeme potom lépe odolávat nejnáročnějším momentům, které se při dané práci často vyskytnou, jako je emoční vznětlivost klienta. Jednak to může být jeho chytání a svírání rukama, což může být bezděčný projev odpovídající postižení, nebo křik a házení věcmi.

§5. BAZÁLNÍ AKTIVIZACE A PSYCHICKÉ PORUCHY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Je dnes známou součástí přístupu k dětem, že za jednu z forem posilování jejich individuálního a sociálního bytí je osobní kontakt jako: *úsměv, pohlazení, objímání, laskavá manipulace během přebalování, někdy doprovázené stejně tak laskavým mluvením, tichým pozpěvováním a tak dále*. Vytvářet klidné prostředí, kde se bezpečí stává součástí sdílené atmosféry, představuje pro každého člověka mimořádně důležitý vývojový faktor. Napomáhá totiž upevňování vlastní identity dítěte jak s tímto prostředím, přebíráním dané atmosféry do vlastní, sebezkušenostní výbavy, která se stane později tím, co bude vyžadováno, například jako obsah životního stylu, stejně jako sebevědomí, které, založeno na tomto přístupu k realitě, bude mít prostor k rozvážnějšímu zvládání konfliktních situací. Jestliže se ovšem prostředí, kde dítě vyrůstá naplňuje neurocistními znaky, nelze očekávat, že se jeho vývoj bude odehrávat v námi požadovaných, klidných souvislostech. To, co samo o sobě v subjektu neurocistně vychovávaného dítěte zakoření v jeho podvědomí, bude pouze nastraženost k neuspořádaným vjemům, přesílených frustračním obrazem z vlastního neúspěchu porozumět jejich množství, a tím pádem následně odmítavému postoji k jinak i nekonfliktně přicházejícím impulsům. U takových dětí a dospívajících máme možnost potom sledovat, jak se jejich cítění ve vztahu k sobě samým a k druhým lidem (vrstevníkům a dospělým) stává konfliktní hned několika postoji**:** nedůvěrou, nebo naopak rychlým upadáním do personální závislosti, lhaním, drobnými krádežemi, latentní nebo otevřenou agresivitou, předčasnou sexuální aktivitou, aj. Tyto faktory zjevně ukazují na pozvolný rozvoj osobnosti v extrémních variantách, někdy i hraničních souvislostech, které se stávají postupně základním a jen obtížně měnitelným obrazem těchto osobností a jejich postoji k *Já*.

V předešlých kapitolách jsme se věnovali tomu, jak mimo jiné souvisí neurologie a bazální aktivizace s motorickými a sebezkušenostními faktory a ukázali jsme si rovněž na to, jak se z pohledu naší filosofie člověka, je zapotřebí dívat na sebezkušenostní obraz klienta, který má kombinovanou tělesnou a mentální újmu na takové hranici bytí, která dovoluje již velmi specificky individuální bazální přístupy a empatii. Zde se podíváme na to, zda můžeme právě u těchto hraničně mentálních stavů (poruchy mentálního vývoje měřené například IQ testy) sledovat něco jako frustraci, úzkost, stres, strach, neurocistní či depresivní pozici, nebo také schizofrenní (schizoidní) sklony.

Ze zkušeností, které lze vcelku snadno při systematické a dlouhodobější práci s klienty, které zde popisujeme získat víme, že to, co je pro jejich sebereflexi značným přínosem, tak především pravidelnost aktivit. Není těžké umět si představit, že když nám okolnosti nedovolují konat například během ranního vstávání úkony v jistém pořadí, může to vcelku narušit atmosféru této části dne a dokonce i náladu pro jeho další průběh. Mylné by bylo domnívat se, že děti s kombinovaným tělesným a mentálním postižením takové vnímání postrádají jednoduše proto, že snad nemají inteligenční kapacitu na zachytávání obdobných faktorů ve svém životě. Např. ranní rituál sestávající z probouzení, polohování v přísných časových odstupech a pozicích, společná příprava snídaně, kdy je dětský klient s námi v kuchyni a tím i plnohodnotně vpravován do společného dne má zásadní význam pro kohezní vztah mezi jím a těmi kdo se o ně starají. Vedle toho, je doporučováno, občas se nahlas a jmenovitě (o klientovi) mezi sebou, je-li rodina nebo společenství o více lidech, bavit přirozeným integrujícím způsobem, aby se stále uzavíral kruh personální soudržnosti. Klient neustále, i když někdy přeci jen pouze fragmentárně, tak přeci jen vnímá, jak se impulsy vedoucí k jeho

