

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Psychologické aspekty tělesného postižení

Mgr. Jan Roušal

vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2013

Prague college of psychosocial studies



Psychological aspects of physical disability

Mgr. Jan Roušal

Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Prague 2013

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Mgr. Jan Roušal

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Rok dokončení práce: 2013

Název práce: Psychologické aspekty tělesného postižení

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Teoretická část práce se věnuje problematice života tělesně postižených z pohledu psychologických dopadů, které tělesné postižení může představovat. Ohniskem zájmu práce jsou psychologická specifika doprovázející vývoj dítěte s vrozeným postižením a stejně tak je pozornost věnována i psychologickým dopadům postižení získaného v pozdějším věku. Pozornost je v práci věnována i socio-kulturnímu zázemí, které má na psychiku osob s tělesným postižením klíčový vliv. Práce se zabývá i existencí předsudků, které naše společnost často projevuje vůči postiženým osobám.

Praktická část nabízí případovou studii 17-letého muže s Duchennovou progresivní muskulární dystrofií v závěrečné fázi života. Jejím záměrem je názorná konkrétní ilustrace jednoho z nejtěžších možných psychologických aspektů, které tělesné postižení může reálně představovat - socio-psycho-terapeutickou intervenci a její ambivalentní dopady v závěrečné (konečné) fázi života.

Klíčová slova: zdravotně postižený, tělesně postižený, hendikep, komunikace, předsudky.

ABSTRACT

Name and surname: Mgr. Jan Roušal

Study program: Psychology

Field of Study: Psychology

Completion of work: 2013

Title: Psychological aspects of physical disability

Supervisor: MUDr. Olga Dostalová, CSc.

The theoretical part of this work deals with issues of life of people with a bodily handicap. This piece has the intention to describe the psychological impacts bodily handicap can bring to a person. The focuses of interest of this work are psychological specifics that accompany development of children with congenital disability together with psychological impacts that acquired disability in later age can have. This work also pays attention to social and cultural backgrounds which have a key influence on a mental state of people with bodily handicap. This piece of work also follows up the existence of prejudice which our society often shows towards handicapped people.

Practical part presents a case study of a seventeen year-old man with Duchene progressive muscular dystrophy in the final phase of his life. The main aim is to present a descriptive concrete illustration of one of the most difficult psychological aspects that bodily handicap can be in real life - social and psychological therapeutically intervention and its ambivalent impacts in final phase of life.

Key words: disabled, bodily disabled, handicap, communication, prejudice.

Prohlášení

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

V Praze dne: 10. 10. 2013

Mgr. Jan Roušal

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce MUDr. Olze Dostálové, CSc. za vytrvalou přízeň, mimořádnou pomoc a trpělivou podporu při psaní.

OBSAH

Úvod.....	2
1 Základní pojmy.....	3
1.1 Obecné pojmy	
1.2 Pojem: Zdravotně postižený.....	4
1.3 Pojmy: Tělesně postižený a tělesně oslabený.....	5
1.4 Pojem: Hendikep.....	6
1.5 Pojmy: Postižený, invalidní.....	7
1.6 Pojem: Předsudky.....	8
2 Somatická a psychologická specifika tělesného postižení.....	10
2.1 Vývoj a rozvoj osoby s tělesným postižením	
2.1.1 Bio-psycho-sociální realita.....	11
2.1.2 Externí ohrožení integrity rodinného prostředí a vývoje jedince	
2.1.2.1 Citová vazba	
2.1.2.2 Problémy rodičů.....	13
2.1.2.3 Úloha lékaře.....	14
2.1.3 Postavení ve společnosti.....	15
2.2 Tělesné postižení vrozené.....	16
2.2.1 Bariéry vývoje v raném věku	
2.2.2 Bariéry vývoje v pozdějším věku.....	18
2.2.3 Bariéry vývoje v období dospívání.....	19
2.2.3.1 Vzhled, tělesné schéma u dítěte s postižením.....	21
2.2.3.2 Specifika vývoje chlapce.....	22
2.3 Tělesné postižení získané.....	24
2.3.1 Role lékaře a role nemocného.....	25
2.3.2 Příčiny vzniku tělesného postižení.....	26

3	Aspekty života s tělesným postižením.....	29
	3.1 Sociální nástrahy tělesného postižení	
	3.2 Předsudky a neznalost.....	30
	3.3 Komunikační specifika.....	33
	3.3.1 Verbální komunikace.....	35
	3.3.2 Neverbální komunikace.....	37
4	Praktická část - případová studie.....	39
	4.1 První etapa: sociální evidence	
	4.1.1 Základní údaje	
	4.1.2 První kontakt	
	4.2 Druhá etapa: sociální a psychologická diagnostika.....	40
	4.2.1 Sociální a psychologická anamnéza	
	4.2.2 Osobní anamnéza.....	41
	4.3 Třetí etapa: navrhování řešení a plán pomoci.....	42
	4.3.1 Plán pomoci	
	4.3.2 Spolupráce s dalšími pomáhajícími pracovníky a fungování sociální sítě...43	
	4.4 Čtvrtá etapa: ověřování výsledků	
	4.5 Analýza případové studie.....	44
	Závěr.....	46
	Literatura.....	48

ÚVOD

Volba tématu bakalářské práce je průsečnicí žité osobní zkušenosti, odborných znalostí a pracovní i výzkumné zkušenosti s tělesným postižením.

Zdravotní postižení je součástí mého soukromého života od narození, neboť oba moji rodiče jsou, resp. v případě otce byli, tělesně postiženi. Oba ke svému hendikepu přišli v pozdějším věku v důsledku úrazu, resp. v případě otce v souvislosti s pobytem okupačních vojsk Sovětského svazu a dalších zemí na území tehdejší ČSSR v roce 1968. Kromě znatelných fyzických omezení vyplývajících z jejich zdravotního postižení pak byla jejich sociální síť zcela přirozeně tvořena lidmi s podobným osudem, popřípadě lidmi, kteří se s tělesným - nebo šířeji i zdravotním - hendikepem již narodili, ať už to byli lidé neslyšící, nevidomí, nebo i mentálně postižení.

Prostředí zdravotně postižených je proto pro mne, i přes jeho zjevnou početní omezenost, vlastně přirozenou entitou.

Při svém dřívějším studiu sociální práce a psychoterapie jsem se problémům a nástrahám tělesného postižení, resp. inkluze tělesně postižených, věnoval v mnoha svých pracích. I mé nynější zaměstnání ve Fakultní nemocnici Motol mne často přivádí k lidem, kteří jsou z důvodu vrozeného onemocnění (muskulární dystrofie) případně v důsledku úrazu tělesně hendikepováni a jejich život je tímto faktem zásadním způsobem determinován.

Tato práce se tedy bude opět věnovat „fenoménu“ tělesného postižení, tentokrát však z pohledu psychologie. Cílem je nastínit zřetelně psychologické dopady tělesného postižení na vývoj, rozvoj i sebepojetí člověka s tělesným hendikepem. V době, kdy se průměrný věk obyvatelstva trvale zvyšuje a počet osob starších 65, kteří jsou tělesným postižením dle statistik „ohroženi“, se nejvíce permanentně zvyšuje, může být tato práce i jistým návodem, nebo inspirací jak rozumět psychologickým specifikům těchto lidí.

Tato práce bude ovšem i souborem subjektivně zbarvených postojů, postřehů a znalostí člověka žijícího uvnitř dané komunity, i když svým vlastním zdravotním stavem do ní reálně nepatří.

1 ZÁKLADNÍ POJMY

Na začátku této práce považuji za důležité srozumitelně definovat několik základních pojmů, které ve své práci budu nadále užívat.

1.1 Obecné pojmy

Na základě odborné literatury charakterizují obecné pojmy, které budu v této práci trvale používat. Je třeba dle mého mínění jasně definovat a rozlišit obecné pojmy, jako je „zdravotně postižený“, dále pak užší pojem „tělesně postižený“. Samozřejmě definuji rovněž hojně používaný termín „hendikep“.

Použití vhodné a jasně definované terminologie je v případě osob se zdravotním postižením dosti důležité. Obecně užívané termíny pro označení osoby s postižením totiž v té či oné době historicky souvisejí s vnímáním společenského postavení těchto osob. Tak jak se mění společenské vnímání osob s postižením, mění se konsekventně i volená terminologie. Mnoho dříve běžně užívaných výrazů získalo v průběhu času pejorativní, urážlivý či hanlivý význam a nelze je tedy v současné době korektně užívat. Typickým příkladem je výraz „úchylná mládež“ - termín užívaný v první polovině 20. stol. pro osoby s postižením. Populární jsou rovněž - dnes již naprosto nepřijatelná - označení pro různou hloubku mentálního deficitu: idiocie, imbecilita, nebo debilita. Dnes užívaný termín *lidé s postižením* poukazuje nejen na respekt k právu na lidskou důstojnost a svébytnost, ale s užíváním pojmu, který postrádá onen výše jmenovaný prvek „labellingu“, je jasně deklarované právo každého jedince (byť s postižením) na plnohodnotnou existenci i sociální začlenění. Jakékoliv označení, které by mohlo zavdávat příčinu k chápání zvoleného výrazu jakožto synonymum pro pohrdání či nadávky, je proto zcela nepřijatelné (MICHALÍK, 2011).

V první řadě je třeba upozornit na obecně vžitou představu, že zdravotně postižení jsou menšinou, která je vymezena právě svým zdravotním postižením. Michalík upozorňuje, že menšina je zpravidla vymezena rasou, etnikem a národností. Nic takového pro osoby s postižením neplatí a zdravotně postižení tak mnohými laiky i odborníky za minoritu pokládání nejsou.

Nicméně i tak platí, že z mnoha historických, sociologických, antropologických, ekonomických (a zejména těch, kterým se v práci budu více věnovat - tedy psychosociálních) důvodů 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).

1.2 Pojem: zdravotně postižený

Slowík definuje pojem *zdravotně postižený* s odvoláním na mezinárodní terminologii jako dlouhodobé nebo trvalé omezení možností jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života. Takto obecně formulovaná definice může být přirozeně vztažena nejen na jedince tělesně postižené, ale lze v konotacích takto formulovaného vymezení chápat i osoby s jiným druhem postižení či osoby dlouhodobě nemocné. Nelze přirozeně nevnímat, že i krátkodobá nemoc či úraz bez trvalých následků může zasáhnout do života jedince velmi významně, nicméně vrátí-li se zdravotní stav pacienta po dokončení léčby do stavu před nemocí či úrazem, kritéria pro charakteristiku takového jedince jako *zdravotně postiženého* v takovém případě naplněna nebudou (SLOWÍK, 2008).

Matoušek upozorňuje ve svém vymezení pojmu *zdravotně postiženého*, že podstatnou složku výše zmíněného hendikepu tvoří i její sociální aspekty. S ohledem na tuto skutečnost pak definuje *zdravotní postižení* jako stav, ve kterém postižení jedince „... nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a jejich schopnost pracovat...“ (MATOUŠEK, 2003, s. 271).

ČSÚ pro své šetření z roku 2007 definovala *osobu se zdravotním postižením* jako „osobu, jejíž 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).

Odborná literatura dále diferencuje *zdravotní postižení* podle lokace, centra postižení. Odlišit je tak možné několika hlavních základních kategorií postižení - sluchu, zraku, poruchy řeči a komunikace, postižení mentální, postižení pohybového ústrojí a postižení duševní poruchou.

Česká legislativa dále rozlišuje několik nepropojených a mnohdy ne zcela jednoznačně vymezených pojmů zdravotního postižení. Jeden zákon definuje zdravotní postižení jako invaliditu rozlišovanou v několika stupních, další vymezuje zdravotní postižení změnou pracovních schopností a zároveň nalezneme termín zdravotně těžce tělesně postiženého. Vymezení těchto pojmů je pak dáno relativně složitou a silně subjektivně zbarvenou diagnostikou tzv. revizních lékařů, nebo eventuálně schází úplně. Vhodné je i připomenout, že Vládní výbor pro zdravotně postižené zahrnuje mezi zdravotně postižené i osoby trpící diabetem, epilepsií atd. (cit. dle MATOUŠKA, 2003).

1.3 Pojmy: tělesně postižený a tělesně oslabený

Jelikož se tato práce bude věnovat téměř výlučně osobám s tělesným postižením a psychologické aspekty postižení zrakového, sluchového, mentálního či jiného se bude sledovat pouze marginálně, je bezpochyby signifikantní definovat především ***postižení tělesné***.

Postižení tělesné můžeme vymezit 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). Nicméně kromě fyzického omezení, eventuálně na samotný - ne nevýznamný - aspekt vzhledu člověka, má samozřejmě také vliv „...*na jeho psychickou rovnováhu, na vztahy k lidem i na pracovní uplatnění*“ (Tamtéž).

