

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Psychologická specifika tělesného postižení
s důrazem na problematiku inkluze**

Mgr. Jan Roušal

Diplomová práce

Studijní program Psychologie

vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2017

Prague college of psychosocial studies



**The barriers of somatic disability
with specific emphasis on inclusion**

Mgr. Jan Roušal

Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2017

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil.“

V Praze dne: 27.7. 2017

Mgr. Jan Roušal

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce MUDr. Olze Dostálové, CSc. za obětavou pomoc a inspiraci při psaní.

ANOTACE

Teoretická část práce mapuje specifika, která pro psychický, sociální i somatický vývoj a rozvoj člověka představuje tělesné postižení.

Pozornost je věnována všem aspektům tělesného postižení, které přináší relevantní dopady na kvalitu života jedince. Práce sleduje jednotlivé možné důsledky a omezení postižení, které vzniklo v průběhu života jedince a pozornost je věnována i postižení, s nímž se člověk narodí. Teoretická část práce se věnuje bariérám, které tělesné postižení přináší, a jimž může člověk v odlišných fázích života čelit. Popsány jsou jak bariéry fyziologické, tak sociální a samozřejmě především ty psychické. Dopady tělesného postižení jsou napříč celým textem sledovány i z pohledu možné inkluze.

Praktická část na konkrétních příkladech ilustruje výše teoreticky vymezená specifika a dopady tělesného postižení na třech kazuistických studiích z praktické psychoterapeutické praxe.

Klíčová slova: tělesně postižený, hendikep, komunikace, předsudky, vývoj, inkluze.

ABSTRACT

The theoretical part of this work maps those specifications which play important role in somatic disability in mental, social and somatic development of a person.

This work focuses on all aspects of somatic disability which may have a relevant impact on the quality of life of a person. This work follows all possible individual consequences and limits which may appear in course of life of a person. Attention is also given to those types of disabilities with which a person may be born. Individual chapters of theoretical part of this work are devoted to barriers which come with somatic disability and which can be faced in different phases of life. Physiological, social and of course especially mental types of barriers are described in this work. Impacts of somatic disability are followed throughout the whole text also from the view of a possible inclusion.

The practical part shows via concrete cases the theoretically described specifications and impacts of somatic disability in three casuistic studies coming from psychotherapeutical practice.

Key words: Somatically handicaped, handicap, communication, prejudice, development, inclusion.

OBSAH

Úvod	2
1 Výklad základních pojmů	4
1.1 vymezení elementárních pojmů	
1.1.1 Obecné odborné pojmy a jejich křehkost	
1.1.2 Bariéra, bariéry	5
1.1.3 Zdravotní postižení jako pojem i problém	
1.1.4 Zdravotní a tělesné postižení, invalidita, tělesné oslabení	7
1.1.5 Handicap – hendikep	11
1.1.6 Specifika komunikace	
1.1.7 Předsudky	12
1.1.8 Inkluze	13
2 Bariéry – existence, důsledky, eliminace	15
2.1 Bariéry	
2.1.1 Bariéry kolem nás – jejich existence	
2.1.2 Bariéry kolem nás – jejich důsledky a eliminace	
2.1.2.1 Eliminace bariér sociální podporou	16
2.1.3 Bariérovost a integrace	19
2.1.4 Bariéry ve veřejném prostoru	21
2.1.5 Bariéra očního kontaktu	22
2.2 Bariéry v nás	23
2.2.1 Bariéry předsudku a (falešných) očekávání	
2.2.2 Smysl postižení	25
3 Vývoj a jeho specifika u osob s postižením	29
3.1 Tělesné postižení vrozené	

3.1.1	Specifika bariér vývoje v raném věku	
3.1.2	Specifika bariér vývoje v pozdějším věku	33
3.1.3	Specifika bariér vývoje v období dospívání	35
3.1.3.1	Vzhled, tělesné schéma u dítěte s postižením	36
3.1.3.2	Specifika vývoje chlapce a dívky	38
3.2	Tělesné postižení získané	42
3.2.1	Role lékaře a role pacienta	44
3.2.2	Příčiny vzniku tělesného postižení	
4	Obtíže komunikace u osob s postižením	48
4.1	Komunikace z obecného pohledu	
4.2	Stereotypy a předsudky	49
4.3	Verbální a neverbální komunikace	51
4.3.1	Komunikace alternativní a elektronická	
4.3.2	Specifika verbálního projevu tělesně postižených	52
5	Inkluze – přínos a nástrahy	54
5.1	Podmínky a podmínky inkluze	
5.1.1	Porozumění	
5.1.2	Inkluze	
5.1.3	Podpora na cestě k inkluzi	56
6	Praktická část – vlastní výzkumné šetření.....	57
6.1	První kazuistika – Klára	
6.1.1	Osobní a rodinná anamnéza	
6.1.2	První kontakt	
6.1.3	Vývoj situace v průběhu dalších sezení	58
6.1.4	Směr psychoterapeutické intervence	
6.1.5	Výsledky intervence	60

6.1.6	Závěr	
6.2	Druhá kazuistika – Petr	61
6.2.1	Osobní a rodinná anamnéza	
6.2.2	První kontakt	
6.2.3	Vývoj situace v průběhu dalších sezení	62
6.2.4	Směr psychoterapeutické intervence	
6.2.5	Výsledky intervence	63
6.2.6	Závěr	64
6.3	Třetí kazuistika – Max	65
6.3.1	Osobní a rodinná anamnéza	
6.3.2	První kontakt	
6.3.3	Vývoj situace v průběhu dalších sezení	66
6.3.4	Směr psychoterapeutické intervence	67
6.3.5	Výsledky intervence	68
6.3.6	Závěr	69
	Závěr	70
	Souhrn	71
	Literatura	73

ÚVOD

V této práci bych rád navázal na své předchozí práce věnované zdravotně postiženým i jejich možné inkluzi do většinové společnosti. Obsahově tedy navazuji na vlídně přijatou práci bakalářskou z roku 2013 a snažím se zde podrobněji zmapovat svět zdravotně a konkrétně tělesně postižených nejen z pohledu možné integrace – inkluze, nýbrž i z pohledu bariér, které tělesný handicap přináší, nebo kterým musí tato část populace čelit.

Chceme-li uvažovat o možných překážkách – bariérách, které determinují životní rozvoj a následnou perspektivu tělesně postižených, je nezbytné pochopit, co onou často citovanou bariérou vlastně myslíme. Jako bariéra je zpravidla označeno něco, co zabraňuje, nebo omezuje v přístupu či v pohybu žádoucím směrem. Má bakalářská práce z roku 2013 byla věnována především fyzickým zábránám – překážkám, jež zabraňují plnohodnotné integraci tělesně postižených do majoritní společnosti. Těmito překážkami byly myšleny zjevné a odbornou literaturou mnohokrát popsané odlišnosti tělesně handicapovaných, které takto postiženým jednotlivcům zabraňují v plnohodnotné integraci do majoritní společnosti.

Tato diplomová práce má ambici rozšířit tento záběr šířeji o další hlubší psychologické a sociální aspekty, které svými důsledky tvoří obtížně překonatelné bariéry inkluze. Tělesné postižení a jeho specifika samo o sobě tvoří překážky, kterým každý tělesně postižený, bez ohledu na svou vůli či volbu, čelit musí. Bariéry, jež následně vytváří majoritní společnost, jsou pak další aktivní inkluzivní překážkou. Tělesné postižení tak svému “nositeli” přináší odlišnost, jejíž dopady mohou mít marginální význam pro kvalitu jeho života. Taková odlišnost nemusí mít větší význam, než jaký má běžná diferenciací všech jednotlivých členů dané společnosti. Problém však je v míře této odlišnosti. Přesáhne-li míra jinakosti jistou, danou společností obecně akceptovanou a poměrně těžko definovatelnou míru, začne vyvolávat reakci. Nutno podotknout, že tato reakce je zpravidla negativní – a závisí na mnoha dalších, často i drobných, zdánlivě marginálních, aspektech. Jinou reakci lze očekávat u společnosti poučené, sofistikované a bohaté a zcela jinou u společnosti, které lavíruje na hranici vlastního sociálního či ekonomického konce. Absence zkušenosti s danou jinakostí v nejlepším případě vyvolává nejistotu. Lidé při kontaktu s takto (výrazně)

odlišným jedincem mohou cítit bezradnost, jak se chovat. Jejich kognitivní mapy jim nenabízejí žádný plán či náповědu jak v takto neznámých situacích vůči jedincům, jež neznají, postupovat. A nemluvím zde výhradně o tělesném postižení. Barva kůže, tělesný vzhled, chování, kulturní zvyky či úprava zevnějšku jedince mohou podnítit pocity nevhodnosti nebo i směšnosti. Takový podnět, vyvolaný prostou nejistotou či absencí zkušenosti, snadno vyústí ve vnitřní chaos při volbě vhodného způsobu chování k takto "odlišnému" člověku. Taková "jinakost", byť zejména sociálně nepříjemná, však stále ještě nemusí být *hendikepem*. Hranice, která určuje mez mezi odlišností a socio – kulturním handicapem, je dána aktuální společenskou normou. Závisí tedy nejen na geopolitickém prostoru, ale i na čase a nezdá se dokonce i na konkrétní situaci. Obecně akceptovaná společenská norma, která aktuálně rozhoduje o výšce prahu oné hranice akceptovatelnosti, se tedy samozřejmě mění. Míra možné stigmatizace pro ten či onen hendikep je dána obecně chápanou přijatelností v daném prostoru a čase. Tato schopnost akceptace, případně alespoň tolerance, je ovšem podmiňována jistou asimilací představitelů minoritních částí společnosti. Různé politicko – kulturní realie pak vytváří v rámci vlastních norem a společenských představ určitý asimilační tlak. Tento tlak je výsledkem snahy minimalizovat odlišnosti jako zdroj nesrozumitelnosti mezi oběma skupinami. Čím větší jsou odchylky od obecně akceptovaných norem, tím větší je prostor pro nepochopení těmito odchylkám a tím se rovněž zvětšuje prostor pro nepřijatelnost dané minority. Taková nepřijatelnost pak logicky přináší znevýhodnění, které s sebou nese důsledky v podobě menší či větší stigmatizace. Míra relevantního přizpůsobení není vždy stejná a je odvislá od mnoha faktorů (ROUŠAL, 2011).

V této práci tedy budu věnovat pozornost co nejkomplexnějšímu seznamu všech možných faktorů, které *brání* takové asimilaci. Prozkoumám architektonické, somatické, sociální a přirozeně hlavně psychologické a vývojové faktory, které mají aktivní či pasivní podíl při vzniku *bariér*, které následně formují z minority tělesně postižených specifickou sociální skupinu. Taková sociální skupina získává pak poněkud ambivalentní status těch, kterým je *nutné* pomáhat, ale kteří bývají zároveň "přirozeně" na sociálním žebříčku společnosti velmi nízko.

Prvotním úkolem je zvážit užití konkrétních odborných termínů v daném kontextu a následně srozumitelně a jednoznačně definovat základní pojmy, které ve své práci budu nadále užívat.

1 VÝKLAD ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Vymezení elementárních pojmů

Na základě odborné literatury nejprve charakterizují obecné pojmy, jako je „bariéra“, „zdravotní postižení“, „hendikep“ a samozřejmě v této práci výrazněji používaný, konkrétnější pojem „tělesně postižený“. Definuji rovněž pojmy, které mají úzkou a v podstatě neoddělitelnou vazbu k danému tématu, tedy pojmy jako „komunikace“ a „předsudek“, a samozřejmě i pojem „inkluze“.

1.1.1 Obecné odborné pojmy a jejich křehkost

Vzhledem k výše nastíněné křehkosti celé problematiky je použití vhodné a jasně definované terminologie v případě osob se zdravotním postižením takřka nezbytné.

Užití konkrétního termínu k označení osoby s postižením totiž v té či oné době má přímou historicky podmíněnou konotaci s vnímáním společenského postavení těchto osob. Tak jak se mění společenské vnímání osob s postižením, konsekventně se proměňuje i obecně akceptovaná a užívaná terminologie. Mnoho dříve zcela neutrálních, odbornou i laickou veřejností běžně užívaných výrazů získalo v průběhu času pejorativní, urážlivý či hanlivý význam a nelze je tedy v současné době korektně užívat. Srozumitelným příkladem je výraz „úchylná mládež“ – termín užívaný v první polovině 20. stol. pro osoby s postižením. Rovněž slovo „deviantní“ nelze dnes užít v původně zamýšleném kontextu významu slova, a to ani tehdy užije-li se tento výraz lingvisticky správně. I kdyby osoba, jež takový výraz ve své řeči užila, měla sebečistší úmysly, nelze v žádném případě odejmout významu takto užitého termínu onen pejorativní, hanlivý či dokonce urážlivý význam, a obsah celé věty či řeči bude tímto bezpochyby kontaminován. V běžném slovníku dnešní doby jsou rovněž často a zpravidla bez hlubšího uvědomění původu výrazu užívána slova, která původně byla nositelem odborného označení pro různou hloubku mentálního deficitu: idiocie, imbecilita, nebo debilita. Není proto v žádném případě možné, aby slova s takto posunutým vnímáním původního významu kdokoliv užíval v jejich původním nezamýšleném smyslu, neboť ten se z jazykové praxe prostě vytratil (MICHALÍK, 2011).

Z těchto důvodů není proto dnes korektní užívat mnoho výrazů pro označení osoby s postižením, neboť taková označení získala v průběhu času status, který je zcela v rozporu s právem na respekt a důstojnost každého jednotlivce.

Nekončící hledání takového pojmu souvisí jednak s oním “labellingem”, který jednou nalezené výrazy k dalšímu užití jednoznačně diskvalifikuje, dále pak s vnímáním samotných osob s tou či onou odlišností. Dnes – a v této práci – často užívaný termín **lidé s postižením** tedy ukazuje nejen na respekt k právu na lidskou důstojnost a svébytnost, ale poukazuje rovněž na neoddělitelnost jasně deklarovaného práva každého jedince (byť s postižením) na plnohodnotnou existenci i sociální začlenění. Každý užitý termín, který by mohl zavdávat sebemenší příčinu k chápání zvoleného výrazu jakožto synonyma pro pohrdání či nadávku, je proto zcela nepřijatelný (MICHALÍK, 2011).

Za žádoucí rovněž považuji poukázat na obecně vžitou představu, že zdravotně postižení jsou jasně deklarovanou menšinou vymezenou právě svým zdravotním hendikepem. Michalík upozorňuje, že menšina je zpravidla vymezována konkrétním jasně definovatelným rysem. Menšinu tak lze vydefinovat díky její rase, etniku, nebo národnosti. Nic z toho ovšem neplatí pro osoby s postižením. Zdravotně postižení tak mnohými laiky i odborníky za minoritu pokládání nejsou. Nicméně i tak platí, že z mnoha historických, sociologických, antropologických, ekonomických a samozřejmě i z pohledů psychosociálních tvoří zdravotně postižení reálně svébytnou, vnitřně dosti diferencovanou skupinu občanů, jež vykazuje mnoho shodných charakteristik, které u lidí bez postižení nenalezneme ve stejné míře nebo rozsahu (MICHALÍK, 2011).

1.1.2 Bariéra, bariéry

Psychologický slovník definuje **bariéru** jako: „překážku, zábranu, která může existovat fyzicky, v psychice jedince, nebo v uspořádání organizace či společnosti“. Psychickou **bariérou** pak Hartl a Hartlová rozumějí: „zábranu v podobě společenské normy, zvyku, nebo pravidel ...“ ale také „... špatné zkušenosti, které omezují spontánní chování ... v patologické rovině pak vnitřní konflikt či chorobný příznak“. **Bariérou** může být rovněž chápána překážka, která „... znesnadňuje přístup k využívání služeb ...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 69).

1.1.3 Zdravotní postižení jako pojem i problém

Zdravotní postižení je možné chápat jako stav, ve kterém zdravotní stav „... nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat...“ (MATOUŠEK, 2003, s. 271).

Dle Slowíka lze pojem *zdravotně postižený* chápat jako charakteristiku osoby, jejíž možnosti vykonávat běžné činnosti každodenního života jsou trvale nebo dlouhodobě zásadním způsobem omezeny. Takto obecně formulovaná definice umožňuje jako *zdravotně postiženého* vnímat nejen jedince tělesně postižené, ale lze touto definicí rovněž postihnout osoby s jiným druhem postižení než tělesným i osoby dlouhodobě nemocné. Je rovněž zcela zjevné, že i krátkodobá nemoc či úraz bez trvalých následků mohou zasáhnout do života jedince naprosto zásadním způsobem. Platí ovšem rovněž, že pokud se zdravotní stav takto zasaženého jedince v průběhu času či po dokončení léčby vrací do stavu před nemocí či úrazem, kritéria pro charakteristiku takového jedince jako *zdravotně postiženého* v takovém případě naplněna nebudou (SLOWÍK, 2008).

Zdravotní postižení lze dle odborné literatury dále přirozeně diferencovat podle lokace, centra postižení. *Zdravotní postižení* se tak může týkat různých oblastí a na základě konkrétní lokace je možné dělit je na několika elementárních kategorií – na postižení sluchu, zraku, poruchy řeči a komunikace, dále na postižení mentální, postižení pohybového ústrojí a postižení duševní poruchou.

Matoušek si ve své charakteristice pojmu *zdravotně postižený* všímá především sociálních aspektů, které dle něj utvářejí podstatnou složku výše zmíněného hendikepu. Samotný pojem *zdravotně postižený* pak s ohledem na tuto skutečnost definuje jako stav, ve kterém zdravotní postižení jedince „... nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a jejich schopnost pracovat...“ (MATOUŠEK, 2003, s. 271).

Česká legislativa vykazuje určitou roztržitost, nejednotnost definice pojmu. Jeden zákon definuje *zdravotní postižení* jako invaliditu rozlišovanou v několika stupních. Tyto stupně jsou vymežovány tabulkovým systémem, který patrně měl pomoci v orientaci v přidělení určitého stupně postižení, od něhož se následně odvíjí i přidělený stupeň, resp. výše a rozsah sociální podpory. Problémem samozřejmě je fakt, že tyto tabulky slouží k posouzení rozsahu postižení nikoliv pro ošetřujícího lékaře, který zná

pacienta nejlépe, ale pro systém posuzování stupně postižení tzv. revizními lékaři. Jedná se o lékaře, kteří posuzovaného pacienta hodnotí na základě lékařských zpráv, nikoliv na základě skutečně relevantní znalosti rozsahu postižení. Výsledky takových hodnocení mají pak silně kolísavou a subjektivně zabarvenou hodnotu zbavenou možností objektivního soudu či precedentního posuzování. Rovněž schází osobní zodpovědnost, kterou by revizní lékaři nesli za svá rozhodnutí. Přestože tedy existuje jakýsi tabulkový systém posuzování stupně postižení, nelze tento systém seriózně vnímat jako spolehlivý, a tedy ani označení stupně postižení v daných stupních I. až IV. vnímat jako objektivní. Nicméně takto nastavený systém je v současné době platnou součástí právního řádu ČR a je proto nutno i označení **zdravotně postiženého** I. - IV. stupně posuzovací tabulky vnímat jako jednu z legitimních možných definic zdravotně postiženého (MPSV. CZ, 2011).

Český statistický úřad (dále jen ČSÚ) pro své šetření v roce 2007 rovněž potřeboval jasně definovat **osobu se zdravotním postižením**. Pro ČSÚ je tedy touto osobou jedinec jehož “ ... *tělesné, smyslové anebo duševní schopnosti ... jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk ... a obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby*” (cit. dle MICHALÍKA, s. 37, 2011). ČSÚ ve své zprávě rovněž poukazuje na omezení a případně znemožnění společenského uplatnění **zdravotně postižené osoby**, které vzniká v přímé souvislosti dopadů samotného postižení. V konotaci těchto charakteristických rysů ČSÚ ve svém šetření z roku 2007 dochází k závěru, že k danému datu uzávěrky šetření žilo v České republice 1 015 548 osob se zdravotním postižením, což lze vyčíslit jako 9,87 % celé populace (ČSÚ 3309-08, 2008). Pro ucelený přehled považuji za vhodné připomenout, že Vládní výbor pro zdravotně postižené zahrnuje mezi zdravotně postižené i osoby trpící diabetem, epilepsií atd. (cit. dle MATOUŠKA, 2003).

1.1.4 Zdravotní a tělesné postižení, invalidita, tělesné oslabení

Rozsah možností **zdravotního postižení** je tedy tak rozsáhlý, že není v podstatě možné pojmut všechny bariéry postižení v rámci jednotlivých onemocnění či diagnóz. Proto se tato práce hlouběji soustředí na vybraný typ zdravotního postižení – totiž **postižení tělesné**.

Postižení tělesné může být „...*bud' vrozené, nebo získané a týká se pohybové*

nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v běžných činnostech, samozřejmě zejména v pohybu...“, ale kromě fyzického zjevu a z vlastního postižení vyplývajícího omezení, má samozřejmě také vliv „...na jeho psychickou rovnováhu, na vztahy k lidem i na pracovní uplatnění“ (MATOUŠEK, 2003, s. 155). **Tělesné postižení** má samozřejmě úzkou konotaci s věkovou kategorií. Je přirozené, že s postupujícím věkem se mění tělesná kondice i stavba těla, proto největší podíl osob **tělesně postižených** nalezneme ve věkové kategorii osob od 60- ti let věku. ČSÚ v roce 2008 vyčíslil počet tělesně postižených dle jednotlivých věkových skupin v ČR takto:

Tab. č. 1. POČET TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH V ČR

0–14	16 687
15–29	25 710
30–44	43 107
45–59	127 959
60–74	152 860
75+	183 604
Celkem	550 407

Pozn. v souboru je zahrnuto 480 osob, které neuvedly věk.

Tabulka upravena dle ČSÚ 3309-08, 2008

Ne zcela aktuální, nicméně pro naše potřeby dostačující šetření ČSÚ z roku 2007 diferencovalo zhruba 36 % tělesně postižených z celkového počtu zdravotně postižených v české populaci. V rámci celé České Republiky toto číslo představuje cca 5, 35 % všech obyvatel. Pozornost budí zejména relativně dosti strmý nárůst počtu tělesně postižených ve vyšších věkových kategoriích. Z tabulky zcela jasně plyne, že lidé ve věku 60–75 + tvoří více než 50 % všech tělesně postižených. Pokud bychom rozšířili sledovanou věkovou kohortu na osoby mezi 45–75 + získáme alarmující více než 84 % všech tělesně postižených. S ohledem na tato data lze jednoznačně konstatovat, že vyšší věk je významným rizikovým faktorem při vzniku tělesného postižení. Současně je však nezbytné všimnout si rovněž příčin vzniku tělesného postižení. Není jím totiž samotný stoupající věk, který se podílí na vzniku postižení pouhými 7 %. Zásadní příčinou vzniku tělesného postižení jsou nemoci a následky těchto nemocí. ČSÚ vyčíslil etiologii vzniku tělesného postižení v souvislosti s onemocněním až na 64 %.

Podrobné rozdělení etiologie vzniku tělesného postižení nabízím v tabulce 2 (ČSÚ 3309-08, 2008). Postižení tělesné můžeme vymežit jako „...bud' vrozené, nebo získané a týká se pohybové nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v běžných činnostech, samozřejmě zejména v pohybu...“ (MATOUŠEK, 2003, s. 155). Kromě samotného fyzického omezení a eventuálním dopadům na celkový vzhled (image) jedince má tělesné postižení rovněž významný vliv na „...na jeho psychickou rovnováhu, na vztahy k lidem i na pracovní uplatnění“ (Tamtéž).