osobě a k druhým lidem vzájemně provazují. Dále, jestliže jsou dny svým rozvrhem přesně určeny tedy také svým průběhem, je zapotřebí dbát na jejich dodržování. Nové a nepředpokládané aktivity určitě nejsou klientovi na škodu, ovšem čím náhlejší je jejich realizace, *tak zvaně bez přechodu*, tím náročnější, mentálně i fysicky je jejich zvládání klientem. Odtud a z dalších podobných nerovností psychického terénu, obrazně řečeno, mohou a také vznikají nejrůznější stavy klientových nespokojeností. Mohou se projevovat tělesným neklidem, popřípadě doprovázeným pomočováním, defekací, nauzeou, nebo křikem, odmítáním jakkoli spolupracovat (apatií).

•

Klient (9 let, chlapec) střídavě pobývající v rodině a v příslušném sociálním zařízení, míval přechodné stavy úzkosti, které manifestoval apatií, neochotou zahájit nebo pokračovat v nácvicích. Před tím, než se tyto psychické výkyvy dostavily, neměl žádné znatelné těžkosti a spolupracoval v rámci svého postižení, bez jakýchkoli omezení. Jeho stavy úzkosti se začaly projevovat asi v sedmi a půl letech. Příčinu jak rodiče, tak ošetřující lékař a aktivizační pracovník nemohli dlouho určit. K jejímu odhalení napomohla zvláštní náhoda. Během jednoho horkého letního dne, kdy v bezprahovém zařízení na chvíli nešla klimatizace, aktivizační pracovník odkládal opakovaně dioptrické brýle. Během dne se klientovy nálady střídaly. Nakonec se tedy přišlo na to, že se prostě bál obličejů s brýlemi. Co bylo této jeho úzkosti původem, zůstalo záhadou. Důležité však bylo, že se na pramen jeho psychických obtíží přišlo a mohlo dojít ke korekci v přístupech k práci s ním, tedy ze strany jak rodiny, tak i personálu, bez brýlí. (Po dvou letech obavy odezněly)

Co probíhalo v hlavě klienta se můžeme jen stěží domýšlet, tuto skutečnost nám nebyl schopen objasnit. Jednoduše brýle měnily vizáž lidí v jeho blízkosti a to stačilo na jeho odmítavý postoj, doprovázený neklidem.

Klientka (6,5 let) převážně pobývající v rodinném prostředí na venkově s dobrým zázemím a pečovatelským zastoupením. Při pravidelných procházkách lesem, kde byla zřízena cyklostezka, což usnadňovalo jízdu invalidním vozíkem, téměř pravidelně usínala a odpočatá se po asi hodině, někdy i déle, spontánně probouzela. Zvyk na aktivizačního pracovníka a vzájemná koheze byli stabilisované dlouholetou spoluprací. Od šesti let klientka však začala náhle projevovat značný motorický neklid, když se chystali na procházku a v některých případech od ní muselo být upuštěno. Pokud se nakonec vydali, alespoň na chvíli ven, mohlo k tomu být ovšem přistoupeno teprve tehdy, až klientka usnula a cestu na čerstvém vzduchu prospala. Dlouho se však nevědělo, co je důvodem jejího stresu. Při jednom večerním ukládání na lůžko, si matka všimla, jak dcera úzkostlivě pozorovala světla a stíny, která do místnosti dětského pokoje pronikala, když po cyklostezce projížděli cyklisté s rozsvícenými světly. Pořídili doma rolety a dívka usínala bez obtíží. Venku se ovšem situace, za denního světla opakovala a opět nemohli vyjít na procházku. Doma sice dříve, stíny a světla zvládala, chráněná přeci jen domovem a známým prostředím, ale venku se její úzkostné stavy pravidelně opakovaly. Byla tedy hledána nějaká souvislost, analogie. Matka nakonec přišla s teorií, že by důvodem dceřiných úzkostí mohly být stíny velkých vrostlých stromů, které ji mohly zneklidňovat během procházky. Odkud se tyto její obavy vzaly a přechodně ji znepříjemňovaly společné procházky zůstalo tajemstvím. Nezbylo, než tedy učinit drobný ústupek této okolnosti tím, že byly procházky činěny tak, že se musely odvézt autem o pár stovek metrů dál. kde už byl otevřený prostor bez stínů a bez omezení se procházet na čerstvém vzduchu. Stejně jako u předešlého klienta, také zde došlo ke spontánnímu vymizení obtíží do, asi dvou let. Oba případy nám ukazují na to, jak se v rámci mentálního vývoje mění vztah k vnějšku.