Současně platí, že při „...*méně závažné formě tělesného postižení snižující odolnost a výkonnost...*“ jedince, mluvíme o tzv. ***zdravotním oslabení***, které nemá na postiženého / oslabeného jedince tak závažné dopady jaké lze pozorovat u člověka při plném tělesném postižení (MATOUŠEK, 2003, s. 155).

Pro přehledné rozlišení *tělesného postižení* a *zdravotní oslabení* lze rozlišit dle Slowíka zhruba tři kategorií: viz Tab. č. 1.

Tab. č. 1 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, nevyvinuté končetin, nebo její části, DMO)
	získaná (např. deformity páteře, úrazy - zlomeniny, amputace, následky onemocnění - revmatismus, myopatie 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 atd.)
	dětská mozková obrna (DMO - spastické i nespastické 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 uvedené tabulky jasně vyplývá, že osoby s postižením ani zdaleka nejsou pouze „lidé na vozíčku“. Skupinu osob s postižením tvoří nejen osoby s postižením zraku (cca 77 000 osob), sluchu (115 000 osob), mentálním či duševním postižením (cca 400 000 osob), ale také osoby s epilepsií (cca 140 000 osob), psoriatici (cca 200 000 osob) nebo diabetici (cca 600 000 osob). Osob s vadou pohybového ústrojí je zhruba 300 000, z celkového počtu osob s postižením tvoří necelých 25 % (MICHALÍK, 2011). Pro žádoucí zúžení tématu této bakalářské práce se budu nadále zabývat pouze touto minoritní částí zvolené „komunity“.

1.4 Pojem: hendikep

Mezinárodní odborná literatura často v souvislosti se zdravotně postiženými užívá slovo *handicap*. V současnosti je v české odborné literatuře možné nalézt toto slovo v obecně akceptované fonetické verzi jako *hendikep*.

Do češtiny by bylo možné tento výraz přeložit jako „znevýhodnění“ a užívá se tedy jakožto obecnější nebo někdy nadřazený pojem konkrétního postižení. Lze jej tedy rovněž chápat jako ekvivalent sousloví zdravotně postižený, i když jeho význam je ještě širší a nevztahuje se pouze ke „znevýhodnění“ jedince v jeho zdravotních aspektech, ale může být vázán na sociální, psychologické nebo např. etnické aspekty života jedince. *Hendikepovaný* je tedy jedinec, jehož omezení 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). *Hendikepovaný* člověk tedy ne vždy musí být tělesně postižený, naopak za handicapovaného je možné považovat jedince s mnoha jinými znevýhodňujícími aspekty jeho života.

Etiologii slova *handicap (hendikep)* nalezneme v angličtině. Výraz je složeninou dvou anglických slov - „hand“ tedy ruka, a „cap“ - čepice, nebo také pytlík. Smysl spojení těchto dvou slov nalezneme ve středověkém anglosaském pojetí soudnictví, kdy v případech, kdy nebylo jednoznačně možné rozhodnout o vině či nevině obžalovaného, rozhodoval bílý a černý kamének losovaný z pytlíku. Ten, kdo si vytáhl kamének černý, byl „*handicapován*“ tedy znevýhodněn (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2006).

1.5 Pojmy: postižený, invalidní

V celé práci a koneckonců už i v úvodním vymezení pojmů se opakovaně objevuje slovo *postižený*. Považuji za důležité upozornit na hlubší význam tohoto výrazu. *Postižení (disability)* neznamená pouze výše zmíněné znevýhodnění – tedy hendikep. Obsah tohoto pojmu nezahrnuje „pouze“ jisté znevýhodnění ať fyzické, psychické, nebo sociální. Postihuje hlubší omezení nebo dokonce ztrátu schopností. Těmito schopnostmi je myšlena způsobilost vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který se pro člověka daného pohlaví a věku považuje za normální.

Současně platí, že míra tohoto *postižení* a rozsah z postižení vyplývajícího hendikepu je subjektivní a může tedy být u stejných lidí v různém sociálním prostředí různá. Různá sociální realita bude tedy i při stejném nebo obdobném postižení vyvolávat různou míru znevýhodnění (SLOWÍK, 2008).

V České odborné literatuře je možné se relativně často setkat i s výrazem *invalidní*. Je to výraz, který lze zařadit do výše zmíněných nežádoucích zastaralých výrazů s pejorativním nebo dokonce negativně vnímaným reálným obsahem, neboť svým původem poukazuje jednoznačně na absenci čehosi podstatného u takto označeného jedince. Slovo *invalidní* pochází z anglického výrazu in-valid, označující cokoliv co není zcela platné, nebo v určitém smyslu hodnotné. Samozřejmě i angličtina rozumí tomuto výrazu jako označení zdravotně postižené osoby. Stejný výraz je však možné použít rovněž ve smyslu neschopný, nebo nekompetentní, což může být naprosto v rozporu s vnímáním sebe u osoby s postižením. Podle psychologického slovníku je za *invalidního* považován jedinec, jehož zdravotní stav v důsledku nemoci nebo úrazu vedl k trvalé změně zdravotní způsobilosti. Tato změna je poměřována fyziologickými hledisky tj. ztrátou, nebo zhoršením činnosti určitého orgánu - zpravidla ve srovnání se zdravým jedincem (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 241). I z této definice je zřejmé, že omezení užívání slova *invalidní* má své dobré důvody a já se v této práci pokusím jeho výskyt minimalizovat.

1.6 Pojem: předsudky

Tato práce je věnována psychologickým aspektům tělesného postižení a tristní, byť trvalou veličinou v životě tělesně postižených, v jejich vývoji, vzdělání, partnerských vztazích, rodičovství i kariéře hrají předpojaté, názorově strnulé postoje neboli *předsudky*. Proto považuji 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 právě existence nežádoucích předsudků, mýtů, ale i prostý nedostatek relevantních informací, který nezdá se u kořene vzniku předsudku, narušuje kvalitu vztahu majoritní společnosti a lidmi s postižením. **Předsudek**, tedy jakýsi stereotyp, předpojatost či názorová strnulost, je definován jako jakási představa o člověku, nebo skupině osob, která je založena na informacích takřka „z doslechu“, než na reálné (pro)žitě skutečnosti, znalosti a faktech. **Předsudek** je také dosti rezistentní vůči změnám, je proto nesnadné základy těchto nežádoucích fenoménů otřást. Bezpochyby lze se setkat i s předsudky pozitivními, ty však nenarušují život a event. vývoj člověka s postižením v takové míře jako předsudky negativní (KRHUTOVÁ, 2011).

2 SOMATICKÁ A PSYCHOLOGICKÁ SPECIFIKA TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

2.1 Vývoj a rozvoj osoby s tělesným postižením

Odborná literatura se v některých publikacích přiklání k názoru, že vrozené tělesné postižení resp. i postižení získané ve velmi raném věku může samotný vývoj dítěte ovlivňovat v naprosto zásadní míře, neboť dítě postižené od raného dětství, mnohdy v důsledku získaného hendikepu, nemůže získat některé běžné zkušenosti a kompetence pro zdravé dítě přístupné zcela přirozeně (VÍTKOVÁ, 1992).

Jiné zdroje tento názor považují minimálně za zjednodušující a zbytečný, neboť se jedná o komparaci objektivně neporovnatelných situací, neboť sociální postavení a psychika se u dětí s vrozeným tělesným postižením vyvíjí odlišně od osob, které získají tělesné postižení v průběhu života (NOVOSAD, 2011).

Vývojem rozumíme vývojové proměny člověka nejen v oblasti somatické, ale zejména co se týče lidské psychiky a rozvoje celé osobnosti dítěte (VÁGNEROVÁ, 2005). Tělesný a psychický vývoj jedince s tělesným postižením v sobě skrývá mnohé nástrahy. Tyto obtíže mohou být pro rodiče postižených dětí často dosti neočekávatelné a nelze jim tedy beze zbytku předejít. Problémy, které samotné postižení přináší, se obvykle netýkají pouze samotné postižené části těla, kde lze obtíže přirozeně očekávat, ale zasahují nezdědka celé spektrum eko-bio-psycho-sociální reality dítěte.

Vygotsky se domnívá, že vývoj postiženého dítěte je kvalitativně jiný - unikátní. Jde o typ vývoje, kdy dítě s postižením dosahuje téhož vývojového stupně jako dítě bez postižení, ale odlišným způsobem. Jedinečnost tohoto vývoje je podmíněna znalostí reálných možností dítěte. Veškeré negativní dopady postižení musí být kompenzovány ve správné míře a vhodným způsobem. Takto specificky nastavené podmínky pak umožní dítěti rozvoj „spojitého já“ bez ohledu na to, jakým defektem či poruchou dítě trpí. Přestože se Vygotsky věnoval převážně dětem nevidomým a neslyšícím, jeho postřehy jsou, domnívám se, stejně dobře aplikovatelné i pro děti s tělesným postižením (cit. dle SACKSE, 2009).

2.1.1 Bio-psycho-sociální realita

Klíčovými se zdají být samotné příčiny a dále pak následky postižení na somatickou výbavu dítěte a s tím úzce související psycho-somatický vývoj dítěte. Podstatným je rovněž čas, kdy k postižení dojde, neboť vrozené postižení bývá zpravidla jinak včleněno do bio-psycho-sociální reality takto narozeného jedince než postižení, které vzniká v pozdějším věku, nebo v důsledku úrazu či nemoci.

Také pohlaví zde hraje roli, kdy v rámci genderových stereotypů chování bývá očekávání mužských a ženských rolí či kompetencí rozdílné a není prakticky možné, aby se tato očekávání neodrazila na průběhu rozvoje dívky či chlapce s postižením (VÍTKOVÁ, 1992).

2.1.2 Externí ohrožení integrity rodinného prostředí a vývoje jedince

Nedílnou součástí bio-psycho-sociálního rozvoje pak přirozeně je i rodinné zázemí dítěte. Jak jsem již naznačil na příkladu Dr. Neumannové, zásadní roli ve vyrovnávání s důsledky tělesného postižení, nebo z něj vyplývajícího hendikepu hraje primární rodina.

2.1.2.1 Citová vazba

Bowlby jasně poukázal ve své práci na důležitost kvality raných sociálních vztahů. Tato kvalita je pro kontinuální psychický vývoj a dokonce i pro přežití dítěte nezbytná. Citová vazba mezi matkou (pečující osobou) a dítětem má vrozený základ a mnohé vrozené instinkty tento vztah jednoznačně podporují. Dítě i matka přirozeně disponují instinktivním chováním, které jejich vzájemný vztah upevňuje a umožňuje tak dítěti nejen přežití, ale i další rozvoj. Dítě se například již ve velmi rané vývojové fázi začne usmívat, aby připoutalo pozornost. Jde jednoznačně o instinktivní chování, neboť se usmívají i nevidomé děti, u nichž takové chování nemůže být nápodobou. Dítě se tedy od počátku svého vývoje chová tak, aby upoutalo pozornost své matky. Část chování je vrozená, instinktivní, část je naučená.

Potřeba citové vazby je tak důležitá, že jeho kvalita v nejranějších vývojových fázích dále ovlivňuje život dítěte nejen v období dětství, ale prakticky po celý život (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2005).

Ainsworthová se stejně jako Bowlby věnovala rozvoji vztahu mezi dítětem a matkou a na základě rozdílu dětského chování charakterizovala tři možné typy citové vazby:

- **Pevnou a spolehlivou vazbu** - kdy se dítě po odloučení rádo vrací do těsné blízkosti matky a přirozeně se ujišťuje o dostupnosti matky.
- **Nejistou a vyhýbavou vazbu** - kdy se dítě po krátkém odloučení matce spíše vyhýbalo a její přítomnost nevyhledávalo, ačkoliv bylo silně znejistěno její nepřítomností.
- **Nejistou a ambivalentní vazbu** (též úzkostně-vzdorná vazba) - kdy se dítě po krátkém odloučení od matky k matce sice vrací, ale dává jí jasně najevo svou nelibost (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2005).

Matky, které si vybudovaly se svými dětmi pevnou a spolehlivou vazbu, poskytly svým potomkům jednoznačnou a pozitivní informaci o bezpečí a zázemí, které v čase trvá a umožnily tak rozvoj kognitivní a emocionální složky sociální zkušenosti dítěte. Odmítavé matky jsou ve svých reakcích sice rovněž jednoznačné, ale dítě citově neuspokojují a dítě takové matky musí obtížně hledat takové strategie chování, které matku nepopudí. Ambivalentně se chovající matky svým nepředvídatelným či skrytě negativním chováním k dítěti rovněž vzbuzují potřebu hledání alternativních strategií chování k vlastnímu rozvoji. Emoční a kognitivní porozumění vztahu s matkou je tak narušeno a v podobě generalizace pak takto narušené vztahy mohou přetrvávat nejen po celé dětství, ale nezřídka až do dospělosti (VÁGNEROVÁ, 2005).