Tab. č. 2. KLASIFIKACE TĚLESNÝCH POSTIŽENÍ A ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ

POSTIŽENÍ, OSLABENÍ	
podle typu	postižení hybnosti
	dlouhodobá onemocnění
	zdravotní oslabení
podle doby vzniku	vrozená (např. vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, očí, sluchu, nevyvinutí končetin, nebo její části, DMO)
	získaná (např. deformity páteře, úrazy – zlomeniny, amputace, následky onemocnění – revmatismus, myopatie, ztráta zraku či sluchu jako důsledek úrazu atd.)
podle etiologie	tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů atd.)
	tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.)
	úrazy (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky - např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin, ztráta zraku atd.)
	dětská mozková obrna (DMO – spastické i ne spastické formy)
	dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)

Tabulka upravena podle předlohy SLOWÍKA, 2008, s. 99

Z výše uvedené tabulky jasně plyne, že za osobu s postižením ani zdaleka nelze vnímat pouze osoby upoutané na invalidní vozík či osoby jinak omezené ve své mobilitě. Mezi jednice, které je – nejen ze sociálně psychologického hlediska – žádoucí vnímat jako „osoby s postižením“ je nezbytné včlenit rovněž osoby s postižením zraku (cca 77 000 osob), sluchu (115 000 osob), s mentálním či duševním postižením (cca

400 000 osob), ale také osoby s epilepsií (cca 140 000 osob), psoriatiky (cca 200 000 osob) nebo diabetiky (cca 600 000 osob). Osob s vadou pohybového ústrojí, tedy těch, kteří jsou tradičně vnímáni jako typičtí představitelé tělesně postižených, je zhruba 300 000. Z celkového počtu osob s postižením tvoří necelou čtvrtinu (MICHALÍK, 2011). Nelze při zachování omezeného prostoru této práce věnovat dostatečný, resp. alikvotní prostor každému výše jmenovanému typu tělesného postižení, proto zásadní část této práce bude věnována právě oněm 25 % populace osob s tělesným postižením – tedy osobám s postiženým pohybovým ústrojím. Souvislosti s ostatními typy tělesného postižení, zejména ty, které jsou výrazně odlišné, nebo naopak takřka stejné, budou zdůrazněny.

Výraz *invalidní* je dnes jedním z těch, jehož užití pozbylo do určité míry svou legitimitu. Samotné slovo totiž pochází z anglického výrazu *in-valid*. To je mimo jiné označení pro osobu, která je nemocná, neschopná, nekompetentní nebo indisponovaná. Synonymem slova invalid je ill, sick, unwell, indisposed atp. Problematickým se tento výraz stal právě pro onu spojitost s nemocí a nemohoucností. To je však spojení, které může být a často je naprosto v rozporu s vnímáním sebe sama u osoby s postižením.

Povšimneme-li si totiž definice zdraví dle WHO, zjistíme, že tato významná mezinárodní organizace pojem zdraví nedefinuje jako pouhou nepřítomnost nemoci nýbrž „... *definuje zdraví jako stav pohody*“. Pro Hogenovou je tato definice nedostačující, neboť v ní není jasně vymezen vágní a vpravdě subjektivní pojem „*pohoda*“. Pro určitou vágnost výrazu svědčí i rozsáhle užívání právě tohoto pojmu v běžné konverzaci dospívajících, kdy „v pohodě“, „na pohodu“ atp. je možné slyšet v každé druhé větě a význam je v podstatě pokaždé odlišný. Pocit „pohody“ navíc lze navodit s dopomocí rozličných omamných prostředků jako je alkohol, kouření či drogy. Mluvíme-li tedy o stavu *pohody* jako o synonymu pro pojem *zdraví* – není akceptovatelné, aby byl tento stav navozován takto umělou cestou. Je tedy zřejmé, že objektivně definovat *zdraví*, není vůbec jednoduchý úkol. A pokud není možné definovat tento pojem, je otázka, jak moc jasně a zřetelně je možné definovat pojem *nemoc*? S tím souvisí i poslední klíčová poznámka – zda je možné definovat jako nemocné i něco, co nikdy nebylo zdravé? (HOGENOVÁ, 2006). Psychologický slovník jako *invalidního* rozumí jedince, jehož zdravotní stav v důsledku nemoci nebo úrazu vedl k trvalé změně zdravotní způsobilosti. Klíčovou výše citovanou změnou je zpravidla fyziologická změna určená zásadním zhoršením nebo ztrátou činnosti určitého

orgánu. Tato změna je obvykle posuzována v kontrastu k předchozímu stavu, kdy ten či onen orgán byl plně funkční (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 241). I z této definice je zřejmé, že používání tohoto výrazu je přímo spojeno s omezením či ztrátou určitého orgánu, je tedy nepřímě spojován se zhoršením zdravotního stavu, případně s onemocněním. To však může být zcela v rozporu s reálným vnímáním osoby s postižením. Člověk, který se kupříkladu narodil bez dolních končetin nemusí tento stav pociťovat jako onemocnění nebo zásadní změnu svého zdravotního stavu. Nikdy dolní končetiny neměl, jeho životní zkušenost nezahrnuje používání vlastních dolních končetin a svůj stav logicky nevnímá ani jako onemocnění, neboť jeho dolní končetiny díky absenci nikdy nemohly být nemocné. To jsou logické důvody, proč tento konkrétní „vozičkář“ označení za *invalidního* nebude akceptovat. Výraz *invalida* a obecné obsahové vnímání tohoto slova naprosto neodpovídá jeho reálnému vnímání sebe sama. Omezení užívání slova *invalidní* má tedy své dobré důvody a já se v této práci pokusím jeho výskyt minimalizovat.

1.1.5 Handicap – hendikep

Rovněž často používaným pojmem v této práci i v reálném světě osob s postižením je slovo *handicap*. Původem anglický termín je složeninou dvou slov - „hand“ v překladu ruka, a „cap“ v překladu čepice, nebo také pytlík. Význam spojení těchto dvou slov nalezneme ve středověkém anglosaském pojetí soudnictví. Nastal-li okamžik, kdy nebylo možné jednoznačně rozhodnout o vině či nevině obžalovaného, rozhodoval bílý a černý kamének losovaný z pytlíku. Ten, kdo si vytáhl kamének černý, byl „handicapován“ tedy znevýhodněn (KŘIVOHLAVÝ, 2006).

Handicap je tedy obecně chápán jako „znevýhodnění“. Výraz se obvykle používá jako obecnější nebo někdy také nadřazený pojem tělesného postižení. Znevýhodnění, které vyžaduje jistá omezení vyplývající pro jedince z konkrétní vady nebo postižení je tedy označováno jako *handicap*. Toto znevýhodnění svými dopady ztěžuje nebo znemožňuje, aby dotyčný naplnil roli, která je pro něj – s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům – normální (SLOWÍK, 2008).

Pro další zaměření zkoumané problematiky směrem k inkluzi bude tento výraz relativně často užívaný, neboť vysvětluje mnoho různých aspektů a nástrah, které (nejen) tělesné postižení v různé míře rozsahu a dopadu postižení obsahuje.

Tělesné postižení tedy zdaleka není synonymem handicapu a handicapovaný člověk tedy ne vždy musí být tělesně postižený, nicméně v této práci bude slovo handicapovaný/hendikepovaný používáno téměř výhradně v tomto – byť lehce omezeném – slova smyslu. Obecně akceptovaná fonetická verze slova handicap – *hendikep* je v české odborné literatuře relativně dosti často užívaným pojmem, proto bude tento způsob psaní slova užíván i v mé práci.

1.1.6 Specifika komunikace

Další kapitola práce se bude rozsáhle věnovat zvláštnostem komunikace u osob, jejichž komunikační dovednosti jsou z toho či onoho důvodu specifickým způsobem změněné nebo narušené. Je tedy žádoucí vymezit i takto elementární pojmy. Komunikací nejčastěji rozumíme především způsob, nebo proces dorozumívání. Úžeji pak především způsob dorozumívání verbálními prostředky, tedy řečí. Komunikací je však nutno chápat podstatně širší škálu způsobu mezilidského kontaktu, než „pouhou“ řeč. Komunikace mezi jedinci v žádném případě není omezena pouze na projev verbální (VYBÍRAL, 2009).

Ten sám o sobě často nemusí dostačovat k dosažení plnohodnotného a zamýšleného sdělení. Proto pro řádné porozumění přijímaného sdělení je zcela relevantní a mnohdy dokonce nezbytné vnímat i ostatní složky sdělení, neboť v komunikaci se vždy jedná o komplexní kontakt na bázi (jakýkoliv) podnět a (následná) odpověď (SLOWÍK, 2010).

Psychologický slovník definuje komunikaci jako „... *dorozumívání, sdělování ...*“ a dále pak jako „... *přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 265).

1.1.7 Předsudky

Tématem této práce jsou specifika tělesného postižení v kontextu inkluze. Být je snem každého psychologa, sociálního pracovníka či speciálního pedagoga v ideálním případě plnohodnotné začlenění jedince s postižením do majoritní společnosti, nelze opominout reálnou existenci celospolečenského fenoménu předsudků. Tato tristní, byť stále trvalá veličina předpojatých, názorově strnulých postojů v životě tělesně postižených hraje a musí hrát významnou roli v jejich vývoji, vzdělání, partnerských

vztazích, rodičovství i kariéře. Pro trvalost a jistou rigidní časoprostorovou odolnost považují za důležité definovat jasně i tento pojem. Psychologický slovník vymezuje pojem **předsudek** jako „... *kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj*“. **Předsudkem** také rozumíme „... *názor přejatý jedincem, nebo skupinou, který je utvářen na základě náboženské víry či ideologického přesvědčení a který nezávisí na okamžité situaci a neopírá se o porozumění*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 464).

Krhutová upozorňuje, že existence těchto nežádoucích předsudků, mýtů, ale i prostá absence relevantních informací, která často stojí u kořene vzniku předsudku, narušuje kvalitu vztahu majoritní společnosti s lidmi s postižením. **Předsudek** je jakýsi stereotyp ve vnímání, předpojatost či názorová strnulost. Je definován jako rigidní představa o člověku, nebo skupině osob, která je založena na informacích takřikajíc „z doslechu“, než na reálné (pro)žitě skutečnosti, znalosti a faktech. **Předsudek** lze rovněž charakterizovat jeho dosti nežádoucí rezistencí vůči změnám. Je proto relativně obtížné základy těchto nežádoucích fenoménů otrást a změnit je. Bezpochyby se lze setkat i s předsudky pozitivními. Speciálně tzv. krásná literatura ráda nabízí ušlechtilé (často předčasně) moudré jedince s nadměrně či mimořádně hypertrofovanými schopnostmi, jejichž etiologie spadá do jakési kompenzace prožitého utrpení a následků tělesného postižení. Předsudky tohoto typu však nenarušují život a event. vývoj člověka s postižením v tak zásadní míře jako předsudky negativní (KRHUTOVÁ, 2011).

1.1.8 Inkluze

Pojem *inkluz*e lze nejlépe pochopit v kontextu dalších dvou pojmů. Pojmu *integrace* a *integrovaná společnost*. Kodymová **integraci** chápe jako proces, ve kterém, „...*nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro handicapované, o úpravu vztahů „majority“ a „minority“ a jejich soužití, ale také o úspěšnost začleňování jedinců se zdravotním znevýhodněním do společnosti*“ (KODYMOVÁ, 2005, s. 97). **Integrovanou společností** Jandourek rozumí společnost, ve které jsou jedinci plně integrováni do skupiny, včetně vzájemné akceptace všemi zainteresovanými členy dané skupiny. V užším slova smyslu pak integrovaná společnost nejen, že „...*zařazuje postižené jedince do majoritní společnosti, ale cíleně snižuje handicap postižených, tj. dopady postižení na jejich nositele a tím pak umožňuje jejich plnou integraci...*“. Taková plná integrace těžce postižených jedinců se označuje jako inkluze (JANDOUREK, 2001, s. 109).

Jsou-li ve společnosti nežádoucí sociální konflikty eliminovány, nebo je – li jim

aktivně a účinně zabráněno, může ve společnosti nastat prostor pro integraci jedinců za jiných okolností ohrožovaných sociálním vyloučením. Tuto plnohodnotnou integraci nazýváme *inkluzí*.

Inkluze tedy je „...vyšší stupeň integrace postižených nebo znevýhodněných jedinců do majoritní společnosti a jejích institucí prostřednictvím například tzv. inkluzivního vzdělávání, zároveň je legitimní připustit, že hendikepovaný jedinec i při plné integraci nebude ani při zvláštních opatřeních schopen dosahovat stejné míry fungování nebo výkonu jako jedinec zdravý, nebo jedinec bez handicapu...“ (JANDOUREK, 2001, s. 107).

Současně platí, že dokonalé splynutí s majoritní skupinou není rozhodujícím důvodem pro integraci a inkluzi zdravotně postižených. Důvodem legitimujícím celý inkluzivní proces je přínos, který prostřednictvím inkluze vyplývá pro společnost. Je jím bohatší diferenciaci společnosti ve smyslu nikoliv „odlišné lidi jsme povinni brát mezi sebe“ nýbrž zdravější a dlouhodobě perspektivnější „každý jsme nějak odlišný, každý potřebuje a má právo na individuální přístup“ (JANDOUREK, 2001, s. 107)

2 BARIÉRY – EXISTENCE, DŮSLEDKY, ELIMINACE

2.1 Bariéry

2.1.1 Bariéry kolem nás – jejich existence

Bariérou rozumíme „... překážku, zábranu...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 69). Tedy něco, co je nutné překonávat, co nám zabraňuje, překáží, omezuje. Patrně první, co člověka bez postižení napadne v souvislosti s tělesně postiženými, jsou bariéry způsobované architektonickou invencí.

Architektonické – stavitelské bariéry jsou přirozenou nedílnou součástí našeho života a jejich existenci, resp. omezení, jsou zpravidla uvědomovaná až v okamžiku, kdy daná konkrétní bariéra skutečně začne reálně překážet. Naštěstí naše prostředí – až na výjimky – není neměnná entita, ale soubor živoucích, proměnlivých vztahů mezi lidmi a objekty. Je tedy nasnadě, že při změně tohoto vztahu nastává i legitimní požadavek na proměnu těchto entit, a tak vždy existuje reálná naděje, že prostředí může být přizpůsobeno aktuálním požadavkům. Bariéra může být trvale odstraněna, nebo alespoň vhodně eliminována. Rozsah a způsob této žádoucí eliminace však závisí na mnoha faktorech. Jedním z nejzásadnějších je, zda se jedná o korekci snadno dosažitelnou jednoduchým jednorázovým zásahem, nebo zda jde o bariéry se složitou strukturou, jejich odstranění vyžaduje koordinaci více prvků, které k odstranění takové bariéry nakonec skutečně povede.

2.1.2 Bariéry kolem nás – jejich důsledky a eliminace

Z praktického každodenního žití je pro kohokoliv snadno představitelné a v praxi ověřitelné, že každý jednotlivý detail naší architektury, každá veřejná cesta, veřejně přístupná budova a z velké části i veřejná doprava včetně pražského metra byly v době svého vzniku primárně navrženy pro lidi, kterým jejich tělo bez problémů slouží. Přístupové cesty, portály, vjezdy jsou přizpůsobeny plné mobilitě, kterou si pohybově neomezený člověk nijak zásadním způsobem ani nemusí uvědomovat. Omezení některých specifických stavitelských prvků vstoupí do popředí vnímání v okamžiku, kdy ho tyto detaily počnou aktivně omezovat, tedy v okamžiku, kdy jakýmkoliv negativním způsobem zasáhnou do komfortu pohybu uživatele. Takový zásah může mít

různé příčiny. Někdy jsou přechodné, dané přirozeným vývojem a vnějšími podmínkami – např. kdy je nezbytné přepravovat kojence v kočárku prostřednictvím MHD. Jindy jsou příčiny trvalejšího rázu, vyvolané negativní změnou zdravotního stavu, kdy vlastní tělo není schopné stejného výkonu jako před vznikem onemocnění či úrazu. Do té doby známé prostředí přestane být pro vybraného jedince akceptovatelné. Změny, které nemoc či úraz s tělem jedince způsobily, mění možnosti akceptace dosavadního uzpůsobení prostředí. Donedávna bezproblémové tři schody, o nichž daný jedinec téměř nevěděl, jsou náhle zdolatelné jen obtížně. Veřejná doprava se stává na mnoha místech nepřístupnou. Návštěva úřadu se stává nečekaně komplikovanou. I ve vlastním, chronicky známém, domácím prostředí mohou nastat obtíže naprosto překvapivého charakteru. Vypínače jsou nečekaně vysoko, nebo jejich design způsobuje náhle komplikace. Vana může být náhle příliš hluboká, kohoutky samostatně neobsluhovatelné. Problém mohou způsobovat i systémy otvírání oken, dveří nebo skříní atp. Jedná – li se o trvalé nároky na úpravu prostředí jedince, nastupuje realizace nezbytných úprav. Ty jsou však často – i přes některé sociální dávky (příspěvek na zvláštní pomůcku dle zákona č.329/2011 Sb. dle § 2 b) finančně nedosažitelné, popř. příliš administrativně komplikované zdoluhavé postrádající praktickou žitou zkušenost.

2.1.2.1 Eliminace bariér sociální podporou

Pozoruhodné na mechanismu přidělení příslušné sociální dávky je již její počáteční rozlišení. Vyhláška rozlišuje, zda se jedná o pomůcku v ceně do nebo přes 24 000 Kč. Jedná – li se o zvláštní pomůcku v ceně do výše zmíněné částky, příspěvek se poskytne výhradně osobě, která má příjem nižší než osminásobek životního minima, přičemž se počítají příjmy společně žijících osob. Tedy u dvou dospělých osob příjem kolem zhruba kolem 48 000,- měsíčně. Současně se rovněž předpokládá, že cena poskytnuté dávky je již snížena o 10 % na spoluúčasti příjemce dávky z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky. Současně je zákonem stanovena, že tato spoluúčast činí nejméně 1 000,- Kč. Vhodné je i podotknout, že zákon umožňuje takovou dávku z důvodů hodných zvláštního zřetele, zejména žádá-li například osoba opakovaně o příspěvek na různé zvláštní pomůcky v ceně do zmíněných 24 000 Kč, tento příspěvek i tak poskytnout i osobám jejich příjem zákonem stanovenou hranici přesahuje (ÚZ, 2011).

Současně je vhodné uvědomit si, že osoby, které v praktickém životě

kompenzují některý ze svých hendikepů některou z těchto pomůcek jsou z 50 % osoby starší 60 let. Jedná se tedy z velké části o osoby v důchodovém věku, u nichž sledovaný příjem něco přes 27 000,- Kč / měsíčně je při aktuální výši starobního důchodu 11 441,- pro drtivou část cílové skupiny absurdní. Praktický dopad takto nastaveného opatření je tedy pro žadatele jednoznačně pozitivní v tom, že v drtivé většině případu by na požadovaný příspěvek osoby s postižením měli bez obtíží dosáhnout (CSSZ, 2016).

Rovněž pro osoby ve věkovém rozmezí 45–60 let, tedy osoby v produktivním věku by příspěvky na kompenzační pomůcky měly být v drtivé většině přístupné, neboť průměrná mzda se za rok 2016 pohybovala ve výši 28 232,- Kč, přičemž mzdový medián je zpravidla výrazně níže nežli výpočet průměru a je tedy zřejmé, že přístupnost příspěvku na kompenzační pomůcku do 24 000,-Kč je obecně nastavený přiměřeně ekonomické úrovni obyvatelstva (CSSZ, 2017).

Dobré je rovněž podotknout, že zákon umožňuje takovou dávku z důvodů hodných zvláštního zřetele, poskytnout i osobám, jejichž příjem zákonem stanovenou hranici přesahuje. Jedná se zejména o osoby, které o danou pomůcku žádají opakovaně. Ani spoluúčast na pořízení pomůcky není v drtivé většině případu nepřekročitelnou překážkou. Tolik výklad k legislativnímu nastavení.

V praxi je však možné se setkat s obtížemi, které plynou z reálných cen, možnosti opotřebení pomůcky či různě nastavených cen v různých krajích ČR. Obtíže mohou nastávat zejména při pořízení pomůcek spadajících do druhého spektra možnosti tedy do oblasti pomůcek jejichž hodnota překračuje zmíněných 24 000,- Kč. Tedy do stavebních úprav zajišťujících bezbariérovost domácího prostředí, či pořízení motorového vozidla pro přepravu osoby s poruchou pohybového aparátu. Zákon u této skupiny pomůcek kontroluje nejen výše zmíněné finanční příjmy posuzované osoby (event. spolu posuzovaných členů domácnosti), ale výši příspěvku zastropuje předem danou maximálně možností částkou. U příspěvku na motorové vozidlo se aktuálně jedná o 200 000,- Kč, v případě příspěvku na schodišťovou plošinu 400 000,- Kč, a současně součet vyplacených příspěvků nesmí v průběhu 5 let (resp. v průběhu 60 po sobě jdoucích měsíců) přesáhnout celkovou sumu 800 000,- Kč popř. 850 000,- byl-li poskytnut příspěvek na schodišťovou plošinu (ÚZ, 2011).

Budeme-li sledovat fiktivní osobu s úrazem, či nemocí náhle trvale upoutanou na invalidní vozík, která přijde v důsledku svého zdravotního stavu o zaměstnání, nebo

kteřá již je ve starobním důchodu, dle dostupných dat s vysokou mírou pravděpodobnosti bude tato osoba mít k dispozici příjem, který se rovná cca 55 % průměrné mzdy. Tj. částku která se pohybuje mezi 10 až 14 000,- Kč měsíčně. Životní realita této osoby se prudce mění a pomíneme – li v tento moment výše popsané psychologické změny, je pro takového jedince životně nezbytné upravit podmínky osobního prostoru. V praxi to může znamenat nejen schodišťovou plošinu, či madla ve sprše, ale rovněž úpravu futeř, přemístění či úpravu ovládání světel, dveří, oken, přístupu do místností (tedy prahy, dveře), přístupu do koupelen, do skříní, ke kuchyňské lince, do vany či sprchy, ale i přístupu k lůžku. Stavební úpravy takového rozsahu jsou nejen komplikované, ale dosti drahé a jen úprava koupelny a kuchyně může naprosto lehce přesáhnout výše zmíněnou stropní částku. Navíc cena těchto úprav je odlišná v hlavním městě a na okraji republiky. Na mysli je dobré rovněž mít, že sumy zde uvedené jsou maximální možností příspěvku, na jehož výši značná část osob vůbec nedosáhne. Nezanedbatelnou veličinou celého systému přidělování těchto dávek je rovněž relativně nízké vzdělanost sociálních pracovníků (resp. velmi nízký práh požadavků jak na jejich odborné znalosti, praktické dovednosti a úroveň vzdělání, tak otřesná úroveň jejich platového ohodnocení). Tyto pracovníci Úřadu práce docházejí na předepsané sociální šetření do rodiny. Zásadním problémem je také zdlouhavost a trestuhodná subjektivnost celého rozhodovacího procesu a v neposlední řadě mediálně často kritizovaná formalistická a bez kontextu realizovaná práce tzv. posudkových lékařů.

Praktickým výsledkem takto nastaveného procesu odstraňování bariér může být jejich paradoxní budování. Osoba, jejíž zdravotní stav se náhle a prudce zhoršil, nemůže dosáhnout na potřebné finance v reálně potřebném čase, tedy v období, kdy je v ústavní (nemocniční) péči. Přestože teoreticky může podat žádosti o příspěvek na péči a příspěvek na zvláštní pomůcku atd. ve skutečnosti musí počkat na realizaci jednotlivých sociálně zdravotních šetření rozdílnými složkami státu. Zákon sice jasně stanoví příslušné lhůty, nestanoví však žádnou sankci v případě nedodržení těchto lhůt ze strany státu a deklarovaný časový požadavek na vyřízení daných žádosti je tedy reálně víceméně formální a prakticky nefunkční.

Problém rovněž tkví v tom, že na potřebné úpravy je nezbytný čas k jejich praktické realizaci. Pokud však nutné příspěvky jsou přiděleny až v řádech měsíců, jejich efektivita se zbytečně tenčí. Navíc téměř nekontrolovatelná subjektivita rozhodování jednotlivých sociálních pracovníků i lékařů způsobuje, že není reálně možné

spolehnout se, že konkrétní příspěvek bude skutečně vyplacen v zákonem deklarované výši, nebo že nezbytné stavební úpravy budou řádně proplaceny. Výše příspěvku je subjektivně ovlivňována lidským faktorem a reálná výše příspěvku v jednom případě není objektivně totožná jako reálná výše příspěvku v obdobném druhém případě. Administrativní postup při podání a posouzení oprávněnosti přidělení příspěvku tak naráží na výše zmíněnou absenci vzdělání a praktických znalostí těch, kteří rozhodují. Reálná výkonost mnohých sociálních odborů a revizních lékařů je v praxi zjevně naprosto nedostačující a systém administrace a distribuce sociální pomoci v tomto směru tak často selhává ve své elementární příčině vlastní existence – rychlé a účelné sociální pomoci postižením.

Přestože se příspěvky ve výše popsaném rozsahu mohou týkat jen cca 300 000 osob a jejich dopad na státní rozpočet je oproti jiným „dotacím“ zcela marginální, způsob administrace je tak nepružný a zatížený lidským faktorem, že se nelze divit relativně nízké úrovni inkluze těžce zdravotně postižených. Stát se těžce zdravotně postiženým totiž v reálu může znamenat velmi snadnou cestu do sociální izolace.