Klient (19 let) převážnou část života tráví na invalidním vozíku ve společném zařízení pro mentálně a tělesně postižené. Před deseti lety se jej jako ošetřující ujala aktivizační pracovnice, která je s ním v kontaktu pravidelně, někdy až tři dny v týdnu, vždy několik hodin. Klientovi tento kontakt zřetelně prospívá. Je klidný, bez problémů zvládá rovněž zaměstnat se drobnými činnostmi (pomoc v kuchyni, skládání vyžehlených ubrusů), nebo se spontánně věnovat hře s kostkami. Komunikace je rovněž, i když přes zřejmá omezení možná, alespoň do úrovně hesel. Od sedmnácti let klient procházel zjevně nepravidelnými depresivními fázemi. Projevovaly se u něj stavy, kdy jen nečinně sedával s pohledem upřeným, tak zvaně „do neznáma" celé hodiny, bez toho jej jakkoli přimět k činnosti nebo i zpětné vazbě. Občas se při této expozici dostavovalo spontánní vyplavování slz, tiché sténání, někdy i úzkostlivě sevřené prsty v pěst, popřípadě několikrát také rytmické bušení rukou o hranu vozíku, nebo do vlastních nohou. Při podávání léků jen sporadicky tyto zabíraly a klientovi dopřávaly úlevu. Během kontaktu s aktivizačním pracovníkem neměl klient zřetelně ochotu se podvolovat jeho záměrům. Při muzikoterapii měl několikrát tendenci dávat najevo neochotu v místnosti setrvávat a žádal o převezení na pokoj nebo tam, kde mohl být sám. Hledání vlastního původu jeho depresí nebylo vůbec snadné a po prvních měsících se všichni přikláněli k variantě, že by se mohlo jednat o její vrozený, organicky podmíněný typ. Taková varianta by měla spíš horší výhledy na úzdravu. Po roce začalo být přeci jen patrné, že by tomu tak nemuselo být a příčina by mohla být pojmenována. Klient byl totiž v zařízení jen z toho důvodu, že jeho rodiče, když mu byly čtyři roky, zahynuli při dopravní nehodě. Jejich vztah byl přímo ukázkou vzájemnosti. Ve svých věcech měl své hračky ještě z doby, kdy byli rodiče naživu. Otázka, proč docházelo k traumatické expozici po tak dlouhé době byla na místě. Vedly k tomu

klienta dvě okolnosti. Zjevně fragmenty vzpomínek u něj zůstaly zachovány. A v druhém sledu, tyto vzpomínky byly znovu vyplavovány, jakmile se do zařízení přišli na návštěvu podívat rodiče ostatních spoluklientů a popřípadě si je brávali na víkendy domů. Musíme chápat, že zde nehraje žádnou roli čas, proč teď a nikoliv dříve u klienta docházelo k těmto depresivním projevům, stále musíme mít na mysli, že se jedná o pacienta s duševní poruchou, jednak vzhledem k onomu mentálnímu poškození, které bylo dáno od narození a rovněž vzhledem k již definované depresi, která si rovněž čas nástupu neplánuje jinak, než těmi spouštěči, které přichází nejčastěji spontánně. Náš klient měl to štěstí, že se jej aktivizační pracovnice ujala i v tomto ohledu a rovněž si jej brávala, po nutných úpravách v místě bydliště, na víkendy domů. Deprese do několika měsíců ustaly. Klient se vrátil ke svému aktivnímu fungování v sociálním zařízení. Navíc, předměty, které měl od doby, kdy jeho rodiče byly s ním, se staly součástí *„soukromí"* které mohl zažívat o víkendech *„ve svém novém domově"*. Náhrada, byla pro klienta stoprocentní.