Separace dítěte v citlivém (kritickém) věku tvorby bezpečné vazby je u dětí s vážným tělesným postižením, vzhledem k časté nezbytnosti zásadních nezřídka dlouhotrvajících lékařských zákroků, nebo díky časté ústavní péči, pravděpodobněji než u dětí zdravých.

Přestože Charta práv hospitalizovaných dětí, přijatá ČR v roce 1993, hned v prvním článku deklaruje, že děti mají být „ ... do nemocnice přijímány jen tehdy,

pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo denní hospitalizaci“ a v dalším textu „ ... musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné ... „odloučení postiženého dítěte od pečující osoby v důsledku operačních zákroků a následné hospitalizace, rehabilitace a často i ústavní péče se - častěji než je žádoucí - nelze vyhnout (VYMĚTAL, 2003, s. 378).

Mnohdy u dětí s postižením tak dochází k přerušení specifického vztahu mezi dítětem a jeho stabilním sociálním prostředím, zejména pak odloučením od matky či dalších osob. Taková nežádoucí - byť medicínsky prospěšná - separace, může v konečném důsledku vést k vývojovému regresu, tedy k návratu dítěte do dřívějších (bezpečných) vývojových fází, nebo i k zastavení vývoje. Rodiče nebo pečující osoby tak po propuštění z hospitalizace ke svému údivu zjišťují, že dítě reaguje odlišně a nezřídka „zapomnělo“ i ty dovednosti, které již před hospitalizací bez obtíží zvládalo (VÍTKOVÁ, 1992).

2.1.2.2 Problémy rodičů

Je však dobré připomenout, že ani rodiče, kterým se narodí dítě s tělesným postižením, nestojí před jednoduchou životní situací. Zvláště jedná-li se o dítě první a dítě, které se narodí starší prvorodičce, může tato neočekávatelná situace zásadním způsobem ovlivnit prožívání rodičů. Narození dítěte s trvalým tělesným hendikepem může u obou rodičů vyvolávat mnoho protichůdných, nebo dokonce panických reakcí. Objevují se prvky zklamání, pocity selhání a (životní) prohry, ale také pocity viny (ať už za zdravotní stav dítěte, nebo domnělé či skutečné události, které předcházely narození). Rovněž stud, zahanbení za fyzický zjev dítěte, jeho očekávanou předpokládanou nekompetenci, ale i strach z vlastního možného selhání při péči, jejíž nároky, ať domnělé nebo skutečné, mohou rodiče paralyzovat.

Slowík tuto situaci přirovnává ke krizi, která se vyrovná zátěži srovnatelné s úmrtím člena rodiny. Dle tohoto autora totiž skutečně „umírá“ původní plánovaná a očekávaná představa radostného rodičovství a bezproblémového dětství potomka a rodina je vystavena nečekané situaci, kdy je donucena změnit své představy, plány a rozhodnutí a prochází celou řadou fází jako při obdobných zátěžových situacích.

Jsou to:

- *fáze šoku a popření*, kdy rodina nezdědka odmítá uvěřit diagnóze a její nezvratitelnosti, doufá v omyl lékařů, v nereálnost celé situace, včetně čekání na „zázrak“,

- po ní obvykle a postupně následuje nejdelší *fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem*, kdy se často hledají viníci, kteří způsobili stav dítěte. Současně je však toto období časem hledání možností dalšího života, volby životního stylu, který se zpravidla musí zdravotnímu stavu dítěte nuceně přizpůsobit.

Je to tedy rovněž doba mimořádně zatěžkávací zkoušky partnerského vztahu obou rodičů a zvolený způsob vyrovnání se s „krutou realitou“ má pak zásadní vliv na další existenci nejen dítěte, ale celé rodiny, kdy existuje zvýšené riziko rozpadu celé rodiny,

- konečnou fází by měla být *fáze smíření*, jež vede k uvědomění si reality se všemi přidruženými důsledky, která směřuje k plnohodnotnému smíření se s dopady zdravotního hendikepu dítěte a přijetí dítěte takového, jaké je, s plnou akceptací jeho reálných možností a osobnosti, stejně jako vyrovnání se se sociálními důsledky, jež přítomnost postiženého dítěte do rodiny přináší (SLOWÍK, 2008).

2.1.2.3 Úloha lékaře

Důležitou úlohu v náhledu rodičů na možnosti a perspektivu dítěte s postižením hraje přirozeně lékař. Na jeho přístupu (a schopnosti sdělit rodičům srozumitelně nepříznivé informace ohledně možností jejich zdravotně postiženého dítěte) závisí, zda rodiče budou v průběhu času schopni vyrovnat se s omezeními, která vyplynou z postižení jejich dítěte. Lékař by měl umět srozumitelně rodičům objasnit a event. ukázat nezasažené stránky vývoje a schopností dítěte, aniž by ignoroval či přehlížel stránky zasažené a problematické. Neměl by rodičům brát naději na plnohodnotný život jejich dítěte i celé rodiny, ale současně neposilovat plané naděje. Plnohodnotné nepřijetí daného stavu věcí může stát například v základech problémů, které rodiče, byť nechtěně, svým postiženým potomkům vkládají do života. Mnozí rodiče se například snaží integrovat své postižené dítě takřka „za každou cenu“.

Neumannová o své matce píše: „*Objektivní posouzení mé inteligence mělo obrovský význam pro mou maminku. Motivovalo ji k ještě soustředěnější snaze vychovat ze mne samostatnou, vzdělanou myslící bytost*“ (NEUMANNOVÁ, 1991, s. 54). V případě Dr. Neumannové měla snaha její matky pozitivní konečný efekt, důležité je však všimnout si, že „... *posouzení inteligence* ...“ mělo v daný okamžik význam především pro matku paní Neumannové, nikoliv pro ni samotnou. Z dalšího kontextu knihy vzpomínek Dr. Neumannové je pak zjevné, že se vzdělání stalo jakousi saturací ztracených kompetencí a jedním z pilířů smyslu života této ženy. V souvislosti s výše napsaným se pochopitelně nabízí otázka, zda by podobná snaha u méně nadané postižené dívky, která by se následně nevyvinula v úspěch v podobě absolutoria VŠ, problémy, které přináší tělesné postižení, ještě neprohloubila.

Samozřejmě opět zde platí, že podobně koncipované a někdy i násilím uplatňované ambice rodičů se zdaleka netýkají pouze dětí s postižením, zde však mohou mít odlišný směr a horší dopad na život jedince (NEUMANNOVÁ, 1991).

Širší sociální zázemí, v němž postižený jedinec žije, očekávání a respekt společnosti, tedy stav inkluze tělesně (zdravotně) postižených dané společnosti má v životě jedince zásadní význam. Podstatnou součástí je rovněž zkušenost rodiny popř. širší komunity či společnosti s jedincem s postižením. Zkušenost a eliminace obav v souvislosti s budoucností postiženého dítěte přímo ovlivňuje přístup rodičů k dítěti a pomáhá mu vyrovnat se se svými omezeními a současně budovat pozitivní obraz sebe sama (VÍTKOVÁ, 1992).

2.1.3 Postavení ve společnosti

Také „společenská zralost“ a nastavení společnosti hrají v psychickém vývoji či dalším rozvoji osoby s postižením důležitou roli. Dle Novosada je dnešní společnost silně pro-výkonnostní, tedy orientovaná na výkon, image, a úspěch. Pokud někdo nemůže vyhovět těmto „požadavkům doby“ a není schopen plnit pracovní požadavky, nevyhovuje svým fyzickým vzhledem, oblečením, komunikačním i životním stylem, nebo není schopen dosáhnout profesního, materiálního či sociálního úspěchu, je vnímán jako neatraktivní, neperspektivní a jeho další rozvoj a uplatnění ve společnosti se

výrazně komplikuje. Společnost tak zbytečně přichází o jedinečné dovednosti, schopnosti či nadání a jedinec s postižením ztrácí inkluzivní motivaci i vliv na kvalitu svého života (NOVOSAD, 2011).

Stejného fenoménu si všímá i Hogenová, která ve své knize rovněž definuje dnešní dobu jako ryze výkonnostní. Celá existence člověka je dnes posuzována výhradně prostřednictvím výkonu. Jako by člověk skutečně existoval výhradně dějem, pouze pokud se něco - v podstatě cokoliv - děje. Nejde o „bytí“, či kvalitu bytí, jde pouze o dění, které je často bezúčelné. Jistota činnosti nahradila opravdovost (bytí). Tato opravdovost, nebo řekněme *smyslu-plnost* je pak hledána tam, kde ji najít fakticky nelze. Jde v podstatě o saturaci kvality bytí, kterou se stává právě výše zmiňovaný úspěch, majetek, mládí a krása, nebo třeba sportovní či pracovní (super) výkon.

A je to právě tento odvedený „výkon“, který samo tělesné postižení omezuje a nezřídka dokonce znemožňuje (HOGENOVÁ, 2006).

Také Sedláček vnímá až fatální glorifikaci odvedeného výkonu. Poukazuje ve své knize na - v dané souvislosti často - užívaný termín *utilita (utilitární)* který je užíván ve smyslu *užitek*, nebo *užitečný*. Nutno podotknout že „užitečné“ je v tomto případě vnímáno jako synonymum slova „výkonné“. Existuje - li tedy ve společnosti představa, že - co není utilitární, tedy užitečné, to je nežádoucí, výše citovanou úvahu Novosada o možném plýtvání lidskými zdroji a jedinečností tedy Sedláček jen potvrzuje. Sedláček však nabízí alternativní cestu, kdy navrhuje výklad překladu slova *utilita* jako synonymum výrazů *satisfaction* nebo *pleasure*, tedy uspokojení, štěstí či radost, nikoliv pouze užitek = odvedený výkon. Kvalita života osoby s postižením by pak nebyla soustředěna na očekávaný a předem v podstatě deklarovaný výkon, ale obracel by se k Hogenovou požadované kvalitě života (SEDLÁČEK, 2009).

2.2 Tělesné postižení vrozené

Vrozené tělesné postižení, resp. jeho následky, můžeme tedy - v závislosti na rozsahu a typu postižení - pozorovat v několika rovinách. Jednak v rovině biologické, somatické, kdy některé klíčové schopnosti či dovednosti, které dítě pro svůj zdravý rozvoj potřebuje, jsou postižením buď vážně narušené, nebo chybějí zcela.

Pro příklad můžeme užít některých vývojových stádií dle různých vývojových teorií. Již v kojeneckém věku, tedy v období prvního roku života, může být vývoj dítěte v důsledku postižení významně narušen.

2.2.1 Bariéry vývoje v raném věku

Dítě krátce po svém narození rozlišuje zejména příjemné a nepříjemné podněty. Je známo, že již v takto časném období dítě reaguje na hlas své matky, který zná z prenatálního období, stejně jako pozitivně reaguje např. na hudbu, kterou slychalo v průběhu těhotenství. Významným zdrojem podnětů pro kojence rovněž představuje kožní kontakt. Také novorozenecké grimasy, pláč, křik, pohyby končetin, nebo později smích slouží k upoutání pozornosti a aktivaci žádoucí reakce pečující osoby.

V důsledku hluchoty či postižení svalstva každá z výše jmenovaných kompetencí může být dítěti odepřena a je přirozené, že tento hendikep dítěti v jeho rozvoji nijak neprospěje (VÁGNEROVÁ, 2005).

Klíčovým úkolem pozdějšího batolecího věku dle Sigmunda Freuda, tedy podle jeho představy análního stádia, je zkušenost dítěte s eliminací a retencí, tedy disciplínou, schopností ovládnutí, odložení uspokojení, ale také sebeřízení, snahou vzdalovat se, rozvojem lokomoce. Dítě se v tomto období stává samostatnějším, aktivnějším subjektem, než jak tomu bylo v předešlém období. Výsledkem této vývojové fáze vývoje má být osamostatňování a uvolňování z vazeb a expanze do širšího světa. Jinými slovy je to období první emancipace. Jak se však bude rozvíjet autonomie dítěte, které dané kompetence získat prostě reálně nemůže? Dítě, které v důsledku paraplegie dolní poloviny těla, nebo dokonce quadruplegie reálně neovládá ani své svěrače ani žádnou jinou část svého těla a je zcela odkázáno na péči druhých, bude i ve své expanzi do širšího světa nadále odkázáno na péči primární osoby. Jeho vývoj bude s vysokou mírou pravděpodobnosti zásadním způsobem omezený, nebo v této vývojové etapě minimálně zpomalený. Plegie končetin neumožní dítěti zkoumat okolní svět ve fázích kruhových reakcí tak, jak je to umožněno dětem zdravým. Jeho chápání světa se bude tedy vyvíjet kvalitativně odlišným způsobem. Vývojový úkol daného období bude tak pro postižené dítě zásadně zkomplikovaný (VÁGNEROVÁ, 2005).