2.1.3 Bariérovost a integrace

Tuto izolaci kromě výše popsaného může – poněkud paradoxně – upevnit i naprostá absence bariérovosti ústavního prostředí. Lidé po úrazech jsou v nemocničním a někdy (ne tak často) i v rehabilitačním prostředí „chováni“ v určité iluzi. Je řešen jejich základní zdravotní stav a při rehabilitaci jsou vedeni k osvojení si (opět) základních dovedností nezbytných k soběstačnosti. To je samozřejmě naprosto v pořádku. Problémem je opět reálná zkušenost se omezeními, které postižení přináší do každodenního života. Nikdo čerstvého vozíčkáře nenaučí sundat věci z horní police lednice, nebo ze spodního šuplíku. Neřekne, jak se dostat do úzkého výtahu, nebo jak současně řídit vlastní vozík a vozík v obchodě s potravinami. Je to obrovské množství drobných obtíží, které si v podstatě ani nelze do doby návratu do reálného světa uvědomit. Proto je skutečně komplexní pochopení možných bariér tak obtížné. Svět nemocnic a rehabilitačních ústavů nazývá Murphy fyzickou i sociální „kuklou“, ve které nejsou schody ani jiné překážky pohybu. Vše je nastaveno tak, aby pacientům pomohlo obnovit jejich elementární tělesné funkce a potřeby. To je do jisté míry logické, ale postižený si na tyto podmínky snadno zvyká a podvědomě očekává jejich pokračování v reálném životě. Problém nastává, když pacient následně vykročí z lůna

této „kukly“ do reálného světa nepřipraven. Ekologie domácího prostředí může být tak zásadním způsobem nepřizpůsobitelná novým vztahovým požadavkům, že bydlení v místě, které postižený člověk do té doby považoval za domov, se může stát pro normální život – v nových podmínkách, naprosto nerealizovatelným. Jedná – li se navíc o osobu starší, což je vysoce pravděpodobná varianta, může změna zdravotního stavu přenést nejen ztrátu mobility, zdraví či pracovní perspektivy, ale rovněž i neočekávatelně ztrátu vlastního domova. A pokud vysoce aktivní člověk ztrácí soběstačnost, tím i možnost dosavadní seberealizace, případně i zázemí v podobě bydliště, které subjektivně vnímá jako „doma“, je rovnováha jeho psychického stavu ohrožena mnohem víc, než by se mohlo zdát při pouhém výčtu získaných fyzických omezení (MURPHY, 2001).

Dostupná, účelná, včasná a relevantní podpora úpravy bydlení může tedy pro osobu s náhlou změnou zdravotního stavu, resp. tělesného hendikepu, znamenat jednu ze základních podmínek pro nabytí psychické rovnováhy. Relevanci této úvahy podporují data ČSÚ, dle kterých více než 87 % tělesně postižených žije ve standardním, původním bydlení. Standardním bydlením je přitom myšleno bydlení, které a priori není uzpůsobeno specifickým potřebám tělesně postižených, a nelze je tedy obecně označit jako bezbariérové. Naopak bydlení, které by bylo možné klasifikovat jako bariér prosté, se vyskytuje minimálně. Konkrétně pouze 7, 9 % obytných jednotek bylo tělesně postiženými klasifikováno jako bezbariérových a zhruba 0, 5 % osob žilo v bytě nebo domě bez bariér.

Tato čísla by měla být relativně varovná, neboť dle ČSÚ je více než 35 % (konkrétně 198 498) tělesně hendikepovaných postiženo těžce, nebo velmi těžce. Jednoduchou matematikou lze tak dojít k nepřesnému, nicméně varovnému číslu, že až 90 % osob s těžkým, nebo středně těžkým tělesným postižením žije v prostředí, které je upraveno jen nedostačivě či dokonce vůbec. Samozřejmě i zde je třeba zmínit, že ČSÚ mapuje ve svém šetření bydlení, na něž byla čerpána sociální dávka. Samotný fakt, že osoby s tělesným postižením a jejich rodiny ve velké míře nečerpají danou dávku, nemusí nutně znamenat, že se o úpravu bydlení postiženého jedince nestarají svépomocí. Taková snaha je víceméně očekávatelná. Otázka je, proč je poměr svépomocných úprav a čerpání sociální dávky k tomu určený tak drtivý. Odpověď z pohledu praktické zkušenosti zní, že silně absentuje informovanost postižených a jejich rodin, a to jak ze strany zdravotnických zařízení a jejich sociálně zdravotních

oddělení, tak ze strany sociálních odborů úřadů práce, které dávku vyřizují (ČSÚ 3309-08, 2008).

2.1.4 Bariéry ve veřejném prostoru

Možnosti odstranění nadbytečných bariér přirozeně není problémem pouze domácího prostředí jedince, ale týká se i prostředí veřejného. Stejně jako v domácím prostředí, můžeme i v tom veřejném najít určité styčné body, kde dochází k nežádoucímu rozkolu mezi původním záměrem i eventuálním legislativním ošetřením a následnou praxí.

Základní podmínkou pro účelné odstranění architektonických bariér z veřejného prostoru jsou nepřekvapivě dostatečné finanční prostředky a příslušná legislativa.

Právní úprava pamatuje na povinnost respektovat bezbariérový přístup u všech veřejně přístupných budov. Problém samozřejmě je, že značná část veřejně přístupných budov vznikla dávno před tímto požadavkem v době, kdy bariéry byly vnímány zcela jinou optikou. Dnešní pohled je z pohledu integrace tělesně postižených bezpochyby výrazně přívětivější, nicméně realizace této změny vnímání nutně vyžaduje relativně vysoké finanční náklady. Občas dokonce tak vysoké, že ke změnám dochází až v okamžiku, kdy se do problému vloží prostředky Evropské unie. Zejména strukturální fondy EU umožnily realizaci těchto úprav i v místech, kde byly tyto úpravy dlouhodobě odmítány s poukazem na „objektivní“ důvody. Ze starších projektů je to například zpřístupnění stanice metra trasy B – Florenc, na jehož bezbariérový přístup zaplatily SF EU 29 794 000,- Kč (slovy 29 milionů!) z celkových nákladů 77 946 000,- Kč tedy téměř polovinu všech nákladů (DPP, 2009). Podobným projektem odstranění bariér z veřejného prostoru je otevření bezbariérového přístupu ve stanici Háje na lince C pražského metra v únoru 2011. Tato rekonstrukce si vyžádala náklady v obtížně představitelné výši 56 mil. Kč (DPP, 2011). Zmíněné sumy uvádím se záměrem upozornit na rozdíly nabídek výše příspěvků na stavby veřejné a stavby soukromé, kdy zákonem stanovená maximální suma poskytnutá k odstranění nadbytečných bariér pro soukromou osobu se pohybuje o celé řady níže. Samozřejmě lze z prosté logiky věci chápat argument, že například výše zmíněný výtah, navíc v prostředí podzemní dráhy, bude vyžadovat výrazně větší stavební úpravy. Rovněž kvalita samotného přepravního zařízení bude v průběhu svého fungování vystavena výrazně vyšší zátěži, než jak je tomu u výtahu, který je realizován pro přepravu jednotlivce a je tedy zjevné, že

pořizovací náklady obou zařízení se lišit mohou a budou. Nicméně kontrast mezi max. 400 000,- Kč na výtah či schodišťovou plošinu v domácnosti a 13 mil. Kč za výtah ve stanici metra Háje – tedy víc než 30 x násobek je přinejmenším pozoruhodný. Podobných příkladů lze najít jistě více a je rovněž pravdou, že ještě před několika lety byl kontrast vyplácených sociálních dávek jednotlivcům a nákladů na obdobná zařízení ve veřejném prostranství mnohonásobně vyšší v neprospěch tělesně postižených jedinců. Situace se tedy pomalu zlepšuje.

Každopádně lze konstatovat, že ani podobně nápadné finanční eskamotérství, které lze z výše uvedených příkladů vnímat, nijak nesnižuje naprosto jasnou legitimitu požadavku na max. možné odstranění bariér z veřejného prostoru.

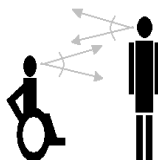
2.1.5 Bariéra očního kontaktu

V souvislosti s invalidním vozíkem a bariérami bych chtěl upozornit ještě na jeden na první pohled marginální aspekt tohoto problému. Nejen, že mnohé nemusí být pro člověka upoutaného trvale na invalidní vozík fyzicky dosažitelné, ale rovněž jeho vnímání okolního světa je ze stejného důvodu odlišné. Sedící člověk má totiž přirozeně vnímání svého okolí zprostředkované z nepoměrně nižší úrovně než ti, co stojí. Někteří odborníci doporučují – pro skutečně partnerské dorozumívání – sklánět se k postiženému. To však dle mých zkušeností není zrovna pro stojícího příjemné ani dlouhodoběji fyzicky možné. Navíc podobný postoj může asociovat dojem, že mluvíme s malým dítětem, k němuž je také třeba se sehnout. Prostým pozorováním je možné povšimnout si, že v okamžiku sklonění se ve snaze komunikovat s člověkem v takto snížené pozici mnoho jedinců „přirozeně“ začne používat způsob komunikace, který by bylo možné označit jako „shovívavě trpělivý“, tedy přesně ten, který je zpravidla určen malým dětem. Je přirozené, že takový způsob komunikace může být pro dospělého jedince na vozíku při zachování jeho kognitivních funkcí degradující až urážlivý. Možným řešením může být posadit se při komunikaci s člověkem upoutaným na invalidní vozík tak, aby oční kontakt bylo možné navázat v rovnocenné úrovni. Rozdíl je dobře patrný z následujícího grafického vyjádření odlišnosti mezi přirozeným zorným úhlem stojícího člověka a člověka sedícím na invalidním vozíku.

Pochopitelně takový nárok na komunikaci nelze beze zbytku nárokovat a pro

zdravého jedince i taková drobná komplikace může představovat jednu z podmínek pro se samotnému kontaktu s osobou upoutanou na vozík raději vyhnout.

Obr. č. 1. ZORNÝ ÚHEL U ČLOVĚKA SEDÍCÍHO A STOJÍCÍHO



Upraveno dle předlohy SLOWÍKA (2010, s. 39)

Na tomto konkrétním případě upozorňuji na specifika vnímání tělesně postiženého na invalidním vozíku. Mnohdy je však tělesné postižení kompenzováno i jinými pomůckami, například holemi, berlemi, francouzskými holemi apod. I pak je však třeba mít na paměti specifický vztah postižených k těmto oporám, které nejen že fyzicky usnadňují eliminaci samotného somatického omezení, ale jejich funkce je právě z těchto důvodů i psychologická. Zachovává totiž pocit samostatnosti, byť se objektivně toto vnímání může zdát iluzorním. Pomůcky, které podporují jistou soběstačnost logicky zpětně vyvolávají rovněž větší pocit jistoty a bezpečí. Je tedy zcela nezbytné, aby tyto pomůcky měl jedinec vždy ve svém dosahu, ve své blízkosti. Usadit tedy tělesně postiženého do pohodlného křesla a berle, podobně jako deštník či jiný módní doplněk, odložit v šatně je nesmysl a hrubé faux pas. Ale to už se spíše dostáváme k bariérám psychickým, popř. sociálním.

2.2 Bariéry v nás

V předchozích kapitolách byl hojně poskytnut prostor ke specifikování bariér a nezbytnosti jejich eliminace. Fyzické – zpravidla architektonické – bariéry mohou tělesně postiženého člověka odsoudit k fyzické izolaci, ale jejich odstranění nemusí být tak těžké, snad jen finančně náročnější. Bariéry jiného druhu, jejichž existenci jsem několikrát naznačil, jsou už o něco složitější.

2.2.1 Bariéry předsudků a (falešných) očekávání

Předsudky jsou nedílnou součástí vnímání každého jedince. Jejich vznik se vytváří a upevňuje v dané kulturně sociální realitě. Nekriticky přijímané a automaticky akceptované postoje pak sídlí, nezřídka dosti pevně, v našich představách, myšlenkách a

předpokladech a jejich nesmyslnost si obvykle nemáme ani možnost uvědomit. Alespoň do doby konfrontace těchto postojů s reálnou žitou skutečností je nesnadné a pomalé nahradit falešné předpoklady a předsudky reálnou zkušeností a nepředsudečným postojem. Dr. Neumannová, postižená DMO, například o počátcích svého vysokoškolského studia píše: „... *daleko horší bylo zlomit ostny vyučujících, ti si nebyli zcela jisti, jak se mnou zacházet ... nevyvolávali mě, a to dělalo napjatou atmosféru ...*“ (NEUMANNOVÁ, 1991, s. 81).

S problémy určité neznalosti, nezkušenosti v této problematice se kupodivu můžeme setkat i na straně odborné veřejnosti. Překvapivé jsou zkušenosti matek tělesně postižených dětí popisujících své zkušenosti s lékaři ošetřujícími jejich postižené děti. Přestože by lékař – pediatr měl, nebo minimálně mohl, znát prognózu např. muskulární dystrofie, jsou zaznamenány reakce těchto lékařů, kdy se „mile“ a udiveně zeptal šokované matky: „... *ještě se Vám nestaví? Ani neklečí?*“. Nebo v případě chlapce postiženého DMO se maminka z lékařových úst dozvěděla: „... *proč si kazíte život ... kdy „to“ dáte do ústavu? Copak nevíte, že „to“ nemá žádnou perspektivu?*“ (CHVÁTALOVÁ, 2001, s. 122, 147). Pravdou je, že tyto trpké zkušenosti jsou staré desítky let a doufejme, že dnes by podobné situace, alespoň v odborné veřejnosti, už nastat neměly. Rád bych se domníval, že dnešní možnosti rychlosti sdílení a přístupu relevantních informací podobným excesům budou čím dál více bránit. Stejně tak je výborným pomocníkem v boji s předsudečností osobní žitá zkušenost, kterou získat je díky čím dál rozsáhlejší eliminaci architektonických bariér ve veřejném prostoru čím dál jednodušší. Právě to stálo i u kontroverzně vnímaného zákona o inkluzivním vzdělávání.

Zároveň je však vhodné vnímat, že samotná žitá zkušenost, relevantní vzdělání či vhodné žádoucí informace ne vždy musí nutně vést k pochopení všech specifík osob s tělesným postižením. Důvodem je prostý fakt, že získané tělesné postižení představuje zásadní zásah do mnoha oblastí života postiženého jedince a ten tak nezřídka nemusí svým pocitům, reakcím a postojům ani sám zcela rozumět. Dr. Sacks – lékař, věnující svou praxi neurologickým a psychiatrickým poruchám, byl sám velmi (nemile) zaskočen, když se ocitl v postavení pacienta. Navíc pacienta s velmi vážným zraněním, které zásadním způsobem otřásl jeho lékařskými předsudky i znalostmi. Přestože teoreticky byl díky svému vzdělání „dokonale“ obeznámen s okolnostmi a důsledky svého zranění, na své vlastní vnímání, prožívání a jednání ho tato teoretická průprava

absolventa medicíny, ani praktická průprava praktikujícího lékaře, zkrátka naprosto nepřipravila. Ve své knize popisuje, jak jeho vlastní komplikované poranění nohy vedlo k neočekávanému poznání, že ztratil „vnitřní obraz“ své vlastní léčené nohy. Dolní končetina, která byla v důsledku léčby prakticky znehybněna a nemohla být tedy užívána v prakticky žádné původně zcela přirozené funkci, byla jakoby „vymazána“ z vědomí a v konečném důsledku došlo ke ztrátě propriocepce nohy. Sacks popisuje nejen vnímání vlastní nepoužívané nohy, ale nebyl schopen si vzpomenout, že by kdy nohu měl. „Zapomněl“ rovněž, jak by ji měl vlastně používat. Právě v takových případech se stává, že nepřítomnost aktuální kontroly „opomíjené“ části těla vede k tomu, že mají pacienti tendenci dodávat svým údům zvláštní, bizarní, nepřirozené a nápadné pozice, což je u osob trvale upoutaných na invalidní vozík dosti často zjevné. Sacks píše: „... se zmateným úžasem jsem zjistil ... že mi noha úplně vypadla z vědomí, že je opomíjena, že s ní zacházím jako s něčím, co ke mně nepatří“ (SACKS, 2009, s. 162).

Z uvedených příkladů je, myslím, dobře poznat, že tělo „oslabené“ postižením některé své části, může svými reakcemi překvapit i vzdělané a zkušené odborníky. S tímto vědomím je pak již snadné pochopit, že pro laika musí být taková situace zákonitě o to nesrozumitelnější. Je tedy důležité mít vždy o něco větší pochopení a toleranci pro pocity a způsob vnímání člověka s postižením, právě s přihlédnutím k jeho psychickému stavu.

2.2.2 Smysl postižení

Pro lepší představu specifik, která tělesné postižení může přinést a jež obvykle neočekávají ani samotní postižení považují za nezbytné věnovat se i obtížím, jejichž původ není na první pohled zcela jednoduché identifikovat.

Fenoménem, s nímž je možné se u osob s postižením setkat v dosti hojné míře je jev, který Schultz von Thun nazývá „demonstrativním sebesnižováním“. Míjí tím záměrné sebedoceňování, které člověk dává v komunikaci najevo, aby tím dosáhl určitých výhod. Například zproštění úkolu, nebo vyhnutí se obtížné situaci. Snížení sebe – jistoty v plnění úkolů může vyvolávat tendenci se danému úkolu vyhnout. Je – li navíc okolí (ať profesionální, či laické) postiženého ve své podpoře přes míru snaživé, tendence vyhybavého chování či jednání může být paradoxně nevhodnou pomocí ještě zesilována. Podobné chování je běžné u dětí a časem při správně nastavených hranicích

a vhodné podpore mizí. U dospělého člověka s postižením vyžaduje cílené získání maximálně možného stupně kompetentnosti mimořádné úsilí a vůli. Nevhodně nastavená podpora v krátkodobém horizontu usnadní postiženému jeho obtíže. V konečném výsledku však spíše prohlubuje dopady hendikepu, eventuálně jeho izolaci (cit. dle SLOWÍKA, 2010).

Velmi obtížně zjištělnou bariérou v komunikaci může být i na první pohled nelogický pocit viny. Ten lze často identifikovat jako jakýsi vedlejší spojitý produkt vzniku postižení. Nemyslím tím depresi, apatii či pocity rezignace. Tyto emocionální stavy jsou při vzniku postižení a v určitých fázích léčby a rekonvalescence zcela přirozené a překvapivá by byla spíše jejich absence. Míním tím určitou obsedantní bytostnou potřebu nalezení smyslu celé události. Hledání smysluplnosti celé prožívané události může nabýt až nutkavé intenzity.

Podobně rodiče při narození dítěte s postižením mohou mít například v průběhu jeho života tendenci vytěšňovat realitou ověřené hranice možností dítěte pouze pro potvrzení vlastní „normality“. Jindy hledají „skryté talenty“ či mimořádné schopnosti u svého dítěte s postižením, jen aby zdravotnímu stavu svého potomka dali nějakou legitimitu existence. Nic z toho není překvapivé ani neobvyklé. Při práci s postiženými či s rodiči postižených dětí je jen žádoucí tyto tendence nemarginalizovat, nezlehčovat. Je potřeba porozumět legitimitě těchto tendencí a dopřát zainteresovaným jedincům dostatečný prostor k jejich zpracování. Snad jen je třeba vyvarovat se, aby v případech rodičů postižených dětí, tyto rodičovské „potřeby“ nebyly další zátěží pro samotné dítě.

Je – li tedy hledání smysluplnosti vzniku postižení pochopitelné u rodičů postiženého dítěte, je taková snaha stejně přirozená i u jedince, který se s důsledky nemoci či úrazu musí vyrovnat v dospělém věku. Tento stav, kdy pacient hledá zodpovědnost za svůj zdravotní stav, může být pro okolí naprosto nesrozumitelný. Hledání může oscilovat od pátrání po „vnějších okolnostech“ nebo dokonce „vnějším nepříteli“, na něž je možné celou tíhu zodpovědnosti vložít až po patologické sebeobviňování, přesvědčení o vlastní vině. Možná je i kombinace obou příkladů, kdy zodpovědnost je v očích postiženého nejen „trestem“ za špatné (hříšné) chování, ale může být vnímáno například i jako důsledek jakéhosi domnělého rodového prokletí atp. Účel je však vždy stejný – nalezení smysluplnosti žité situace. Nalezením tohoto smyslu, byť ve formě jakéhosi „obětního beránka“ celé události má obvykle přinést porozumění a úlevu. Často je hledání takové úlevy v neztenčené míře i potřebou okolí

postiženého. Příbuzným, kterým utrpení blízkého může přinášet výčitky svědomí – ať už za svou objektivní vinu, či „pouze“ za své zdraví – nalezení jasně definovaného (dalšího) viníka rovněž přinese kýženou úlevu. Nalezne-li se viník, není třeba se trápit vlastními výčitkami svědomí.

Samozřejmě, že zjevná a uvěřitelná vyrovnanost samotného postiženého s daným stavem pramenící z kýženého nalezení smyslu události a jejích důsledků rovněž okolí výrazně uleví. Snaha po nalezení jasně definovaného smyslu celé události může být klíčovou i u sociálních skupin, kde se to méně očekává. Pro zdravotníky často je očividná, hlavně kauzálně identifikovatelná příčina zdravotního stavu. Absence jasné příčinnosti naopak způsobuje až anxiózní snahu takovou příčinu nalézt, protože až jasné pojmenování příčiny a možných dalších důsledků odstraní zdravotníkovi jeho bezradnost, nemohoucnost, neschopnost či chyby v léčbě atp. Nalezení jakékoliv, někdy i fiktivní příčiny je vždy až nápadně vítané. Proto je také možné, že samy osoby z okolí pacienta rády nevědomě přijímají jeho sebe obviňovací tendence, či sklony k fatalismu nebo spiritismu, ba dokonce je nezřídka i podporují. Přináší totiž vysvětlení a úlevu. Samozřejmě, že stane-li se základnou takové požadované úlevy cokoli, co samotný postižený není ochotný a schopný dlouhodobě autenticky akceptovat, celá konstrukce se dříve či později zhroutlí a hledání smyslu začne v podstatě nanovo.

Zajímavým, a ne nepodstatným fenoménem vzniku tohoto sebeobviňování může být i samotné „výkonnostní nastavení“ společnosti. Zvláště pro muže, u nichž má být výkon jakousi „nedílnou součástí genetického fondu“ je toto očekávání silně přítomno. Existuje-li totiž ve společnosti představa, že co není utilitární – tedy užitečné, použitelné, co není progresivní – to je nežádoucí, dostává onen častý „pocit viny za svou vlastní invaliditu“ logický kontext. Nutné je přitom zdůraznit že „užitečné“ je v tomto případě vnímáno jako synonymum nešťastného slova „výkonné“. Sedláček nabízí výrazně jemnější a laskavější výklad. Vysvětluje slovo utilita jako synonymum slova satisfaction nebo pleasure, tedy uspokojení, štěstí či radost, nikoliv pouze užitek = odvedený výkon. Pokud by postižený měl možnost a podporu k vnímání ztráty svých „před-úrazových“ kompetencí v kontextu takového obsahu pojmů, jeho hledání smyslu by to bezpochyby prospělo. Bude schopen své postižení vnímat i v jiném kontextu než v kontextu trvalé ztráty. Pak by se možná onen zmiňovaný pocit viny neobjevoval tak často. Šťastný a spokojený člověk – byť s tělesným či zdravotním handicapem – bezpochyby může být pro společnost žádoucím přínosem i bez oné – tolik

proklamované, a tak moc excitované – výkonnosti (SEDLÁČEK, 2009).