Když jsme v průběhu nastalých okolností učinili supervizní setkání s pracovníky zařízení, bylo znát, že jsou emočně na celém případu zaangažovaní, neboť obliba klienta na pracovišti byla značná a pomoci mu, bylo otevřeným zájmem všech. Situace ve své humánní podobě došla tak daleko, že kolegyně, které podporovaly aktivizační pracovnici v úmyslu klienta si brávat občas domů, automaticky na ohlášený víkend, přinášely vlastní uvařené obědy i s nějakou tou dobrotou navíc. Klient měl vskutku nyní velkou rodinu. Na těchto supervizích současně padlo i několik otázek vzhledem k dlouhodobosti, udržet pro klienta takový stav, co by standard. Nebyla shledána žádná překážka, chápat nastalou situaci jako pevný morální závazek. I to je jeden z předpokladů přístupu ke klientům s obtížemi, které jsou zde popisovány.

§6. BAZÁLNÍ AKTIVIZACE A JEDNOTLIVÉ STUPNĚ VÝVOJOVÝCH PORUCH INTELEKTU PRAKTICKÉ PŘÍSTUPY

Náš přehled v této části pojednání budeme opírat o praktické zkušenosti, související se specifickými nároky přístupů k jednotlivým druhům mentálního a tělesného postižení. Odborná literatura a závěry výzkumů se provazují s klasifikací, kterou popisuje zejména **DSM-5** *(Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)*. Zde se v rámci klasifikační matrice uplatňuje dnes již ověřené dělení poruch mentálního vývoje zejména na: **1.** *mírné*, **2.** *středně těžké*, **3.** *těžké* a **4.** *hluboké*. Doposud jsme se při našem dosavadním přehledu věnovali přednostně jen *středně těžké* a *těžké* poruše mentálního vývoje. Další dělení stupňů postižení se určuje podle praktického zvládání každodenních činností: tak zvaně ***konceptuální*** status určuje nejběžnější aktivity v rámci celkové orientace (škola, učení, hodnota peněz, flexibilita, řešení konfliktů a další), následuje ***sociální*** sféra (nezralost ve vztazích, vyšší incidence interpersonální zranitelnosti a tak dále), a trojici uzavírá čistá schopnost ***prakticismu*** (schopnost postarat se sám o sebe v úrovni zdraví a hygieny, trávit volný čas, nebo si aktivity dopředu plánovat, a tak podobně.) Každá ze jmenovaných činností je opět specifickým způsobem popisována zejména vzhledem k tomu, jak se v takové pozici chová jedinec s *mírným, středně těžkým, těžkým nebo hlubokým* postižením a jaká jsou z těchto důvodů také nutná opatření. Toto škálování, neboli klasifikace, však i tak může být pouze orientační, i když jde o co nejpřesnější určení diagnostikovatelných znaků, neboť klienti se svými obtížemi mohou a často také přesahují fragmentárně do „vedlejších" kategorií. Tak například: <u>klient s mírným postižením, říká se rovněž někdy „s lehkou inteligenční subnormou</u>", může vykazovat známky *normality*, současně se známkami jdoucími až na vrchní hranici středně těžkou.

