

# Rodina s postiženým dítětem

Marta Molková

---

Bakalářská práce  
2006



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Univerzitní institut

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Univerzitní institut

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2005/2006

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marta MOLKOVÁ**

Studijní program: **B 7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Rodina s postiženým dítětem**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracování teoretické studie
2. Zpracování rešerší k praktické části
3. Zpracování metodologické Složky práce
4. Zpracování kombinované metodiky výzkumu
5. Zpracování závěrů a doporučení

Rozsah práce: 46 stran

Rozsah příloh: -----

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

**Kolektiv. Základy speciální pedagogiky. Brno: IMS, 2003.**

**Monatová, L. Speciální pedagogika z vývojového hlediska. Brno: Paido, 1998.**

**Pipeková, J. (Ed.). Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998.**

**Přinosilová, D. Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a využití v praxi. Brno: MU, 1997.**

**Vítková, M. (Ed.). Integrativní speciální pedagogika. Brno: Paido, 1998.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Štefan Chudý, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **6. března 2006**

Termín odevzdání bakalářské práce: **13. června 2006**

Ve Zlíně dne 6. března 2006



  
prof. Ing. Roman Prokop, CSc.  
*prorektor*

  
prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Rodina s postiženým dítětem jako společenský fenomén i předmět sociální psychologie. Postižený člen rodiny je centrem pozornosti kvalitativního výzkumu prováděného pomocí strukturovaného rozhovoru, který se v některých případech uvedené kazuistiky blíží narativnímu. Pět popisovaných případů je analyzováno z hlediska komunikace uvnitř a vně rodiny. Navíc jsou komentovány některé nedostatky nejen v péči o postiženého uvnitř rodiny samé, ale hlavně ze strany sociální péče. Lze konstatovat, že sociální komunikace rodiny uvnitř se u sledovaných rodin projevuje jako stabilní a pomáhající (až na rodinu s despotickým otcem), spolupráce se společenskými institucemi je na vysoké úrovni, pokud se jedná o organizace různých sdružení, velmi diskutabilní však je spolupráce s organizacemi patřícími nyní pod veřejnou správu.

**Klíčová slova:** kvalitativní výzkum; rodina; postižené dítě; deprivované dítě; pěstounská rodina; sociální vztahy; sociální komunikace; sociální pomoc; případové studie

## **ABSTRACT**

A family with a handicapped child as a kind of society phenomena and a subject of societal psychogy. The handicapped member of family is one of subject of quallitative study formed with forwered interview wich in some falls nears the narrative interview. Five handled case studies focuse yours analysies in a communication intrafamillied and extrafamillied. Added are commentaries of theirs of malforations - firstly in family, secondary and mainly - from the side of social helpers. It is to constate the social communication in a family as very stabile and helped (soif family with despotic father), cooperation with societal organisations is in hight label in falls of the organisations on a foundation base and interested community. Very weightly is the cooperation with those organisations and offices of public governancy.

**Keywords:** quallitative study; family, handicapped child; deprivated child; surrogate family; social relationship; social communication; social help; case study

## Poděkování

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce, Mgr. Štefanu Chudému PhD., za vstřícnost a odbornou pomoc, své přítelkyni ing. Miroslavě Veselé za cenné redakční připomínky a také panu učiteli Ludvíku Holáškovvi za podporu během celého studia.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>1 ROZHOVOR JAKO FORMA KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU</b> .....	<b>10</b>
1.1 ZÁSADY PRO VEDENÍ INTERVIEW .....	10
1.2 NARATIVNÍ ROZHOVOR .....	12
1.3 PŘÍPADOVÉ STUDIE .....	14
<b>2 POSTIŽENÍ V RODINĚ</b> .....	<b>15</b>
2.1 POPIS NĚKTERÝCH PATOPSYCHOLOGICKÝCH JEVŮ .....	15
2.1.1 Deprese v dětském věku .....	15
2.1.2 Syndrom deprivovaného dítěte .....	15
2.1.3 Násilí v rodině a syndrom agrese .....	17
2.2 PROBLEMATIKA DĚTÍ S NARUŠENÝM VÝVOJEM Z HLEDISKA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY .....	19
2.3 PSYCHOTERAPIE POSTIŽENÉHO DÍTĚTE .....	20
<b>3 PROBLÉMY POSTIŽENÝCH A SOCIÁLNÍ PÉČE</b> .....	<b>21</b>
3.1 POSTIŽENÉ DÍTĚ A PÉČE O NĚ .....	21
3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE STARÝMI LIDMI ŽIJÍCÍMI DOMA .....	21
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>23</b>
<b>4 PŘÍPADOVÉ STUDIE</b> .....	<b>24</b>
4.1 JITUŠKA 24	
4.1.1 Shrnutí .....	27
4.2 JAREK 28	
4.2.1 Shrnutí .....	30
4.3 ANTONIE .....	31
4.3.1 Poznámky k nově vzniklým kauzalitám .....	33
4.3.2 Shrnutí .....	34
4.4 PAVLA 35	
4.4.1 Shrnutí .....	37
4.5 HONZÍK 39	
4.5.1 Shrnutí .....	41
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>43</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>44</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>46</b>

## ÚVOD

Ve svém krátkém výzkumu se pohybuji v oblasti, která je mi blízká z křesťanského hlediska – rodiny a pěstouni s handicapovanými dětmi případně s postiženými staršími členy svého souručenství. Toto slovo volím proto, že jsem se v každém z 5 zkoumaných případů alespoň s částí takového lidského vzájemného přilnutí a těsného vztahu setkala. Na druhé straně je mi tato oblast trochu vzdálená, protože na vlastní kůži jsem zažila jen to, že jsem ve své domácnosti „dochovala“ nemocného otce, muže, který odžil svůj plodný život, na který si nikdo nemůže vzpomínat se smutkem. Smutný byl jen závěr jeho života, ale tento smutek bylo na mně učinit co nejmenším. Doufám, že se mi to podařilo.

Co ale rodiče dítěte, kterému se snaží vystlat teprve cestu do života? Co když ji doslova stelou někomu, kdo vypadá, že nikdy ten život neodžije kvalitně, nikdy nikomu neudělá radost? Nikomu nepomůže – ani svým rodičům (případně pěstounům) ve stáří? Kdy se rodiče nebojí ani tolik stáří svého, ale větší strach mají ze stáří svých dětí! Kdo se o ně postará, když už jich nebude? A co teprve, když jsou na začátku té nelehké cesty od dětství: od chvíle kdy se o postižení už ví, přes školní léta k rané dospělosti. Kolik tam je problémů k řešení – věděla jsem, že si je reálně neumím představit. Dokázala jsem si přečíst spoustu věcí v knihách. Ale teprve rozhovory se sdílnými příslušníky rodiny nebo dokonce s postiženou ženou samou, mi přiblížily tento zvláštní svět. Svět bolestí a neuskutečnitelných nadějí, často ale také nezměrného optimismu, víry, usilování a přece jen nadějí.

Rabušicová a kolektiv (1) citují právem tento názor: „rodiče postižených dětí se neodlišují od normálních rodičů, jsou však v jistém smyslu více rodiči“.

### **Rodina postiženého dítěte**

Vágnerová si ve své Psychopatologii...(2) všímá sociálního dopadu situace, že v rodině je postižené dítě: „Rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu. Je něčím výjimečná. Tato spíše negativně hodnocená odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů: rodičů i zdravých sourozenců. Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem změní životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. V důsledku toho se změní i jejich chování, nejen v rámci rodiny, ale také ve

vztahu k širší společnosti, kde se tito lidé mohou v rámci obranných reakcí projevat jiným způsobem než dřív., resp. než je obvyklé, nebo se od ní dokonce izolovat.“

Předpokládala jsem, že součástí mého výzkumu bude také průzkum tohoto sociálně psychologického jevu. Dotazy po akceptanci postiženého dítěte okolím a na vztahy zdravých členů k postiženému se řízeně objevovaly několikrát během rozhovoru. Na konci práce uvedu zhodnocení získaných odpovědí. Co však mohu říci již zde, je to, že tyto rodiny mají tolik problémů k řešení, že všimají si ještě – lidově řečeno – „co na to lidi“, na to už většinou opravdu nemají síly. Zřejmě toto všechno vnímají neustále, ale koncentrují se na dítě a hlavně na to, kde mu prospět a od koho získat další pomoc. Proto jsem se také snažila zjistit ještě informace o vztahu k institucím, které se účastní sociální pomoci či vstupují do vztahů s rodinou či dítětem.