Bohužel tato doba ve minimálně ve své majoritně medializované podobě je silně zaměřená na výkon. A právě pouze (užitečný, společensky oceněný) výkon často znamená „legitimizaci“ existence. Jako by člověk skutečně existoval pouze, pokud se něco – cokoli společensky akceptovatelného a oceňovaného – děje. Nejde o „bytí“, jde pouze o dění. A toto dění je nezřídka zcela bezúčelné. Získá-li však taková činnost „známku společenského posvěcení“ legitimizuje její obsah, byť objektivně sebenesmyslnější a stává se jasnou jistotou. Jistota nahradila pravdu. A absence pravdy, nebo obsahu musí pak být saturována stále většími, progresivnějšími, extravagantnějšími, grandióznějšími (pseudo)potvrzeními, že jistota stále je jistotou. Bolestnou skutečností je, že tato spirála potvrzování legitimacy jistoty tvorbou nových výsledků přináší opět jen jedno jediné – tlak na výkon. Tento tlak je dokonce tak silný, že i oblasti lidské činnosti, které z vlastní povahy své existence musí respektovat dané omezení se je v rámci potvrzení jistoty věčné progrese snaží překračovat. Výborným příkladem je sport, kde se naprosto vytratila radost či krása (estetika) pohybu, ale jde již jen o zvyšující se výkon za každou cenu. I za cenu nesmyslných pravidel, nebo dokonce likvidace sportovcova zdraví. Cílem je jen a pouze „odvedený výkon“. A je to právě „výkon“, který samo postižení eliminuje. Frustrace, do jaké se hendikepovaný tak může dostat je, domnívám se, dosti zjevná (HOGENOVÁ, 2006).

Je však těžké zodpovědně kvantifikovat, jak velkou roli při vzniku tohoto pocitu skutečně hraje dnešní společnost, kulturní stereotypie a plnění příslušných genderových rolí a jakou hraje samotná osobnost jedince.

3 VÝVOJ A JEHO SPECIFIKA U OSOB S POSTIŽENÍM

Mám-li v této práci zmapovat maximální možné spektrum bariér, které tělesné postižení přináší i v souvislosti s možnou inkluzí, nelze se vyhnout vývojovým specifikům. V čase přirozeně probíhajícího vývoje je prokazatelný rozdíl, pokud tělesné postižení determinuje či narušuje jednotlivá vývojová stádia hned od narození, nebo pokud tělesný hendikep vznikne až v průběhu dětství, dospívání, nebo v dospělosti.

3.1 Tělesné postižení vrozené

Následky tělesného postižení se kterým se dítě narodí, je možné sledovat v několika různých oblastech života dítěte. Základní a patrně nejnápudnější je rovina biologická, kdy somatický a s tím související osobnostní vývoj dítěte je, v závislosti na rozsahu samotného postižení, omezen, případně zcela znemožněn. Některé klíčové schopnosti, dovednosti či kompetence, které jsou pro zdravý, nebo běžný kontinuální vývoj dítěte nezbytné, jsou postižením buď vážně narušené, nebo zcela chybí. Pro konkrétnější představu vlivu tělesného postižení na kontinuum rozvoje dítěte je možné využít některá vývojová dělení, obsahující jasně předem definované kompetence a cíle, jichž má dítě v tom či onom vývojovém stádiu dosáhnout. Tělesné postižení má při významnějším rozsahu postižení ne příliš žádoucí schopnost ovlivnit další vývoj dítěte již od nejranějšího kojeneckého věku, tedy v období prvního roku života.

3.1.1 Specifika bariér vývoje v raném věku

Dětský svět novorozence je krátce po narození diferencován zejména v intervalu podnětů příjemných a nepříjemných. Reakce dítěte jsou instinktivní a podněty, které k novorozenci přicházejí z vnějšího světa se postupně učí rozlišovat. V nejranějších fázích v omezeném jednoduchém rozmezí – kladné či záporné. Reakce dítěte je však podmíněna vnějším podnětem. Novorozenec v této vývojové fázi není schopen řízené vědomé aktivity, která by cíleně vedla k uspokojení dané potřeby či potlačení frustrace. Dítě dokáže reagovat na daný podnět a v omezeném instinktivním rozsahu zvládne podnítit žádoucí reakci.

Dokonalým příkladem takového jednání je pláč, křik i úsměv dítěte. Ani jedna reakce není cílená, dítě v tomto období nekřičí, protože „ví“, že křikem (pláčem) docílí

svého. Jeho instinkty mu umožňují reagovat na situaci, která je vyhodnocena jako negativní způsobem, který může vést k žádoucí změně. Úsměv pak slouží k sociálnímu kontaktu s okolím, které si úsměvy roztomilého dítěte vykládá zpravidla jako pochvalu a pozitivní naladění novorozence k pečující osobě. Tento vcelku pochopitelný omyl nicméně plní dokonale svůj účel a pomáhá dítěti zajistit si nezbytnou podporu ke svému dalšímu vývoji. Stejnou úlohu plní rovněž samotný vzhled dítěte. Poměry jednotlivých částí těla vůči sobě navzájem jsou zcela odlišné od poměrů stejných částí těla v průběhu pozdějšího věku a dospělosti. Právě tyto rozdíly způsobují vzhled, který nejčastěji nazýváme „roztomilým“ a který přirozeně vyvolává v dospělých jedincích (v různé míře) pocity něhy a ochranné tendence. Účelem těchto fyzických „anomálií“, které postupujícím věkem mizí, je opět zajištění bezpečí a dostatek nezbytných podnětů k přežití a dalšímu vývoji dítěte. Pokud je novorozenec po narození takto „vybaven“, jeho instinktivní chování nachází žádoucí odezvu a reakce okolí jsou vhodné, přiměřené věku a okolnostem, pak žádoucímu vývoji dítěte nestojí prakticky nic v cestě.

Problém nastává, pokud některý z těchto „nástrojů“, které má dítě po narození k dispozici je ve své funkčnosti omezen, či chybí docela. Je například známé, že již v takto časném období dítě reaguje na hlas své matky, který zná z prenatálního období. Stejně tak pozitivně reaguje např. na hudbu, kterou slychalo v průběhu těhotenství. Významným zdrojem podnětů pro kojence rovněž představuje kožní kontakt. Dítě významně reaguje na dotyk a jeho rozvíjející se styl poznávání je rovněž založen na fyzickém kontaktu. Dítě reaguje prostřednictvím celého těla na podněty a frustrace, které prožívá – grimasy, pláč, křik, pohyby končetin, nebo smích slouží k vyjádření vlastního prožívání, upoutání pozornosti a aktivaci žádoucí reakce pečující osoby. Tělesné postižení však může některé z těchto reakcí významně omezit či znemožnit. Je známé, že i nevidomé dítě se usmívá, neboť zde funguje instinktivní původ úsměvu. Přestože nemůže vidět reakci vyvolává žádoucí reakci a úsměv dítěte je tedy posilován jako žádoucí kompetence, která vede k dosažení cíle. Stejně dítě s absencí sluchu může v těchto ranných fázích křičet, plakat, neboť účel tohoto jednání může plnit žádoucí cíl. Až v okamžiku, kdy aktivita dítěte se začne stávat cílenou, dítě si vyvine způsoby komunikace, které bude moci mít pod kontrolou, což zvuk pro neslyšícího a obraz pro nevidomého, není. Tělesné postižení, které v tomto vývojovém stupni zásadnějším způsobem zasahuje do kvality vývoje je tedy postižení, které ovlivňuje motoriku dítěte. Citlivost dítěte na dotyk, schopnost přimět svaly k (dosud nekoordinovanému) pohybu

může být významně omezena, nebo dokonce může absentovat úplně. Pečující osoba je tedy nucena hledat alternativní zdroje podpory dítěte, což nemusí být nijak lehké, a je otázka, zda například absentující uklidňující kožní kontakt, který je znemožněn například naprostým ochrnutím u kvadruplegika, je možné plnohodnotně nahradit. Podstatná otázka při výchově dětí s postižením pak je, zda absence těchto zkušeností vede k odlišnému psychickému vývoji, a jak moc lze tento vývoj následně považovat za patologický. A samozřejmě musí následovat otázka, jak moc lze tuto „vývojovou patologii“ vhodnou a žádoucí alternativou zvrátit? (VÁGNEROVÁ, 2005).

Konkrétnější představu při důsledcích, které může vrozené tělesné postižení dítěti v jeho vývoji přinést lze ilustrovat pomocí Freudovy charakteristiky batolícího věku a úkolům, které toto stádium pro život batolete představuje. Klíčovým úkolem Freudovy představy análního stádia, je zkušenost dítěte s eliminací a retencí, tedy schopností ovládnutí, odložení uspokojení, ale také sebeřízení, snahou vzdalovat se, rozvojem lokomoce. Dítě se v tomto období má stát samostatnějším, aktivnějším subjektem, než jak tomu bylo v předešlém orálním stádiu. Výsledkem této konkrétní vývojové fáze má být osamostatňování a uvolňování z vazeb a expanze do širšího světa. Jinými slovy je to období první emancipace a první autonomie. Jak se však bude rozvíjet autonomie dítěte, které žádoucí kompetence získat prostě reálně nemůže? Dítě, jehož svalový aparát je naprosto mimo jeho volní kontrolu a reálně neovládá ani vlastní svěrače natož jakoukoliv jinou část vlastního těla, bude i ve své expanzi do širšího světa nadále zásadně omezeno na podněty, které přijdou k němu, stejně jako je tomu u vývojového stádia předchozího období. Dítě nemá v daném čase šanci získat kompetence a reálné dovednosti k expanzi do širšího světa jako jeho vrstevníci bez postižení. Jeho poznávací schopnosti jsou reálně omezeny na zrakové a sluchové podněty a jeho vývoj se tak ubírá jinou cestou než vývoj dítěte bez fyzického hendikepu. Konkrétněji například naprostá plegie končetin neumožní dítěti zkoumat okolní svět ve fázích kruhových reakcí tak, jak je to umožněno dětem „zdravým“. Jeho poznávání světa bude tedy odlišné a bude se tedy vyvíjet kvalitativně rozdílným způsobem. Vývojový úkol daného období bude pro postižené dítě zásadně zkomplikovaný a je přirozené, že absentující kompetence ovlivní i vývoj psychický (VÁGNEROVÁ, 2005).

Není přirozeně nezbytné všimnout si pouze těžce tělesně postižených dětí, jejichž končetiny jsou plegické. Dětská mozková obrna (DMO) nemusí zasáhnout končetiny

dítěte tak, aby je nemohlo vůbec ovládat. Progrese onemocnění naopak způsobuje, že mobilita dítěte s DMO se horší spíše v postupujícím čase, než že by absentovala od narození. Nicméně dítě s DMO může mít např. ochrnuté mimické svaly. Jejich ovládání je spojené s celou škálou orálních dovedností, potřeb a kompetencí, které dítě v průběhu celého vývoje dosahuje. Neschopnost kontrolovat mimické svaly ovlivňuje jak obtíže s koordinací mimiky, tak později dovednosti spojené s řečovým projevem. Pro dítě může být obtížné koordinovat jakýkoliv cílený zvuk, neboť ochrnutí může zahrnovat i oblast krku. Řeč je pak pro takto hendikepované dítě výrazně náročnější dovedností, než pro dítě bez hendikepu a zpravidla tak nastává opoždění ve vývoji v těchto oblastech. Takové opoždění řečového projevu může pak mít své další neblahé důsledky na následný rozvoj dítěte. Neschopnost mluvit může být příčinou nežádoucích reakcí okolí. Dítě, které nemluví, může být vnímáno jako dítě, které ani nerozumí, je tedy vývojově mladší, nebo je tzv. „prostě hloupé“. Je zřejmé, že tento soud nemusí naprosto odpovídat reálnému stavu věcí a dítě tak může v důsledku předsudku či nepochopení přicházet o cenné zdroje podnětů. Lze si tedy představit, že dítě s plegickými končetinami snadno může přicházet o žádoucí pocit bezpečí a ochrany v důsledku absence mazlení. Stejně tak může při chybějících řečových kompetencích přijít i o sociální kontakty a v důsledku toho o nezbytné podněty k učení. Vývoj takto „postiženého“ dítěte tedy vede k deprivaci, nikoliv přímo kvůli samotnému postižení, ale v absenci kreativních řešení, které by důsledky hendikepu uměly žádoucím způsobem nahradit (VÁGNEROVÁ, 2005).

Srozumitelně reálnou podobu a dopad takových předsudků popisuje ve své knize PhDr. Neumannová, sama postižena DMO: „... *my spastici jsme ... na tom ještě o něco hůř ... pro laickou veřejnost jde o vzhled ... když je holka hezká, bude hezká i po autonehodě na vozíčku, ale hezkého spastika jsem ještě neviděla, to, jak vypadáme, vyvolává u jisté části veřejnosti představu, že jsme i blbí*“ (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2004, s. 254).

V době vydání knihy byla PhDr. Neumannová 44letou zralou ženou, která měla dostatek času, inteligence, i prostředků k vyrovnání se s obtížemi, jež jí při verbální komunikaci v důsledku vrozené DMO způsobovaly ochrnuté obličejové i krční svaly. Spastické stahy obličeje i celého těla, zejména končetin a v praxi jen obtížně ovlivnitelná nadměrná salivace, doktorce Neumannové výrazně zasahovaly do obecné společenské přijatelnosti. Obvyklý negativní první dojem, jež její somatický stav

pravidelně vyvolával, byl trvalou připomínkou jejího zdravotního hendikepu. Dr. Neumannová se vyrovnala s důsledky těchto předsudků po svém: „... *tohle byl jeden z důvodů, proč jsem si vybojovala doktorát ... před určitým druhem lidí se dávám zásadně titulovat „paní doktorko“ ... je to pro ně šok*“ (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2004, s. 254). Zdaleka ne každé obdobně postižené dítě má však zázemí, inteligenci a temperament doktorky Neumannové, a i z jejich vzpomínek je patrné, že svůj hendikep vnímala často jako extrémně zatěžující.

3.1.2 Specifika bariér vývoje v pozdějším věku

Ani následující vývojová období nepředstavují pro postižené dítě identický proces, s jakým se setkáváme u dětí bez postižení. Pro vysvětlení rozdílů je třeba si v první řadě uvědomit fakt, na něj upozorňuje Vágnerová, totiž že pro předškolní dítě je důležitá „... *shoda v oblasti vnějších znaků a projevů, kromě toho potřebuje, aby s ním kamarád sdílel určité činnosti a měl tudíž obdobné zájmy i kompetence*“ (VÁGNEROVÁ, 2005, s. 215). Dítě upoutané v důsledku postižení na invalidní vozík přirozeně může sdílet činnosti a zájmy se svými vrstevníky výhradně v hendikepem definovaných hranicích vlastních možností, a tedy v hranicích, které jsou v mnoha směrech lidské činnosti výrazně okleštěné či omezené. Hranice nemožnosti sdílení aktivit vrstevníků se pak geometricky navyšují s narůstajícím stupněm postižení a klesajícím stupněm bezbariérových úprav veřejného prostoru. Samozřejmě že, vyrůstali dítě v institucích, které vycházejí vstříc zvýšeným potřebám konkrétního postižení a kde navíc může rovněž nalézt kamarády s podobnou skladbou hendikepu, kterou je zatíženo ono samo, pak jeho vývoj v tomto směru může více odpovídat sociálnímu vývoji jeho vrstevníků. Problém však je, že takový postup podporuje spíše argumenty kritiků inkluzivního vzdělávání a zejména pro rodiče dítěte je představa potomka vyrůstajícího v prostředí určité hendikepem definované výlučnosti naprosto nepřijatelná. Naopak zařazení dítěte do běžné – nikoliv speciální – školy či v tomto případě školky, může pro rodiče představovat jistý druh potvrzení míry normality dítěte. Tedy potvrzení, že i přes svůj hendikep jejich potomek je schopen dosáhnout takového stupně vývojové úrovně a adaptability, že je schopen se zařadit do „normálního“ školního výchovného procesu. Přijetí postiženého dítěte do běžného typu školky či následně školy pak rodiče subjektivně mohou vnímat jako získané potvrzení méně závažného či nižšího stupně závažnosti postižení jejich dítěte. Je-li taková víra založena

na nepředsudečných očekáváníích a znalostech reálných možností dítěte, může dítěti v jeho následné integraci do majoritní společnosti pomoci.

Pokud je však volba instituce odvislá od snahy – byť symbolické – minimalizovat negativní význam postižení nuceným zařazením dítěte do běžného školského zařízení, které nevyhovuje potřebám a schopnostem dítěte, může být taková integrační snaha spíše na škodu. V důsledku potřeby dítěte předškolního věku hledat si „dvojníka“, jenž je svým věkem, kompetencemi, zájmy, potřebami, pohlavím, ale také způsobem her, chováním i vnějším vzhledem dítěti podobný, pak je volba běžné školky pro objektivně vážněji postižené dítě přinejmenším diskutabilní (VÁGNEROVÁ, 2004).

Rovněž volba školského zařízení s relevantním ohledem na reálné možnosti dítěte při následném zařazení dítěte do školy hraje ve vývoji dítěte zásadní roli, neboť právě základní škola představuje jeden z klíčových mezníků v psychologickém a sociálním vývoji dítěte. Význam nástupu dítěte do školy je ve společnosti vnímán jako přechod z dětského bezstarostného světa her do světa (nejen školních) povinností. Přijetí dítěte mezi prvňáčky představuje mezník v jeho zralosti a obecně je první den školní docházky významně ritualizován. Velká očekávání, těšení se a vzrušení dítěte z nástupu do školy a zařazení se mezi „školáky“ může být rovněž provázeno pocity nejistoty, strachu a obav z vlastního selhání. Je nezbytné vnímat, že zařazení do školy je zátěžovou situací i pro zdravé dítě, natož pro dítě, kterému mohou chybět některé potřebné schopnosti či dovednosti, jež by dítěti pomohly prosadit se v kolektivu svých vrstevníků. U dítěte s postižením, které do doby nástupu do školy zcela postrádá zkušenost z kontaktu s dětmi bez postižení, navíc mohou převládat zcela nereálná očekávání reakcí a chování jeho budoucích spolužáků. Tato očekávání mohou být v příkrém rozporu s realitou. Rovněž v případě dřívější negativní zkušenosti dítěte s postižením s chováním dětí bez postižení, může být očekávání školní reality zásadním způsobem negativně ovlivněno a očekávání dítěte jsou pak vážně problematizována.

V obou případech, ale i za situace, kdy je očekávání dítěte zcela přiměřené realitě, vyvstává nebezpečí sociálních obtíží, jejichž příčinou je hendikep plynoucí z omezení způsobeném konkrétním postižením. Toto nebezpečí spočívá v situaci, kdy relativně snadno může být dítěti vnucena velmi nesymetrická role spolužáka, jehož je třeba ochraňovat, brát na jeho potřeby zvláštní ohled, ale který je současně – ze stejného důvodu – považován za ne zcela rovnocenného. Samozřejmě nelze vyloučit, že stejně

nežádoucího postavení se v dětském kolektivu může dostat i dítěti somaticky zcela zdravému, nicméně platí, že u dítěte s hendikepem je takové ohrožení častější. Je proto mimořádně důležité pečlivě zvážit reálné možnosti dítěte, jeho dosavadní zkušenosti, povahu, temperament, ale i např. technické obtíže jako je doprava, bariéry školní budovy a jejich možná eliminace, či možnosti přítomnosti osobního asistenta včetně financování, popř. přístup a zkušenosti konkrétní školy při inkluzivním vzdělávání. Na ambice rodičů či jejich neopodstatněné naděje, nebo i případné předsudky vůči speciálním školám, by se neměl brát zřetel. Zváží-li však rodič po pečlivé analýze všech výše jmenovaných proměnných, že jeho dítě je skutečně schopné navštěvovat běžnou školu bez zásadních či mimořádných dopadů na psychiku dítěte, včetně takových „drobností“, jako je například celkový čas nutný k přepravě dítěte do a ze školy, může pak taková inkluzivní zkušenost pro dítě znamenat naprosto klíčový bod v pochopení vlastních schopností, hranic i limitů. Role vrstevníka, spolužáka, kamaráda je důležitou kapitolou vývoje dítěte, přináší dítěti nové, dosud neprožité role a zkušenosti. Dítě se učí rozlišovat a akceptovat své přirozené role ve společnosti. Tělesné postižení mu však může rovněž přinést zkušenost s nedobrovolným přidělením rolí, které jsou mu přisouzeny výhradně na základě neznalosti, nebo dokonce zloby. Dítě se může stát zdrojem protekcionistických tendencí svých spolužáků stejně dobře, jako se může stát nechtěným zdrojem kompenzace nejen „dětských komplexů“. Volba školy může tedy pro rodiče dítěte s postižením představovat velmi obtížnou volbu, jejíž důsledky mohou mít dopady na psychosociální vývoj dítěte s trvalými dopady. Nucené inkluzivní vzdělání tedy nemusí znamenat jen krok správným směrem (VÁGNEROVÁ, 2004).

3.1.3. Specifika bariér vývoje v období dospívání

Období puberty a adolescence je pro každé dítě i rodiče vysoce citlivým obdobím. Je to doba intenzivního tělesného a psychosociálního rozvoje, jehož důsledky nezřídka provází velká psychická zranitelnost. Je to rovněž období úplné proměny osobnosti. Mnohé změny jsou podmíněny biologicky, například ve věku mezi 11. a 13. rokem se u dívek objevuje první menarché, u chlapců – spíše o něco později – první poluce. Výrazným způsobem se proměňuje i samotné tělo dítěte, objevuje se ochlupení, chlapcům rostou svaly, později i vousy, mění se jim hlas, dívkám prsy, zakulacují se boky. Všechny tyto změny pochopitelně výrazně ovlivňují vzhled dítěte, mění jeho tělesné schéma. Tyto výrazné a viditelné změny současně nelze oddělit od proměn na

psychické a sociální úrovni, které jsou s biologickými změnami v úzké a neoddělitelné interakci.

Nejen fyzicky, ale také psychicky se dítě mění v adolescenta a později v dospělého jedince. Dítě hledá a realizuje vlastní způsob proměny, který v ideálním případě povede k získání přijatelného sociálního postavení a vytvoření subjektivně přijatelné identity (VÁGNEROVÁ, 2005). Úkolem předchozí vývojové fáze podle Eriksona (2015) bylo *snažení (proti inferioritě)*. Období dospívání přináší nové úkoly – hledáním vlastní *identity (proti konfuzi rolí)*. Dítě bylo již v průběhu předchozího období v důsledku nepřetržitého srovnávání se svými vrstevníky ohroženo pocity méněcennosti. Tyto pocity ještě umocňuje emoční labilita, která období dospívání neoddělitelně provází. Emoční nerovnováha dítěte ještě zesiluje jeho vnitřní rozpory, pochybnosti a nejistoty. Objevuje se hyperkritičnost, hodnotový perfekcionismus (černobílé vidění světa), tendence polemizovat a řešit vše absolutně, odmítání autorit, zejména těch rodičovských – a současné objevování vlastních, nekriticky hodnocených autorit. Takové psychosociální projevy jsou zejména pro rodiče dítěte obvykle dosti problematickým obdobím ve vzájemném soužití. Je však důležité mít na paměti, že všechny tyto projevy jsou zcela normálními vývojově podmíněnými jevy, které mají vést k utvoření vlastní pevné identity a autonomie. Kromě snahy o nalezení a vytvoření této názorové, citové i hodnotové nezávislosti probouzí u sebe dítě v tomto období rovněž zájem o duchovní dimenzi existence. Proměnu těla i tělesného schématu přirozeně provází velmi výrazný zájem o vlastní zjev. Zejména chlapci prožívají projevy tělesného rozvoje, jako je růst svalů, ochlupení, vousů – tedy pomyslných atributů jejich probouzející se mužnosti – s pocity hrdosti, jejich nedostatečnost či absence naopak vzbuzuje rozpaky či pocity nejistoty. Tělesné schéma se celkově stává velmi důležitou součástí sebepojetí. Typická je rovněž snaha odlišovat se, dosahovat nových intenzivních a mimořádných prožitků, včetně prožitků sexuálních. Také vztahová stránka sociálního života se mění, přátelství, zejména u dívek, má podobu „siamských dvojčat“, tedy citově silně prožívaných vztahů „na život a na smrt“, které rovněž slouží ke vzájemné podpoře a vzájemného (sebe)potvrzení. Hodnocení sebe sama, vlastní hodnocení a ocenění je v tomto období nevyrovnané a labilní, kolísá od naprostého sebe podcenění až po pocity nedotknutelnosti. Prostor pro vznik úzkostného prožívání či deprese je tedy právě v tomto období více než široký (VYMĚTAL, 2003).

3.1.3.1 Vzhled, tělesné schéma u dítěte s postižením

Specifikům období dospívání se pochopitelně nelze vyhnout a nástrahy, které tato psycho-somato-sociální proměna přináší, jsou pro každého jedince určitou zátěží. Bylo by pošetilé domnívat se, že u dospívajícího jedince s tělesným postižením by tomu bylo jinak.