V praxi to potom vypadá si tak, že klient je v denních situacích dobře orientován, aniž by udělal chybu, cítí se spokojený a zvládá i drobnější úkoly, jako je například vyzvednutí balíku na poště a tak dále. Do toho ovšem přijde komplikace, která klientovi vnese do celého toho jinak poklidného průběhu dnů náhlé vybočení, protože v domě, kde bydlí budou vyměňovat zámek u vchodových dveří z ulice a paní, která rozdává nájemníkům klíče je k dispozici pouze v době, kdy je klient stále na cestě z práce a to musí ještě nakoupit a zajít také do svého oblíbeného obchodu s hudebními nástroji, kde si rád prohlíží nové kytary. Představa, že bude muset některou z jmenovaných činností vynechat jej ovšem vcelku snadno dokáže *„rozhodit"* a znepříjemnit den. Nedokáže myslet na nic jiného, než na to, jak celou, *složitou situaci* vyřešit, budou se u něj dostavovat úzkostné stavy a pocity obav, zda se tedy vůbec nakonec domů dostane. Tudíž lehká forma poruchy mentálního vývoje je charakteristická nejčastěji náhlým nezvládáním jinak standardních situací, potřebou klienta informovat o změně plánů a vytvořit mu schůdnou, zejména emoční cestu, k realizaci změny navyklého pořadí úkonů. Bazální aktivizace zde tedy spočívá hlavně v systematickém předávání racionálních impulsů pro zvládání změn, schopnosti plánovat tak zvaně na místě a rovněž, improvizovat s jasným počtem kroků, bez obav ztráty osobní integrity.

Pakliže se bude jednat ovšem o klienta se středně těžkou poruchou mentálního vývoje, bude se jeho situace odvíjet podle jiných parametrů. Ve sféře konceptuální se u něj budou trvale projevovat deficity, jednoduše řečeno**:** zaostávání. Tato zpoždění budou zahrnovat kategorie mluvy, chápání času, zřetelně opožděný nástup schopnosti pracovat s čísly, ať už v jakékoli podobě, dále při rozlišování**:** předmětů, živočichů, a tak podobně. Na úrovni vlastní odpovědnosti, bude jen s obtížemi chápat míru osobní angažovanosti na možném vzniku konfliktů.

Ve sféře dalších, šířeji sociálních aktivit, se klient se středně těžkou poruchou mentálního vývoje bude ocitat v mnoha nevýhodných pozicích. Jednak pro něj zůstane téměř nedostupná možnost, navazovat přátelské vztahy s lidmi, kteří nejsou součástí užší rodiny. V rámci mezi-osobních vztahů, bude tento klient trvale na hraně mezi normou a patologií, co se týče i výchovných témat. Například bude mít vyšší incidenci nedodržovat pravidla a tím na sebe strhávat ze strany okolí negativní pozornost. Kromě toho, nastoupí-li k těmto znakům ještě přidružená komplikace v podobě netrpělivosti či neuroticismu nebo sklon k agresivitě, celkový obraz osobnosti klienta to v očích jeho okolí dehonestuje, až do té míry, že je z jejího středu pro nezájem, vyloučen, i když takové chování nemusí být pravidelným obrazem této osobnosti, se středně těžkou poruchou mentálního vývoje. No, a co se týče vlastních aktivit spojených s praktickým životem, bude tento klient tedy již potřebovat pravidelnější pomoc. Na úrovni jídla a hygieny se sice budou schopni postarat o vše s náležitou péčí, ovšem v úrovni zdraví, nebo péče o domácnost je pro ně důležité, připomínání ze strany okolí. Většina úkonů představuje pro tyto klienty dlouhodobý předešlý *bazálně aktivizační nácvik*.

Podívejme se na charakteristické projevy u klienta s těžkou formou poruchy mentálního vývoje. Zde je už dorozumívací schopnost klientů na hraně dostačivosti. V řečovém projevu se nejčastěji jedná pouze o heslovité dorozumívání s důrazem na opakování slov. Individuálně lze dosahovat jen formální úrovně schopnosti rozumět písemnému záznamu. V rámci jakékoli praktické a sociální aktivizace musí pak tito klienti mít na blízku člověka, který jim takové činnosti pomáhá zvládat. Vztah k sobě samým má tak omezující charakteristiky, že se potom prolínají rovněž do praktického života, kde jakákoli míra samoobslužnosti musí být součástí výkonů aktivizačního pracovníka nebo zdravotního a ošetřujícího personálu.