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ROZHOVOR JAKO FORMA KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Vlastimil Švec (3) uvádí mezi typickými postupy získávání dat v kvalitativním výzkumu rozhovor. Popisuje to takto: Protože v kvalitativním výzkumu jde převážně o odhalení subjektivních významů výpovědi subjektů, tvoří dotazovací metody hlavní zdroj získávání dat... I při použití pozorovacích metod je třeba dát slovo zúčastněným subjektům. Na této škále tedy můžeme rozlišit několik metod:

- a) **Rozhovor orientovaný na problém.** Sestává ze tří druhů otázek: tzv. *sondujících*, které vlastně rozhovor otevírají a zjišťují, zda je vůbec daná problematika pro jednotlivce důležitá a jaký má pro něho subjektivní význam. Dále *návodných*, které rámcově vymezují obsah předem stanoveného problému a otázek *ad-hoc*, které vznikají neplánovaně a jsou významné z hlediska obsahu problému nebo pro zachování kontinuity rozhovoru.
- b) **Narativní rozhovor.** Nejde o typický rozhovor, neboť těžištěm je vyprávění subjektu, např. o jeho životě, profesionální dráze apod. Volné vyprávění umožňuje odhalit subjektivní významové struktury, které se vztahují k určitým zážitkům subjektu a které mohou zůstat skryty při systematickém rozhovoru.
- c) Skupinová diskuse
- d) Zúčastněné pozorování

Jan Hendl (4) ve své knize Kvalitativní výzkum uvádí 15 zásad pro vedení interview. Připouští ale, že žádný předpis pro vedení efektivního interview neexistuje.

Využívám těchto shromážděných zásad vytyčených praxí, abych k nim přehledně připojila také své poznámky z terénu, naznačila vlastní metodu a vysvětlila své případné prohršky proti uvedeným zásadám.

### 1.1 Zásady pro vedení interview

Zásada 1. Zajišťujeme důkladnou přípravu a nácvik provedení rozhovoru. Protože rozhovor měl být jedinou metodou kvalitativního výzkumu – domnívám se, že vzhledem k osobním možnostem, místu a času jsem nemohla volit metodu jinou - přemýšlela jsem o problémech, které bych měla zmapovat tak, abych se k nim dobrala vhodnými otázkami.

Důležité pro mne bylo, že všechny ty lidi, kteří se stali mými respondenty, jsem znala a s některými již problémy v rodině dříve probírala. Zjistila jsem tak, jaké věci je trápí a o kterých věcech jsou vůbec schopni hovořit. Postižený člen je bohužel v rodině tak emotivně náročnou záležitostí, že výsledek rozhovoru velmi záleží na chvíli, kdy se odehrává. Ne vždy je možno některé otázky i při nejlepší snaze položit.

Zásada 2. Účel výzkumu určuje celý proces interview. Účelem bylo zjistit sociální vztahy – sociální komunikaci uvnitř rodiny a vně rodiny.

Zásada 3. V interview máme vytvořit rámec, v němž se bude moci dotazovaný vyjadřovat pomocí svých vlastních termínů a svým vlastním stylem.

Zásada 4. Vytváříme vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu. Jsme citliví k pohlaví, k věku a kulturním odlišnostem dotazovaného. V mém případě byla vstřícnost již zaručena, citlivost byla nutná hlavně k tomu, že mám před sebou člena rodiny, která bojuje s postižením jednoho z nich. Vágnerová (2) uvádí tento citát: „Být rodičem jakkoli postiženého dítěte je postižením samo o sobě...“ (5)

Zásada 5. Při přípravě a provedení rozhovoru si uvědomujeme, že otázky v rozhovoru nejsou totožné s výzkumnými otázkami. Samozřejmě.

Zásada 6. Otázky formulujeme jasným způsobem, kterému dotazovaný rozumí. Přirozeně, že jsem hledala co nejvíce společný jazyk. Respondenti neměli problémy hovořit po mé otázce, replikovali mé dotazy pohotově, já jsem však měla chvílemi problém porozumět. Přicházely na řadu otázky doplňující.

Zásada 7. Klademe vždy jenom jednu otázku.

Zásada 8. Otázky doplňujeme sondážními otázkami. Pokládat sondážní otázky se mi dařilo méně, než jsem předpokládala. Mí respondenti se nacházeli ve dvou hraničních polohách – buďto si chtěli vylít srdce (dokonce také mluvili nápadně tak, že bylo znát, že tuto sequenci opakují již po sté a nejsou ani schopní podat svou situační zprávu jinak) nebo určitý problém uzavírali v sobě a nebylo možné s citem je přimět mluvit k věci a vyprávěli to, co chtěli sami.

Zásada 9. Dotazovanému dáváme jasně na vědomí, jaké informace požadujeme, proč jsou důležité a jak interview postupuje. Ne vždy to bylo možné.

Zásada 10. Nasloucháme pozorně a odpovídáme tak, aby dotazovaný poznal, že o něj máme zájem. Necháváme dotazovanému dostatek času na odpověď.

Zásada 11. Udržujeme si neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat. Sbíráme data, ale neposuzujeme osobu.

Zásada 12. Jsme pozorní a citliví k tomu, jak je dotazovaný rozhovorem ovlivněn a jak odpovídá na různé otázky.

Zásada 13. Zohledňujeme časové možnosti dotazovaného.

Zásada 14. Jsme reflexivní, sebekriticky monitorujeme sami sebe.

Zásada 15. Po rozhovoru kompletujeme a kontrolujeme své poznámky, jejich kvalitu a úplnost.

Hendl (4) cituje Charmastovou z roku 2001, která kvalitativní rozhovor dělí na konstruktivistický a pozitivistický. Z tohoto pohledu mohu svůj postup metodicky ohodnotit jako pozitivistický, tedy „zajímající se o uvedení přesných informací o chronologii událostí, o prostředí a chování“. Charmastová také zdůrazňuje, že: „je běžné rozhovor opakovat, aby se prohloubily a doplnily poznatky a osvětlily lépe určité odpovědi z předchozích rozhovorů“. Mohu tedy zodpovědně připojit komentář k zásadám 13, 14 a 15: vždy jsem dbala na možnosti respondentů, jak časové, tak také psychické a zvažovala také svoji míru objektivnosti i neutrálnosti. Při přepisování rozhovoru z poznámek (vzhledem k delikátnosti zkoumané problematiky jsem musela ustoupit od použití diktafonu, protože nejméně 3 z 5 respondentů by magnetofon nepřipustili), jsem nalézala věci k doplnění. Buďto jsem návštěvu ve vhodné době opakovala, nebo se kontaktovala i telefonem. Jak jsem již zdůraznila, v některých chvílích byl problém pochopit dobře odpověď, jindy dokonce i vrátit respondentku k věcnému hovoru. Proto se některé mé kauzy popisně blíží spíše k narativnímu rozhovoru. Některé bylo možno zvládnout dobře pomocí připravených dotazů, jiné hůře, kauzalita „Jituška“ je jednoznačně narativním rozhovorem, několikrát opakovaným, následujícím vždy po jiné otázce, po níž již nebylo možno respondentku zastavit. Přepisy odpovědí na jednotlivé otázky jsou ve všech případech propojeny a jsou jakoby volným líčením, které akcentuje autentičnost výpovědi. Proto není příliš velký rozdíl mezi jednotlivými líčeními – není poznat, který popis vznikl z více méně řízeného rozhovoru, o který jsem se neustále snažila, a kdy jde prakticky o několik narativních rozhovorů po sobě následujících.

## 1.2 Narativní rozhovor

Výchozím bodem pro používání narativního rozhovoru je skepse vůči možnosti získat přístup ke zkušenosti jedince prostřednictvím schématu otázka-odpověď. Při narativním rozhovoru není subjekt konfrontován se standardizovanými otázkami, nýbrž je povzbuzován ke zcela volnému vyprávění. Používá se především v biografickém výzkumu. Vlastní roz-

hovor se dělí na čtyři fáze: stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností, zobecňující otázky.

Nejdříve se subjekt stimuluje. Dotazovanému prezentujeme téma a jeho význam. Snažíme se získat jeho důvěru, Pak je možné dotazovaného požádat, aby začal vyprávět. Můžeme se zajímat o celý život dotazovaného nebo o určitý tématický nebo časový výsek. Otázka má být tak široká a přitom specifická, aby dotazovaný určité téma tematizoval jako úsek svého života. Ve třetí části rozhovoru po ukončení vyprávění se tazatel snaží ozřejmit dosud nejasné otázky a vyjasnit rozpory. Ve čtvrté části rozhovoru se tazatel snaží využít vypravěčovy schopnosti vysvětlování a abstrakce jako experta pro jeho osobní záležitosti. Ke klíčovým kritériím platnosti informací z narativního interview patří, aby se skutečně jednalo o vyprávění. Je možné připustit do jisté míry popisy stavů nebo vysvětlování důvodů a cílů.