Nicméně se znalostí výše uvedených specifik vývoje dítěte s postižením je bezpochyby zřejmé, že pro chlapce či dívku s vážným tělesným postižením může být období dospívání ještě náročnější a komplikovanější než pro jejich zdravé vrstevníky. S tělesným schématem, které se v období dospívání zásadním způsobem mění, nemusejí oni sami být spokojeni. *Tělesné schéma* je, zjednodušeně řečeno, subjektivní představa, kterou si dítě o svém těle a jeho existenci v prostoru a čase vytváří. Vědomí vlastního těla se utváří velmi brzy, již kolem 5. měsíce věku, kdy dítě prostřednictvím vlastního těla zkoumá okolní svět a získává žádoucí zkušenosti. Dítě s postižením může takové zkušenosti (např. v rámci postižení DMO) postrádat. Rovněž jeho obraz o vlastním těle může být díky postižení zkreslený. Tuto skutečnost dobře ilustrují kresby dětí, kdy dítě při kresbě postavy zcela odmítá své tělo graficky znázornit, neboť jeho pohybový hendikep je natolik potlačuje, že není schopno vnímat své tělesné schéma tak, aby bylo reálné znázornit je graficky. Přirozeně se to týká spíše dětí předškolního nebo mladšího školního věku. Ale je to platné i pro období dospívání, kdy je tělesné vnímání sebe sama zesíleno a kdy i abstraktní myšlení je na takové úrovni, že umožňuje dítěti se dobře a srozumitelně graficky vyjádřit. Stejně jako dospívající mladík může mít tendenci zdůrazňovat prvky mužnosti jako jsou široká ramena, útlý pas, ochlupení, vousy, ale i třeba atributy, které mužnost evokují jako např. pistole, falické symboly, zvýrazněný poklopec u kalhot, cigareta atp. může dítě s postižením při kresbě postavy zdůrazňovat aspekty svých zachovaných kompetencí. Není u postižených dětí například neobvyklá potřeba znázornit při kresbě ty části těla, které dítě používá bez obtíží (například prsty rukou, které jsou u kresby paraplegika dolní části těla zmnoženy, neboť mu, na rozdíl od plegických dolních končetin, slouží bez obtíží). Častá je v kresbách dítěte s postižením i absence postižené části těla, dítě, které má například postiženou ruce, je nenakreslí vůbec, i když je fyzicky má. V pozdějším věku adolescence je dětská kresba čím dál více realistická a dítě již graficky znázorní i vlastní hendikep, nicméně i zde je snaha kompenzovat své „ztráty“ zdůrazněním toho, co mu může dodat na hodnotě, tedy částí těla, které postižení nezasáhlo (např. v obličeji silně popálené dívky

je v kresbě dán velký důraz na vlasy a uši, které úrazem zasaženy nebyly), ale rovněž se klade důraz na prvky, které se vnímají jako zhodnocující, u dívek to budou prvky zdůrazňující ženskost, u chlapců prvky síly odvahy a mužnosti, včetně sexuálních atributů (DAVIDO, 2008).

Prožívání období puberty a adolescence je tedy přirozeně rozličné u všech dětí vzájemně, nicméně lze zaznamenat i zcela specifické rozdíly ve vnímání dítěte s postižením a bez postižení.

Tělesné schéma dítěte s postižením je ovlivněné samotným postižením, jeho dopady a fyzickými (psychosociálními) specifiky a v období puberty a adolescence se toto vnímání sebe sama ještě dále stává větším problémem. V tomto období může být běžná emoční labilita navíc ztížena i nežádoucími a často pro dítě nesrozumitelnými sociálními výkyvy. Stará přátelství se mohou pod tíhou sebe potvrzování v nových rolích a kompetencích, kterých jedinec s postižením nemusí být v daný moment schopen, hroutit. Rovněž zájem o sexuální kontakt může být v důsledku fyzické deformity výrazně omezen, či dokonce znemožněn. Jedinec tak opět může ztratit zkušenosti a dovednosti, které jeho vrstevníci běžně mají a které navíc považují za vysoce hodnotné. Jedinec se tak dosti nekontrolovaně a bez reálné možnosti ovlivnění může dostat do částečné sociální izolace (MICHALÍK, 2011).

3.1.3.2 Specifika vývoje chlapce a dívky

Biologické změny, s nimi spojená změna tělesného schématu a v dalším důsledku změny v oblasti psychické a sociální, mohou tedy být samotným tělesným postižením problematizovány více, než se na první pohled zdá. Jedinec s postižením může již v počátcích puberty mít výrazně odlišné tělesné schéma proti svým vrstevníkům. Součástí tohoto vnímání může být i jistá rezistence k nastalým změnám, které dospívání přináší. Způsob, jakým prožívají různí lidé období dospívání, se může výrazně lišit. Odlišné tělesné schéma a odlišné psychosociální zkušenosti a dovednosti jedince s postižením mohou tento proces dále výrazně komplikovat. Pokud je postiženým dítětem chlapec, problémy mohou být ještě výraznější. Pro chlapce je v tomto období důležité disponovat maximem mužských atributů (svaly, vousy, chlupy) popřípadě maximem kompetencí, které zejména kolektiv vrstevníků obecně uznává za projev mužnosti či mužství (rychlost, odvaha, síla). Pro dívku se tyto projevy spojují spíše s krásou a sociálními dovednostmi, které nevyžadují tak zásadní změnu v projevu,

chování a vzhledu, jak tomu bývá u chlapců. Pro dívku tyto změny tedy nemusí být tak radikální, navíc důvěrnost dívčích přátelství v tomto období dívkám výrazně pomáhá upevnit si vlastní postoje i hodnoty. Samozřejmě výrazným problémem může být pro dívku fakt, že postižením deformovaný vzhled nevyvolá žádoucí odezvu a dívka narazí na jakousi absenci fyzické atraktivity, která jejím „romantickým“ představám a očekáváním může zasadit zásadní ránu. Nicméně tím se dívka s postižením nijak neliší od dívky bez postižení, jejíž atraktivita není sice „snížena“ tělesnou deformitou, ale jejíž vzhled například „pouze“ neodpovídá časoprostorovým momentálním ideálům krásy, nebo jejíž sociální status, povahové rysy, nebo třeba zlozvyky či kulturně odlišné stereotypy nevyvolávají kladnou odezvu u osob, které jsou pro tuto odezvu v daném čase a prostoru akceptovány. Nelze tedy eventuální sníženou fyzickou atraktivitu dost dobře dávat do výlučné spojitosti s tělesným postižením, i když i zde pochopitelně hraje roli míra postižení. S jistou dávkou tolerance tedy může platit, že v okamžiku, kdy fyzický zjev dívky komplikuje nebo omezuje její možnosti na pomyslném trhu partnerství, stále i přes své postižení může dostát obecně akceptovaným sociálním rolím, které jsou obecně spojené s ženstvím. Dívka s postižením může celkem přirozeně akceptovat pasivnější roli, která se ženám, byť stereotypně, obecně přisuzuje a mužská část společnosti ji obecně dobře toleruje. Může tedy být, v důsledku určité společenské přijatelnosti, jednodušší smířit se a přijmout roli objektu láskyplné péče partnera.

Pro chlapce je tato role sociálně méně přijatelná. Výše jmenované aspekty mužnosti jako je rychlost, síla, odvaha, ale také aktivita, dominance ale i například schopnost zabezpečit rodinu může představovat pro chlapce-muže s postižením mety, kterých naprosto není schopen reálně dosáhnout. Naopak jeho postižení a fyzické omezení plynoucí z vlastního postižení může tyto stereotypy naprosto vylučovat. Klíčovým se pak stává sociální okolí chlapce, které dokáže rozlišit jeho reálné možnosti a hranice k dosažení těchto společenských očekávání a případnou pomocí dítěti v jeho zdravém vývoji.

Samozřejmě zásadní roli ve stavbě sebepojetí hraje v prvních letech vývoje primární rodina a později sociální síť postiženého chlapce. Podle Blye je ve vývoji v sebevědomého zralého muže pro chlapce nenahraditelné strávit mnoho hodin ve společnosti jiných mužů (BLY, 2005). Výchovný a vzdělávací proces v České republice je však obecně v zásadní míře svěřena do rukou žen. Od narození dítěte je to primárně matka, kdo zůstává s dítětem doma i když už fyziologicky není tato výlučnost nezbytná.

I v dalším vzdělávacím a výchovném procesu dominují učitel-ky, vychovatel-ky atp. Rovněž v případech, kdy se rodina rozpadá, jsou děti častěji svěřeny do péče matky. Chlapci tak ve výchovném i vzdělávacím systému, resp. v zažité praxi tohoto systému v České republice zůstávají již od nejranějšího věku převážně odkázáni na péči žen. Fyzická i mentální přítomnost obou rodičů je však pro dítě (nejen) s hendikepem nenahraditelná (MURPHY, 2001). Schází – li totiž souhra – ale i soupeření – žen a mužů v rodině, dítě nemá prostor, kde načerpat dovednosti a znalosti o sociálním interakci mezi oběma pohlavími a tento deficit se může snadno promítnout do následného rozvoje dítěte. Je rovněž prokázáno, že deficit otce při výchově a rodinném soužití je pro syna obecně složitý a pro chlapce zbaveného svým postižením "přirozené" fyzické převahy může být ještě složitější. Chvála s Trapkovou poukazují na případy, kdy absence přirozeně mužského fenoménu v rodině nezřídka vede k určité saturaci mužského prvku synem. Matka a syn tak zůstanou ve vzájemném porozumění bez žádoucí synovy separace z mateřského světa. Takto „postižení“ chlapci (a uvozovky bychom mohli v tomto případě zdvojit) si mnohdy se svou matkou jakoby „zbudou“. Syn nahrazuje vlastní matce absenci mužského prvku v rodinném soužití, přirozeně bez rovnocenného partnerského a sexuálního kontextu. Matka v takovém soužití naopak představuje pro syna prvek, který může saturovat naučená očekávání subjektivně nevhodně vnímané naplnění tzv. ženské role – tj. vzhledem k věku neadekvátní nepřiměřenou péčí opět bez přítomnosti rovnocenného partnerského a sexuálního soužití. Oba pak prožijí celý život v jakémsi pseudo-partnerství až do smrti jednoho z nich. Takto nezdravě nastavené rodinné vztahy přirozeně nejsou výsadou dětí s postižením. V souvislosti s nadměrnou rozvodovostí a dnes již téměř majoritním počtem chlapců vychovávaných v jednočlenné (myšleno ženské) domácnosti upozorňují Chvála s Trapkovou právě na tyto případy. Mluvíme-li však o chlapci s postižením, jehož denní režim je nezbytně závislý na péči druhé osoby, jehož dospívání včetně dospívání k partnerskému a sexuálnímu životu může být komplikováno mnoha objektivními faktory, včetně oné aktuálně časté „jednopohlavní“ výchovy, je riziko vzniku takového patologického vztahu opět výrazně zvýšené (TRAPKOVÁ a CHVÁLA, 2009).

Pro každé dítě bez ohledu na jeho fyzický či duševní stav je naprosto zásadní jeho sociální síť. Tato sociální síť, kterou si každé dítě tvoří mimo svou primární rodinu, může být v období dospívání nepříjemně narušena. Samozřejmě i zde platí, že sociální

sít' každého dítěte se v období dospívání může zásadním způsobem měnit v důsledku psychosociálních změn, které dospívání provází, ale rovněž například následkem rozdílného tempa těchto změn u různých jednotlivců. Tak se i letité kamarádství může, byť na nějaký čas, rozpadnout. Rovněž sociální změny vyvolané reálnou změnou prostředí, kdy dospívající mění základní školu za střední, hrají při změnách sociální sítě elementární roli. U dítěte s postižením však opět můžeme zjistit specifické obtíže vyvolané samotným postižením. U chlapce s postižením může, v rámci proměny tělesného schématu, zvýšenou roli hrát stud či pocity viny za jeho fyzickou slabost, nebo i deformitu, které snižují jeho sebeúctu a přirozeně jeho atraktivitu pro okolí.

Výše jmenované zjevné i méně nápadné prvky mužnosti, výkonosti a síly hrají v období dospívání chlapců z hlediska estetiky důležitou roli. Sacks píše, že právě naše tělo je nositelem, určovatelem našeho ega, neboť ego je především tělesné ego. Pro dívky je např. míra ochlupení méně důležitým nebo dokonce – vzhledem k aktuální estetice – nežádoucím faktorem jejich postavení ve společnosti vrstevníků. Pro dospívající mladíky je však tento vnější faktor jasným a viditelným znakem jejich nově nabyté mužnosti a je tedy subjektivně pokládán za důležitější, než třeba počet blízkých (nejlepších) přátel, jak je tomu u dívek. Stejně jako ochlupení a vousy je obecně u dospívajících chlapců oceňována výška, nápadné tzv. „vyrýsované“ osvalení a samozřejmě sportovní duch. Tyto aspekty jsou bezpochyby stereotypní a lze nalézt tucet výjimek, kdy rachitický mladík bude oceňován za svou intelektuální výjimečnost, výtvarný hudební či jiný talent. Nicméně obecný majoritní – a ostatně rovněž vědecky podložený – stereotyp očekávání je poměrně snadno definovatelný a lze jej akceptovat jako určitou danou normu. Tvorba, nebo vystavění „nového“ „dospělého“ ega tedy bezpochyby souvisí s přijatelností osobnosti pro vlastní sociální sít'. Čím je tato sít' rozsáhlejší, tím je zpravidla ego stabilizovanější. Střet mezi problematicky tvořeným „já“ a výrazně oslabeným, deformovaným či v jakémkoliv jiném ohledu nefunkčním tělem dospívající hendikepovaného chlapce je pak opět zřejmý (SACKS, 2009). Chlapec nemusí být schopen splnit běžné požadavky kladené na jeho vrstevníky. Může přirozeně své nedostatky vhodným, a i pro jeho vrstevníky akceptovatelným způsobem nahradit. Pokud však nenalezne pro své vrstevníky akceptovatelný způsob kompenzace své jinakosti, nenalezne ve skupině rovnocenné postavení. Jeho sebeúctě, sebepojetí, a tedy jeho nově tvořenému egu takové postavení jistě neprospěje. Chvála s Trapkovou mluví v souvislosti s dospíváním o sociálním porodu, který lze chápat jako přerod

z chlapce v muže. Pro takovou proměnu jsou nezbytné nejen somatické změny, které promění chlapecké tělo v tělo fyziologicky dospělého muže, ale nezbytná je i kompletní psychosociální proměna dětského chování a prožívání v prožívání dospívajícího a později dospělého muže. Taková proměna však potřebuje oporu vzorů jak dospělých mužů, tak stejně dospívajících mladíků. Tak přirozeně i chlapec s postižením bude v průběhu postupujícího věku a fyzického dospívání toužit po uznání vlastní mužnosti od vrstevníků i dospělých mužů. Tímto stvrzením se často stává úspěšně dokonaná sexuální zkušenost, která samotnou svou existencí často stvrzuje onu proměnu. A i adolescent s postižením samozřejmě bude rovněž dříve či později toužit po naplnění partnerského svazku. Jeho hendikep však může mít dosti zásadní vliv nejen na jeho atraktivitu pro druhé pohlaví, ale i následně k samotné možnosti získání takových zkušeností. Zvýšený problém pak může představovat například odlišná sexuální orientace. V období prvních lásek, prvních sexuálních experimentů, okázalého porušování pravidel a chlapeckých part, založených na jasně deklarované a nezdědka demonstrované příslušnosti k „partě“, může mít chlapec s postižením tedy reálně mnohem menší možnost získat stejné, nebo alespoň obdobné množství zkušeností a kompetencí než jeho vrstevníci a opět mu ve větší míře hrozí sociální izolace. Absence otce, či jiných dospělých mužů (strýců, bratrů, dědů), vyloučení ze strany mužských vrstevníků a absence zkušeností, které jsou pro vývoj chlapce v tomto období nezbytné tak mohou zanechat chlapce mentálně ve vývojové fázi, která by za normálních okolností jeho věku již nepříslušela.

Samozřejmě je třeba zdůraznit, že neplatí rovnice, že tělesně postižená dívka by podobným obtížím vystavena nebyla, ani že je výše popsany soubor problémů nevyhnutelný. Stejně, nebo obdobné problémy z různých příčin mohou rovněž potkat i dítě bez jakéhokoliv fyzického hendikepu. U chlapců (i dívek) s postižením jsou však tyto nežádoucí nástrahy opět zesíleny a některá specifika dospívání jsou opět charakteristická právě pro ně.

3.2 Tělesné postižení získané

Získané neboli v pozdějším věku vzniklé tělesné postižení představuje v několika směrech odlišný fenomén. Vágnerová se domnívá, že později získané postižení představuje pro dosud zdravého člověka kvalitativně odlišné psychické trauma než postižené vrozené a jeho vznik představuje větší zátěž pro okolí postiženého než pro

něj samotného. Rozdíl Vágnerová vidí v tom, že jedinec, který se stal trvale tělesně postiženým v průběhu života, má možnost srovnávat, uvědomuje si zřetelně a zcela konkrétně, co ztratil. Člověk, jenž nikdy například nechodil, nemá reálnou zkušenost chůze a nemá tedy s čím srovnávat. Ne-pohyb je pro něj přirozenou součástí života, stejně jako si žena těžko představuje život v mužském těle a naopak. Ztráta funkčnosti některého dosud plně fungujícího orgánu pak může být zdrojem zásadní frustrace. Jak významné může být vědomí ztráty, Vágnerová ilustruje na komentáři patnáctiletého, od narození nevidomého, Zdeňka: „... *narodil jsem se nevidomý, nevím, o co jsem přišel ... nemusím se trápit ... můžu si říkat, že by stejně nebylo na co koukat*“ (cit. dle CHVÁTALOVÉ, 2005, s. 26).

Funkční zrak je podstatný pro velkou část orientace a je i elementárním způsobem získávání informací ze světa. Ztráta zraku je tedy subjektivně prožívaná jako velice zásadní pro kvalitu dalšího života. Takto zasažený jedinec totiž subjektivně ztrácí podstatně více než „jen“ své zdraví. Svůj aktuální stav prožívá jako jednoznačně horší proti předchozí životní etapě. Subjektivně jej může dokonce vyhodnotit jako zcela nepřijatelný. Odmítající, případně depresivní fáze jako součást vyrovnávání se s novou realitou je tedy naprosto přirozenou reakcí na traumatickou zkušenost. Lze však reálně namítnout, že později získané postižení má pro jeho nositele jistou výhodu v minulosti již nabytých zkušeností. Do období zhoršení jeho zdravotního (somatického) stavu se rozvíjel standardním způsobem a disponuje tak mnohými kompetencemi, jež mu mohou v dalším životě být k dispozici. V předchozí kapitole jsem upozornil na mnohé nástrahy, které dítě s postižením ve svém vývoji překonává jen velmi obtížně a některé nemusí překonat nikdy. Konkrétně může jít o představu prostoru u později nevidomých, o slovní zásobu a schopnost verbální komunikace u později ohluchlých, ale také například o důležité sociální zkušenosti. Právě vlastní vybudovaná sociální síť hraje mimořádně důležitou roli v hledání nových kvalit nastalé životní situace po vzniku trvalého postižení. Okruh přátel, primární rodiny, vlastní rodiny včetně dětí mohou žádoucí a úspěšné vyrovnávání se s nastalou novou životní realitou zásadním způsobem podpořit. Rovněž zkušenosti a získané kompetence, které do doby před vznikem tělesného postižení jedinec nabyl, mu mohou být užitečné v dalším kontaktu se zdravými lidmi a celou majoritní společností (VÁGNEROVÁ, 2004).

Tento pohled nenachází v odborné veřejnosti pouze kladné odezvy. Michalík s pohledem Vágnerové relativně dosti ostře polemizuje. Porovnávají se zde dle něj totiž

zcela nesrovnatelné situace. Dle Michalíka je naprosto iluzorní usuzovat, že člověk s později získaným postižením disponuje jakousi výhodou. Lze souhlasit, že při jisté struktuře osobnosti, vhodném sociálním zázemí a působení realisticky pojaté výchovy získá jedinec autenticky potřebné zkušenosti. Takové zázemí mu umožní osvojit si žádoucí sociální návyky a dovednosti, vytvoří si realistický náhled na sebe a vytvoří si i relevantní hierarchii hodnot. To však dle Michalíka přirozeně platí i pro člověka, který se s tělesným postižením již narodí, a i přes jisté rozdíly nelze hodnověrně tvrdit, že dítě s postižením je o takovou výhodu jednoznačně ochuzeno. Přesto však Michalík souhlasí s Vágnerovou v tom, že jedinec s vrozeným, nebo časně získaným postižením mívá určitou výhodu v tom, že zpravidla disponuje dostatečně velkým časovým prostorem k adaptaci na svou životní realitu, kterou subjektivně považuje za přirozenou.

Až srovnávání se s druhými je zdrojem uvědomění si vlastní určité „nedostatečnosti“ či odlišnosti. Od narození postižený jedinec tedy přirozeněji získává dostatek empirických zkušeností a (údajně) se mu dostává celá škála podpůrných opatření k plnohodnotné adaptaci. Nic z toho člověk po náhlé prudké změně zdravotního stavu v důsledku nemoci nebo úrazu, včetně změny sociální, v daný okamžik prostě nemá. Navíc i okolí člověka, který čelí prudké a neočekávatelné změně zdravotního stavu, může být touto změnou silně traumatizováno, a i pro ně změna zdravotního statusu jejich blízkého představuje silnou psychickou (a mnohdy i fyzickou a ekonomickou) zátěž. Období úrazu, operace nebo akutního průběhu nemoci, event. náhlý přechod zdraví v nemoc a funkční nedostatečnost a vznik trvalého tělesného postižení, je tedy jednoznačně jednou z nejzávažnějších zátěží na lidskou psychiku (MICHALÍK, 2011).

3.2.1 Role lékaře a role pacienta

Adaptace na takovou změnu zdravotního stavu – ať už vlastní, nebo někoho blízkého, je proces, jehož kvalitní zvládnutí představuje elementární stavební kámen k vybudování nového života, jehož kvalita bude i přes důsledky úrazu či nemoci, stále subjektivně vnímána jako dobrá. Zásadní a prvotní roli v této adaptaci na novou životní situaci, event. život s postižením, hraje mimo jiné ošetřující lékař. Je zřejmé, že pro člověka, který je nucen v důsledku konkrétního onemocnění či úrazu podstoupit např. amputaci části nebo dokonce celé končetiny, bude vztah s jeho lékařem klíčovým. Jednou s možností, jak se dotyčný jedinec bude vyrovnávat s takto nežádoucí situací,

může být hněv a agresivita, které se mohou projevovat mnoha specifickými způsoby. Hněv i agresivitu si může dotyčný pacient obrátit jak proti sobě a tento stav pak může vyústit v apatické či depresivní prožívání, nebo až v sebepoškozování, nebo se může projevit v hostilním chování vůči okolí. Tento přirozený hněv, ale i (zpravidla) verbální (nezřídka i neverbální) agresivita se mohou snadno obrátit právě proti lékaři, který v očích pacienta nedokázal zabránit „katastrofickému scénáři“ amputace. Není neobvyklé, že se může zvýšit i pravděpodobnost suicidálního jednání.