U poslední kategorie, tedy hluboké poruchy mentálního vývoje jsou charakteristiky daných projevů a náročnosti péče extrémní. V zásadě absentuje jakákoli schopnost tvůrčí obrazotvornosti. Realita je vždy smyslově konkrétní, klient za její hranice nevystupuje. Něco jako selektivní schopnost záměrného výběru podnětů, na základě rozpoznávání významu věcí a okolností není klientovi dostupná. Naopak v sociální aktivizaci zvládají vnímat blízkost jedinců, s nimiž spolupracují a projevovat základní náklonnost akceptací jejich působení na svoji osobu. Řeč je u nich pouze symbolická, nebo se komunikace omezuje na projev emocí, a to ve formě spontánně vyrážených zvuků. Tělesné omezení pohybu dále značně u klientů s hlubokou poruchou mentálního vývoje zabraňuje široké škále uplatnění a sociální participaci na událostech, které je obklopují. Zjednodušeně řečeno, u klientů s touto újmou je zapotřebí zajišťovat dvaceti čtyř hodinový servis ve všech oblastech jejich fungování. V rámci alespoň formální samostatnosti, zvládají tito klienti např. poslech hudby, sledování televize, s podporou i manipulaci s vybranými předměty. Zjevné je, že jakákoli systematická a úměrná činnost, klienty s těžkou poruchou mentálního vývoje stabilisuje zejména, co do projevů emocí a nálad.

Dřívější výhradní a vlastně jen schematické dělení poruch mentálního vývoje podle měřitelně dosahovaného IQ se ukázalo nedostatečné, protože klienti s poruchami mentálního vývoje jsou schopni dosahovat, někdy byť jen krátkodobě, tak přeci jen významného zlepšení svého psychického stavu. Rovněž dělení na: například – vychovatelný/nevzdělavatelný a tak podobně nedosáhlo stupně všeobecné akceptace. Za rozhodující hledisko při klinickém posuzování míry poškození, se nakonec ukazuje v současnosti jako zásadní to, do jaké míry je klient s touto diagnósou schopen se uplatňovat v konkrétních aktivitách spojených s reálným životem, který vede.

§7. BAZÁLNÍ AKTIVIZACE A OSOBNOST PEČUJÍCÍHO V RODINĚ, DOBROVOLNÍKA A TÝMOVÁ PRÁCE V SOCIÁLNÍM ZAŘÍZENÍ

Na závěr našeho pojednání bychom se měli rovněž věnovat osobnostním předpokladům lidí, kteří se starají, nebo se rozhodují, starat o klienty s kombinovaným tělesným postižením ve spojení s poruchami mentálního vývoje. Převládající názory a mnohdy i sebeurčení těch, kdo se v podobném světě chtějí pohybovat, že *se jedná o poslání* je sice chvály hodné, ale má to svá úskalí. U práce, jako je tato, může a zpravidla také nemálo jedinců tak zvaně *vyhoří*. Slovo poslání je většinou přepáleným, přemotivovaným pojmem zejm. pro nezkušené laiky, kteří během krátké doby v kontaktu s realitou při práci s klienty, rodinami a s týmem zažívají zklamání z nenaplněných očekávání. To, co se dozvídám, je mnohdy snůška alternativních a s religiozitou a nekritickým spiritualismem propojených názorů, které jsou vytahovány bez ladu a skladu jako rádoby argumenty jednoho, neznalého subjektu. Je proto zapotřebí pečlivého výběru. Ten může být podpořen úzce specializačním vedením v kurzech nebo i během studia na příslušných školách, či universitách. Jiná možnost účelného uplatňování pomoci od těch, kdo si takovou činnost zasluhují svým předešlým profesním růstem, dle mého soudu neexistuje a když, tak jen výjimečně, a na odpovědnost vedoucího pracovníka! Tolik asi předem.

S jakými pohnutkami člověk, angažující se v profesi aktivizačního pracovníka, přichází do styku? Předně je to existenciální postoj k životu v nějaké osobní filosofii zdůvodnění. V první linii tento postoj zahrnuje**:** smysluplné společenské uplatnění a jeho následný, sociální respekt, ve zpětné vazbě. Dále jsou to důvody obživné a s tím související důvody zajišťující nějaký ekonomický výhled. Co se týče kolektivu, tak jeho úloha zde hraje roli, až v době získávání zkušeností, během spolupráce.