Hendl rozlišuje ještě jeden typ rozhovoru, a to tak zvaný **fenomenologický rozhovor**. Je to varianta rozhovoru zaměřeného na historii života dotazovaného – požaduje, aby dotazovaný konstruoval a dával významy svému jednání v konkrétních sociálních situacích. Má tři fáze: první rozhovor se zaměřuje na historii života jedince, ve druhém rozhovoru jde o podrobnosti zkušeností. Rekonstruují se zkušenosti jedince ve vztahu k tématu, ve třetím rozhovoru požádáme jedince, aby reflektoval svoji zkušenost. Má osvětlit citový vztah mezi životem a prací nebo rodinou.

Pro mé kauzality nebylo možno metodicky využít jen jeden z takto specifikovaných rozhovorů - viz můj komentář k jednotlivým zásadám vedení rozhovoru v předchozí kapitole. *Rozhovor orientovaný na problém* bylo nutno nechat z části nebo zcela přerůst v *rozhovor narativní* vždy po otázce, která se stala v podstatě stimulující pro tento úsek interview. Díky nejružnějšímu usměrňování byla určitá témata či určitá období probrána opět řízeně. Přestože můj průzkum nebyl nasměrován speciálně biograficky, lze říci, že se vyprávění vždy rozběhlo v podstatě úsekem života vypravěče, který byl rodinným příslušníkem, a tedy zástupcem subjektů ve výzkumu. Připustíme-li jistou biografičnost, pak z tohoto pohledu může být můj kvalitativní výzkum popsán také jako *fenomenologický rozhovor*, jehož fáze jsem v podstatě dodržela.

Můj výzkum rodiny je tedy kombinován z rozhovoru orientovaného na problém, pozitivistického rozhovoru, narativního rozhovoru, případně rozhovoru fenomenologického. Důvodem je specifičnost jak tématu, tak i časového úseku života rodiny s postiženým dítětem,

ale také toho, že vypravěč nebyl jediným subjektem ve výzkumu, případně se téměř situoval do role pozorovatele.

### 1.3 Případové studie

Michal Miovský (6) uvádí jako první důležitý typ kvalitativního výzkumu právě případovou studii: Případová studie je pro psychologii, stejně tak jako psychiatrii, pedagogiku a další obory jedním z významných témat. V centru pozornosti tohoto typu výzkumu je případ. Případem rozumíme objekt našeho výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina, organizace atd. Miles a Huberman (7) definují případ jako fenomén, který se objevuje v určité vymezené hranici a v daném kontextu. Určení případu a výchozího materiálu pro práci je závislé na formulaci problému práce na případové úrovni zdůrazňuje komplexní povahu zkoumaných fenoménů, zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí, jichž se případ dotýká, včetně jeho historicko-biografického pozadí. Miovský (6) rozlišuje varianty případové studie minimálně tři – *jednopřípadová* (nejčastěji užívána v klinické kazuistice, má diagnostický účel), dále *pro složitější systém*, která se dělí na případové studie rodiny nebo případové studie sociálních skupin (Hendl (4) navíc rozlišuje případovou studii komunity) a případovou studii *organizace a institucí* (používá se k hodnocení organizací, jejich rozvoje, zkoumají se pracovní týmy atd.). Někdy se studie rodiny zařazuje pod případové studie skupin. Miovský vyčleňuje případovou studii rodiny zvlášť, neboť se jedná o velmi specifickou variantu případové studie sociálních skupin. Její specifická je dána určitou exkluzivností vztahů a vůbec postavením a rolí rodiny ve společnosti. Navíc aplikace strategie případové studie rodiny vyžaduje zvláštní přípravu a má také své specifické etické aspekty, jako je souhlas s provedením výzkumu, souhlas se zařazením nezletilých dětí do výzkumu atd.

## 2 POSTIŽENÍ V RODINĚ

V kazuistikách rodin s postiženým dítětem se objevovalo několik patologických vlivů, které hrály velkou roli v celé rodinné anamnéze, ať již to bylo v původní rodině nebo v rodině pěstounské. Pomíjím šíři všech existujících patologických jevů a vybírám ty, které jsou pro tuto práci důležité.

### 2.1 Popis některých patopsychologických jevů

#### 2.1.1 Deprese v dětském věku

Vágnerová (2) uvádí, že kromě genetické dispozice působí také různé vnější vlivy, jejichž účinek se může kumulovat, resp. potencovat. Prognóza depresivní poruchy v dětství závisí na závažnosti příznaků, současném výskytu dalších potíží i na věku, v němž se tato porucha poprvé projevila.

Poruchy nálad, ať už jde o depresivní, či manické projevy, působí sociálně rušivě. Jejich specifíčností bývá nesprávné hodnocení podstaty typických projevů, které nebývají tak zjevně patologické, jak je tomu např. u schizofrenie. Laické veřejnosti se nemusí jevit jako chorobné, a tudíž považuje za samozřejmé požadovat od nemocného adekvátnější jednání. Základním znakem tohoto onemocnění je porucha afektivního prožívání. Pro emoce je typické snadné ovlivnění převažujícím laděním jiných lidí, s nimiž jsme v kontaktu, zejména pokud jde o blízké osoby, které sdílejí společné teritorium.

#### 2.1.2 Syndrom deprivovaného dítěte

Deprivace neboli strádání v důsledku nedostatečného uspokojování objektivně významných potřeb může zásadním způsobem poškodit další vývoj dětské osobnosti. Z psychologického hlediska má závažné důsledky především citová deprivace – nedostatečné uspokojování citových potřeb dítěte, a sociokulturní deprivace – nedostatek podnětů, které podporují rozvoj schopností a dovedností dítěte, tj výchovné zanedbání. Matějček (8) k citové deprivaci říká: “U dětí, které dlouho musely žít v prostředí citově chudém, pozorujeme často, že mají vážné obtíže v citových vztazích na všech dalších vývojových stupních.”

Internetový časopis doktorka.cz (9) se zabývá deprivací i z historického hlediska: odborně začala být problematika psychické deprivace zkoumána v polovině 19. století. Do té doby

existovaly popisy jednotlivých případů dětí extrémně deprivovaných, většinou sociálně izolovaných nebo odchovaných zvířaty. Termín "deprivovaný" nebyl ještě užíván, děti se označovaly jako "vlčí", "zdivočelé" atd.

Z knihy Jarmily Kolouchové (10) jsou v tomto internetovém časopisu vybrány nejdůležitější důsledky deprivace dětí na jejich další vývoj: u dětí útlého věku, tedy do tří let, se deprivace projevuje opožděním celého psychomotorického vývoje. Nápadná je povrchnost a nediferencovanost citů a sociálních vztahů, chudší duševní obzor, nezúčastněná nebo rozmrzelá nálada, nedětsky vážný výraz.

Citlivým ukazatelem deprivace je **řeč**. Předpokladem normálního vývoje řeči u kojenců a batolat je totiž individuální kontakt s matkou a s dalšími blízkými osobami, kladné citové ladění a smysluplnost okolního světa. V ústavní péči, hlavně při změnách prostředí, jsou tyto předpoklady omezeny. Ve výrazné rodinné deprivaci, až izolaci, mohou chybět úplně. Děti přicházející do pěstounské péče mívají vývoj řeči v různé míře opožděný. Úroveň jejich řeči nelze posoudit přirovnáním k dětem nižšího věku. Např. šestileté dítě odňaté z velmi špatné rodiny nemluví jako dítě tříleté; chybí mu spontaneita, typické kladení otázek, nezná zdobněliny, mazlivá slůvka atd. Řeč dětí v dobré rodině má sdělovací, komunikativní funkci a ta je předpokladem celkové zdárné funkčnosti rodiny. Tam, kde je dítě převážně nebo zcela odmítáno a trestáno, se tato komunikativní funkce řeči snižuje. Řečový projev dítěte je chudý, omezuje se na jeho obranu, chybí mu typická dětská radost a zvědavost.

V předškolním věku přetrvává u deprivovaných dětí povrchnost citových vztahů. Potřeba někomu patřit je výrazná - děti se upínají na sestry nebo vychovatelky, dožadují se "nové maminky", nebo si idealizují své rodiče, na které si nepamatují, nebo s nimiž nic dobrého neprožily. U hluboce deprivovaných dětí - z velmi špatných rodin - se projevuje značné opoždění řeči, jejich řeč není někdy rozvinuta až do pěti let. Deprivované děti z dětských domovů i z dysfunkčních rodin nebývají většinou zralé pro školu, je proto potřeba odložit školní docházku. Ve školním věku mají téměř všechny deprivované děti **horší prospěch**, než odpovídá jejich skutečným intelektovým schopnostem. Tato skutečnost se nedá vysvětlit jen zanedbaností ve špatných rodinách. I děti z dětských domovů, které jsou i v mimoškolní době v péči pedagogicky vzdělaných vychovatelů, projevují tento rys, stejně jako menší motivaci pro učení. Výrazněji deprivované děti jsou proto někdy nesprávně navrhovány do zvláštní školy, i když mají intelektové dispozice v normě.