Agresivitu a hněv však lze pozorovat i na straně lékaře. Zvolený životní styl pacienta, silná nadváha, preference živočišných tuků a cukrů v jídelníčku, nedostatek pohybu, riskantní životní styl atp. představuje chování, které lékař důrazně až autoritativně požaduje změnit. Lékař, který disponuje rozsáhlými anatomickými a zdravotně technologickými znalostmi, může postrádat umění přirozené rovnocenné autentické komunikace s žádoucími prvky empatie. Vyžaduje pak z pozice domnělé „autority“ odborníka dodržování zásad či omezení, která pacient prostě není schopen či ochoten akceptovat, nebo neví „jak na to“. Pacientova sociální síť může být kupříkladu postavena na faktu, že sám je kuchař. Jeho veškeré sociální zázemí tedy tvoří lidé, pro které je zásadní dobrá česká nezdravá a těžká kuchyně, stejně tak může být primární součástí životního stylu konkrétního pacienta konzumace alkoholu. Přesto lze objektivně nalézt vhodný způsob, jak skloubit v tomto konkrétním případě nezbytné změny v životním stylu pacienta, tak aby získal lepší zdravotní vyhlídky, ale současně neztratil celý svůj sociální život. V nalezení takového kompromisu by měl umět pomoci právě lékař. Nedokáže-li lékař svého pacienta k žádoucí změně vhodným způsobem motivovat, ani mu prakticky poradit, je jeho lékařská intervence jen polovičatým sledem technokratických postupů a pacient bude vůči lékařovým, byť fakticky správným podnětům zcela imunní a vlastní léčbu tak v konečném důsledku vlastně nevědomě bojkotuje. Lékař je následně konfrontován s vlastní bezmocí, neschopností uplatnit (domnělou, vyžadovanou) autoritu a léčba pacienta se mu nedaří, aniž by zcela rozuměl „proč“. Pocity takové vlastní frustrace z takto prakticky neúspěšné léčby nemá lékař v českém zdravotnictví kde neutralizovat, neboť supervize je jevem spíše ojedinělým a intervize se obvykle soustředí opět na volbu co nejefektivnějšího technologického postupu k odstranění daného problému, nikoliv na jeho primární příčiny. Nedávný průzkum, který 1/3 všech českých lékařů „diagnostikoval“ jako oběť syndromu vyhoření, potvrzuje tento načrtnutý vývoj. Pacient, který je léčen takto frustrovaným

lékařem, může snadno sklouznout k pocitům viny za svůj stav a k depresím. Jeho perspektiva k adaptaci na novou životní realitu pak bude o poznání horší (VYMĚTAL, 2003).

3.2.2 Příčiny vzniku tělesného postižení

Pro ucelenou představu vzniku a možných dalších následků tělesného postižení uvádím rozlišení dle Matějčka. Ve své knize rozlišuje zhruba tři kategorie možných psychických následků somatických poruch či nemocí:

- *Následky přímého poškození CNS* – v důsledku nemoci, úrazu, případně jiného vlivu. Tato poškození se ve vývoji mohou nejčastěji projevovat jako zpoždování, popřípadě nápadná nerovnováha celého duševního vývoje dítěte. Poškození mozku v raných vývojových fázích může v některých případech vést i k nevratnému stavu bez pozitivní perspektivy zlepšení. V případech méně závažného poškození mozku v souvislosti s úrazem může jít pouze o dočasný stav, jehož perspektiva v průběhu doby naznačuje pozitivnější vývoj a slibuje i další rozvoj. Může ovšem nastat i situace, kdy postižení mozku je takového charakteru, že defekt je nejen trvalý, ale v čase naopak postupuje a mohutní. Taková situace může nastat zejména u progresivních onemocnění typu mozkových nádorů, progresivní svalové atrofie apod. Nevhodně zvolená nebo dokonce nesprávná výchovná strategie nejen komplikují prvotní důsledky postižení, ale mnohdy dopady samotného postižení následně ještě zhoršují. Stejně neblahý vývoj může nastat i v případě nevhodných komunikačních strategií mezi lékařem a pacientem.

- *Následky nepřímého poškození CNS* – zde se jedná především o problémy, jež mohou doprovázet některá onemocnění, eventuálně může jít o deficit dítěte, který má přímý vliv na dětský organismus a nepřiměřeně jej zatěžuje. Jsou tím míněny zejména nemoci provázené bolestivými stavy, svěděním, záchvaty, případně dlouhodobá onemocnění. Léčba takto postiženého dítěte, izolace nemocného v nemocnici, případně v jiném ústavním zařízení pak má přímý vliv na vývoj dítěte. Pozornost je třeba věnovat rovněž vlivu zvolené medikamentózní léčby i léčebných postupů. Klíčová je vždy jak u dětí, tak u dospělých pacientů důvěra v lékaře i v pozitivní výsledek léčby. Deprivovaný pacient bez relevantních informací, důvěry a (domnělé) perspektivy může v důsledku dlouhodobé frustrace svých přirozených potřeb reagovat na vnější podněty neadekvátně, nepřiměřeně, abnormálně. Takové jednání je často špatně interpretované ať už rodiči, příbuznými pacienta, nebo samotným

zdravotnickým personálem a může tak v daný okamžik vyvolat nežádoucí reakci, která obtíže pacienta často ještě zhorší.

- *Následky mimořádné společenské situace* – míněny jsou důsledky, které přímo neplynou ani z vlastního poškození CNS, ani je nevyvolává jeho přetížení či vyčerpání v průběhu léčby. Důsledkem těchto obtíží jsou náhlé a neočekávatelné změny životní situace, do níž se jedinec dostal situací, kterou nemohl předvídat, např. úrazem, nebo nemocí. Stejněho stavu lze rovněž dosáhnout náhlou případně výraznou progresí nemoci, kdy dochází k radikální změně zdravotního stavu. U dětského pacienta pak nastává nucený vývoj, který musí pokračovat vytrženě ze svého – dosud přirozeného – prostředí, bez možnosti normálního styku s okolím, izolováním např. na nemocničním lůžku. V případě dospělého pacienta obdobný problém způsobí různé reakce dle věku pacienta – například jiná bude reakce u člověka 40letého se stabilní osobností a vybudovaným sociálním zázemím a jiná u 16letého adolescenta, který je vývojově uprostřed dosti bouřlivých fyzických, psychických i sociálních změn. Podstatnou roli však kromě věku a osobnostní struktury hraje i zkušenost jedince, tzv. copingové strategie, které jedinci v adaptaci na stávající životní fázi mohou výrazně pomoci (MATĚJČEK, 2001).

4 OBTÍŽE KOMUNIKACE U OSOB S POSTIŽENÍM

4.1 Komunikace z obecného pohledu

V obecném chápání je výraz komunikace často vnímán jako synonymum pro slovo rozhovor. Skutečný význam slova komunikace obsahuje však výrazně širší pojetí významu slova. Komunikace obsahuje přesun konkrétních informací z bodu A k bodu B za pomoci různých komunikačních kanálů, ale zdaleka nejen to. Vybíral upozorňuje na něco, co lze opsat jako "vespolné účastnění", nebo "sdílení". Nikoliv tedy pouze proud informací, převedených do verbální (i neverbální) podoby, nýbrž celku. Komunikovat tedy nemůže znamenat jen předání či přijetí samotné informace. Komunikací je i podílení se na nějaké činnosti, byť jen samotnou přítomností. Důvodem proč i takto pasivní spoluúčast je komunikací je fakt, že i taková marginalita v konci ovlivňuje volený způsob komunikace a přirozeně i její obsah (VYBÍRAL, 2009).

Toto "sdílení" a vzájemné ovlivňování je podstatnou veličinou ovlivňující vnímání tělesně postiženého. Specifika verbálního i neverbálního projevu osob s postižením, ale i rozličné, obvykle stereotypy zatížené, vnímání těchto osob veřejností, tvoří jistou pseudo-reality. Tento uměle tvořený svět samotní postižení mohou ovlivňovat jen s „ručením silně omezeným“ a ze stejného důvodu nemusí vůbec odpovídat reálnému stavu věcí. Pro reálné pochopení je proto nezbytné tato komunikační specifika jasně rozklíčovat, a oddělit je od zobecněných polopравd, mýtů a předsudků.

Je zřejmé, že jedním z klíčových nositelů komunikace je jazyk. Murphy ve své autobiografické knize osvětluje Husserlovu fenomenologickou filosofii a zdůrazňuje právě význam jazyka a jazykových kategorií. Jazyk je prostředkem k charakteristice i k popisu vnímané reality. Toto specifikování, někdy kategorizování vždy odpovídá kultuře vnímajícího. Způsob charakteristiky, zdůraznění jednotlivých fenoménů či potlačení jiných je poplatné dané kultuře, prostoru i času a umožňuje orientovat se v jednotlivých významech a smyslech vjemů. Proto lidé heterogenních kultur fakticky žijí v „jiné“ realitě než lidé kultury homogenní, a to i tehdy, sdílejí-li momentálně shodný časoprostor. Ostatně výborným názorným příkladem těchto významových střetů jsou nezdá se dosti ostré střety v uprchlické skutečnosti Evropské reality posledních let.

Není proto snad nijak překvapivé, že rovněž realita člověka s handicapem může být za určitých okolností zásadně odlišná od sdílené časoprostorové skutečnosti člověka bez postižení (MURPHY, 2001).

Význam komunikace si žádá určitou kategorizaci, jejíž rozbor následně povede k hlubšímu pochopení celkového přínosu a dopadů komunikace na život lidí s postižením. Elementárním rozdělením můžeme definovat dvě kategorie komunikace: verbální a neverbální a samozřejmě jejich překážky a nástrahy. Jedním z nejmocnějších nositelů chybných či zavádějících informací jsou přirozeně předsudky (MATOUŠEK, 2004).

4.2 Stereotypy a předsudky

Obecně lze tvrdit, že vzájemná komunikace je vždy ovlivněna stereotypy, předsudky. Ty vycházejí z vlastní životní zkušenosti, ze subjektivního časoprostoru každého jedince, který je vždy naprosto unikátní. Ostatně jedním ze základních motivů ke komunikaci je tzv. motivace sebe potvrzovací a adaptační, kdy jedinec v prvním případě signalizuje ochotou – svolením ke komunikaci, že druhý má pro něj cenu a koneckonců potvrzuje tím i svou vlastní hodnotu ve svých očích. V druhém případě pak dává najevo svůj vlastní sociální status, svou pozici v sociální hierarchii a zároveň signalizuje relevantní sociální roli (VYBÍRAL, 2009).

Tyto motivy hrají naprosto zásadní roli v "chuti" k samotnému zahájení komunikace. Právě nejistota v rozvržení světa adolescentů je důvodem pro legendární komunikační šumy. A je to právě ona zásadní změna v životní perspektivě, která doslova vnutí jedinci spolu s tělesným hendikepem i naprosto neznámý a mnohdy výrazně odlišný svět. Tato „novo-realita“ je pak světem, který je nezbytné prozkoumat, aby bylo možné jej přijmout za svůj a nést ho dále. V tomto hledání jakési životní rovnováhy na neprozkoumaném (a neočekávatelném) životním poli se vždy nalezne celá souvislá řada zjevných problémů ať už změny sociálního postavení, nebo např. nereálných očekávání obsahu a formy sociální role "invalidy" atp. Pochopitelně se nelze vyhnout ani důsledkům vlastní neznalosti, či předsudkům. Na takto třesuté platformě by pak byl téměř zázrak, kdyby problémy v komunikaci mezi zdravými a postiženými neexistovaly.

Je žitou realitou každého z nás – ať s nebo bez postižení – že někdy prostě ke komunikaci schází vůle. K takové averzi nemusí být nijak závažný ani seriózní důvod. Jejím zdrojem může být naprostá banalita – nevhodný oděv, přenosové či projektivní zkreslení nebo prostá nesympatie. Obávám se, že není žádný důvod myslet si, že v komunikaci s tělesně postiženými tomu bude jinak.

Slowík dále poukazuje na pozoruhodný fenomén, který se v komunikaci mezi zdravými jedinci vyskytuje také, nicméně ovlivňuje komunikaci v menší míře, než je tomu u osob s postižením. Běžně se vyskytující stereotypy ovlivňují komunikaci vždy, bez ohledu na (ne)přítomnost tělesného postižení. Stereotypní očekávání mívají různý náboj – záporný, ale i kladný. Šablonovitá očekávání, která lze vyzorovat v komunikaci s tělesně postiženými jsou však dle Slowíka veskrze negativní. Lidé tělesně postižení bývají výrazně častěji než osoby bez postižení, automaticky vnímáni jako méně schopní, méně samostatní a více závislí na pomoci druhých (SLOWÍK, 2010). Je přirozené, že osoba upoutaná na elektrický invalidní vozík bude v mnoha směrech méně schopná, nebo méně samostatná a více závislá na pomoci druhého. Nicméně očekávání, o nichž Slowík mluví, se nevztahují pouze na viditelně postižené orgány či části těla postiženého, ale v jakémsi globálním zobecnění následně zahrnuje do oné oblasti hendikepu v podstatě celou osobnost postiženého jedince. NRZP tento jev popisuje ve své zprávě poměrně podrobně. Ve zcela běžných situacích tělesně postižení stále ještě „narážejí“ na – někdy až nepochopitelnou – bariéru zarážejících neznalosti a nepřirozených předsudků. Praktickým příkladem takového jednání může být zjevná přítomnost bezradnosti či rozpaků při jakémkoliv kontaktu s postiženými. Tyto pochybnosti či neobratnosti v komunikaci přitom nejsou záležitostí nezkušených dětí, u nichž by stud nebo strach z neznámého mohl být vnímán jako přirozený projev věku. NRZP má zmapováno takové chování u běžných občanů, úředníků, ale kupodivu často i u lékařů. Tato nezkušenost, neobratnost či prosté rozpaky následně vedou k ne úplně logickému závěru, který komunikaci s postiženým prostě zcela vyliminoje. Bezradnost konkrétní osoby způsobí, že se touží nežádoucí situace zbavit, snaží se tedy pro něj nepříjemnou situaci eliminovat co nejefektivnějším a nejrychlejším možným způsobem, který jej oné nežádoucí ambivalence zbaví. Jakoby přirozeně tedy zahájí dialog s osobou, u nichž podobný problém nehrozí – tedy s osobou zdravou, která například postiženého doprovází. V komunikaci se tedy obracejí na doprovod tělesně postiženého, místo na osobu, které se rozhovor týká a k níž by tedy měli hovořit. Jak

ponižující takové jednání může být si lze při troše empatie snadno představit (Vláda ČR, 2014).

Je však třeba mít na paměti, že někdy podobnému jednání „nahrává“ určitá naučená bezmoc postižených. Opakovaná žitá negativní – výše pospaná – zkušenost může vést k přirozenému přesunu některých kompetencí na doprovod postiženého. Snižuje se tím počet určitých nezbytných třecích ploch, které vytváří právě ony existující výše jmenované předsudky. Pro postiženého může taková až pasivní rezistence představovat nakonec i vítanou – byť dlouhodobě nežádoucí – úlevu.

Rovněž nápadná fyzická deformita handicapovaných může výrazně ovlivňovat komunikaci. Sociální hodnocení, nebo sociální status takto postižených bývá opět silně poplatný zažitým stereotypům a tím následně výrazně zasahuje do žádoucí akceptace okolím. Problematické či negativní reakce okolí na projevy, které postižený při sebelepší vůli není schopen měnit či ovládat tak zpětně - bohužel, logicky rovněž negativně – ovlivňují postoje a chování samotných postižených. Uzavírá se tak pomyslný kruh nemožnosti akceptace nežádoucího chování člověka s postižením, neboť na první pohled nemůže být srozumitelné, že se může jednat pouze o jakousi obrannou reakci na odmítání a podceňování (VÁGNEROVÁ, 2004).

4.3 Verbální a neverbální komunikace

Verbální komunikace je definována jako komunikace slova. Slovo může být použité ve formě mluvené i psané, lze tedy mluvit o komunikaci, která je „... zprostředkovaná slovy, jazykem ...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 266). Neverbální komunikací pak obecně rozumíme „... komunikaci mimoslovní, nonverbální, která je zprostředkována pohyby těla, gesty, mimikou, pohyby očí, kvalitou hlasu, pauzami v řeči, zvuky, jako je smích, bručení aj., vzdálenostmi, čichovými vjemy, používáním artefaktů, jako je oděv, kosmetika aj. ...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 265).

4.3.1 Komunikace alternativní a elektronická

Mezi verbální komunikaci se rovněž řadí komunikace, jež používá slovo a jazyk, ale není přímá tzv. „face to face“, tedy např. komunikaci prostřednictvím elektronických medií: e mailem, prostřednictvím internetového chatu, sociálních sítí atp. Tato forma komunikace může být výborným zprostředkovatelem eliminace některých typů dopadů,

keré tělesné postižení může nést. Speciálně u sluchového postižení, popř. u tělesného postižení, kde estetické dopady postižení, nebo obtížná koordinace pohybů (včetně mluvidel) běžnou komunikaci ztěžuje či komplikuje, může tato alternativní komunikace přinášet až výsledky s prvky dokonalé inkluze. Boří mnohé bariéry, eliminuje předsudky, umožňuje kontakt i lidem, kteří by jinak komunikaci navázat, z mnoha objektivně daných důvodů, nemohli. Praktické dopady této inkluzivní „pomůcky“ může přinést osobám s tělesným hendikepem, žádoucí pro-sociální zkušenosti a následně větší osobní angažovanost jak v mezilidských vztazích, tak třeba i v pracovních aktivitách.

Písemná forma slova, byla vždy nositelem jisté stylizace a mnohdy i idealizace pisatele. Co je však v současné době v tomto ohledu nové – je rychlost, jakou může psané slovo nalézt svého adresáta. Klady této komunikace přirozeně vyvažují i její zjevné nedostatky a rizika. Anonymita, která může v určitém okamžiku být pozitivní pro eliminaci hendikepu a zamezení některých předsudečných nebo zraňujících reakcí existuje na obou stranách. Problém rovněž způsobuje naprostá absence druhé zásadní složky komunikace – totiž složku neverbální. Ta je v tomto způsobu komunikace omezena výhradně na popisnou složku emoce, popř. na možnosti tzv. emotikonů (tedy jakýchsi zjednodušujících grafických vyjádření příslušných emocí). Informace o ostatních neverbálních signálech, které vysíláme, se z elektronické podoby komunikace prostě vyčíst nedají. Vezmeme-li do úvahy různou úroveň slovní zásoby, sociální inteligence, resp. sociální zkušenosti, ale i třeba posuny významu slova díky absentujícímu tónu hlasu, může snadno docházet ke komunikačnímu zkreslení.

Komunikace je rovněž ochuzena o specifika tzv. extralingvistických dorozumívacích prostředků jako jsou gesta, mimika, pohledy, haptika, posturika. Podstatnou roli v chápání sdělení může podstatným způsobem hrát i celkový vzhled člověka. Pokud může odlišná koordinace pohybů, nadměrná salivace, nebo celkově negativnější estetické dopady, které některá postižení přinášejí, díky alternativní komunikaci mizet, je třeba mít na paměti, že s ní rovněž mizí informace, které by komunikaci za jiných okolností bezpochyby determinovali. A to jak v záporném slova smyslu, tak i v kladném. Vzhled totiž hraje nezanedbatelnou a jedinečnou roli v mezilidské komunikaci. Poskytuje mnoho různorodých informací – od pohlaví, věku až po sociální status, kulturní zázemí nebo třeba víru. Podstatný je i postřeh, že lidé mají tendenci více věřit signálům neverbálním než verbálním.

4.3.2 Specifika verbálního projevu tělesně postižených

Tělesné postižení může mít přímý dopad na různé části těla. Některá postižení mohou výrazně zasahovat do mluveného projevu, a to jak v přímé podobě – tedy ochrnutím mluvidel, nadměrnou salivací, omezením intenzity hlasového projevu atp., tak v podobě nepřímé, kdy postižený člověk bude používat odlišný jazykový systém – komunikační kód – než osoba bez postižení.

Je pravdou, že tento odlišný komunikační systém nalezneme v nejkryštalitější podobě u osob sluchově postižených. Agramatismy, přechytnutí, která v praxi znamenají radikálně odlišné významy vět atp., jsou prostě důsledkem sluchového hendikepu a pokud je komunikující zdravé osob zřejmé, že hovoří s osobou s tímto konkrétním hendikepem, bude pravděpodobně připravena případné komunikační nedostatky, či nelogičnosti, tolerovat. Shultz von Thun však upozorňuje, že obtíže takto způsobené vlastní vadou či poruchou bývají pouze jedním z problémů komunikace lidí s handicapem. Tím druhým, stejně závažným, míní strach z projevení se, strach ze sebeprojevu. Tyto obavy náležejí možnému následnému neúspěchu. Osoba s postižením se může (právem) obávat porovnávání při posuzování normality, úrovně a kvality svého výkonu většinou společností, nebo širším okolím. Komunikace totiž vždy přináší určitý stupeň „sebe-odhalení“. Volbou slov, tónem hlasu, rychlostí mluvy, ale rovněž celou plejádou mimických gest sdělujeme svému partnerovi v komunikaci či svému okolí mnoho informací o sobě, o své ne-jistotě, a i toto vědomí může být komunikačně determinující (cit. dle SLOWÍKA, 2010). Pokud tělesné postižení způsobuje i jakékoliv omezení mluvidel, dysartrii, huhňavost, narušení koordinace artikulačního svalstva, ale i třeba jen výrazně tichý, nebo naopak až příliš silný hlas, narušené tempo řeči či frázování, může být motivace ke komunikaci opět problematizována. Ještě větší problémy v komunikaci může vyvolávat tzv. afázie, kdy postižený trpí tím, že má buď silně narušenou schopnost porozumět i produkovat řeč, nebo tuto schopnost úplně ztrácí. Samotné omezení pochopení či úplnou ztrátu schopnosti porozumění navíc nezdědka zasahuje vlastní osobnost člověka, který nemůže v důsledku poruchy vyjadřovat vlastní myšlenky a není ani schopen porozumět ostatním (SLOWÍK, 2010).

5 INKLUZE – PŘÍNOS A NÁSTRAHY

5.1 Podmínky a problémy inkluze

5.1.1 Porozumění

Nelze tvrdit, že tělesné postižení samo o sobě přináší nějaké nové, neznámé, zvláštní či jedinečné vlastnosti člověka. Co však lze vnímat jasně je, že akcentuje zvýšené nároky v mnoha oblastech jak pro samotného jedince s postižením, tak pro jeho okolí. Tato specifika, která můžeme mapovat u osob s vrozeným i později získaným postižením, mají vždy nějaký vliv na plnohodnotné začlenění jedince do majoritní společnosti. Pokud se shodneme, že člověk je především bytostí sociální, pak nelze jednotlivá specifika a nástrahy, které postižení může přinést, ignorovat a lze, s jistou mírou zobecnění tvrdit, že žádoucím aspektem jednání a chování směrem k osobám s tělesným postižením je vždy především platná snaha o porozumění jejich často specifickému vývoji a nelehké životní situaci.

5.1.2 Inkluze

Elementárnímu porozumění mnohdy zabraňuje celá škála bariér různého charakteru. Matějček nicméně ve své studii tvrdí, že až 50 % lidí s tělesným postižením se v rámci svých možností a v konečném důsledku nakonec vyvíjí stejně dobře a přizpůsobuje se životním okolnostem stejně úspěšně jako lidé bez postižení. Takové tvrzení poněkud mírní mnohdy až hysterický důraz na nezbytnost inkluzivní podpory ze strany státu a společnosti, neboť se ukazuje, že velká část postižených je schopna se s nástrahami tělesného postižení vypořádat vlastními silami sama. Takové nadšení však snadno zmírní konstatování, že z uvedeného čísla je rovněž jasně patrné, že mezi osobami s tělesným postižením je až padesátiprocentní skupina, jejíž vývoj a integrace je v důsledku vrozeného, popř. v čase získaného hendikepu, z různých důvodů problematická.

Důvody této diskrepance nelze jednoznačně určit. Nebyla, a ani nemohla být, nikdy nalezena přímá kauzální souvislost mezi nějakým určitým způsobem či stupněm tělesného postižení a konkrétními povahovými rysy, zvoleným životním stylem, či subjektivně vnímanou kvalitou života postiženého člověka (MATĚJČEK, 2001). To, co

však lze konstatovat s ohledem na výše popsané bariéry a specifika je, že tělesné postižení skutečně má vždy relevantní dopady na celkový vývoj, rozvoj a kvalitu života jedince. Psycho-sociální podpora státu a společnosti ve společnosti, která sama sebe pokládá za vyspělou, tedy jednoznačně je její nezbytnou součástí. Žádné ekonomické ukazatele tuto její povinnost nemohou nijak narušit či eliminovat, neboť cílem společnosti jako celku není její prosperita, ochrana ekonomických zájmů a podpora utilitárních funkcí, nýbrž její schopnost podpory sociálního soužití všech jejích členů v maximálně možné kvalitě života, kterou lze za daných podmínek docílit.

Inkluzivní snaha státu, která se v poslední době poměrně intenzivně (alespoň mediálně) zúžila na problematiku tzv. inkluzivního vzdělávání, je tedy v našem typu společenství naprosto přirozená. To, co je však problematické, je určitá extremita některých představ a požadavků.

Celou škálu v předchozích kapitolách popsaných nástrah, dopadů či specifík, které tělesné postižení v různých fázích života může přinášet, lze, domnívám se, shrnout do jednoho jasně formulovaného závěru. Totiž že tělesné postižení přináší jen těžko očekávatelnou paletu obtíží, jež na jedince dopadají v míře, kterou nelze nikdy předem jasně charakterizovat či vymezit. Míra dopadů a pestrost obtíží je totiž zcela subjektivní. Je neoddělitelně spjata jak s vlastní osobností nositele postižení, tak s jeho bezprostředním i vzdálenějším okolím. Tato psychosociální realita nemůže být nikdy „karteziánským“ způsobem oddělována od somatických a legislativních realit. Tvoří totiž vždy jeden neoddělitelný - i když ne neměnný – celek.