Rovněž ochrnuté mimické svaly a s nimi spojené opoždění řečového projevu má své neblahé důsledky na rozvoj dítěte. Neschopnost mluvit může způsobovat nežádoucí reakce okolí. Dítě, které nemluví, může být vnímáno jako dítě, které ani nerozumí, je tedy vývojově mladší, nebo je „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 (VÁGNEROVÁ, 2005). Velmi květnatě popisuje reálnou podobu těchto předsudků ve své knize PhDr. Neumannová, sama postižená 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 vozičku, 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).

PhDr. Neumannové bylo v době vydání knihy 44 let a byla tedy dávno 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. Rovněž spastické stahy obličeje i celého těla, zejména končetin a v praxi jen obtížně ovlivnitelná nadměrná salivace doktorce Neumannové výrazně zasahovaly do obecné přijatelnosti a očekávatelnosti jejího neverbálního projevu. Haló efekt 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 jejích vzpomínek je patrné, že svůj hendikep vnímala často jako extrémně zatěžující.

2.2.2 Bariéry vývoje v pozdějším věku

Ani pozdější vývojová období nepředstavují pro postižené dítě bezproblémový proces. Pro předškolní dítě je například dle Vágnerové 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).

Jak obtížné musí být pro dítě upoutané v důsledku postižení na invalidní vozík hledání výše citované shody, si lze snadno představit. Samozřejmě že, vyrůstá-li dítě v institucích, kde může nalézt kamarády s podobnou skladbou hendikepu, kterou je zatíženo ono samo, pak jeho vývoj v tomto směru může více odpovídat vývoji jeho vrstevníků. Problém však je často v tom, že inkluze, tedy 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 dítě dosáhlo takového stupně vývojové úrovně a adaptability, že je schopné se zařadit do „normálního“ školního výchovného procesu. Subjektivně pak mohou takto získané potvrzení vnímat i jako méně závažný či nižší stupeň závažnosti postižení jejich dítěte. Je-li taková víra založena na reálných očekáváních a znalostech skutečných možností dítěte, může dítěti v jeho následné integraci do majoritní společnosti pomoci.

Je-li však volba instituce odvislá od snahy - alespoň symbolicky - minimalizovat negativní význam postižení 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“, jež je svým věkem, kompetencemi, zájmy, potřebami, pohlavím, ale také způsobem her, chování i vnějším vzhledem dítěti podobný, pak je volba běžné školky pro objektivně vážněji postižené dítě přinejmenším diskutabilní (VÁGNEROVÁ, 2004).

Rovněž další volba později při zařazení dítěte do školy je důležitou součástí vývoje dítěte a představuje významný mezník v jeho životě. Je proto nezbytné chápat, 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. Nebezpečí spočívá rovněž v situaci, kdy 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 že stejně nežádoucího postavení v dětském kolektivu se může dostat i dítěti somaticky zcela zdravému, nicméně platí, že u dítěte s hendikepem je takové ohrožení více přítomné. Je proto mimořádně důležité dobře zvážit, jaké školské zařízení je pro konkrétní dítě vhodné či nevhodné. Ambice rodičů či jejich neopodstatněné naděje, nebo i případné předsudky vůči speciálním školám, musí být v těchto případech důsledně eliminovány.

Je-li dítě schopné navštěvovat běžnou školu, může taková zkušenost pro ně znamenat zásadní bod v pochopení vlastních schopností, ale také limitů. Role vrstevníka, spolužáka, kamaráda je důležitou kapitolou vývoje dítěte, přináší dítěti nové role a zkušenosti. Dítě se učí rozlišovat a akceptovat své přirozené role ve společnosti. Tělesné postižení mu však může rovněž přinést zkušenost s 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 „dětských komplexů“ (VÁGNEROVÁ, 2004).

2.2.3 Bariéry vývoje v období dospívání

Období puberty a adolescence je pro každé dítě i rodiče obdobím intenzivního tělesného a psychosociálního rozvoje a s ním související velkou psychickou zranitelností. Je to období komplexní proměny osobnosti. Mnohé změny jsou podmíněny biologicky, například ve věku mezi 11 a 13 rokem se u dívek objevuje první menarché, u chlapců první poluce, zásadním způsobem se proměňuje tělo dítěte, objevuje se ochlupení, chlapcům rostou svaly, později i vousy, mění se jim hlas, dívkám prsa, zakulacují se boky. Všechny tyto změny pochopitelně výrazně ovlivňují vzhled dítěte, mění jeho tělesné schéma, nelze je však 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 povede k získání přijatelného sociálního postavení a vytvoření subjektivně přijatelné identity (VÁGNEROVÁ, 2005).

V předchozí vývojové fázi bylo dle Eriksona úkolem vývoje *snažení (proti inferioritě)*. Období dospívání je charakterizováno novým úkolem - hledáním vlastní identity (*proti konfuzi rolí*). Dítě bylo již v průběhu předchozího období v důsledku nepřetržitého srovnávání se svými vrstevníky ohroženo pocitem méněcennosti. Emoční labilita ještě zesiluje jeho vnitřní rozpory, pochybnosti a nejistoty provázející dospívání.

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.

To vše je zcela normální vývojově podmíněný jev, který má 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. Velmi výrazný je rovněž 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 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 potvrzení. Sebehodnocení je v tomto období nevyrovnané a labilní, kolísá od naprostého sebe podcenění až po pocity nedotknutelnosti. Je to tedy prostor pro vznik deprese více než široký (VYMĚTAL, 2003).

2.2.3.1 Vzhled, tělesné schéma u dítěte s postižením

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že pro chlapce či dívku s vážným tělesným postižením může být období dospívání ještě náročnější a komplikovanější než pro jejich zdravé vrstevníky. Tělesné schéma, které se v období dospívání zásadním způsobem mění, mohou oni sami v důsledku vlastního postižení již od začátku problematizovat. *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.

Pohybový hendikep může dítě v předškolním věku natolik inhibovat, že při kresbě zcela odmítá své tělo graficky znázornit. Neobvyklé je rovněž potřeba znázornit při kresbě ty části těla, které dítě používat bez obtíží může (například prsty rukou, které jsou u kresby paraplegika zmnoženy, neboť mu, na rozdíl od plegických nohou, slouží bez obtíží). Častá je v kresbách dítěte s postižením i absence postižené části těla, dítě, které má například postiženy ruce, je nenakreslí vůbec, i když je fyzicky

má. V pozdějším věku, včetně dospívání, je dětská kresba už 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 obličejí 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 jsou vnímány jako zhodnocující, u dívek to budou prvky zdůrazňující ženskost, u chlapců prvky síly odvahy a mužnosti, včetně sexuálních atributů (DAVIDO, 2008).

Dítě s postižením může tedy být výrazně odlišné. Jeho tělesné schéma je postižením ovlivněné a v období puberty a adolescence se toto vnímání sebe sama ještě dále problematizuje. 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 styk může být v důsledku fyzické deformity výrazně omezen, či dokonce znemožněn.

Jedinec tak opět může ztrácet 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).

2.2.3.2 Specifika vývoje chlapce

Pokud je postiženým dítětem chlapec, problémy mohou být ještě výraznější. Pro dívku může být, v důsledku větší společenské přijatelnosti, jednodušší smířit se, přijmout roli objektu láskyplné péče partnera. Pro chlapce je tato role sociálně méně přijatelná a může představovat zásadnější problém. Samozřejmě zásadní roli ve vytvoření sebepojetí hraje nejprve 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). Výchova v České republice je však obecně v zásadní míře svěřena do rukou žen. Navíc rodina, kde se narodí dítě s postižením, se častěji než jiné rodiny, rozpadá a chlapci tak již od předškolního věku zůstávají 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, může se tento deficit promítnout do následného rozvoje dítěte. Deficit otce je pro syna obecně složitý a pro chlapce zbaveného svým postižením "přirozené" fyzické převahy ještě složitější. Chvála s Trapkovou uvádí ve své knize příklady, kdy chlapci, neznalí rodinného přirozeného soupeření mezi muži, zůstanou s matkou ve vzájemném porozumění bez žádoucí separace z ženského světa. Takto „postižení“ chlapci (a uvozovky bychom mohli v tomto případě zdvojit) si mnohdy se svou matkou jakoby „zbudou“. Oba pak prožijí celý život až do smrti jednoho z nich z tohoto jakéhosi pseudomanželství neodloučení. Mluvíme-li pak o chlapci s postižením, jehož denní režim musí být závislý na péči druhé osoby, je riziko vzniku takového patologického vztahu opět zvýšené (TRAPKOVÁ a CHVÁLA, 2009).

I sociální síť, kterou si každé dítě tvoří mimo svou primární rodinu, může být v období dospívání nepříjemně narušena. U chlapce s postižením může, v rámci proměny tělesného schématu, hrát roli stud či pocity viny za jeho fyzickou slabost, nebo i deformitu, které snižují jeho sebeúctu a přirozeně jeho atraktivitu pro okolí. Estetika, prvky mužnosti, výkonosti a síly hrají v období dospívání chlapců důležitou roli.

Sacks píše, že právě naše tělo je nositelem, určovatelem našeho ega, neboť ego je především a hlavně tělesné ego. Střet mezi problematicky tvořeným „já“ a výrazně oslabeným, deformovaným či v různém ohledu nefunkčním, žádoucího výkonu neschopným tělem dospívající handicapovaného chlapce je pak zřejmá (SACKS, 2009).

Chlapec nemusí být schopen splnit běžné požadavky kladené na jeho vrstevníky a - i když se stane objektem péče a jistě žádoucích ohledů - nenalezne ve skupině vrstevníků rovnocenné postavení. Jeho sebeúctě a sebepojetí takové postavení jistě neprospěje. I chlapec s postižením bude v průběhu postupujícího věku a fyzického dospívání toužit po sexuální zkušenosti a partnerském svazku. Jeho hendikep však může mít dosti zásadní vliv jak na jeho atraktivitu, tak následně k získání potřebných zkušeností a dovedností. 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 nezřídka demonstrované příslušnosti k „partě“, může mít chlapec s postižením tedy reálně mnohem menší možnost získat stejné, nebo alespoň přijatelné množství zkušeností a kompetencí jako jeho vrstevníci a opět mu ve větší míře hrozí sociální izolace.

Samozřejmě neplatí rovnice, že tělesně postižená dívka by podobným obtížím vystavena nebyla, ani že je výše popsany soubor problémů nevyhnutelný. Stejně, nebo obdobné problémy mohou potkat i dítě bez jakéhokoliv fyzického hendikepu, u chlapců (i dívek) s postižením jsou tyto neblahé nástrahy však opět zesíleny.

2.3 Tělesné postižení získané

Vágnerová se domnívá, že později získané postižení představuje pro dosud zdravého člověka větší psychické trauma. Jedinec, který se stal trvale tělesně postiženým, má možnost srovnávat, uvědomuje si zřetelně a zcela konkrétně, co ztratil. Jak významné může být vědomí ztráty, dobře ilustruje komentář 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). Ztráta zraku je podstatná pro velkou část orientace ve světě, je pak subjektivně prožívaná jako mnohem závažnější. Takto zasažený jedinec totiž subjektivně ztrácí podstatně více než „jen“ své zdraví. Svůj aktuální stav tedy prožívá jako jednoznačně horší, nebo dokonce zcela nepřijatelný.

Odmítající, případně depresivní fáze jako součást vyrovnávání se s novou realitou je tedy naprosto přirozenou reakcí na traumatickou zkušenost. Je samozřejmě možné uvažovat, že později získané postižení má pro jeho nositele jistě 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 více než užitečné. Mnohé z těchto dovedností jeho vrstevník s vrozeným nebo raně získaným postižením mít nemůže a nemá. Konkrétně může jít o představu prostoru u později nevidomých, o slovní zásobu a schopnost verbální komunikace u později ohluchlých, ale také o sociální zkušenosti, vlastní vybudovanou sociální síť. Zkušenosti a získané kompetence, které do doby před vznikem tělesného postižení jedinec nabytl, mu pak mohou být užitečné v dalším kontaktu se zdravými lidmi a celou majoritní společností (VÁGNEROVÁ, 2004).

Michalík s pohledem Vágnerové relativně dosti ostře polemizuje. Porovnává se zde dle něj totiž zcela nesrovnatelné situace. Dle Michalíka není možné usuzovat, že člověk s později získaným postižením je v příznivějším postavení.

Samozřejmě že při jisté struktuře osobnosti, sociálním zázemí a působení realisticky pojaté výchovy získá jedinec autenticky potřebné zkušenosti, osvojí si žádoucí sociální návyky a dovednosti, vytvoří si realistický náhled na sebe a osvojí si relevantní hierarchii hodnot. To ovšem přirozeně platí i pro člověka, který se s tělesným postižením již narodí. Současně rovněž platí, že v životě jedince s vrozeným tělesným postižením se neobjevují krize, zklamání a nezdary. Přesto však Michalík souhlasí s Vágnerovou v tom, že jedinec s vrozeným, nebo časně získaným postižením mívá k dispozici dostatečně velký časový prostor k adaptaci na svou životní realitu. Přirozeněji získává dostatek empirických zkušeností a dostává se mu 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. 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).