Osobnostní předpoklady, by tak měly zahrnovat (profesní, předešlou přípravu, už zde budeme brát za samozřejmou) následující body**:**

- profesionální korekci vnitřního klidu…
- bezprostřední sebereflexi…
- flexibilitu neočekávaných situací…
- kulturu vystupování (zejména, při verbalizaci jakékoli okolnosti)…
- argumentaci ověřenými informacemi a fakty…
- ochotu naslouchat radám zkušenějšího personálu…
- zvládat samostatné plánování průběhu činností s klientem vzhledem k jeho potřebám…
- umět otevřeně přiznat chybu…
- občas pracovat nad dohodnutý časový rámec…
- správně vyhodnocovat míru osobních vkladů do týmové spolupráce (nenadhodnocovat svoji osobu nad přínosy druhých)…
- zejména v kontaktu s rodinnými příslušníky zvládat přirozenou zdrženlivost v potřebách sdělovat vlastní zkušenosti s klientem – nelicitovat…
- nevytvářet „spiklenecké buňky" za účelem pomluvy spolupracovníků, případně nadřízených, potřebu vykomunikovat vzniklé konflikty realizujte na pracovních schůzkách - citlivě, ale otevřeně; umět potlačit pocity dotčenosti…
- včas rozpoznávat, zda na práci stačím a umět se popřípadě také smířit s co nejmenším objemem emocí, že nikoli, avšak nehledat viníky ve svém okolí…
- všímat si dobré práce druhých a občas je pochválit…
- někdy chtít zpětnou vazbu od spolupracovníků přímou otázkou na to, zda ta, či ona činnost, byla vámi provedena správně, nejste-li si sami daným úkonem zcela jisti…

V následujícím přehledu potom lze, tyto uvedené body rozšířit o ty, které jsou důležité zvlášť pro dobrovolníky**:**

ZÁSADY PŘÍSTUPU KE KLIENTŮM

a) Respektovat, že duševní onemocnění je jiný způsob seberealizace…

b) Chtít pochopit myšlení klienta a nikoliv jej měnit k obrazu svému…

c) Naše pomoc klientům, by měla vycházet z důrazu na jejich pohodlí…

d) Přijmout fakt, že klient může dělat víc chyb, než zdravý jedinec…

e) Podporovat klienta v úspěchu, (zejména v každodenních maličkostech)…

f) Podněcovat klienta k dobré náladě, ale respektovat i právo na smutek…

g) Předjímat svým přístupem, aby klient nemusel situace řešit s agresivitou…

h) Ptát se klienta i na to, čím se ve své mysli momentálně zabývá…

i) Chápat potřebu klienta: *vracet se ke stále stejnému tématu…*

j) V osobním kontaktu mít ochotu k laskavosti – *za všech okolností…*

k) Uvědomovat si, že klientovy nálady budou mít tendenci rychleji se měnit…

l) Zapojovat klienta do denních aktivit jako plnoprávného člena...

m) Být *v přítomnosti* oporou ve smyslu: *klient na své obtíže není sám…*

n) Podporovat klienta v přísunu podnětů přirozeným učením…

o) Smířit se s klientovým nezvratným, nebo progredujícím duševním stavem…

p) Jako pomáhající, nebo ošetřující se vzdělávat v souvislosti s oborem…

q) Být otevřený radám odborníků, mít ochotu vyhledávat jejich konzultace…

r) Nedogmatisovat žádné *duchovní téma* vůči klientovi; zůstávat v tomto smyslu *střízlivě myslivým…*