A je to právě tato neoddiskutovatelná individualizace, která úspěch inkluzivní politiky státu komplikuje. Není-li totiž každý jednotlivý životní příběh osoby s postižením vnímán v celém kontextu individuality jeho samotného a jeho blízkého okolí, ale naopak nastavuje mantinely pomoci a podpory plošně – ať už v jakémkoliv směru – nemůže nikdy taková inkluzivní politika dosáhnout efektu v celé šíři vlastního možného potenciálu. Pokud by bylo možné nastavit reálnou sociální politiku tak, aby byl vždy vyslyšen individuálně specifický co nejkomplexnější soubor vývojových, sociálně psychologických, komunikačních a přirozeně také fyzických hendikepů každého jedince s tělesným postižením, bylo by pak možné sestavit individuální plán, který by inkluzi konkrétního jedince podpořil v míře, kterou daný jedinec skutečně potřebuje a již může beze zbytku užít.

Tento státem garantovaný přístup by nejen dokázal nabídnout standardizované sociální dávky a žádoucí legislativní podporu, ale dovedl by pružně v aktuálním čase řešit individuální potřeby každého jedince s tělesným postižením na jeho inkluzivní cestě k majoritní společnosti. Současně by jedinec i jeho okolí byli přímo zainteresováni na co nejužší participaci při tvorbě onoho inkluzivního plánu. Jejich aktivní zapojení by eliminovalo nežádoucí dopady individuálních, sociálně psychologických jevů, které nelze předem, v daném konkrétním časoprostoru, obecně předvídat nebo účinně vyloučit.

5.1.3 Podpora na cestě k inkluzi

Takto nastavená inkluzivní politika by se jednak vyvarovala excesů, které v současné době relativně často zaplavují mediální svět země a které „společenské nastavení“ k vnímání inkluze jako žádoucího společenského fenoménu vzdělané vyspělé moderní společnosti způsobují dosti medvědí službu. Samozřejmě nelze opomenout, že realizace takového individuálního plánu, spadajícího legislativně kamsi k realizaci casemanagementových multioborových týmů, není nijak snadnou záležitostí. Pracovníci schopní takového žádoucího individuálního odborně fundovaného posouzení by museli být nejen odborně způsobilí, vzdělaní a samozřejmě vhodně motivovaní, ale jejich práce by musela – z podstaty věci – probíhat nejen od stolu příslušných úřadů, ale musela by zahrnout i žitou každodenní praktickou zkušenost klientů v běžném „terénu“. Úkolem těchto odborníků by bylo nejen umět podat kompetentní, komplexní a sebejistou pomocnou ruku svému klientovi na cestě k inkluzi, ale, bylo-li by potřeba, pomoci mu (znovu) nalézt životní cíl a smysl, a přirozeně tak dopomoci k jeho plnohodnotné (znovu) integraci do společnosti.

6 PRAKTICKÁ ČÁST – VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Praktická část diplomové práce je koncipována jako ilustrativní prezentace teoretické části práce. Popsaná psychologická a psychoterapeutická intervence u osob s tělesným postižením získaným i vrozeným má za cíl v praktických souvislostech a na konkrétních žitých kauzách vhodně dokreslit bariéry, nástrahy a obtíže, které tělesné postižení přináší či představuje. Každá z vybraných kauz tak odkazuje na jednu či více kapitol teoretické části práce a doplňuje tak teoretické povědomí o konkrétní a jedinečný příklad z žité praxe.

Pozn. Všechna základní data jsou pozměněna tak, aby bylo ochráněné soukromí klientů.

6.1 První kazuistika – Klára

6.1.1 Osobní a rodinná anamnéza

Klientem je žena, 31 let, svobodná, bezdětná. Vyrůstala v úplné rodině, jedináček. Zaměstnaná v soukromé firmě. Finančně zajištěná. Aktuálně v novém vztahu (cca měsíc). Žije sama ve vlastním bytě, splácí hypotéku.

Dětství vnímá jako harmonické, ve škole bez zásadních obtíží. Měla a má blízké kamarádky. Heterosexuálně orientovaná. První vztah kolem 17 let. Celkem 3 dlouhodobější vztahy.

Zdravotně do 19 let bez zásadních obtíží. V 19 letech operace šlach LDK. V 21 diagnostikováno závažné progresivní revmatické onemocnění, v péči revmatologa, ortopeda. Od 26 let v Psychiatrické péči, léčena pro anxiózní stavy, deprese, medikována. Psychiatrem doporučena psychoterapie.

6.1.2 První kontakt

Klientka působí relativně nervózně. Přichází na doporučení psychiatra, 6 měsíců užívá antidepressiva. Stěžuje si na předchozí partnerský vztah a současně řeší aktuální cca měsíc vztah s novým partnerem.

Elegantně oblečena, upravená, nalíčená. Na ruku jsou vizuálně patrné deformace kloubů. Chůze a držení těla mírně nápadné – spíše při bližším zaměření jsou patrné určité anomálie. Žádné kompenzační pomůcky klientka nepoužívá.

6.1.3 Vývoj situace v průběhu dalších sezení

V průběhu dalších cca 10 sezení se postupně rozkrývají obtíže další obtíže klientky. Původně deklarovaná zakázka – ukončení několikaletého předchozího partnerského vztahu a obtíže ve vztahu současném se postupně ukazují jako spíše důsledek hlubších problémů, nikoliv jako příčina obtíží. Klientka se v průběhu několika sezení svěřuje s potížemi, které jí působí její anxiózní nastavení. Má problémy s usínáním, s příjmem potravy, a i přes své spíše extravertní nastavení mívá problémy se sociálním kontaktem a postupem doby přiznává i problémy, které je možno zařadit do skupiny poruch typu OCD (obsedantně kompulzivní porucha).

Klientka přiznává, že se snaží za všech okolností vycítit potřeby druhých, jejich očekávání. Aniž by měla jakýkoliv relevantní podklad pro své jednání, „empaticky vytuší“ co se „od ní čeká“ a dle těchto domněnek následně jedná. Cílem jejího jednání je obvykle odvést perfektní – myšleno dokonalý – výkon. Garantem nebo měřítkem kvality výkonu je obvykle ona sama. Jen zřídkakdy naslouchá vlastním přáním či potřebám. Vždy se snaží druhým vyhovět, a to zejména v soukromém životě. V pracovním životě je schopna určitého vymezení, zejména je-li toto vymezení legitimní v rámci „pracovní role“ již zastává. Ale i zde se její schopnost vymezení se vztahuje výhradně k pracovním postupům a náplni pracovních pozic, nikoliv k jejím osobním potřebám.

Takto nastavený styl jednání v praxi působí klientce nesmírnou únavu, která se projevuje v obtížích s příjmem potravy a nedostatkem kvalitního spánku. Klientka deklaruje obtíže s gastro systémem, kdy pociťuje před nebo po prakticky každém jídle výrazný somatický diskomfort. Podle míry tohoto diskomfortu se diferencuje i její váha, která aktuálně kolísá u spodní hranice normálního rozložení. Rovněž spánek charakterizuje klientka jako zdroj potíží. Problémové je zejména usínání. Popisuje navíc celou sérii obsedantně kompulzivních rituálů, které uložení ke spánku musí předcházet.

6.1.4 Směr psychoterapeutické intervence

Psychologická a psychoterapeutická pozornost byla postupně věnována tématům, která klientka na jednotlivá sezení přinášela a která ona sama považovala za aktuální. Základním tématem práce se stalo zejména klientčino úzkostné prožívání. To se projevovalo zejména ve velmi nízké autenticitě jednání a chování klientky vůči

druhým osobám jak v pracovním procesu, tak především v soukromém životě. Až v průběhu zhruba 3 měsíců psychoterapie se klientce začalo dařit získat náhled na vlastní emoční prožívání. Jako klíčové se čím dál více ukazovalo zranění v 19 letech a rovněž pozdější následná diagnostika závažného a progresivního revmatického onemocnění.

Úraz v 19 letech klientce dle jejích slov zničil profesionální sportovní kariéru. Problémem se zejména stala chybná původní diagnostika a konsekventně volený nevhodný způsob léčby. Tento počáteční omyl upoutal klientku během několika málo týdnů na invalidní vozík s prognózou úplné ztráty schopnosti chodit. Až následně nové vyšetření, které si klientka vybojovala vlastní (sympatickou) tvrdošíjností původní diagnózu opravil a na základě nového posouzení klientka podstoupila blíže nespecifikovaný chirurgický zákrok, který obtíže trvale vyřešil. Chůze se klientce po operaci a následné rehabilitace plnohodnotně vrátila. Prožité negativní pocity bezmoci klientce zůstaly.

Když jí o několik let později ochromily bolesti zad, jednala v souladu se svou dřívější zkušeností a snažila se naslouchat doporučením ortopedů, neurologů a fyzioterapeutů velmi pečlivě. Výsledek se však tentokrát nedostavil a v průběhu mnoha vyšetření byla nakonec definitivně potvrzena Běchtěrevova nemoc. Klientka si aktivně vyhledala veškeré informace o tomto onemocnění a snažila se dodržovat všechny pokyny lékařů. Bolesti, které toto onemocnění provází jsou však již trvalou součástí Klářina života. Co se však v souvislosti s onemocněním v terapii ukázalo, bylo propojení pocitů bezmoci a naprostého odporu ke všemu, co evokovalo její již jednou emočně dramaticky prožívanou získanou invaliditou v mládí (před onou operací). Jakákoliv připomínka zdravotního omezení, které plynulo z akutního zdravotního stavu anebo dokonce nástin dalšího vývoje směrem ke zhoršení a ztrátě některých kompetencí bylo zatíženo nesmírně silnými obrannými mechanismy a masivní úzkostí.

Toto nastavení se velmi hezky ukázalo při kresbě stromu. Klientčin strom měl relativně normální velikost i umístění, pokud by byl na středu papíru. Kresba však byla posunuta hodně k hornímu okraji a koruně stromu a jejím lístkům byla věnována abnormální pozornost. Kresba prozrazovala úzkostné a obsedantní nastavení klientky a arkádovitá koruna sahající až k hornímu okraji papíru (ani se tam nevešla celá) poukazovala na snahu o vyvolání dojmu maximálně možné dokonalosti a normality

(„... *tak to má být*“). V kontrastu ke koruně byl slabě nakreslený drobný kmen, který by podobnou korunu v reálném světě nikdy nemohl unést a absence zakořenění. V tomto případě absence kořenu či podstaty stromu byla spolu s klientkou vyhodnocena spíše než jako vykořenění rodinné jako aktuální absence schopnosti „stát nohama na zemi“.

6.1.5 Výsledky intervence

V průběhu 5 měsíční terapie klientka mapovala své prožívání a hledala spolu s odborníkem kořeny svých obtíží. Velmi poctivě se snažila zpracovat své úzkostné stavy i své OCD projevy (porucha nebyla nikdy diagnostikována). Klíčovou pro etiologii jejich obtíží se však ukazovala někdejší ztráta dříve vysoko hodnocených kompetencí (sportovní nadání, schopnost vysokého výkonu) před úrazem v 19 letech. Zejména někdejší chybná diagnostika a následný způsob léčby, který pacientku na omezený čas zcela znehybnil, se ukazovala jako zkušenost traumatického charakteru, kterému zásadně chyběla jakákoliv následná péče. Právě absence této péče pak ztraumovalo i jakoukoliv další možnost vnímání vlastní perspektivy s onemocněním trvalého charakteru, které klientku postihlo v pozdějším věku. Seběmenší náznak či připomínka již jednou prožité ztráty (zdraví) byla pro klientku subjektivně tak zatěžující, že vyvinula celou škálu mechanismů umožňujících jí se dané problematice vyhnout. Celá spirála úzkostí pak vedla mimo jiné k popření jakékoliv autenticity. Potlačování vlastních bolestí, únavy a „hraní role zdravé usměvavé a vždy přeochočné Kláry, plné nevyčerpatelné energie“. Postupné odkrývání těchto souvislostí umožnilo Kláře účinně snižovat úzkostné (i obsedantní) projevy. Vedlo k lepší autentičnosti – zejména směrem k nejbližším osobám, které následně způsobovalo lepší vzájemné porozumění a tím i k subjektivně kvalitnějšímu a bezpečně prožívanému vztahování.

6.1.6 Závěr

Kazuistika byla zvolena pro její výbornou ilustraci, jak ztráta zdraví a vznik tělesného postižení reálně může narušit další rozvoj jedince a to způsobem, který nemusí být naprosto srozumitelný. Tento vývoj nemusí být srozumitelný nejen samotnému postiženému, ale nezřídka ani jeho nejbližšímu okolí, a dokonce na první pohled ani odborníkům. Případ slečny Kláry nabral díky vhodné a účinné psychologické či spíše psychoterapeutické intervenci pozitivní směr. Nicméně Klára disponovala přes

všechny své obtíže již jednou zmíněnou sympatickou tvrdošijností, finančními zdroji i dávkou štěstí. Získala relativně včas vhodnou psychiatrickou, psychologickou a psychoterapeutickou podporu a pomoc, kterou skutečně potřebovala. Ta jí pomohla ve zlepšení aktuální kvality života. Získané zkušenosti jí budou rovněž velmi užitečné v budoucnu, kdy ji její postupující onemocnění skutečně o mnohé dnešní kompetence připraví.

6.2 Druhá kazuistika – Petr

6.2.1 Osobní a rodinná anamnéza

Klientem je muž, 25 let, svobodný, bezdětný. Postižený 70 % ztrátou sluchu, od narození upoutaný na invalidní vozík. Vyrůstal v úplné rodině, jedináček. Studuje VŠ. Žije s rodiči. ID, příspěvek na péči a další soc. dávky pobírá. Má zažádáno o bezbariérový byt. Nemá partnerský vztah. Do terapie Petra přivedla jeho matka.

Dětství vnímá jako harmonické, zdůrazňuje, jak se rodiče o něj vzorně starají. Ve škole bez zásadních obtíží. Kamarády moc nemá. Heterosexuálně orientován. Vztah zatím neměl.

Klienta přivádí matka. Mluví za něj celou dobu. Ztěžuje si na údajný nezájem chlapce o běžný život, celé dny „... *visí na internetu*“, matka jej „diagnostikuje“ jako závislého. Rovněž poukazuje na špatné studijní výsledky. Ráda by, aby chlapec začal „... *něco pořádného dělat*“.

6.2.2 První kontakt

Klient působí klidně. Na matčin výčet v podstatě nereaguje. Mluvit se mu moc nechce. Ožije až při nabídce oddělené konzultaci bez přítomnosti rodiče. Matka deklaruje pochopení a bez obtíží odchází.

Klient svůj vozík ovládá sám velmi lehce. Nemá problém říct si o kávu, jediný požadavek, který má, je, aby psycholog vždy měl vzpřímenou hlavu a mluvil na Petra přímo, ne ze strany nebo zády. Petr pro porozumění potřebuje vždy odezírat ze rtů. Mluví i přes své postižení dobře a jeho sluchový hendikep nemusí být na první pohled zcela znatelný. Občas jen neporozumí dobře některému méně obvyklému výrazu, nebo sám zamění některý foném, aniž by si aktuálně uvědomil posun ve významu slova.

6.2.3 Vývoj situace v průběhu dalších sezení

V průběhu několika málo sezení se klient postupně svěruje se svým prožíváním. Zpočátku matčiny výčitky vlastně chválí, neboť „... *ona má v podstatě pravdu* “. Skutečně ho škola nebaví. Skutečně propadá. Skutečně tráví mnoho času na internetu. Tato fakta, která v podstatě odpovídají líčení matky navíc klient provází komentářem plným vděku a pochopení pro oba své rodiče. Svě pocity bagatelizuje a odmítá nahlas vyslovit s poukazem na jejich marginalita. Rodiče dle Petra všechn svůj život „obětovali pro něj “a jeho potřeby. Upravili dům pro něj, jezdí s ním kamkoliv si usmyslí, vyřídili mu všechny dávky SSP, požádali o bezbariérový byt, udržují ho na VŠ i když je zjevně, že „... *on „to “nikdy dělat nebude... “*atp.

Kresba stromu pak odkrývá některé aspekty Petrovy osobnosti, které následně pomohou v další intervenci. Petrův strom je především výtvarně nesmírně zdatně nakreslený. Kresba je velmi dobře umístěna, má většinu sledovaných prvků v souladu s věkem a pohlavím mladého muže. Nápadná je jen suchá koruna bez listů, kde listů je jen letmou vlnkou naznačeno ve formě stylizované arkády kolem vypracovaných a umně stínovaných „suchých “větvi. Nápadná je též barevně velmi silná (pečlivě vyčerněná) díra v kmeni stromu. Tu sám klient označuje za své postižení, že vnímá, že mu „*leccos chybí* “. Na poukaz na výtvarnou stránku kresby Petr reaguje až překvapivě živě a tato drobná poznámka vede k Petrovu svěření se o nesmírné lásce k výtvarnému umění. Současně tato láska rozklíčuje Petrovy školní problémy i jeho potřebu kontaktu na sociálních sítích a elektronických her.

Psychologická a psychoterapeutická pozornost byla tedy věnována klientovým potřebám a zejména pak autentičnosti jeho prožívání. Petr vnímal velmi silně a kladně podporu a pomoc svých rodičů. Dokonce tak silně, že se cítil být zavázán vděkem a poslušností. Vnímal požadavky a představy rodičů o jeho směřování jako jasně daná fakta, o nichž se nediskutuje. Svá vlastní přání či preference považoval za méně legitimní až bagatelní.

6.2.4 Směr psychoterapeutické intervence

Pozornost tedy musela být upřena na autentická přání a potřeby Petra a na schopnost je srozumitelně vyjádřit. A to tak, aby byla jednak srozumitelná jemu samotnému, tak aby svá přání dokázal prezentovat i před svými rodiči bez nadměrné

autocenzury a bez pocitů nevděku a selhání.

6.2.5 Výsledky intervence

V několika málo sezeních Petr dokázal objasnit své potíže se školou. Studoval školu ekonomického zaměření, kterou mu vybral otec (sám absolvent téže školy). Petr se dosud i přes svou dospělost (25 let) nenaučil zpochybňovat přání rodičů. Nenašel si příležitost ke kritickému zhodnocení v podstatě jakýchkoliv rodičovských rozhodnutí. Sám si v průběhu života několikrát ocitl díky svému hendikepu v situacích, kdy si zřetelně uvědomil závislost na druhých, zejména pak (ze zvyku) na rodičích. Žil tedy, dle svých slov v přesvědčení, že „by měl“ poslouchat jejich přání a požadavky a ty své prosazovat jen velmi opatrně, nebo vůbec ne. Kresba stromu podobně dětské prožívání nenaznačovala, ale nutno podotknout, že kresba byla výtvarně tak zdatná, že její vyhodnocení je právě onou výtvarnou manýrou značně komplikované. Nicméně arkádovitá koruna stromu může být interpretována jako uvědomování si nutnosti obecně přijatelného tvaru, tedy jako vnímaná schopnost respektovat většinový způsob vnímání vnějšího zdání. Strach a nezkušenost z autentického kontaktu na partnerské, nikoliv na rodičovské, dětské úrovni, Petrovi rovněž v autenticitě kontaktu účinně zbraňovaly.

Podporou této autenticity vyjadřování vyšlo najevo, že špatné školní výsledky nejsou jen problémem špatně voleného oboru, na nějž chlapec měl sice inteligenční předpoklady, ale vůbec jej nezajímalo. Závažnější problém představoval reálný způsob výuky. Petr se dostal na svém vozíku do většiny prostor školy, ale nebyl schopen sledovat výklad vyučujících, neboť ti nikdy nebyli schopni udržet informaci, jak mají vykládat látku, tak aby i Petr byl schopný odezírat z jejich rtů mluvený výklad. Navíc bylo pro něj mnohem složitější dělat si poznámky a současně sledovat nikoliv jen přednášejícího, ale i jeho rty. I když vyučujícího opakovaně požádal, aby si na způsob výkladu dal pozor, nenašel se, dle jeho slov, v podstatě žádný, který by takového způsobu přednášení byl trvale schopen. Značná část přednášek byla tedy Petrovi v podstatě k ničemu a nezbývalo mu než učivo dohánět z knih, což ne vždy bylo pro zkoušející dostatečné.

I problém „viseň na internetu“ mělo poměrně sofistikovaný ale srozumitelný důvod. Petr měl sice řadu spolužáků, pro něj jeho vozík nebyl žádným problémem a byli ochotni mu pomoci a vzít jej sebou v podstatě kamkoliv. Zejména pokud klient trávil čas s jedním nebo dvěma lidmi, byl to čas subjektivně Petrem vnímaný jako

výborný. Obtíže nastaly, pokud se měl účastnit akce o více lidech. V rozhovorech ve skupině totiž Petr nebyl schopný plynule sledovat průběh konverzace, z prostého důvodu, že nebylo možné skupinu lidí posadit do řady, tak, aby všem řádně viděl na rty a mohl tak úspěšně odezírat. Zvláště když mluvilo více lidí najednou, nebyl schopný v podstatě reálně pochopit aktuální téma hovoru. Navíc témata hovoru jeho spolužáků byla jemu vzdálená. Ani školní témata ani témata partnerských vztahů nebyly z těch, k nimž by uměl – vzhledem k absenci zkušeností – zaujmout sofistikovanější stanovisko.

Jeho postižení jej tedy dostávalo do jisté (sociální) izolace, a to, aniž by reálně izolovaný skutečně byl. Jediný prostor, kam jeho hendikep nezasahoval, bylo právě ono prostředí internetu. Jednak zde byl prostor, kde mohl sdílet své nadšení pro výtvarné umění a pak zde byl zcela eliminován jeho dopad sluchového hendikepu. Zde všemu rozuměl, žádná část informace mu neunikla, a i sám mohl odpovídat s jistotou a plnou nesníženou kompetencí. Vyšlo najevo, že si našel výtvarnou školu v zahraničí a byl v kontaktu s mnoha studenty i pedagogy.

6.2.6 Závěr

Kazuistika byla zvolena opět pro výbornou ilustraci, jak i velmi dobré zázemí může, byť s nejlepšími úmysly, vést k naprosto chybným závěrům a bezcenné pomoci. Dobře ukazuje, jak dopady postižení jsou velmi obtížně odhadnutelné i pro osoby, které jsou zkušené, jsou pozitivně zainteresovány a jejichž péče by se dala označit za takřka vzornou.

Příběh Petra směřoval k postupné konfrontaci s rodiči a k jejich poměrně rychlému porozumění tomu, co se reálně v prožívání jejich syna dělo. Nutno podotknout, že rodiče měli velkou snahu ignorovat Petrův hendikep „... *co to jen jde*“. Měli za to, že čím normálnější život Petr povede, tím lépe pro něj. Zapomněli ovšem na skutečnost, že Petr není jen dítě, které sedí, nechodí a má naslouchátko, ale že jeho postižení může reálně omezovat ve směrech, které je samotné ani nenapadly. Nebyli si do určitého momentu vědomi toho, co Petr věděl celou dobu, že jsou reálně oblasti jeho života, kde jeho hendikep eliminovat prostě nelze. Stejně tak Petrova určitá nezralost, problematická separace od matky a z ní plynoucí přehnaná snaha nezklamat (i domnělá) očekávání rodičů, zabránila v autentickém setkání postiženého dítěte a jeho snaživých rodičů.

Uvědomění, že Petr sám sebe vnímá jako někoho, kdo reálně je v lecčems omezený, že jsou oblasti života, které jsou pro něj v podstatě uzavřené, byla pro jeho rodiče viditelným zklamáním. Přáli si (a přiznávali to) vnímat své dítě jako „normálního kluka s pomůckou“ a dělali v životě vše proto, aby se tak vnímal i Petr sám. Ten se však vnímal v mnohem realističtějším světle, ale zase nebyl aktuálně schopen své poznatky verbalizovat, neboť správně tušil, že rodiče by mu jeho vnímání vyvraceli a nepřijali by ho za své.

Psychologická intervence dokázala v tomto případě cestu mezi synem a rodiči najít a Petr s rodiči diskutoval přechod na výtvarnou školu. Internet již také přestal být vnímaný jako zdroj závislosti, ale jako svého druhu kompenzační pomůcka.