2.3.1 Role lékaře a role nemocného

Zásadní v adaptaci na novou životní situaci, event. život s postižením, hraje mimo jiné ošetřující lékař. Z šetření ČSÚ vyplývá, že zhruba 600 000 osob je trvale tělesně postižených v důsledku diabetu. Následkem pozdějších fází onemocnění diabetes mellitus může být např. tzv. diabetická neuropatie tedy poškození funkce všech druhů nervů. Diabetická neuropatie způsobuje poruchy vnímání bolesti dolních končetin a tak i drobný - v počáteční fázi nerozpoznaný - úraz dolní končetiny, může vést k rozvoji gangrény, která může vyústit až v amputaci dolní končetiny. Mluvíme pak o syndromu diabetické nohy (JIRKOVSKÁ, 2006). Tento syndrom a s ním související vznik trvalého tělesného postižení zpravidla postihuje osoby starší. Je zřejmé, že pro člověka, který je nucen v důsledku například tohoto konkrétního onemocnění podstoupit 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 projevat mnoha specifickými způsoby.

Hněv, ale i (zpravidla) verbální agresivita se mohou snadno obrátit právě proti lékaři, který v očích pacienta nedokázal zabránit „katastrofickému scénáři“ amputace. Emoční výkyv vyvolaný zdravotní a mnohdy i sociální změnou, kterou amputace do života člověka přináší, se samozřejmě může obrátit i dovnitř pacienta a nemocný člověk upadá do apatie nebo deprese, výrazně 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 atp. jsou symptomy, které lékař (nezřídka sám sportovec s kontrolovaným jídelníčkem) důrazně požaduje změnit. Nedokáže však pacienta ke změně vhodným způsobem motivovat, ani mu prakticky poradit, pacient je tak vůči lékařovým podnětům zcela imunní a vlastní léčbu tak v konečném důsledku vlastně bojkotuje. Lékař je tak konfrontován s vlastní bezmocí, neschopností uplatnit (domnělou, vyžadovanou) autoritu a léčba pacienta se mu nedaří. Pocity vlastní frustrace z takové léčby nemá lékař v českém zdravotnictví kde neutralizovat, supervize je jevem spíše ojedinělým a tak se nezřídka tyto pocity obrací zpět proti pacientovi samotnému. Nedávný průzkum, který 1/3 všech českých lékařů „diagnostikoval“ jako oběť syndromu vyhoření, potvrzuje tento možný 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).

2.3.2 Příčiny vzniku tělesného postižení

Pro ucelenou představu vzniku a možných dalších následků vzniků tělesného postižení uvádím rozlišení 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 projevit jako zpoždění, 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, svědčením, 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 40 - ti letého se stabilní osobností a vybudovaným sociálním zázemím a jiná u 16 - ti letého 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).

3 ASPEKTY ŽIVOTA S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

3.1 Sociální nástrahy tělesného postižení

Murphy popisuje ve své knize nejen samotnou ztrátu pohyblivosti a postupný proces smíření se s realitou života vozíčkáře, ale stejnou pozornost věnuje také vyrovnávání se s faktem, že ztratil nejen samotnou pohyblivost nohou, ale i - jak sám tvrdí - i část svého vlastního „já“. Murphy pozoroval, že jeho zdravotní stav byl příčinou pozorovatelné změny chování ostatních lidí k němu, ale současně vnímal i vlastní změnu vnímání sebe sama. Tato změna představy sebe sama i vědomí, že jeho zdravotní stav je příčinou proměny vnímání jeho osoby širokým okolím, vedl - navzdory velké podpoře a péči rodiny - k pocitům izolace a osamění. Vše, co do té doby vybudoval, se měnilo - zpravidla k horšímu. Změnil se nejen zdravotní stav, možnosti mobility, výše popisované vnímání a chování okolí i jeho samotného, ale negativní změny se týkaly rovněž společenského postavení i jeho majetku (MURPHY, 2001).

Goffman nazval změnu chování, kterou popisuje ve své autobiografické knize Murphy, „jednou z primárních scén sociologie“, která je příznačná právě pro získané tělesné postižení. Jedná se o sociální konfrontaci, nebo jakési kategorizování na „známé“ a „neznámé“, tedy jakási socio-kulturní vodítka, která napomáhají naší orientaci ve světě a jeho sociální realitě. Traumatizující, šokující, paralyzující situace nám berou „pevnou půdu pod nohama“. Nejsme totiž schopni v daný okamžik situaci identifikovat, schází nám zkušenost a potřebný odhad, co je možné v daný okamžik očekávat (GOFFMAN, 1959). Proto může být pohled na výraznou deformitu těla, pro zdravého člověka tak šokující, neboť „nic podobného“ dosud neviděl, nezažil a jeho vlastní pocity mohou být souhrnem ambivalentních emocí počínaje šokem, lítostí a soucitem až po pocity ošklivosti, odmítání, nebo i čirého zděšení. Intenzita i polarita těchto pocitů je dána osobností, socio-kulturním zázemím, někdy pohlavím a věkem a vždy mírou osobní zkušenosti a s ní nezřídka souvisejícími předsudky.

Merleau - Ponty píše: „*Věc není nikdy oddělitelná od vnímajícího, nikdy nemůže být jen sama o sobě, neboť všechny její podoby odpovídají jen naší vlastní existenci ... každé vnímání je tak rozhovorem, dialogem těla s okolním světem ...*“ (cit. dle HOGENOVÉ 2006, s. 33).

Dialog mezi jedincem s postižením a jeho okolím tak určují mnohé okolnosti, které ani jedna strana v okamžiku zahájení „dialogu“ nemůže v celé šíři možností ovlivnit. Úroveň přijetí vlastní somatické i sociální reality člověka s postižením ovlivňuje onen „dialog“ stejně jako míra osobní zkušenosti a typ a „stupeň“ předsudečnosti partnera v „dialogu“. Kvalita dialogu je tedy přímo úměrná jak získaným kompetencím a stupni inkluze jedince s postižením, tak sociální inteligenci a osobní zkušenosti s postižením u jedince bez hendikepu.

Vybíral popisuje tuto cestu mnohem lépe, když konstatuje, že nejde pouze o přesun informací z bodu A k bodu B za pomoci různých komunikačních kanálů, verbálních či neverbálních. Jde především o něco, co lze opsat jako "vespolné účastnění", nebo "sdílení". Sdílení celku komunikace se všemi jeho specifiky a obsahy, nikoliv tedy pouze proud informací, ale vzájemné podílení se na nějaké činnosti (VYBÍRAL, 2009).

Samozřejmě je nutné zdůraznit, že ani jedna z výše popisovaných skupin není jednotnou homogenní skupinou a komunikační obtíže se proto budou - právě v důsledku subjektivních zkušeností, komunikačních způsobů i osobnostních rysů - lišit, můžeme však charakterizovat některé společné specifické body problematizující vztahy mezi osobami s postižením a bez postižení.

Kromě objektivně daných problémů, které jakékoliv setkání vždy ovlivňuje bez ohledu na zdravotní stav (hlučnost prostředí, jazyková bariéra, vzdělání, stupeň empatie, osobní zkušenost, sociální postavení) hraje podstatnou roli druh a stupeň postižení, výše zmíněná zkušenost, event. socio-kulturní prostředí a především předsudky.

3.2 Předsudky a neznalost

Některé z těchto komplikujících aspektů je možné úspěšně a relativně snadno eliminovat, ale i zde platí zcela subjektivní hledisko. Například pro vysokoškolského učitele nemusí být ztráta mobility tak hendikepující jako pro sólistu baletu.

Zatímco pedagog se relativně snadno může nadále věnovat své profesi za pomoci a podpory kompenzačních pomůcek, vyspělé techniky, případně může své ambice dále uspokojit v publikační činnosti, pro tanečníka znamená i relativně malý

úraz definitivní konec profesního života a v důsledku vzniku hendikepu může být zcela „vyobcován“ z příslušné profesní komunity, které již nemá co nabídnout. Ostatně jedním ze základních motivů ke komunikaci je tzv. motivace sebe potvrzovací a adaptační. Zahájením komunikace jedinec signalizuje ochotou komunikovat, neboť druhý má pro něj hodnotu a vzájemným dialogem současně umožňuje potvrzovat i svou vlastní hodnotu ve svých očích. Vzájemným dialogem se rovněž potvrzuje vlastní sociální status, pozice v sociální hierarchii a koneckonců i příslušná sociální role (VYBÍRAL, 2009).

Všechny tyto motivy tedy hrají zásadní roli v lidské "chuti" k samotnému zahájení komunikace. Z toho je zřejmé, proč u výše zmíněných příkladů v prvním případě způsobí např. postižení hybnosti dolních končetin zcela jiné následky než identické postižení v případě druhém. Samozřejmě i na mnou uvedeném hypotetickém příkladu jsou znatelné silné předsudky, neboť osobně neznám ani jednu z uvedených komunit - a moje závěry ohledně bezproblémové akceptace postiženého v akademickém světě a fatální dopady a předpokládané vyobcování ze světa profesionálního tance vycházejí z podmíněných úvah, založených na předsudečných předpokladech. Ostatně Dr. Neumannová, postižená DMO 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 podobně předsudečnými postoji se lidé s postižením setkávají pravidelně nejen u laické veřejnosti, ale nezřídka i u té, u níž bychom podobné chování a jednání vůbec neočekávali - tedy u lékařů. Medicínský model „invalidity“ se nezřídka soustředí výhradně na určitou anatomickou nebo fyziologickou poruchu, subjektivní prožívání pacienta bývají pro lékaře obvykle relevantní pouze tehdy, pokud jim samotným komplikují jejich léčbu, myslím tím například mutismus, deprese atp. V okamžiku, kdy pacient reaguje relativně normálně, není jeho psychický stav a jeho prožívání pro lékaře často nijak podstatný. Pacienti tak zůstávají nezřídka v přesvědčení, že jejich emoce a prožívání nejsou důležité ani pro ošetřujícího lékaře, jsou tedy patrně v dané věci zcela marginální a je proto možné, že se „samy časem změní“.

Proto se tito pacienti domnívají, že nejsou a nemohou být tyto subjektivně vnímané problémy zajímavé ani pro kohokoliv dalšího a takto psychologicky nesledovaní pacienti zůstávají se svými pocity nepochopení vnějšího světa sami (MURPHY, 2001).

Rovněž matky tělesně postižených dětí mají dostatek negativních zkušeností z komunikace s lékařským personálem. Chvátalová popisuje situaci, kdy je lékař schopen se matky dítěte s vrozeným nevyléčitelným a silně progresivním onemocněním (muskulární dystrofie - typ Duchenn) „mile“ a udiveně zeptat: „ ... *ještě se Vám nestaví? Ani neklečí?*“. Hloupost takového dotazu může snadno vyvolávat u rodiče pocit, že to, že dítě neprospívá, je jeho vina, i když v tomto případě je očekávání lékaře naprosto neprofesionální. Někdy se projeví kromě elementární neznalosti i dosti výrazné předsudky, například matka chlapce postiženého DMO z lékařových úst vyslechla otázku: „ ... *proč si kazíte život ... kdy „to“ dáte do ústavu? Copak nevíte, že „to“ nemá žádnou perspektivu?*“ (CHVÁTALOVÁ, 2001, s. 122, 147).

Vůči předsudkům tedy není imunní žádná sociální, nebo profesní skupina. U výrazně minoritní skupiny osob s tělesným postižením, zejména těch, kteří nejsou v důchodovém věku, kdy se zdá jistý stupeň tělesného hendikepu spíše očekávaný, se tyto předsudky projevují častěji a mívají i hlubší dopad. Tyto **předsudky** lze rozdělit do několika typů:

- *podceňující* - nejčastěji reprezentované soucitným postojem plným lítosti a soucitu spojeným s charitativním přístupem k bezmocným jako k nemohoucím nebožákům,
- *odmítavé* - kdy se nejčastěji argumentuje neproduktivností, neužitečností lidí s postižením, nebo se samotné postižení dokonce vnímá jako „trest Boží“,
- *protektivní* - lidé s postižením se v žádném případě nemohou obejít bez naší (chvályhodné) pomoci,
- *hostilní* - zpravidla se projevují větami typu „ ... *mají samé výhody ... všechno jim spadne do klína zadarmo ... jen na ně na všechny doplácíme ... kdo se na ně má dívat*“ atp.,

- *idealizující* - které předpokládá jakousi automatickou kompenzaci postižení, nebo hendikepu jako např.: „ ... jsou mravně lepší ... žijí vnitřním životem ... vědí, co je v životě opravdu důležité ... “ nebo vedou k víře, že každý nevidomý má mnohonásobně zbystrěny všechny ostatní smysly atp.,

- *heroizující* - které vedou k neadekvátnímu zveličování typu „ ... nikdo by to nezvládl, tak jako on ... „

(KRHUTOVÁ, 2011, s. 47 - 48).