U školních dětí se také často projevuje deprivace nápadnostmi a výkyvy v chování, zvláště v sociálním styku. Po traumatizujících zážitcích v rodině a po zpřetrhání všech vztahů v důsledku změn prostředí se mohou objevit neurotické potíže, prohlubuje se citová otupělost a nedůvěra k lidem, někdy také agresivita.

Na jiném místě internetového časopisu <http://doktorka.cz> (11) se popisuje švýcarský poválečný výzkum, který zdůrazňuje potřebu lásky jako základní životní potřebu pro člověka od narození:

Jeden lékař měl za úkol prozkoumat, jak nejlépe by se dala po válce zajistit péče o osiřelá miminka. Cestoval po Evropě a seznamoval se s mnoha způsoby této péče, aby viděl, který z nich je nejúspěšnější. Viděl mnoho extrémů. Američané kdesi postavili polní nemocnice; děti tam byly uloženy v postýlkách z nerez oceli, na pokojích byla dokonalá hygiena, a zdravotní sestry v uniformách jako ze škatulky jim v pravidelných čtyřhodinových intervalech dávaly vědecky sestavenou mléčnou výživu.

Na druhé straně pomyslné škály vysupělo do odlehlé horské vesnice nákladní auto, řidič se zeptal "Mohli byste se postarat o tyto děti?" a zanechal půl tuctu plačících nemluvnat v péči vesničanů. Tady, obklopena dětmi, psy a kozami, v náručí vesnických žen, dostávala nemluvnata kozí mléko a později jedla ze společné mísy.

Lékař srovnával velmi jednoduše - děti nevážil, neměřil koordinaci pohybů ani nezjišťoval, zda se smějí či navazují kontakt očima. V těch dobách chřipek a úplavice používal tu nejjednodušší ze všech statistických metod: úmrtnost. A to, co zjistil, bylo poněkud překvapivé... Po celé Evropě zuřily epidemie a mnoho lidí umíralo, ale děti v drsných vesnických podmínkách prospívaly lépe než jejich vědecky opečovávané protějšky v nemocnicích! Nemluvnata potřebují lidský kontakt a lásku (a ne jen potravu, teplo a čistotu). Pokud je nemají, mohou snadno zemřít. (Podle knihy Steva Biddulpha (12)).

### 2.1.3 Násilí v rodině a syndrom agrese

*Násilí v rodině* rozděluje ve své knize (13) Naděžda Špatenková takto:

- *fyzické, tělesné* – různé způsoby násilí se širokým spektrem intenzity napadení
- verbální, slovní – hrozby, urážky, ponižování nadávky apod.
- *sociální* – izolace, zamezování jakéhokoliv kontaktu s vnějším světem vč. příbuzných, absolutní kontrola všeho, co dotyčný dělá, omezování pohybu po době apod.

- *ekonomické* – odmítnutí nebo minimalizace finanční podpory, bránění v nástupu nebo výkonu zaměstnání, ničení majetku
- *sexuální* – nucení k sexuálnímu styku, vyžadování sexuálního styku kdekoliv a kdykoliv, fyzické ubližování, znásilnění
- *psychické a emocionální* – vyvolávání pocitů viny, narušení sebedůvěry, ponižování, vyhrožování, zastrašování, excesivní křik, neustálá kritika, nadávání, okřikování, zahánění, zesměšňování, lhaní, nedodržení slibů nebo daného slova, zneužití důvěry, ignorování apod. Psychické násilí a týrání je součástí ostatních forem násilí a týrání.

Násilí v rodině tedy zahrnuje: špatné zacházení s dětmi, násilí mezi dospělými členy rodiny, špatné zacházení se starými členy rodiny a handicapovanými jedinci.

*Syndrom agrese (2): agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty. Agresivita označuje tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování. Pojem agrese charakterizuje reálný projev takového chování, který má charakter násilí. Takové jednání bývá obvykle prostředkem, jak dosáhnout žádoucího uspokojení, které je z nějakého důvodu hůře dostupné. Příčiny agreseivity mohou být dědičnost, biologické předpoklady, duševní choroba a vliv prostředí. Z biologických příčin je to poškození funkce CNS (úrazem či onemocněním). Pro vznik zvýšené pohotovosti k násilnému reagování je důležitá oblast prefrontální kůry. Pacienti s poškozením kůry čelních laloků mozku (např. prenatálně) bývají útočnější a agresivnější. K dočasné poruše fungování této oblasti může dojít i vlivem silného a dlouhotrvajícího stresu. Dále to mohou být příčiny biochemické, např. nízká hladina serotoninu v krvi, hladina acetylcholinu, dopaminu a další. Matoušek (13) považuje vliv dopaminu na agresi za neprokázaný. Uvádí však jednu zajímavou medicínskou příčinu, a to reaktivitu autonomního nervového systému. Delikventní osoby mohou mít úroveň základního nabuzení ANS nižší. To by mohlo jednak vysvětlovat, proč se u nich neuchytily výchovné podněty, jednak by se tím dala zdůvodnit jejich potřeba silnějších vzrušujících zážitků, jež by jejich ANS vybudily na běžnou úroveň. Některé studie uvádějí, že jistá část delikventů má vyšší potřebu vyhledávání rizika a nabuzování ANS novými podněty.*

U *duševní choroby* jako příčině agrese Vágnerová (2) ještě uvádí vrozenou poruchu osobnosti (bludy, halucinace psychotiků a zvýšená agresivita schizofreniků opět změnami CNS u spánkového a temenního laloku) a užívání psychotropních látek.

*Vlivy prostředí* začínají od rodiny, přes sociální skupiny a jejich normy až k vlivu společnosti a sociální role. Nejvýznamnějším zdrojem rané zkušenosti je rodina. Tendenci k agresivitě ovlivňují již primární zkušenost, např. pozitivní posilování agresivních projevů dítěte (které si tak potvrzuje užitečnost takového jednání). V této souvislosti je třeba připomenout typické znaky počátků socializačního vývoje, kdy malý kojeneček ještě živé bytosti a neživé objekty nediferencuje. Za normálních okolností se to naučí o něco později, pomocí vztahu s matkou či jiným člověkem. *Teorie rané citové deprivace* říká, že dítě tuto potřebnou zkušenost nemůže získat, pokud se jeho nejbližší lidé nechovají žádoucím způsobem, specificky lidsky. Pro tohoto jedince pak nebude rozdíl mezi živým a neživým tak podstatný.

## **2.2 Problematika dětí s narušeným vývojem z hlediska speciální pedagogiky**

Knihy Lili Monatové (15) mapuje historii speciální pedagogiky a vývoj pohledu odborníků na handicapované lidi. Z ní vybírám některé postřehy, které se vztahují k dílčím problémům, které se objevovaly v mých případových studiích:

*Integrace postiženého dítěte mezi zdravé*: v 70. letech 20. století dala Itálie podnět k integraci v běžných mateřských a základních školách. Tento přístup dosáhl do současnosti rozšíření v celé řadě evropských zemí. Je zajímavé, že v 19. století byla pedagogie hodnocena velmi vysoko možnost zakládat pozvolna speciální školy pro tyto žáky. V poslední čtvrtině 20. století se začíná projevovat odklon od výchovy a vzdělávání defektních ve speciálních školách. Také u nás se s úspěchem vzdělávají handicapované nevidomé i mentálně či jinak postižené děti se zdravými spolužáky. Počet žáků je třídě je podstatně snížen, aby se jim mohla učitelka věnovat individuálně a současně je zapojovat mezi ostatní.

*Rozvoj morální stránky osobnosti v „diktátu dětí a mládeže“*: Francouzští sociologové zjistili, že téměř 95 % dětí a pubescentů rozhoduje o chodu rodiny. Projevuje se nejvíce v oblasti opatrování potravin, takže matky nakupují to, co si přejí děti, vaří převážně pokrmy podle požadavku dětí, podvolují se jim, protože jinak jídlo odmítají. Další oblastí je oblečení, kde již pěti až šestiletí vybírají i dražší oděvy a obuv. Tím vzniká složitá situace

u té části mládeže, jejichž rodiče nemají dostatečné příjmy, neboť se chtějí za každou cenu vyrovnat svým spolužákům.

### 2.3 Psychoterapie postiženého dítěte

Psychoterapii je možno aplikovat na nemoci somatické i mentální.

Volba konkrétní metody závisí na osobnosti pacienta i chorobě samé. Vzhledem k mechanismu vzniku psychosomatických potíží bývá vhodné užití různých relaxačních technik, užitečná může být i hypnóza, Používá se skupinová i individuální terapie. Rodinná psychoterapie je zaměřena na úpravu rodinných vztahů a komunikace, v těchto případech často narušené.