6.3 Třetí kazuistika – Max

6.3.1 Osobní a rodinná anamnéza

Max je 34letý pracovník v sociálních službách. Je svobodný, bezdětný. Nedostudoval VŠ. Pochází z rozvedené rodiny, rozvod rodičů v jeho 12 letech, sourozenci – o 3 roky mladší sestra. Žije sám, je zadaný. Otec zemřel na infarkt. Matka žije v jiném městě, mají pravidelný kontakt. Prodělal běžné dětské nemoci, vrozené onemocnění růstu a vývoje kostí.

Ve škole mírné problémy se šikanou. Zaměstnaný, ekonomicky samostatný, splácí hypotéku na vlastní byt. Heterosexuálně orientovaný i když připouští pochyby. První sexuální kontakt v 27 letech. Aktuálně 3 roky ve vztahu, hodnotí jej jako „normální“. Přichází pro „pocity vyhoření“ v zaměstnání.

6.3.2 První kontakt

Čistý, upravený, módní účes a plnovous, jinak bez zásadních nápadností, neobvyklá je pouze menší výška (menší než 150 cm), při bližším zkoumání na ruku je vidět postižení kloubů, jiná deformita či abnormalita nápadná není. Slušné přiléhavé vystupování, působí zasmušilým dojmem.

Ztěžuje si na obtíže v zaměstnání. Pracuje v sociálních službách na Úřadě práce. Podrobně líčí, jak jeho pracovní den probíhá, kolik práce sám zastane a srovnává svůj – subjektivně vnímaný mimořádně vysoký – výkon s výkony kolegů. Vypráví, s jakým

nadšením a entuziasmem nastupoval do zaměstnání, kde je aktuálně 15 let. Tento typ práce – práce s lidmi – mu vždy připadá jako mimořádně zajímavý a smysluplný. V průběhu zaměstnání po dohodě se zaměstnavatelem začal studovat i vysokou školu s podobným zaměřením. Nadšeně se účastnil mnoha školení atp. Velmi dobře vycházel s vedoucí i s kolegyněmi. Prvních 6-7 let byl velice spokojený a z práce i z kolektivu byl nadšený. Byl velmi aktivní a byl přesvědčený, že právě tato práce je jeho životním posláním. Speciálně v kontrastu s problematickými vztahy v rodině i ve ZŠ a střední škole, kde nebyl pro svůj hendikep sice vysloveně šikanovaný, ale nikdy nepatřil mezi oblíbené a zvláště na základní škole se mu některé děti vysmívaly. Považoval tedy samotný fakt, že ho práce bavila, mimořádně se mu dařila, a kolegyně i vedoucí ho měli v oblibě, za potvrzení, že tak to bude vždy. Věděl, že vedoucí půjde do důchodu, a proto se přihlásil na VŠ, aby získal potřebnou kvalifikaci, a mohl se sám o vedoucí místo ucházet. Stávající vedoucí jej v tomto směru podporovala a až do jejího odchodu byl jejím zástupcem.

Vyčerpání z pracovního nasazení a denní studium si vyžádaly daň v podobě nesmírné únavy, kterou se snažil ignorovat. Nakonec se dle svých slov „sesypal“ a odvezli ho do centra krizové intervence.

6.3.3 Vývoj situace v průběhu dalších sezení

V průběhu zhruba 4 měsíců Max docházel 1 x týdně na psychoterapeutické sezení. Postupně odkrýval své nadšení pro zvolený obor, ale i fakta, která dle něj vedla k jeho „zhroucení“.

Max sám sebe považuje za výborného odborníka a jeho přesvědčení je podloženo jeho úspěchy v práci i ve škole. Zastával vždy názor, že věci se mají dělat buď „... *řádně nebo vůbec ne*“. Dokud nestudoval, bylo vše v pořádku, ale na to, aby mohl chodit na přednášky a řádně studovat, si často musel vybírat dovolenou, a to tak, že mu nezřídka žádná nezůstala na léto, nebo ani na Vánoce. Celé víkendy si četl doporučenou literaturu, nebo zpracovával práce do školy, ale nesmírně jej těšilo, když pak nabyté znalosti mohl uplatnit v praxi.

Některé okolnosti, které toto životní tempo přineslo, byly občas nad jeho síly. Zejména neustálé cestování, které mu vzhledem k problémům s klouby působí při vyšší koncentraci problémy. Také noční studium a následné potíže s usínáním a spánkem

obecně měly vliv na jeho koncentraci i na jeho celkové naladění. Kolegyně, které ho čas od času musely zastoupit, si po nějaké době začaly ztěžovat na přetěžování a jejich podpora Maxe v jeho snažení se snižovala. Rovněž vedoucí, která zpočátku jeho snahu podporovala, v důsledku stupňujícího se tlaku od ostatních zaměstnanců začala na Maxe, dle jeho slov, tlačit, aby školu dokončil co nejdříve.

Maxovy obtíže s koncentrací se stupňovaly a když došlo k blokaci páteře a několikadenní vynucené pauze v psaní bakalářské práce, raději školu předčasně ukončil. Tento moment popisoval jako zlomový. Neví, co prožíval, ale vnímal své kolegyně a svou práci a celý život náhle „úplně jinak“. Začal si všímat, kolik práce sám v zaměstnání odvádí, a kolik (myšleno jak málo) odvádí jeho kolegyně. Mnohé jejich poznámky a komentáře mu aktuálně přišly zraňující. Často si prý vzpomínal na necitlivé poznámky svých někdejších spolužáků atp. O tom, že školu přerušil, nikoho vyjma vedoucí neinformoval. Ani rodinu ne. Stupňovala se jeho nespokojenost, únava. Následovaly konflikty s kolegyněmi i s klienty. Změnila se osoba na postu vedoucího a na zamýšlené místo nastoupil neznámý externista. V řádech několika týdnů Max dle svých slov zjistil, že vedoucí je naprosto nekompetentní úřad zastávat a oddělení řídit a čím dál častěji se dostával do konfliktu i s ním. Jako klíčový bod Max označil okamžik, kdy mu nový vedoucí navrhl změnu pracoviště. Pro Maxe tento návrh znamenal bezesné noci, téměř totální absenci spánku. Se zhoršením psychohygieny až na dřeň se Maxovi zhoršily jeho bolesti zad a kloubů, a nakonec dostal po banálním problému v práci „záchvat paniky“ a kolegyně jej odvezly do krizového centra.

6.3.4 Směr psychoterapeutické intervence

V průběhu intervence klient často poukazoval na svou snaživost, výkonost. A naopak si ztěžoval na lenost a lhostejnost ostatních. Těžce nesl finanční disharmonii mezi odevzdaným výkonem a finanční kompenzací v jeho oboru a v oborech v soukromém sektoru. Prožíval pocity nespravedlnosti zejména když srovnával svůj plat pracovníka v sociálních službách a plat soudkyně u své přítelkyně, která navíc deklarovala svou práci jako časově i psychicky lehce zvládnutelnou. Podpora přítelkyně – včetně finanční podpory – pro něj subjektivně nebyla vnímána jako pozitivum. Důvodem však nebyl genderový rozdíl, ale vnímání množství vložené energie.

Právě toto uvažování v postupující psychologické práci čím dál víc odkrývalo hlubší problémy v sebehodnocení a sebe prožívání Maxe.

Postupně se odkrylo Maxovo prožívání rozvodu rodičů, kdy náhle a proti své vůli byl dosazen do jediné role „muže“ v rodině. Jeho perfekcionalismus a snaha nezklamat okolí, resp. naplnit (byť nikdy jasně nedeklarovaná) očekávání druhých vedlo k jeho někdy až sebedestruktivnímu pracovnímu nasazení.

Čím dál víc se s postupující hloubkou psychoterapie klient častěji dostával k tématu vlastního postižení. Téma jeho výšky a omezení, které postižení pro něj představovalo, do té doby, v podstatě nikdy sám nezmínil. Až postupující terapie umožnila téma zpřítomnit a začalo se ukazovat jako nosné téma. Snaha eliminovat přítomnost hendikepu vedla k touze po potvrzení hodnoty vlastní osoby. Vnímání hodnoty sebe sama bylo u Maxe neoddělitelně spjata s podaným výkonem a se splněním očekávání druhých. Potřeba sebepotvrzení byla velmi silná. Současně však převládalo mimořádně slabé hodnocení vlastní osobou. Max sám sebe považoval za slabého. Vnímal sám sebe jako osobu druhého řádu. Byl sice schopen racionálně zhodnotit, že podobné hodnocení nemá žádný faktický podklad. Vyjmenoval možné příčiny – od odchodu otce (kterého pak již téměř neviděl) a absenci mužských vzorů v rodině – přes neplnohodnotné přijetí v chlapeckých školních kolektivech až po nalezení spokojenosti v ryze ženském kolektivu (odtud pochyby o sexuální orientaci). Negativně vnímaný výsledek jeho snah v zaměstnání a studiu a kontrast společenského ohodnocení jeho práce a práce jeho přítelkyně Maxovo vnímání sebe sama ještě zhoršilo.

Terapie tedy musela nabídnout alternativní vnímání nejen hodnoty odváděného výkonu ať už na jakékoliv platformě, ale rovněž smíření se s invaliditou jako nikoliv nuceným zlem, které je třeba v maximálně možné míře ignorovat, ale jako plnohodnotnou součástí sama sebe.

6.3.5 Výsledky intervence

Právě toto hodnocení vlastního postižení, těch domnělých, anticipovaných i reálných dopadů na kvalitu života, se ukazovalo být nejobtížnější. Max žil se svým postižením celý život, ale až ve srovnávání a ne-přijímání ostatními za rovnocenného – především ve školních kolektivech vrstevníků - jej donutilo hledat způsoby a metody, které by mu pomohly tyto obtíže eliminovat. Jeho perfekcionalismus a často vyhrocený smysl pro povinnost a spravedlnost jej nakonec dovedly do krize. Intervence tedy byla nasměrována k přijetí postižení jako trvalé součástí osobnosti – v tom negativním, a i

v tom, co přineslo pozitivního. Směřovala k lepšímu vnímání sebe sama v kontextu zachovaných i v čase získaných kvalit života a podpory pozitivního vnímání životních výher – jako například dobrého partnerského vztahu. Právě podpora partnerky a realističnost jejího náhledu Maxovi velmi pomáhaly ve zvládnutí krizového bodu jeho života.

6.3.6 Závěr

Kazuistika byla zvolena s ohledem na kontrast ve vnímání sama sebe, kdy klientův hendikep nepřináší nijak rozsáhlá omezení, ale je spíše vizuálně nápadný. Přestože tedy nemá vlastní stupeň postižení tak rozsáhlý dopad na reálný život tohoto klienta, vlastní dopad na kvalitu života je značný. Samozřejmě lze vnímat, že stejně negativní sebehodnocení by mohl získat kdokoliv s podobnou strukturou osobnosti a naprosto odlišným hendikepem typu rozdílné kulturní, sociální nebo třeba sexuální minority. Nicméně výběr této kazuistiky chtěl upozornit, že i relativně drobná odlišnost, včas vhodně neřešená, může mít poměrně rozsáhlé dopady na další rozvoj jedince, a to zejména co se kvality života týče. Vhodná podpora a pomoc se tedy vždy musí týkat nejen eliminace dopadů postižení na somatické úrovni, ale je nezbytná i péče s psychikou jedince s postižením, a to i tehdy, můžeme – li považovat reálně dopady konkrétního postižení z objektivně méně závažné.

ZÁVĚR

Autor této práce se snažil o to, aby čtenář z uvedeného textu získal alespoň rámcovou představu o množství, pestrosti a síle různorodých dopadů tělesného postižení na nositele takového hendikepu. Současně tento relativně dosti stručný text varuje, že i velmi dobře míněný počin s inkluzivním potenciálem, jako je například integrace postižených dětí do sítě běžných škol, může mít v konečném důsledku konotace s jasně negativními dopady pro všechny zainteresované strany.

Pokud tedy je cílem dosáhnout sociální inkluze ve všech jejích pozitivních důsledcích, a v konečném důsledku této myšlenky je vlastně jedno, o kterou konkrétní minoritní skupinu se jedná, nezbyvá, než podpořit způsob uvažování a práce, který je tak často uplatňován úspěšně v psychoterapii. Totiž individuální nepředsudkový přístup ke každému jedinci. Tedy je nezbytné mapování celého kontextu jeho života a zasazení jeho individuálních obtíží včetně subjektivní míry vnímání jejich závažností, právě a pouze do kontextu daného celku.

Taková moderní, cílená a účelná pomoc a podpora ze strany státu je elementárním krokem na cestě k inkluzivní společnosti. Právě tehdy se podaří eliminovat bariéry tělesného postižení, které reálně eliminovat lze. Účinná a vhodně časovaná lékařská, rehabilitační, legislativní, psychologická, psychoterapeutická a samozřejmě sociální pomoc pak postiženému může pomoci účinně porozumět determinujícím omezením plynoucím z jeho postižení a zároveň ho může naučit v plném rozsahu využívat kompetenci a možností, které jeho hendikep nepostihl.

Efektem takové snahy by byla de-stigmatizace osob s tělesným postižením a přirozený, nikoliv násilný - inkluzivní efekt.

SOUHRN

Cílem práce je poukázat na dopady bariér, které na různých úrovních života mění kvalitu života osob s tělesným postižením. Podrobným zmapováním těchto bariér pak autor sleduje jejich možný vliv či dopad na další vývoj a rozvoj jedince s postižením. Hlavním předmětem zájmu jsou pro autora zejména dopady psychické.

Struktura práce je nastavena tak, aby čtenář snadno pochopil vznik a dopad jednotlivých bariér, které tělesné postižení může přinášet a kterým eventuálně musí čelit. Pro dobré pochopení záměru autora jsou podrobně vymezeny elementární pojmy tak, aby bylo jednoznačně zabráněno jakýmkoliv pojmovým desinterpretacím. Právě tyto omyly jsou totiž častým původcem sociálních obtíží tělesně postižených v majoritní společnosti.

Pozornost je v práci dále věnována pečlivému mapování obtíží, problémů a těžkostí, které tělesné postižení v různých fázích života jedince může provázet. Autor si všímá jak bariér, které nalézá ve veřejném prostoru, tak těm, které lze vnímat za dveřmi vlastního domova. Důležité jsou pro autora nejen bariéry a obtíže externího charakteru, ale dostatečnou pozornost věnuje rovněž bariérám, které souvisejí s lidským vnímáním, prožíváním a které mají tedy ryze psychologický charakter. Do této velké skupiny patří nejen těžkosti, které jsou úzce propojeny s vývojem člověka a jednotlivými vývojovými úkoly, ale patří sem obtíže spadající například do kategorie předsudků.

Problematické vývoje a rozvoje osoby s tělesným postižením je rovněž věnována žádoucí pozornost. Jsou zde podrobně sledovány oba případy vzniku tělesného postižení. S ohledem na možná specifika dalšího vývoje jsou zde zkoumány jak příklady postižení vrozeného, tak časně získaného. Stejný důraz se klade i na možné dopady na rozvoj u osoby, která se stane osobou s postižením v průběhu dospělého života.

Dále se věnuje pozornost komunikaci mezi osobami s tělesným postižením a bez postižení, a to nejen samotnému dopadu postižení na komunikační dovednosti hendikepované osoby, ale i na oblasti života, které samotnou komunikaci ovlivňují možná více, než by se mohlo zdát. Jde o oblast předsudků a žitých kulturních i sociálních stereotypů, které jsou trvalou součástí života společnosti jako celku.

Teoretická část je zakončena tématem, které prochází celou prací – tedy zařazením osob s tělesným postižením do majoritní společnosti – inkluzi. Jsou hledány

odpovědi na otázky proč, jakým způsobem a za jakých okolností je pro společnost taková inkluze prospěšná, nebo dokonce nezbytná. Současně pro maximální snahu o objektivizaci se uvádějí i důvody, kdy taková snaha naopak relevantní není.

Výzkumná část práce se snaží předchozí teoretická východiska ukázat v praktickém živoucím světle. Z toho důvodu byly zvoleny tři relativně stručné kazuistiky. Jedná se o reálné příběhy z psychoterapeutické praxe, které dle autora velmi srozumitelně a názorně ilustrují základní myšlenku celé práce. Totiž fakt, že bariéry, které korelují se vznikem tělesného postižení, jsou mimořádně problematické a jejich dopady jsou jen zřídka předem odhadnutelné v celé své možné šíři. Jednotlivé příběhy dostaly stejný strukturální rámec, aby lépe vynikly jejich odlišnosti. Každá jednotlivá kauza je sice pro úsporu místa maximálně zestručněna, a i její úprava pro ochranu soukromí aktérů vede k určitému obsahovému zjednodušení, přesto je dle autora každý jednotlivý příběh zřetelnou praktickou ukázkou předchozího teoretického rámce práce.

LITERATURA

- BIDDULPH, S. *Mužství*. Přel. Jana PIŠTOROVÁ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7376-209-6.
- BLY, R. *Železný Jan*. Přel. Marian SIEDLOCZEK. Praha: Argo, 2005. ISBN 80-7203-659-9.
- ERIKSON, Erik H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Devět věků člověka*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0786-3.
- FILIPIOVÁ, D. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-233-6.
- FITZNEROVÁ, I. *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7376-663-6.
- GLIEDMAN J. a ROTH W. *The Unexpected Minority: Handicapped Children in Amerika*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1980.
- GOFFMAN, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice-Hall, 1963. ISBN 06716224477
- HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Oprav. dotisk. Praha: Portál, 2004, s. 69, 241, 265, 265, 464. ISBN 80-7178-303-X.
- HOGENOVÁ, A. *K fenoménu pohybu a myšlení*. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. ISBN 80-86861-72-4.
- HOGENOVÁ, A. *K filosofii výkonu*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-35-X.
- CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7376-013-5.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- KODYMOVÁ, P. Ideál inkluze, případně integrace. In MATOUŠEK, O. aj. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 97–98. ISBN 80-7367-002-X.
- KRHUTOVÁ, L. Předsudky a mýty. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, s. 47–48. ISBN 978-80-7367-859-3.

- KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie nemoci*. Dotisk. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0179-0.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.přepřac.vyd. Jinočany: H a H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 155, 271, 464. ISBN 80-7178-549-0.
- MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MURPHY, R. F. *Umlčené tělo*. Přel. Jana ORGOCKÁ. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-98-2.
- NEUMANNOVÁ, V. *Hledat najít, držet nepustit*. Praha: Jan Pixa, 1991. ISBN 80-900600-1-3.
- SACKS, O. *Na čem si stojím* Přel. Dušan ZBAVITEL. Praha: Dybbuk, 2009. ISBN 978-80-86862-82-8.
- SEDLÁČEK, T. *Ekonomie dobra a zla*. Praha: 65. pole, 2009. ISBN 978-80-903944-3-8.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Dotisk 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
- TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7376-561-5.
- ÚZ – *Sociální zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 2011. ISBN 978-80-7208-830-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přepřac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-378-1.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

DIPLOMOVÁ PRÁCE

ROUŠAL, J. *Bariéry tělesného postižení*. Praha, 2011. Diplomová práce. PVŠPS. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Olga Dostálová, CSc.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob. *Český statistický úřad* 3309-08 [online]. ©2008 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

DOPRAVNÍ PODNIK PRAHA. Projekt: výtahy ve stanici Florenc B – bezbariérové zpřístupnění. *Dopravní podnik Praha* [online]. © 2011 [cit. 2011-03-16]. Dostupné z <http://www.dpp.cz/projekt-vytahy-ve-stanici-forenc-b-bezbarierove-zpristupneni/>

DOPRAVNÍ PODNIK PRAHA. DPP otevřel nový bezbariérový přístup do stanice metra Háje. *Dopravní podnik hlavního města Prahy* [online]. © 2011, poslední revize 11.02.2011 [cit. 2011-03-16]. DPP. Dostupné z <http://www.dpp.cz/dpp-otevrel-novy-bezbarierovy-pristup-do-stanice-metra-haje/>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Důchodové pojištění*. MPSV CZ invalidní důchody. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. ©2011, poslední revize 31.8.2011 [cit. 2017-07-17]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/619>

VLÁDA ČR. Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014. *Vláda ČR*. [online]. ©2010, poslední revize 31. 03. 2010 [cit. 2011-07-31]. Zdravotně postižení občané | Vláda ČR. Dostupné z <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Mgr. Jan Roušal

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Psychologická specifika tělesného postižení s důrazem na problematiku inkluze

Počet stran bez příloh: 76

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 5

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2017

Posudek vedoucího diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta: Mgr. Jan Roušal

Obor studia: Psychologie

Název práce: *Psychologická specifika tělesného postižení s důrazem na problematiku inkluze*

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké údaje měly být v kazuistikách ještě uvedeny, aby splnily všechny požadavky?

Doplňte je!

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autor se dlouhodobě zabývá inkluzí tělesně postižených do majoritní společnosti, s čímž má osobní zkušenosti. Tato práce představuje rozšíření a prohloubení tématu, jemuž se věnoval již v bakalářské práci.

Na začátku důkladně vymezuje pojmy, z nichž některé jsou definovány autory různým způsobem. Zabývá se možnostmi komunikace postižených osob a všímá si bariér, kterým jsou vystaveny v běžném životě. V dalších kapitolách pak se věnuje teoretickému výkladu a rozpracování problému zábran, s nimiž se postižené osoby setkávají. Značnou pozornost věnuje otázce jejich integrace a předsudkům okolní společnosti.

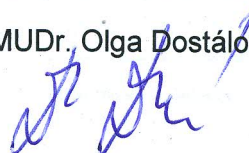
V praktické části pak uvádí tři kazuistiky těchto osob. Tyto jsou podány výstižně, lze si udělat o pacientech dostačující obrázek, ale tyto kazuistiky mohly být širě rozpracovány. Co se týče provádění psychoterapie, bylo by vhodné uvést větší podrobnosti, kde a kým byla prováděna. Na konci každé kazuistiky je uvedena interpretace, jež zřejmě nahrazuje analýzu. Vytýkám tedy kazuistikám až příliš velkou stručnost, i když podstatné údaje v nich jsou nesporně uvedeny a vše probíhá na dobré jazykové úrovni.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: Teoretická část výborně, praktická část velmi dobře.

16. 9. 2017

MUDr. Olga Dostálová, CSc.



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Mgr. ^{Jan} ~~Pavel~~ Roušal

Obor studia: Psychologie

Název práce: Psychologická specifika tělesného postižení s důrazem na problematiku inkluze

Oponent práce: PhDr. Markéta Habermannová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			x	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			x	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předložená práce má teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje psychologické problematice osob s tělesným postižením, zmiňuje tematiku bariér a přináší tím mnoho kritických podnětů a otázek. Neopomíjí ani kontroverzní téma inkluze a s ním spojené aktuální otázky.

Autor dokáže psát poutavě, jazykové schopnosti jsou výborné. Práce s odbornou literaturou je průměrná, ale dostačující. Škoda malého množství zahraničních titulů.

Praktická studie přináší tři zajímavé terapeutické kazuistiky osob s tělesným postižením. Otázkou je ale zasazení do výzkumného rámce. V úvodu autor stručně přednesl cíl praktické části, ale úplně chybí výzkumné otázky. Stejně tak zde není popsána metodika ani způsob výběru souboru. U zkoumaných osob se jen domníváme, že podstoupily psychoterapii, není ale jasné jakého typu a u koho. Pokud ji podstoupily u samotného autora, je autor kompetentní jako psychoterapeut? A pokud ano, mělo by to zde být uvedeno. Dále je zmíněno, že dvě ze tří zkoumaných osob absolvovaly psychodiagnostickou metodu kresby stromu, není ale uvedeno proč. Stejně tak není jasné, proč ji třetí zkoumaná osoba neabsolvovala.

Úplně chybí kapitola diskuse, kde by se autor vracel k získaným výsledkům a diskutoval je s ohledem na teoretický rámec a výzkumné otázky.

I přesto je znát silné zaujetí autora psychoterapií a prací s lidmi, oceňuji i praktické zkušenosti a vůbec praktické nastavení celé diplomové práce.

Je velká škoda nedotažených metodologických parametrů.

I přes uvedené výtky doporučuji práci k obhajobě a hodnotím známkou 2-3.

Konečné hodnocení se může změnit v průběhu obhajoby.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 2-3, dle průběhu obhajoby

Datum: 14. srpna 2017



Podpis: PhDr. Markéta Habermannová, Ph.D.