3.3 Komunikační specifika

Husserl ve svém díle zdůrazňuje význam jazyka a jeho kategorií. Jazyk podle něj je prostředkem charakteristiky vnímané reality, tak jak odpovídá dané kultuře. Slouží tedy k orientaci ve významech a smyslech jednotlivých vjemů. Jelikož tedy může být vnímání reality člověka s postižením výrazně odlišné od vnímání stejné socio-kulturní reality člověka bez postižení, mohou být rovněž komunikační strategie v důsledku postižení výrazně odlišné a pro obě skupiny vzájemně málo, nebo obtížně srozumitelné (cit. dle MURPHY, 2001).

Také Čálek poukazuje na nutnost vnímat komunikaci jako celek a upozorňuje na specifickou, jedinečnost osobních komunikačních strategií. Čálek nemíní termínem „řeč“ pouze prostředek signalizace, komunikace či nástroj reprezentace skutečnosti - vnímá řeč jako způsob otevřenosti světa, jakousi jednotu myšlení, řeči a bytí. Nepomíjí ani vztah mezi „řečí“ jedince a jeho rodičů - tedy rozvrhování světa nejen vlastní, ale i to „dědičné“ (ČÁLEK, 2004).

Základním rozlišením pak dělíme komunikaci na verbální a neverbální (MATOUŠEK, 2004).

U rozlišení komunikace lidí s postižením a bez postižení opět platí, že ani jedna z těchto skupin není jednotnou homogenní skupinou - a není proto možné jednoznačně tvrdit, že komunikační obtíže jedné či druhé skupiny bude možné jednoznačně definovat přítomností či absencí tělesného postižení.

Stejně jako v mnoha předchozích případech i zde platí, že míra nedorozumění či bariér bude přímo úměrná míře a typu postižení, osobní zkušenosti, socio-kulturní realitě, ale také věku, pohlaví atp. S ohledem na výše popsané nicméně můžeme některé společné specifické body problematizující zkoumanou komunikaci uvést.

Co může vážně narušovat vzájemnou komunikaci je v první řadě jistá nechuť zahájit komunikaci. Ta samozřejmě může vyplývat jednak z přirozené momentální emocionální či fyzické rozlady jedince v daný okamžik, ale - což je mnohem závažnější - může mít souvislost se sociálním statutem postiženého.

Rovněž výše popsané předsudky hrají klíčovou roli. Slowík popisuje, jak je komunikace s tělesně postiženými mnohdy zatížena nejen samotnými stereotypy, ale především nezřídka stereotypy negativními. Společnost vnímá osoby s postižením automaticky častěji než lidi bez postižení jako méně způsobilé, méně samostatné a mnohem více závislé na pomoci a podpoře druhých, která se navíc někdy stává i terčem nepochopitelné závisti (SLOWÍK, 2010).

Nápadná fyzická deformita hendikepovaného může být zdrojem nepřiléhavého nebo i negativního sociálního hodnocení, případně „automatického“ určení nízkého sociálního statusu. Takové vnímání bezpochyby výrazně ovlivňuje žádoucí - a u osob bez postižení přirozenější - akceptaci okolím. Tyto problematické či negativní reakce pak logicky zpětně ovlivňují postoje a chování samotných postižených. Z předsudků a neznalosti tvořené komunikační bariéry tak snadno uzavírají pomyslný nežádoucí kruh komunikačního obousměrného procesu. Nepochopení akce a neochota akceptovat zdánlivě nevhodnou či nesrozumitelnou reakci chování člověka s postižením další komunikace často znemožňují. Nečekaná, nepřijatelná či bizarní reakce zapůsobí někdy tak nepochopitelným dojmem, že prostý původ oné reakce v odmítání a podceňování není v daný okamžik vůbec srozumitelný (VÁGNEROVÁ, 2004).

Rovněž NRZP na tyto problémy ve své zprávě z roku 2009 upozorňuje. Dle vnímání Rady lidé s postižením nadále v běžných situacích „narážejí“ na bariéru neznalosti a předsudků. Ty se neprojevují v zásadním postavení osob s postižením v české společnosti, nýbrž v běžném praktickém životě. Občané, úředníci, ale kupodivu často i lékaři jsou při jakémkoliv kontaktu s postiženými dle mínění NRZP někdy až paralyzováni vlastní bezradností či rozpaky.

V důsledku těchto svých - často ambivalentních - pocitů se tak komunikaci s postiženou osobou v podstatě vyhnou tím, že se například - ne zcela logicky - obrazejí na doprovod tělesně postiženého, místo na osobu, které se rozhovor týká, a k níž by tedy měli hovořit (ROUŠAL, 2009).

3.3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikaci chápeme jako komunikaci řečeného i psaného slova, tedy je to „... komunikace zprostředkovaná slovy, jazykem ...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 266).

Konkrétní podoba a kvalita mluveného i písemného (verbálního) projevu je vždy silně ovlivněna mnoha faktory. Výše několikrát citovaný vliv kultury, vzdělání a sociálního prostředí, v němž se konkrétní jedinec pohybuje, je i v komunikaci silným determinanem. U osoby s postižením však lze specifikovat několik dalších konkrétních omezení, jež komunikaci mohou ovlivňovat naprosto zásadním způsobem. Konkrétní druh postižení, jeho rozsah a intenzita budou mít zásadní vliv na konečnou podobu mluveného (písemného) projevu.

Snadno představitelné obtíže se slovní komunikací způsobí ochrnutí mimických svalů. Fyzická nemožnost ovládnout mluvidla vede k omezení možnosti srozumitelného slovního vyjádření. Takové omezení pak přirozeně může vést k omezení snahy o tento způsob komunikace, nebo dokonce k její naprosté eliminaci.

Omezení však může rovněž ústít do vytvoření alternativního komunikačního systému, který postiženému jedinci umožní uskutečnit komunikaci, byť jeho jazykový systém - komunikační kód budou výrazně odlišné. Tyto obtíže jsou velmi dobře popsány u osob s DMO, eventuálně u osob po prodělaných cévních mozkových příhodách. Mluvíme o tzv. *dysartrii*, poruše artikulace. Tato porucha se projevuje zejména výraznou neobratností ve výslovnosti a osoba postižená *dysartrií* má značný problém, aby její slovní projev byl vůbec srozumitelný. Tento hendikep způsobuje v důsledku obrny, nebo narušené koordinace artikulačního svalstva, nekoordinovanou řeč, často propojenou s namáhavou výslovností, povrchním a přerývaným dýcháním. Rovněž hlas postiženého jedince může být poruchou zasažen zejména, co se koordinace hlasitosti projevu týče.

Hlas hendikepovaného může být nápadně tichý, nebo naopak až příliš silný, ale také huhňavý, přiškrcený atp. Rovněž tempo řeči, frázování, nebo přízvuk může být postižením zproblematizovaný (SLOWÍK, 2010).

Ještě větší problémy v komunikaci může vyvolávat tzv. *afázie*, kdy způsobilost k produkci a porozumění řeči je u takto postiženého buď zásadním způsobem narušena, nebo dokonce schází úplně. Stejně jako ovlivňuje osobnost člověka omezení možnosti vyjadřovat plynule své myšlenky a potřeby, zásadním způsobem ovlivňuje osobnost člověka rovněž neschopnost vyjadřovat vlastní myšlenky případně porozumět projevu ostatních (SLOWÍK, 2010).

Dle Schultze von Thun bývají obtíže způsobené vlastní vadou či poruchou pouze jedním z problémů komunikace lidí s hendikepem.

Vážným problémem, na nějž Thun upozorňuje, je strach z projevení se, strach ze sebeprojevu, jehož původ je třeba hledat v obavách z možného komunikačního neúspěchu. Každá komunikace, jak jsem se již výše zmínil, obsahuje rovněž jisté posuzování normality, úrovně a kvality výkonu. I to může být příčinou určité komunikační zdrženlivosti ze strany osoby s postižením. Při komunikaci totiž dochází k jistému osobnostnímu „odhalení“, kdy prostřednictvím subjektivně specifického komunikačního stylu sdělujeme osobě s námi komunikující či svému okolí určité informace o sobě. Volba slovníku, způsob vyjadřování, ale i gesta a mimika obsahují v sobě informace o osobnosti jedince, jeho vzdělání i socio-kulturním zázemí apod. Samozřejmě rovněž vědomí této nedělitelné součásti komunikace, při níž osoba s postižením může vnímat nástrahu „odhalení“ svého nižšího sebe-vnímání, může být značně determinující. Toto sebe-vnímání je rovněž dle Thuna ovlivněno specifickou tendencí postižených osob, kterou Thun nazývá „naslouchání vnitřním uchem“. Jde o vnitřní před-nastavení jedince, které způsobuje očekávání (negativního) významu sdělení druhých bez ohledu na reálný či zamýšlený význam sděleného. Toto přednastavení deformuje význam sdělení podle negativního očekávání jedince s postižením, který pak „automaticky“ dochází k názoru, že druzí jej permanentně napadají, kritizují, ponižují, nebo odmítají. Součástí tohoto sebepojetí je i neschopnost uvědomit si vlastní podíl na podobném sebe-vnímání, které může hrát v takovém vnímání podstatně závažnější roli, než jakou reálně hraje údajně nepřijímající, nebo kritické okolí jedince (cit. dle SLOWÍKA, 2010).

Ne nepodstatnou roli v komunikaci obecně hraje pozitivně vnímaná zkušenost s komunikací. Vágnerová upozorňuje, že od narození postižené děti mají obecně menší sebedůvěru ve své schopnosti a jejich motivace k aktivitě bývá nižší. Tyto děti spíše než děti bez postižení projevují známky pasivity a rezignace. Samozřejmě rovněž jedinec, jehož zdravotní stav, kompetence, životní styl, perspektiva i jeho sociální realita a síť se v důsledku postižení změnily, může v komunikaci pociťovat silnou nejistotu. Výše zmíněné komunikační problémy mohou způsobovat situaci, kdy jedinec obsahu sdělení z různých důvodů neporozumí. Těmito důvody může být poškození sluchu, výše zmíněná afázie, případně absence sociálního kontextu, který konkrétnímu jedinci schází v důsledku chybějící sociální zkušenosti. Jeho stud za toto neporozumění je pak tak paralyzující, že problém raději řeší pasivně (předstírá, že rozuměl) nebo jej neřeší vůbec (sdělení ignoruje). Otevírá tak prostor k nedorozumění, který jej může snadno zavést do izolace (VÁGNEROVÁ, 2004).

3.3.2 Neverbální komunikace

Obecně neverbální komunikací 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). Současně se zdůrazňuje, že obecně se v komunikaci více důvěřuje právě neverbálním projevům než projevům verbálním. Vzhled a nezřídka i matoucí tělesné projevy osob s postižením hrají v jejich komunikaci s majoritní (myšleno zdravou) populací dosti důležitou roli.

Daniel Selim Hamermesh - americký ekonom přednášející na Maastrichtské universitě například přednáší o možnostech dopadů fyzického vzhledu na kariérní uplatnění jedince a nazývá tento fenomén „ekonomií krásy“. Ve svých přednáškách se Hamermesh snaží poukázat na iluzi, že o uplatnění toho či onoho uchazeče o práci a jeho dalším profesním růstu hrají roli jeho reálná kvalifikace a zkušenosti. Vyvrací stereotyp, že subjektivně dané osobnostní aspekty, jako je sympatie či půvab uchazeče, nehrají v jeho kariéře roli. Hamermesh naopak mluví o „prémii za krásu“ a „pokutě za ošklivost“, přičemž sankce za „ošklivost“ je prý výraznější (cit. dle KOVANDY, 2010).

Tento závěr musí být pro člověka s výraznou fyzickou deformací dosti neblahou informací, která jeho komunikaci (inkluzi) bude dále komplikovat.

Rovněž oděv je součástí neverbální komunikace a pro člověka s výrazným tělesným hendikepem, jehož fyzická (případně i sociální, finanční) situace neodpovídá majoritním reáliím, může být relevantní překážkou v komunikaci. Obecně známá sociální vodítka, která jsou společností přiřazena k jednotlivým typům oblékání, slouží k rychlé orientaci, ale samozřejmě je tato rychlost i častým zdrojem mylných či zavádějících závěrů. Obecně je tento fenomén známý jako tzv. haló - efekt, kdy k posouzení člověka (a následné chyby v úsudku) docházíme „ ... z 55 % vzhledem ... vzhled utváří oblečení ... doplňky ... u žen účes, make up, spolu s gestikulací a mimikou ... “ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 183).