s) Posilovat vztah s klientem spolehlivostí vlastní osobnosti: *řeknu - udělám…*

t) Respektovat u klienta potřebu jídla a hygieny v souladu s duš. obtížemi…

u) Komunikovat s klientem vždy *d o s p ě l e…*

v) Dodržovat u klienta kontrolami psychomedikaci a preventivní prohlídky…

w) Být pozorný ke klientovým symptomům tělesného *zdraví - nemoci…*

x) Vlastní pocity spojené se změnami přístupu ke klientům vždy konzultovat…

y) Chtít pomáhat, nikoliv léčit…

Z Á V Ě R

Bazální aktivizace je výsledkem sociálního, kulturního a osobního vztahu, jednoho člověka k druhému. Filosofií tohoto vztahu je osobní přesvědčení o smysluplnosti pomoci a nepřehlížení potřeb, které na sebe váže člověk s tělesným a mentálním postižením. Lhostejnosti je na světě mezi lidmi tolik, že je zapotřebí si každé ochoty ke sdílení a reálné vzájemnosti, vybudované na konkrétních přístupech lidí jednoho k druhému, zásadně vážit. Dvacáté první století sebou nese množství takových výzev. Najdou se však ještě mnozí, kteří touto činností pohrdají a nejraději by, a to, bůh ví z jakého důvodu, chtěli organizace, pomáhající potřebným zrušit a ty, kdo v nich pracují, ostrakizovat těmi nejhrubšími nadávkami. Je nutné rovněž na tuto stranu vyslat jasný signál, který má jednoznačné znění: *Až nás budete potřebovat, nebudete odmítnuti!*

Mějme přátelé dobrou víru v to, co konáme pro naše bližní, neumdlévejme ve svých snahách, i když často s mírným sysifovským přídechem, avšak vězte, že kameny, které se zadají padat z pod vrcholů, kterých se svými klienty dosahujete, jsou jen zdánlivé. Jejich duše jsou vděčné nikoli za dosažení a setrvání na pomyslných vrcholech, ale zejména, za ono nekonečné množství okamžiků, které jim, svým dobrým přičiněním, poskytujete. Nechť je těchto momentů naší přítomnosti v jejich životech co nejvíce.

Bylo by mnohé, co lze ještě uvést, avšak pro první kontakt těm z vás, kdo jste se rozhodli zájmově studovat psychologii v poradenství, jak pevně věřím daný přehled může postačit, i beztak plný informací, nahuštěných do jednotlivých kapitol, aby vás popřípadě dané téma, tak jak zde zaznělo, třeba i nasměrovalo k dalšímu, profesionálními zaměření, při kterém se setkáme, na některém pracovišti, a budeme tak mít možnost zde uvedené informace společně ověřovat, již v konkrétní praxi.

Pokud by lidé ukládali do bank místo peněz počet dnů,
které ve svém životě věnovali potřebným,
přibylo by na světě několik
miliard chudých

LITERATURA:

- **Condillac** E. B. de, *Esej o původu lidského poznání*, Praha 1974.
- **Dušek** Karel et al., *Diagnostika a terapie duševních poruch*, Praha 2015.
- **Egle** Ulrich, *Psychosomatik. Neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert. Ein Lehr rund Handbuch*, Stuttgart 2020.
- **Friedlová** Karolína, *Bazální stimulace*…, Tábor 2018.
- **Hegel** G. W. F., *Fenomenologie ducha*, Praha 1960.
- **Hegel** G. W. F., *Dějiny filosofie*, sv. I., Praha 1961.
- **Husserl** Edmund**,** *Zur phänomenologischen Reduktion*, (Husserliana XXXIX) Dodrecht 2002.
- **Kopecká** Ilona, *Psychologie. Učebnice pro obor sociální činnost*, sv. 1.-2., Praha 2019.
- **Kölsch** Michael et al., *Klinik manual Kinder – und Jugend – psychiatrie und – psychotherapie*, Berlin 2020.
- **Mohr** Lars et al., *Basale Stimulation. Das Handbuch*, Bern 2019
- **Vágnerová** Marie, *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha 2014.
- **Valenta** Milan…, *Psychopedie, teoretické základy a metodika*, Praha 2013.
- **Wehner** Lore, Schwinghammer Ylva, *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*, Praha 2013.

© Jiří Adamec

BAZÁLNÍ AKTIVIZACE

V KONTEXTU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE A PSYCHOSOMATIKY

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie
Neprodejný výtisk.
2020
A6, 100 výtisků

978-80-87234-100-X