Psychoterapie mentálně postižených má nejčastěji charakter kognitivně-behaviorální terapie. Jejím cílem je eliminace nežádoucích projevů a rozvoj potřebných dovedností nebo návyků. V případě lehce postižených lze použít i skupinovou terapii, zaměřenou na korekci sociálního chování resp. emočních problémů, které jsou vyvolány negativním postojem okolí (daným obvykle také nápadnostmi jejich celkového projevu) (2). Je nutno rozvíjet takové činnosti, které mentálně handicapované děti poutají. V Dánsku se imbecilní pubescenti věnují takové činnosti, kterou si oblíbily a vyvolává jejich radost, i když je to většinou aktivita stereotypní, např. malování, opakovaný poslech určité hudební skladby apod. (15).

Jednou z alternativních terapií je také kineziologie. Kineziologie pracuje s energiemi a jejich drahami podobně jako akupunktura. Pohyby svalů je schopna napravovat v určitých bodech – energetických uzlech průchody energií. Nediagnostikuje nemoci, hledá pouze nerovnováhu a nedostatky určující tělesné nebo duševní problémy (16).

### 3 PROBLÉMY POSTIŽENÝCH A SOCIÁLNÍ PÉČE

#### 3.1 Postižené dítě a péče o ně

Postižené dítě v rodině potřebuje především klidné prostředí, prozářené láskou, úctou a vzájemným porozuměním a pochopením jednoho k druhému. Čím více je kolem něho nersrovnalostí, hádek, sporů, scén, tím více tím dítě trpí. Čas promarněný spory ubírá rodičům čas i možnost věnovat se dítěti. U zdravých dětí se dokážeme jakžtakž vžít do jejich rozpoložení, ale u postiženého dítěte bude hodně dlouho trvat, než poznáme, co na ně jakým způsobem působí, co je povzbuzuje, motivuje. Kromě lékařských vyšetření je neméně důležitá úloha psychologa. (17).

Typy služeb poskytovaných rodinám (18): krizové až dlouhodobé; poskytované v domově rodiny, v instituci specializované na práci s rodinou, v komunitním centru nebo jinde; poradenství, odborně vedená terapie, svépomocné skupiny nebo jiné; nakonec lze rozlišit i typ služby podle toho, co k ní dalo podnět – např. ohrožení dítěte, ohrožení dospělého, rozvodová situace.

Výchova začíná už prvního dne. U postiženého dítěte záleží na každé hodině startu do života, ani den by neměl být promarněn (17). Důležitá je také raná terapie, která je poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte. Má preventivní charakter, protože snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného. Posiluje rodinu, využívá jejích přirozených zdrojů tak, že i dítě s postižením může vyrůstat a prospívat v jejím prostředí. Má ekonomický přínos, postupně činí rodiče nezávislymi na institucích, snižuje nutnost ústavního pobytu a šetří tím státní výdaje. Právě láskyplná a stimulující interakce mezi rodičem a dítětem s postižením je podle posledních výzkumů podstatným faktorem rozvoje nejen jeho psychických, ale i fyziologických funkcí. Toto platí zejména pro období od 0 do 3 let. Proto je pro ranou péči typická forma terénní práce (návštěv poradenského pracovníka v domácím prostředí) (19).

#### 3.2 Sociální práce se starými lidmi žijícími doma

Sociální pracovník je starším pacientům k dispozici, aby jim pomohl hledat řešení jejich svízelné životní situace a podpořil pacienta i jeho rodinu v jejich rozhodování.

Terénní sociální práce se opírá o dobrý monitoring starých lidí, kteří někdy neumějí, nemohou nebo nechtějí signalizovat své potřeby. Mohou to být lidé hodně chudí nebo žijící osaměle (prostorově nebo i psychicky vzdáleni od ostatních lidí, bez sousedských kontaktů. Pozornost je třeba věnovat i dvojici vzájemně silně závislých křehkých starých lidí seniorům právě propuštěným z nemocnice (riziko nedokončené rekonvalescence, snížené soběstačnosti, podcenění zdravotního stavu, nevládnutí samoléčby). Ohroženi jsou i seniři odkázaní na péči rodiny (riziko vyčerpání a zdravotního selhání primárních pečovatelů: riziko špatného zacházení, tj. fyzického, psychického, ekonomického týrání) aj. Vyhledávání a sledování ohrožených starých lidí není u nás věnována náležitá pozornost. V rámci regionálního řízení sociálních služeb neexistuje závazné rozdělení povinností mezi praktické lékaře, agentury domácí péče, pečovatelskou službu nebo pověřeného sociálního pracovníka. V dřívější době tuto funkci naplňovaly geriatrické sestry, které úzce spolupracovaly s praktickými lékaři. Dnes prakticky žádná systematická práce na tomto poli neexistuje. Určitým příslibem je rozvíjející se komunitní plánování, jež by mělo pomáhat k vyhledávání potenciálních uživatelů služeb. Jde o komplexní interdisciplinární aktivitu, do níž by sociální pracovníci měli být zapojeni. Je základem rozvoje služeb pro seniory v regionu (obci). (20)

Myslím, že komunitní péče bude tím nutnější, čím se bude dále odsouvat odchod žen do důchodu. Tyto ženy by se tradičně v určitou chvíli postaraly samy doma o své rodiče. Mnohdy tato doba nadešla právě v polovině 6. decénia života ženy a shodovala se dříve zhruba s odchodem ženy do důchodu. A to už ani dnes neplatí a ještě nebylo konečné hranice dosaženo. Také typické choroby stáří, které se zahrnovaly do pojmu senilita, ale ve skutečnosti šlo o sklerózu, Parkinsonovu i Alzheimerovu chorobu, uspišují svůj nástup, takže se péče například již o některého sedmdesátníka stává velmi náročnou až nevládnutelnou.

*Snižování intelektu během života:* vlivem onemocnění může docházet ke snižování intelektových i dalších psychických funkcí u některých lidí ve vyšším věku, jak je již uváděno v dávné historii. Větší pozornost začala být věnována těmto projevům zejména od 19. století. Např. Parkinsonovu nemoc popsal v r. 1817 britský lékař J Parkinson. Je pro ni charakteristická řada změn způsobených narušením mozku. Mezi vzácnější formy demence podmíněné atrofickým poškozením mozku patří Alzheimerova choroba, kterou popsal Alois Alzheimer v r. 1906 a také Jakob Creuzfeld. (15)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 PŘÍPADOVÉ STUDIE

### 4.1 Jituška

Vypráví: babička

Předmět studie: 15ti-letá vnučka v pěstounské péči u dceřiny rodiny

Hlavní pečovatel: adoptivní maminka

Dítě se narodilo páru, který tvořil otec Slovák a matka Maďarka, a to v Severních Čechách. Oba byli Romové buďto úplně nebo částečně. Oba byli „sociální případ“, matka se o kojence nestarala, a proto ho několikrát otec údajně donesl sociálním pracovníkům – měl tedy větší cit, než vlastní matka. Oba žili pod vlivem drog a alkoholu. Matka zřejmě byla toxikomankou i v těhotenství - odborníci, kteří adoptivní rodinu informovali, alespoň mluvili o „alkoholovém syndromu“, který holčičku v jejím vývoji ovlivnil. Dnes však urostlá dívka nemá žádný zjevný znak FAS (fetální alkoholový syndrom).

I když babička mluvila rovnou o adopci, dcera měla Jitušku nejdříve jen v pěstounské péči. Podle otce byla Slovenka, tedy cizinka. I když ten si zažádal o české občanství a dostal ho, tato informace k institucím sociální péče nedoputovala. A tak kvůli byrokracii byla Jituška považována stále za cizinku a adoptována byla až ve svých 3,5 letech.

Při žádosti o adopci uvedla adoptivní matka svůj rodinný stav – je rozvedená, samoživitelka, v domku žije společně babička a dědeček, kteří také chtějí přispět k výchově nového dítěte. To spolu s tím, že žijí všichni v domku se zahradou způsobilo, že nebyl problém získat dítě. Svobodným a rozvedeným však, jak bylo bezpochybně naznačeno, dají jedině dítě postižené nebo barevné. (babička není sdělná ohledně druha dcery – zda již žili jako druh a družka v době adopce nebo se poznali později).

Při předání dítěte do rukou nové rodiny v Brně bylo zdůrazněno, že nová rodina byla vybrána proto, že je širší rodinou s dvěma generacemi a věřící. Kriterium křesťanské víry nových pěstounů pro problematické dítě bylo úřednicí zdůrazněno a vlastně zároveň vysvětlovalo, proč dochází k předání dítěte z tak zdaleka, mimo kraj, což se jinak běžně nedělá.