Obezřetný či dokonce negativní přístup k lidem s nápadně odlišným vzhledem v důsledku postižení nachází Franc již v dětských pohádkách, které vždy modelují kladné a záporné hrdiny se stereotypní pravidelností. Hrdinové jsou vždy krásní, moudří a úspěšní a negativní postavy jsou vždy vykresleny jako fyzicky i duševně deformovaní. Tyto stereotypy se vnímají jako „přirozené“ a je otázka, do jaké míry jde o převzatý archetypální model, a do jaké míry je takové očekávání skutečně bezprostřední (FRANZ, 2008). Rovněž Vágnerová poukazuje na generalizaci v hodnocení osobnosti tělesně postižených. Fyzická deformita, celkově společensky „neuspokojivý“ zjev, se „automaticky“ (nevědomě) spojuje s negativními vlastnostmi. Obvyklý je předpoklad, že vnější vzhled a vnitřní osobnostní ladění jsou úzce propojené a dá se tedy očekávat, že fyzicky silně neatraktivní jedinec bude spíše disponovat vlastnostmi jako je zloba, zákeřnost, zlomyslnost atp. I když podobně černobílé závěry spíše nalezneme u dětí či adolescentů, jsou pravidelnou součástí „dospělé“ literatury, divadla, filmu i seriálů. Jen zřídka je osoba s fyzickým hendikepem v těchto dílech nositelem kladných vlastností. Spíše naopak. I Shakespeare popisuje svého Richarda III. jako „ ... zloducha, ošklivého a odpudivého, vraha a zbabělce, který dal zabít dvě děti ... „ (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2004, s. 259). V každé inscenaci tohoto díla pak král výrazně kulhá a jeho záda „zdobí“ nápadný hrb.

4 PRAKTICKÁ ČÁST - PŘÍPADOVÁ STUDIE

Jde o sociální a psychologicky poradenské setkávání s mužem trvale upoutaným na lůžko/invalidní vozík v důsledku muskulární dystrofie.

4.1 První etapa: sociální evidence

4.1.1 Základní údaje

Klientem je muž - František - jméno a některé základní identifikační údaje jsou pro ochranu jeho identity změněny. Rok narození Františka je 1996, nemá dokončené středoškolské vzdělání, studuje gymnasium. Klient je od narození postižený Duchennovou progresivní muskulární dystrofií. Od zhruba 9 - ti let věku je upoután na invalidní vozík, vzhledem k progresu choroby je v poslední době upoután na lůžko. Je svobodný, bezdětný, žije pouze s matkou. Nemá partnerku. S matkou většinu svého života žil v panelovém domě, později v domě zvláštního určení bez architektonických bariér, v současnosti tráví většinu času v nemocničním prostředí.

4.1.2 První kontakt

Klient působí na svůj věk mladě až dětsky. Je vysoký, svaly jsou atrofovány, jeho končetiny jsou proto velmi štíhlé. Částečně ovládá pouze svaly krku a mimické svaly. Na těle nejsou nápadné žádné známky dospívání (vousy, chlupy). Pacient má zavedenou tracheostomii a verbální kontakt je s ním možný pouze po manipulaci s trubicí. Slovní projev je tak pro Františka namáhavý a vzhledem k dýchacím obtížím nepříjemný. Obličej má relativně živý, snaží se o kontakt. Jeho ruce i nohy jsou již zcela nepohyblivé. V noci bývá připojen na plicní ventilátor. Leží na antidekubitní matraci polohovací postele. K dispozici má elektrický invalidní vozík, v současné době jej není schopen užívat příliš často.

Pro zavedenou tracheostomii je kontakt obtížnější. František se snaží komunikovat, vyjádřit svoje přání, nicméně se s odpovědí vždy obrací na svou přítomnou matku.

Ta je zjevně uvyklá podobné konverzací a buď rovnou tlumočí patrně dříve avizovaná přání syna, event. upraví tracheostomii tak, aby syn mohl odpovědět sám. Pravdou je, že odpověď i pak je sotva slyšitelná a „tlumočnická“ praxe matky je tedy dosti užitečná. Tempo řeči Františka je rovněž dosti pomalé, což může být důsledek jak námahy způsobené polohou těla a zavedenou tracheostomií, tak účinkem aplikovaných léků včetně antidepresiv.

František je schopen vnímat vážnost svého zdravotního stavu i prognózu své nemoci. Rovněž jeho komunikační omezení způsobuje, že se snaží svoje přání a potřeby vyjádřit co nejjasněji a nejstručněji. Jeho přání jsou jasně strukturována a zaměřena na budoucnost svou a své rodiny.

4.2 Druhá etapa: sociální a psychologická diagnostika

4.2.1 Sociální a psychologická anamnéza

František je postižený od narození. Pochází z neúplné rodiny, jeho otec krátce po narození Františka rodinu opustil a později si založil novou rodinu. S Františkem se otec příliš nestýká, výživné platí nepravidelně.

František žije v bezbariérovém bytě s instalovaným stropním závěsným systémem, který mu umožňuje pohybovat se relativně samostatně po bytě bez větších problémů. Matka Františka nepracuje, stará se o svého syna. Finančními zdroji rodiny jsou výživné placené otcem Františka, příspěvek na péči ve IV. stupni a další sociální dávky. Rodiče Františka jsou od jeho narození rozvedeni a otec Františka se se svou bývalou ženou v podstatě nestýká. Se synem je otec v občasném kontaktu, převážně telefonicky, František se o něm občas zmíní. Mluví o něm přirozeně, bez patrné zášti, bez negativních emocí, nicméně vnímá, že otec není stabilní postavou v jeho životě.

František do zhoršení svého zdravotního stavu usiloval o svou maximální soběstačnost. V mobilitě po bytě mu pomáhal závěsný transportní systém, venku pak elektrický invalidní vozík. Kontakt se svými spolužáky a přáteli mu v případě nemožnosti fyzického kontaktu zajišťoval internet v počítači se speciálně upraveným ovládáním dle Františkových možností. Progrese jeho choroby jej však pomalu

připravila i o tyto možnosti. František věděl o v čase se zhoršujících možnostech své samostatnosti a do jisté míry se snažil s touto eventualitou počítat.

Proto měl v okamžiku reálného zhoršení nemoci konkrétní představu, čeho by chtěl dosáhnout a co potřebuje. Problémem, který však František neočekával, byl způsob, jakým se postupné zhoršování jeho zdravotního stavu projevovalo a jaké psychické stavy tyto projevy doprovází.

4.2.2 Osobní anamnéza

František byl v péči psychologa a sociálního pracovníka nemocnice, kde musel být v daném čase hospitalizován.

Sociální pracovník měl za úkol řešit Františkovo přání podat žádost o invalidní důchod, na který má dovršením svých 18 - ti let právní nárok a zajistit tak sobě a své matce důstojnější život. Invalidní důchod rovněž znamenal pro Františka potvrzení jeho dospělosti a - byť iluzorní - samostatnosti. Přidělení dávky znamenalo významný zlomový bod v jeho životě a František to subjektivně vnímá jako významný mezník, k němuž se (mimo jiné) upínal.

Úkolem, psychologa bylo pomoci Františkovi zvládat úzkostné ataky, které se objevovaly zejména v noci. V nočních hodinách byl František běžně napojený na plicní ventilátor, který mu pomáhal udržet dostatečný přísun kyslíku do plic. Jakákoliv vada přístroje, vypojení elektrického proudu, selhání záložního zdroje elektřiny, nebo rozpojení některé z částí přístroje mohly znamenat pro Františka reálné životní ohrožení. František si byl těchto skutečností velmi dobře vědomý. Byl zvyklý, že jeho život je do jisté míry odkázaný na funkčnost či nefunkčnost jednotlivých přístrojů, že některé bariéry kvalitu jeho života reálně ohrožují, ale dosud tato selhání nemohla mít fatální důsledky. František začal trpět nočními děsy, někdy i opakovaně se v průběhu noci budil, nadměrně se potil a hyperventiloval, přestože s přístroji, které mu pomáhaly v noci dýchat, bylo vše v pořádku. V takových chvílích vyžadoval přítomnost matky, v nemocnici pak zdravotní sestry nebo lékaře. Celonoční přítomnost ani jednoho z uvedených osob nebyla reálně možná a logické argumenty, kterým František bez problémů porozuměl, mu však v jeho úzkostném prožívání nijak nepomáhaly.

Sekundárním úkolem psychologa se postupně stávala i péče o matku Františka, která vnímala velmi zřetelně zhoršování zdravotního stavu svého syna a dostávala se do bodu, kdy se ze všech sil snažila optimisticky a s nadhledem podporovat své dítě, zároveň však vnímala blížící se neodvratné úmrtí syna. Tato ambivalence se v jejím případě začala odrážet ve stupňujících se somatických obtížích.

4.3 Třetí etapa: navrhování řešení a plán sociální pomoci

4.3.1 Plán pomoci

Z krátkodobého hlediska bylo pro psychologa důležité umožnit Františkovi postupně nalézt způsob jak pracovat s panickým strachem, rozeznat příznaky nástupu panického stavu a naučit se tak následky těchto stavů minimalizovat nebo jim nejlépe umět úplně předejít.

V dlouhodobějším horizontu se pak psycholog snažil pomocí psychoterapeutických metod nalézt s Františkem příčinu jeho panických atak a zpracovat psychické obtíže spojené se zhoršujícím se zdravotním stavem chlapce a ztrátou jeho (byť omezené) soběstačnosti. Trvalým mementem v psychickém stavu Františka pochopitelně bylo i jeho blížící se konec života, vyrovnávání se se smrtí a ztrátou naděje.

Pro psychologa bylo důležité jak samotné zpracovávání nočních obtíží chlapce, což považoval spíše za symptom, tak především psychické vyrovnání se samotným důsledkem onemocnění - totiž s blížící se smrtí. Psycholog aplikoval psychoterapeutickou intervenci, která chlapce učila lépe porozumět svým panickým stavům a nalezení smyslu těchto stavů v jeho životě. Obtížná pak pro Františka byla zejména druhá část psychologické intervence, které směřovala k porozumění reálných životních možností chlapce a v ideálním případě smíření se s blížícím se koncem jeho života.

Součástí práce psychologa byly i terapeutické rozhovory s matkou pacienta, které měly v podstatě stejný účel. Nalezení síly k podpoře milovaného dítěte a zároveň vyrovnání se s jeho vysoce pravděpodobnou brzkou ztrátou.

Sociální pracovník pak podpořil zákonný nárok Františka podat žádost o invalidní důchod. Problém však částečně tkvěl ve faktu, že upnutí Františka na dosažení tohoto „zlomového bodu“ života bylo v určitém smyslu slova v přímém rozporu se snahou psychologa smířovat se s - podle lékařů - nevyhnutným koncem.

4.3.2 Spolupráce s dalšími pomáhajícími pracovníky a fungování sociální sítě

Spolupráce se sociální sítí pacienta byla značně komplikovaná z mnoha důvodů. Problematickou byla už samotná hospitalizace chlapce. Pro jeho spolužáky, kamarády nebylo snadné dojet do nemocnice na návštěvu, a pokud už dojeli, tedy vidět svého vrstevníka uprostřed sofistikované péče dětského odd. ARO pro ně nebylo nijak povzbuzující. Rovněž komunikace byla díky tracheotomii, trvalé přítomnosti matky, která nezřídka sloužila jako tlumočnicka obtížně srozumitelného způsobu Františkovy komunikace obtížná. Vysoká námaha, kterou František při komunikaci musel vynaložit, také způsobovala jeho rychlou únavnost. Plány a zážitky spolužáků navíc působily na Františka ambivalentním dojmem. Na jedné straně pro něj znamenaly stále spojení a (alespoň) zprostředkované účastnění se na životě jeho vrstevníků, současně však mu trvale připomínaly i to, co postupně a s naprosto neochvějnou jistotou opouštěl.

Také setkání s otcem nebylo nijak snadné. Vztahy mezi exmanželami nebyly nikdy nijak stabilní a zdravotní stav chlapce a nízká participace na celé životní dráze chlapce atmosféru nijak výrazně nezlepšovalo.

Matka se velice snažila zprostředkovávat chlapci co možná nejvíc rozmanitých zážitků. Docházelo tak nezřídka k napětí mezi doporučením lékařů a zdravotnického personálu, přáním chlapce a zejména snahou matky. Zatímco lékaři i sestry trvali na permanentní přítomnosti Františka na nemocničním pokoji pod kontrolou přístrojů i personálu, matka chtěla pro své dítě i čerstvý vzduch, návštěvu města, společného bytu atp. Matka, pokud to bylo jen trochu možné, brala syna na procházky nejen v rámci nemocničního areálu (což měla výjimečně povolené), ale vozila chlapce i mimo dosah rychlé lékařské kontroly. František byl po podobných výletech sice výrazně unavenější než obvykle, ale prožíval pocity štěstí. To bylo pro jeho matku důležitější než lékařská doporučení.

4.4 Čtvrtá etapa: ověřování výsledků

Žádost o invalidní důchod byla podána. Sociální pracovník navíc zprostředkoval finanční pomoc rodině Františka, kterou bleskurychle zajistil nadační fond Dobrý anděl. Ten rodině s nemocným nezaopatřeným dítětem (nebo nemocnému rodiči s nezaopatřeným dítětem) zajišťuje pravidelnou finanční pomoc po celou dobu onemocnění až do vyléčení, nebo až 24 týdnů po úmrtí nemocného. Oboje mělo pro Františka význam. Pochopil, že i přes svou bezmoc je nadále jedincem, se kterým se počítá. Rovněž pomoc, kterou dostala jeho matka od Nadačního fondu, vnímal František jako pozitivní událost, zlepšující neveselý úděl rodiny. Pro Františka bylo důležité, že dokázal svojí matce sám něco poskytnout. I když za tuto „službu“ nebo jistě „poděkování“ platil vlastním zdravím.

Panické noční ataky se v nemocničním prostředí a v důsledku psychologické intervence mírnily. Chlapec rovněž procházel stádií vyrovnávání se se svým možným koncem. Depresivní stavy střídaly okamžiky, kdy odmítal s kýmkoliv, včetně psychologa mluvit, nicméně i to je součástí vyrovnávání se s blížícím se koncem a chlapec byl vytrvale podporován v autentickém prožívání.

Psychologická intervence musela být předčasně ukončena, neboť chlapec prodělal v průběhu noci cévní mozkovou příhodu, kterou dle sdělení matky chlapce personál včas nerozeznal a František upadl do kómatu. Lékaři zlepšení neočekávají. Mluví o apalickém syndromu.

Matka se snaží trávit většinu dne u synova lůžka. Chlapec zatím žije, ale jeho stav se nelepší.

Matka je velmi plačtivá, její somatické problémy jsou však stabilní. Neustupují, ale ani se nehorší.

4.5 Analýza případové studie

Zvolena byla případová studie, která představovala neobyčejně těžká řešení a rozhodování pro pracovníky v pomáhajících profesích. Uvádí totiž případ mladého

člověka trpícího Duchennovou progresivní muskulární dystrofií, která je zcela infaustní chorobou. Inteligentní pacient si byl také svého stavu plně vědom. Protože byl pro své přežití zcela závislý na solventnosti techniky, trpěl neustále úzkostí a nejistotou z jejího selhání. Dále se u něj projevovala ambivalence toho, kdy si přál na jedné straně komunikovat se svým okolím, na druhé straně mu jeho tělesný stav v této komunikaci bránil. Klient potřeboval neustále pomoc své matky, aby zprostředkovala jeho okolí srozumitelně jeho komunikační podněty. Klient se za pomoci psychologa postupně vyrovnával s vědomím svého konce a jeho ataky úzkosti se postupně redukovaly.

Případ ukázal na dilema postoje lékařů a postoje matky. Lékaři se snažili co nejvíce prosazovat předcházení rizika ohrožení života tím, že bránili aktivitám matky směřujícím k pobytu syna mimo areál nemocnice, cílem čehož bylo umožnit zbylou realizaci kvality života pro jejího syna i za cenu těchto rizik. Práce s matkou, která se musela smířit s postupným odcházením svého syna ze života, byla stejně obtížná - ne-li více - než práce s jejím synem.

Autor této práce je toho názoru, že v uvedené situaci byla snaha matky poskytnout synovi co nejvíce možné radosti před koncem jeho života zcela odůvodněná a oprávněná, a měla prioritu před názorem lékařů, který byl sice z hlediska jejich odbornosti profesionálně správný, ale kvalitu jeho života nezlepšoval.

ZÁVĚR

Základní myšlenkou inspirující k vypracování této bakalářské práce byla snaha autora volně navázat na své předchozí závěrečné, písemné práce s obdobným tématem a prohloubit zpracování této problematiky. Autor se v práci soustředil na jedinečnost psychologických aspektů, které tělesné postižení přináší, nebo přinášet může. Autor se dané problematice intenzivně věnuje dlouhodobě a to jak prostřednictvím svých odborných prací, praxe i osobní žité zkušenosti, i když sám tělesně postižený není. Život ve středu této minoritní komunity přinesl autorovi práce řadu osobních postřehů, které v této práci konfrontuje, doplňuje a opírá o pohled odborné literatury.

Práce zpočátku vymezuje bazální pojmy zpracovávané problematiky. Poukazuje na etický a kulturně sociální rozměr některých pojmů a odůvodňuje tak vhodnost či nevhodnost jejich užívání. Pro srozumitelnou orientaci v textu autor podrobně rozlišuje mezi pojmy zdravotně a tělesně postižený a hendikepovaný. Autor připomíná často přítomný fenomén v životě osob s postižením, totiž předsudky.

Dále se autor zaměřuje na celkový vývoj dítěte s tělesným postižením, na vývojová specifika či zvláštnosti, které tělesné postižení přináší. Pozornost je věnována rovněž vlivu a důsledkům plynoucím z externích vlivů, které ohrožují rodiče postiženého dítěte a integritu celé rodiny. Autor nepomíjí ani úlohu a vliv lékaře, jehož přístup se autorovi jeví klíčovým pro rodinu s postiženým dítětem. Zvláštní pozornost je následně věnována důsledkům tělesného postižení v jednotlivých vývojových fázích raného i pozdějšího věku, stejně tak období dospívání. Autor upozorňuje na různé psychologické přístupy vnímání vývoje dítěte a snaží se mapovat možné problémy vznikající v souvislosti s postižením v jednotlivých vývojových obdobích či fázích. V pozadí není ani vzhled a tělesné schéma, hrající roli jak v sebehodnocení jedince s postižením, tak v hodnocení běžnou společností. Zvláštní pozornost je věnována možným nástrahám ve vývoji tělesně postiženého chlapce.

Dále je pak pozornost zaměřena na postižení získané. Autor rozlišuje jednotlivé příčiny vzniku postižení a diferencuje odlišné možné dopady tělesného postižení v různých životních fázích. Opět je věnována pozornost úloze lékaře a vztahu mezi

ošetřujícím personálem a člověkem s čerstvě získaným tělesným hendikepem (postížením).

Práce mapuje konkrétní specifické aspekty života tělesně postižených. Pozornost je v této oblasti zaměřena na sociální kontext života, nastavení a očekávání společnosti. Podrobně se sledují dopady společenských předsudků na život, event. re-integraci tělesně postižených do majoritní společnosti. Opomenuta není ani úloha osobnostního nastavení samotných tělesně postižených. Podrobně se autor věnuje komunikaci tělesně postižených a lidí bez postižení. Práce věnuje pozornost jak očekávatelným, tak neobvyklým specifikům komunikace u lidí s postižením. Komunikační nástrahy při tělesném postižení se týkají jak verbální, tak neverbální komunikace. Z neverbální komunikace se autor podrobněji věnuje zejména dopadům vzhledu a socio-kulturních (výkonově nastavených) očekávání majoritní společnosti a s tím úzce propojené problematice společenských předsudků.

V praktické části práce uvádí případovou studii tělesně postiženého klienta, jehož osud se propojil s autorovým pracovním úsilím. Tato případová studie popisuje závěrečnou fázi života mladého muže postiženého Duchennovou muskulární dystrofií. Zde autor popisuje konkrétní socio-psycho-terapeutickou intervenci i její ambivalentní dopady. Tento případ tak především ilustruje jeden z nejtěžších možných psychologických aspektů, které tělesné postižení může reálně představovat.

LITERATURA

- BLY, R. *Železný Jan*. Přel. Marian Siedloczek, 1999. Praha: Argo, 2005. ISBN 80-7203-659-9.
- ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza - Možnost být sebou*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-539-6.
- DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-415-1.
- FILIPIOVÁ, D. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-233-6.
- FRANZ, M. L. von. *Psychologický výklad pohádek: smysl pohádkových vyprávění podle jungovské archetypové psychologie*. 2.vyd. Přel. Kristina ČERNÁ a Jan ČERNÝ, 1998. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7376-489-2.
- 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. 148, 183, 241, 265, 266, 464. ISBN 80-7178-303-X.
- HOGENOVÁ, A. *K fenoménu pohybu a myšlení*. Praha: Eurolex Bohemia, 2006, s. 33. ISBN 80-86861-72-4.
- CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 26, 122, 147. ISBN 80-7376-013-5.
- JIRKOVSKÁ, A. *Syndrom diabetické nohy*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 978-80-7345-095-3.
- 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.
- KŘIVOHALVÝ 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. ISBN 80-7178-549-0.
- MURPHY, R. F. *Umlčené tělo*. Přel. Jana OGROCKÁ, 2001. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-98-2.
- NEUMANNOVÁ, V. *Hledat najít, držet nepustit*. Praha: Jan Pixa, 1991, s. 54, 81. ISBN 80-900600-1-3.
- NOVOSAD, L. Lidé s tělesným postižením. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- ROUŠAL, J. *Inkluze tělesně postižených*. Bakalářská práce. Praha, 2009. Pražská vysoká škola sociálních studií. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Olga Dostálová, CSc.
- SACKS, O. *Na čem si stojím* Přel. Dušan ZBAVITEL, 1996. 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. a CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7376-561-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš.a přeprac.vyd. Praha: Portál, 2004, s. 254, 259. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, s. 215. ISBN 80-246-0956-8.
- VÍTKOVÁ, M. *Kapitoly z úvodu do speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1992. ISBN 80-210-0475-4.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-378-1.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003, s. 378. ISBN 80-7178-740-X.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Mgr. Jan Roušal

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Psychologické aspekty tělesného postižení

Počet stran bez příloh: 50

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 28

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2013

--	--	--	--

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Mgr. Jan Roušal

Obor studia: psychologie

Název práce: Psychologické aspekty tělesného postižení

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 50

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 29

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost 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

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

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

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Může nám autor sdělit, jak vnímá rozdíl v přístupu k handicapovaným osobám z hlediska sociální práce a z hlediska psychologie?

Jak by měla vypadat spolupráce mezi psychologem a sociálním pracovníkem vzhledem k somaticky postiženým osobám?

Jak autor chce v budoucnu s touto problematikou pracovat a jak by se nadále měla podle jeho názoru vyvíjet?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu v sobě vhodně spojuje obě autorem práce zvolené profese, pro což lze předpokládat, že je to autorovo životní téma, jemuž se bude i nadále věnovat. Je zřejmé, že autor nezůstává na povrchu problematiky, ale snaží se s ní seznámit co podrobněji.

V této práci srovnává psychickou zátěž osob, které byly postiženy v průběhu života, s psychickou zátěží osob, které od začátku života musí se své postižení pojímat jako nezvratné. Autor se zabývá i předsudky společnosti, které často jejich přizpůsobení značně ztěžují.

Práce má řídce tu a tam drobné formální nedostatky, které však jsou pominutelné.

Doporučení k obhajobě: doporučuji.

Navrhovaná klasifikace: Výborně

Datum:

12. 10. 2013


Podpis:
MUDr. Olga Dostálová, CSc.

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

Jméno a příjmení studenta: Mgr. Jan Roušal
Obor studia: psychologie
Název práce: Psychologické aspekty tělesného postižení
Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 50
Počet stránek příloh: 0
Počet titulů v seznamu literatury: 29

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost 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			
--	---	--	--	--

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

Naplnění cílů práce

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

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:

- 1) Jak vnímá autor užitečnost spojení dvou profesí, sociální práce a psychologie, pro své budoucí uplatnění?
- 2) Jaké nové podněty by autor poskytl pro další zlepšení postavení handicapovaných osob ve společnosti?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu je z hlediska studovaného oboru vhodná. Je zřejmé, že autor má s touto problematikou značné předchozí zkušenosti. V této práci se zaměřuje na psychický stav jak osob postižených od narození, tak na psychický stav osob, které k handicapu dospěly v průběhu života. Práce pojednává také o předsudcích společnosti ke zjevnému handicapu, což značně ztěžuje nejen adaptaci na handicap u lidí dříve zdravých, tak duševní vývoj u lidí od začátku postižených. V praktické části uvádí autor případovou studii, která analyzuje duševní stav u mladého člověka, jemuž současná věda nedokáže pomoci.

Podstatné výtky k práci nemám, jen drobnosti k formální úpravě kupř.: za nadpisem Tab.č.1 zapomněl autor udělat tečku před názvem tabulky. Dále k úpravě: na s. 11 v nadpise podkapitoly 2.1.2 má autor název na dva řádky, přičemž v prvním řádku je větší posun jeho začátku a druhý řádek začíná od okraje, což nevypadá dobře po stránce úpravy. Mezery mezi podkapitolami jsou místy nepravidelně široké. Na s. 48 je příjmení překladatele malým písmem, jinde to má autor dobře.

Práce rozsahem zcela vyhovuje požadavkům kladeným na práci bakalářskou, obsahem se i blíží práci vyšší úrovně.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: Výborně, pokud tomu bude odpovídat obhajoba.

Datum:
8. 10. 2013

Podpis:
PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