Babička krutě odsuzuje kvůli stavu a věku, ve kterém dítě její dcera získala, všechny státní instituce, které to způsobily. Odborníci, kteří nové rodině radili, totiž kladli všem na srdce, že mají již jen 0,5 roku na to, aby se jejich dítě co nejvíce naučilo, že období, které je tak



důležité, trvá jen do 4 let věku dítěte - a přitom ho nechali do 3,5 roku v ústavu. Psychologové, kteří dítě vytestovali, určili jeho intelekt na hranici slabomyslnosti, údajně má IQ 80 (babička neuvedla, kdy tento odhad IQ vznikl). Holčička ve 3,5 letech, kdy ji dostali, říkala i mužům teto, opakovaně ji doma učili svá jména. Holčička neměla žádný pojem o životě, neuměla pojmenovat nic z přírody. Nepoznala barvy a dodnes se jeví barvoslepá. Při předání holčičky do adoptivní rodiny kladli sociální pracovníci důraz hlavně na to, aby dívku naučili hygienickým návykům.

Nyní pečují o Jitušku maminka, její partner, který s ní žije ve společné domácnosti, a babička (dědeček již nežije). Podle babičky tvoří její dcera a druh příkladný pár, druh je rozvedený, má dva dospělé syny z prvního manželství, kteří s nimi nežijí, je již trojnásobným dědečkem. Dcera se rozvedla se svým prvním mužem kvůli jeho alkoholismu.

Jituška nastoupila do ZŠ o rok později a chodí na Církevní základní školu. CZŠ adoptivní rodiče zvolili pro Jitušku hlavně proto, že měli představu, že tam se jí nebudou děti smát kvůli barvě pleti. Až do 3. třídy měla výborného učitele. Ten ale odešel a učitelský sbor podle babičky začal mít s Jituškou problémy. Zvláště učitelky prý nedovedly pochopit, že Jitušce musejí všechno napovědět. Dokázala se vždy naučit jen něco nazpaměť, nemá „logické“ myšlení.

Ještě nyní se není schopna ani odstavec naučit sama. Matka se s ní učí 3 hodiny denně. Je z Jitušky někdy velice unavená, školní přípravu však za ni nikdo nemůže převzít, Jituška nikoho neposlechne. Babička s ní v tomto ohledu vůbec nehne, vůbec ji neposlouchá. Babička si není nijak přesně vědoma diagnózy s ohledem na školní schopnosti Jitušky, ale sama vidí, že jsou velmi chabé. Snad má dyslexii i dyskalkulii. Babička používá výraz, že Jituška je nevzdělavatelná. Matka se s ní učí i o prázdninách, aby nevypadla z rytmu, asi by vše zapoměla. Představa, že by v září začínaly od nuly, ji děsí.

Po 7. ročníku ZŠ ji chtěli na doporučení psychologů dát rodiče na zvláštní školu. Na nátlak CZŠ to však neudělali a nechali ji na této škole, takže Jituška zůstala až doposud pod značným tlakem, který na ni učení se v normální škole působí. Dilema, zda dát Jitušku na zvláštní školu bylo v podstatě vyřešeno hlavně s ohledem na společenský požadavek doby – Církevní základní škola se asi domnívala, že by ji v očích veřejnosti zdiskreditovalo, že je odtud romské dítě převáděno do zvláštní školy. Dnes už je reálná naděje, že Jituška dokončí normální ZŠ. Matka údajně doslova počítá hodiny. Pak se bude Jituška učit kuchařkou, pravděpodobně na zvláštním učilišti.

Babička zdůrazňuje, že jí naspořila na budoucnost.

Jituška má křesťanskou výchovu. Je dobrosrdečná ale velmi závistivá. Je velice hodná a kamarádská, ale jen ke spolužákům, doma je to horší. Nesnáší mazlení, není šetrná. Chodí moderně oblečená. Je kamarádská, když někoho potřebuje. Nemá žádný vztah ke zvířatům – má sice psa ale nezajímá ji. Jituška je sama od sebe velmi málo aktivní a nejraději má lenošení a dobré jídlo. Kvůli této vlastnosti ji matka vždy nutila alespoň do nějakého sportu. Původně to bylo plavání, dnes je to házená. Pokus o hudební výchovu ztroskotal, i když příslušnost dítěte k romskému etniku sváděla k určité naději na nadání k hudbě. Jituška však takové nadání naprosto postrádá.

Matka se svým partnerem jsou dobře situovaní a aktivní, sportovně založení. Jsou tedy schopni účastnit se nejrůznějších sportovních aktivit, mají už stálou sportovní partu, s níž tráví rekreace i volný čas. Jituška vždy jezdí s nimi, a tak je do sportování tlačena. Někdy se babičce zdá, že až moc, že dítě bývá po návratu vysílené. Avšak matka má strach z hrozící Jituščiny nadváhy. Již teď se začíná projevovat sklon dívky k získání podsadité postavy, jaké jsou typické pro některé Romky už v mladém věku. Jituška je na tom s dobrovolnou aktivitou v čemkoli tak, že prakticky musejí být užívány donucovací prostředky. Neudělá nic ani pro školu ani například pro domácí pořádek. Jediné, co ji přinutí, je fyzické trestání. Po exekuci je mírně ochotná k práci. Tím bohužel vzniká agrese ze strany rodičů, kterou dítě nevnímá nejlépe.

Nejen pro sport, ale i pro návštěvu školy má Jituška díky možnostem rodičů značkové oblečení. Není však tuto skutečnost schopna psychicky zpracovat. Úroveň oblékání, především s důrazem na značkové zboží, jí splynula s hodnocením kvality člověka. O těch, kteří značkové oblečení nemají, prohlašuje, že jsou to debili. Dnes by už jiné než značkové oblečení na sebe vůbec nevzala, míní babička. Lidmi, kteří značkově oblečení nejsou, doslova opovrhuje - babička zdůrazňuje slovo „opovrhuje“. Navzdory křesťanské výchově v ní našla úrodnou půdu především orientace na materiálně, které snadno pochopila. Podle materiálního zabezpečení hodnotí lidské kvality.

Babička si je jistá, že by si za partnera nevybrala Roma. Příčí se jí „chuligáni“ i Romové. Kromě sportu, který pěstuje, chodí Jituška ráda na diskotéky a do oratoře. Zvládá obsluhu veškeré moderní techniky, počítač, mobil, DVD. Jituška je velmi komunikativní, používá ráda hantýrku. Sama sebe zřejmě hodnotí dost vysoko. Babička říká doslova: „Ona neví, jak je blbá. Ona nemá komplexy“.

#### 4.1.1 Shrnutí

Komunikace uvnitř rodiny: dítě je přes své problémy a nepříliš velkou odezvu na investované úsilí a lásku stále bráno pozitivně všemi členy rodiny. Přestože sebehodnocení Jitušky není asi na správné úrovni a zřejmě výchovné působení vnímá jako zátěž, je ochotna ho vcelku akceptovat a i na násilí reaguje tak, že vykoná žádané. Jde tedy určitě o pozitivní vztah k matce, i když možná nezralý. Je otázka, zda jiný přístup od matky a ústup o tak zvaných zásad, na kterých musí trvat každý rodič, by vztah zlepšilo. Zdá se však, že u lidí mentálně nebo sociálně slabších je někdy určitá agresivita přijímána jako důkaz lásky a zájmu o jeho osobu. Jestli tomu u Jitušky bude také tak, ukáže až budoucnost. Matka je psychicky velmi zatížena a jen díky dobré fyzické kondici vše vydrží. Je však opravdu „na konci sil“, hlavně zřejmě psychických. Zasloužila by si pozornost a aplikaci vhodné psychoterapie.

Komunikace vně rodiny: rodiče se orientují od začátku na své vlastní zájmy, do kterých zapojili i dítě, takže aktivní zájmový život v okruhu sportovní přátel zřejmě zaručuje plné pochopení. Jsou tak zvané mezi svými. O postavení dívky ve třídě nebylo možno zjistit nic. Vzhledem k tomu, že Jituška má enormní sebevědomí, odrazuje i případné šikany. Některé atributy – moderní značkové oblečení, mobil atd., které zvyšují prestiž dítěte v kolektivu, má díky solventnosti adoptivních rodičů zajištěny. Rodina je věřící a komunikuje s dětskou organizací Salesiánů, kde posměšky a případné napadání se vylučují díky této komunitě.

Komunikace se školou zřejmě neprobíhala nejlépe. Babička nemohla referovat o podrobnostech, ale závažná rozhodnutí konzultovaná se školou prozatím nevyzněla jako opravdu ohleduplná komunikace se vzájemným porozuměním a s ohledem na dítě – rodiče podleli nátlaku školy aniž si byli jisti, že udělali dobře dítěti.

## 4.2 Jarek

Vypráví: speciální pedagog, Jarkův bývalý učitel

Předmět studie: 50ti-letý epileptik, postižený kombinovanými vadami

Hlavní pečovatel: dříve agresivní otec, nyní starší sestra

Narodil se jako 3. dítě v rodině, kde otec měl násilnické sklony. Dnes je z něho již padesátiletý muž, psychopatická osobnost, s výrazným sklonem k hysterii, který má zablokované postoje k ostatním lidem. Nedoslýchá a trpí slabší formou epilepsie.

Žije s matkou a je sociálně slabý. Nejnutnější péči, to znamená například nákupy a úklid jim zajišťuje jeho starší sestra.. Jarek není schopen se o sebe úplně postarat. Finančně je zajištěn invalidním důchodem. Když byl školou povinným dítětem, jeho strava i oblečení byly velmi skromné. Oba jeho rodiče také žili z invalidních důchodů.

Jarek je zjevně v dobré fyzické kondici. Umí trochu číst, zvládá jednoduché „kupecké“ počty. Velmi dobrou má paměť na čísla a letopočty.

Po dobu čtyřiceti let, kdy se s ním jeho dnes už bývalý učitel setkává, pozoruje hluboký úpadek v sociální oblasti – zejména v mezilidské komunikaci. Oproti dětství je však daleko klidnější, téměř vymizely jeho nekontrolované výbuchy zlosti.

Otec před lety zemřel. Když ještě Jarek žil jako dítě v rodině, byl naprosto podřízen otcově vůli. Ten sám byl podivín a velmi nepříjemný člověk. Otec se domníval, že Jarka „vychová“ a všechny jeho negativní projevy chování tím zmizí. Zkrátka - léčil duševní postižení tělesnými tresty. To ovšem ještě Jarkovu psychopatii a agresivitu zvyšovalo. Hlavou rodiny byl otec, matka zcela na okraji. Jarkova agresivita se během dětství vystupňovala takovým způsobem, že byl nebezpečný okolí a na návrh lékaře byl umístěn v léčebně. Otec se s tím nesmířil a apeloval až na Prezidentskou kancelář. Na zákrok samotného prezidenta republiky po stížnosti otce na „ubližování dělnické třídě“ byl propuštěn do domácí péče, tedy opět do „laskavých“ rukou otce.

Jarek je, jak bylo výše uvedeno, psychopat a hysterik. Na malý podnět reaguje příliš silně. Pan učitel vypráví, že jej kdysi pozdravil, když bylo veliké horko. Jarek vypadal unaveně a byl uzavřen do sebe. Pozdrav jej tak vylekal, že začal křičet, vyhrožovat, nadávat. Choval se velmi agresivně.

Na jeho školní úspěchy si pan učitel dobře vzpomíná. Nebyl schopen se soustředit, měl nutkavé myšlení<sup>1</sup>. Výsledky intenzivní práce pedagogů byly minimální. Opakoval na

---

<sup>1</sup> utkvělé vzpomínání stále na stejnou osobu, věc, přírodu, součást obsedantně kompulzivní poruchy

zvláštní škole třídu na nižším stupni (1. – 5. tř.). Měl velmi neurovnané písmo, špatně četl. To znamená, že četl v textu vždycky jen jednotlivá slova, chyběla plynulost. O denním režimu u něj nebylo možno mluvit. Život v jeho rodině byl takový, že po příchodu ze školy vyběhl na ulici a tam byl do večera, aby se vyhnul přísnosti otce. Rodina byla značně primitivní. Zájmy se točily vždy jen kolem hmotného zabezpečení. Rodina neměla schopnost navazovat kontakty. Otec pocházel ze Slovenska, byl zachmuřený individualista, silná osobnost, které se každý raději vyhnul, matka „ušlápnutá“, neprojevovala se na veřejnosti. Z toho vyplývá i způsob trávení volného času a péče o postiženého. Lze říci, že se opět omezovala pouze na hmotnou oblast. Běžná péče „normálních“ rodičů zde nebyla. Žádné rozvíjení osobnosti rozhovorem, čtením pohádek, hraním her a podobně.

V současnosti se nejstarší bratr od rodiny distancuje, starší sestra se pravidelně a obětavě stará o matku i bratra, kteří spolu bydlí v jedné domácnosti. Jarek, pokud je to možné, je pod neustálou kontrolou psychiatra. Je usměrňován léky, na což musí dohlížet jeho starší sestra.

V současné době se jeho projevy nesnášenlivosti okolí trochu zmírnily. Lidé ve městě, kde žije jej již znají a hrají v jeho blízkosti většinou „mrtvého brouka“, takže není drážděn. Je nepravděpodobné, že by trpěl pocitem výlučnosti. Sousedé ho také tolerují.

Jeho mentální a duševní postižení je velmi těžké. Přesto je adaptován na společnost. Lépe řečeno, společnost jej toleruje, on společnost ne. Uvědomuje si však svou sociální pozici a snaží se být prospěšným. Uklízí odpadní koše na ulicích, obaly na tržišti a často nosí papíry do sběrně. Zná ale velmi dobře cenu peněz. Za úklid dostává drobné finanční pozornosti.

Pozornost má velmi těkavou, nedokáže vydržet na jednom místě, stále je puzen k pohybu. Mluví rychle, neurovnaně, což svědčí o tryskajícím myšlení<sup>2</sup> (samozřejmě jen v limitech jeho postižení). Pokud má nějaké zájmy, pak jsou primitivní. Je to například sbírání vlajek a shromažďování peněz, které si „vydělá“ při odnosu sběrového papíru. Peníze nikdy neodcizil, na rozdíl například od vlajek. Ty získává při různých slavnostních příležitostech, kdy neváhá pro vlajku vyšplhat na stožár.

---

<sup>2</sup> tryskající myšlení – myšlenkový trysk = překotné myšlení, překotná duševní aktivita

#### 4.2.1 Shrnutí

Komunikace uvnitř rodiny: vzhledem ke sdělení učitele, který se domnívá, že Jarek byl dítětem ulice, je možno naprosto pochybovat o tom, že rodiče měli na dítě jiný vliv, než byla zmíněná agresivita otce. Matka pravděpodobně dítě chránila, ale nejspíše minimálně v rámci svého postavení. Starší bratr se zřejmě izoloval, ale starší sestra Jarka akceptovala. Patrně i v dětství pro něho něco znamenala. Vzhledem ale k jeho odlišnosti, která je patrná i v mezilidské komunikaci, nebyla schopna i vzhledem k rodinné atmosféře s hlavní postavou otce, kterému se lidé raději vyhnuli, příliš přispět k pohodě postiženého dítěte, kterým mladší bratr byl. Zůstala mu však nakloněna dodnes. Maminka je přes své stáří schopna vařit a prát.

Komunikace vně rodiny: přestože se okolí distancovalo od hlavy rodiny, měl Jarek údajně v sousedství jakési kamarádské vztahy s dětmi. Ty ho ale u sebe dlouho nevystály vzhledem k jeho debilitě (případně imbecilitě). Zaráží i to, že učitel si nevzpomíná na žádnou spolupráci se sociálními pracovníky ohledně Jarka. Jedině dočasné umístění v léčebně, odkud ho otec „vysvobodil“ je zřejmě jeho jediným léčebným pobytem a jedinou terapií byla a je práce.

### 4.3 Antonie

Vypráví: sama postižená

Předmět studie: vdova, 57 let, postižená po těžkém úraze

Hlavní pečovatel: syn, ovšem ona sama je pečovatelkou o 95ti-letého otce

Antonie, nyní padesátisedmiletá žena, je od svých 25 let vdovou. Vychovala sama 2 syny. Starší ze synů v 15 letech po těžké nemoci zemřel. S mladším synem žije dodnes v rodinném domě.

V 56 letech prodělala úraz, který zanechal trvalé následky na jejím zdraví. Při ošetřování koní ve stáji ji jedno zvíře koplo přímo do obličeje. Měla tříštivou zlomeninu horní a dolní čelisti a celého obličejového skeletu, zlomeniny lebky, krvácení do mozku. Díky včasnému zásahu sousedů byla převezena do fakultní nemocnice. Devět dnů strávila v komatu, pak byla udržována v umělém spánku. Po více než třech týdnech strávených na jednotce intenzivní péče byla přemístěna na oddělení obličejové, čelistní a ústní chirurgie. Měla však i problémy s očima – následkem úrazu očnice neudržela oko, byla poškozena i rohovka.

Její úraz zaměstnal oční lékaře, lékaře ORL, stomatochirurgy, neurology, plastické chirurgy a posléze internisty a rehabilitační pracovníky. V době pobytu v nemocnici ztratila zrak a částečně paměť. Neuvědomovala si, kde je a proč tam je. Na přeložení na lůžkové oddělení nevzpomíná ráda, bylo to pro ni velmi náročné. Byla napojena na infuzi, neviděla, byla dezorientovaná. Přesto se velmi snažila o samostatné vykonávání základních hygienických potřeb.

V nemocniční péči strávila dva měsíce. Pro velký nedostatek lůžek byla propuštěna do domácího ošetření. Bylo ovšem nutno, aby třikrát do týdne přijela do ambulance na kontroly a vyšetření, a to na stomatochirurgii, oční a krční.

V době, kdy došlo k úrazu, bydlela ve společné domácnosti s třicetisedmiletým synem a devadesátipětiletým otcem, o kterého celodenně pečovala. Sama byla již ve starobním důchodu.

Když byla ještě hospitalizována, dojížděl k ní domů pečovat o tatínka její bratr, rovněž starobní důchodce.

V první polovině dne tedy pečoval o starého tatínka její bratr, odpoledne převzal péči po svém příchodu ze zaměstnání její syn. Syn dále kromě zmíněné odpolední péče o senilního dědečka ještě denně dojížděl do dvacet kilometrů vzdálené fakultní nemocnice na návštěvy matky.

Poté, co byla propuštěna z nemocnice do domácího ošetřování, její bratr, který vůbec nepochopil vážnost situace, přestal o svého otce pečovat. Vnímala to velmi těžce. Její syn se ocitl v nezáviděníhodné situaci. Musel chodit do zaměstnání, pečovat o svoji nemohoucí matku a vozit ji 3x týdně k ambulantní péči do nemocnice a navíc pečovat sám o senilního dědečka a celé rodinné hospodářství, čítající mimo jiné i jeho tři koně. Tato situace v žádném případě nepřispívala k dobré psychické pohodě Antonie a v souvislosti s tím ke zdárnému uzdravování. Zátěž, která na ni byla kladena byla enormní. Dosud nepochopila chování svého bratra, kterého považovala vždy za svou velkou životní oporu. Připadá jí, že jí bratr v té době začal dělat podivné schválnosti. Například telefonoval jí i v noci, vyčítal jí věci, které ve svém stavu v žádném případě nemohla ovlivnit, nebo na ně nějak reagovat či dokonce nějak řešit. Osočoval ji, že tatínka drží pod prášky, aby měla klid, přitom ten dostával jen taková množství, která měl předepsána. Nemohla se atakům zvláštního chování bratra nijak bránit. Pokud její bratr její dům, respektive tatínka navštívil, za ní nepřišel, s ničím jí nepomohl, neprojevil o její situaci sebemenší zájem. Nevzpomíná na toto období velké bolesti a absolutní bezmocnosti ráda. Při tomto vzpomínání se rozpláče.

K uzdravení jí pomohla silná víra a velký pocit zodpovědnosti. Kdo by se postaral o tatínka? V té době se projevila velká účast ze strany synovy tehdejší snoubenky, nyní manželky.

Antonie byla před úrazem atraktivní pracovitou ženou s mnoha zájmy. Starala se o chod rodinného domu, o zahradu a velmi ráda vařila a pekla. Velmi ráda se zabývala ručními pracemi, především háčkováním, šitím a vyšíváním. Při rekonvalescenci se nemohla zabývat tím, co dříve dělala ráda. Částečně ztratila zrak a vzhledem k poranění hlavy se nesměla sebemeně namáhat. Vše ale překonala, protože, jak říká, musela. Viděla, že její syn je také na pokraji psychických i fyzických sil a chtěla mu situaci ulehčit. Trénovala tedy znovu běžné denní činnosti.

Tatínek nebyl schopen ve svém věku situaci zhodnotit a přijmout. Po mnoha plastických operacích se její tvář velmi změnila. Nevěřil proto, že ta žena, která je nyní doma, je jeho



dcera. Cítil se zaskočený, propadal sebelítosti, depresím, začal se chovat agresivně. Toto se zatím Antonii nepodařilo nijak pozitivně vyřešit.

Příběh se tu rozchází vlastně na 3 kauzality, není jen příběhem Antonie:

- zraněná trpící žena, která snáší bolesti a zodpovědnost za starého otce a přitom zažívá nepochopitelné chování bratra
- senilní muž, kterému se bez jeho viny změnil svět nejbližších lidí tak, že ho uvádí do depresí
- mladý zodpovědný muž, který bez reptání přebíral péči o matku, dědu, dům, stáj a pozemky, přičemž v této nesmírně časově náročné činnosti nemohl využít ani práva na úplné setrvání v domácnosti jako osoba blízká a pobírající příspěvek na ošetřování, který by se mu tak stal prakticky jediným příjmem (nemohl by splácet hypotéku a další pohledávky).

#### 4.3.1 Poznámky k nově vzniklým kauzalitám

Zpověď seniora nemám, mohu situaci posuzovat pouze z vyprávění jeho dcery. Dnes jeho agresivita stoupla natolik, že ji napadá. Proto Antonie nevidí jiné řešení, než umístit svého otce do sociálního zařízení Charity, kam by mohl být přijat, ale v nejbližší době není volné místo k dispozici. Nezbyvá, než čekat, což může mít velmi negativní vliv na stav rekonvalescence Antonie. Ta svou současnou situaci charakterizuje slovy „jsem na dně“, „spěji ke kolapsu a pak děda umře“. Patologické chování starce není nijak diagnostikováno, příčinou může být kromě nesouladu s okolím – dcera se jeví jako cizí – také i některá z typických chorob stáří, která se v tomto nepříznivém duševním rozpoložení

u starce rychleji rozvinula, jako je například Alzheimerova choroba končící typickou agresivitou nemocného. V tom ale momentálně musejí pomoci lékaři. Bylo by zřejmě dobré, získat pro tuto rodinu pracovníka krizové intervence, aby situaci odborně posoudil. Rodinu lékařka navštívila jen jednou a stav seniora považovala za normální a věku přiměřený.

Domnívám se, že má respondentka již nemůže některé kroky, které situace nutně vyžaduje, sama učinit. Možná, že stařec je skutečně v terminální fázi zmíněné choroby, a pak se stává velmi nebezpečným. Hospitalizace by byla zřejmě vyřízena bez odkladu.

Syn se snaží matce pomoci, ale vzhledem k jeho novému manželství, ve kterém se rozhodl řešit bytovou situaci přístavbou vlastními silami (při zaměstnání), nemá na řešení trvalého

problému, který si zvykl vnímat jako nutné zlo, již tolik času. Nemůže nést deprese celé rodiny na „svých bedrech“ a musí zachovat alespoň svoji mysl schopnou normálního uvažování pro své běžné pracovní i rodinné problémy. Matce ovšem nadále pomáhá.

Antonie žije v malé příměstské části, která má vesnický charakter. Po jejím úraze se o její problémy nezajímal nikdo z obecních zástupců a ani sociální pracovník. Protože je však Antonie věřící, našla oporu v místním faráři, který se o ni a její rodinu zajímal, a přátelskou podporu cítila od celé farnosti. Odtud plyne také vidina jediného řešení krizové situace s otcem – kontakt získala na Charitu, což je církevní organizace. Jiné doporučení k veřejnosprávním institucím nemá a nemá ani sílu si je „vyšlapávat“.

#### 4.3.2 Shrnutí

Komunikace uvnitř rodiny: po zranění se Antonii změnily vztahy v její rodině tak markantně, že bez lékařského dobrozdání (internisty vzhledem k otci a psychologa vzhledem k bratrovi) nelze ani dobře zhodnotit příčiny. Syn vychází jednoznačně pozitivně z celé situace, kterou zvládá s maximálním nasazením. Antonie se opírá o svou vnitřní sílu, snaží se vyhovět senilnímu otci a neobtěžovat příliš syna, který má také své problémy. Chce udržet dobré vztahy se všemi blízkými, chování bratra, který se jí vyhýbá, však ovlivnit nemůže. Jak dlouho ale její síly a snahy vydrží bez výrazné pomoci zvenčí, není známo.

Komunikace vně rodiny: pomoc od obce a státu se zužuje na příspěvek na pleny pro dospělé. Návštěvy sociálních pracovníků doma se žádné nekonají. Jediný sociální pracovník, který se dostavil, pravil: „Paní, vy máte 3 koně!“ To mu připadalo natolik úžasné, že ani argument, že nejsou její ale synovy, jí nepomohl. Pracovník ji od této chvíle považoval za majetnou a už nic pro ni neudělal. Osobní a organizační problémy ho nezajímal.

## 4.4 Pavla

Vypráví: sama postižená

Předmět studie: svobodná 23ti-letá slepá dívka

Hlavní pečovatel: maminka

Narodila se předčasně – v 7. měsíci a při narození měla 1,30 kg, z něhož zhubla na 90 Dg. Celou situaci kolem svého narození vnímá jako velkou osudovost. S matkou se od začátku nezacházelo přiměřeně jako s rodičkou, holčička se narodila císařským řezem v náhradním sálku a byla umístěna do inkubátoru. Matka následně dostala zánět pobřišnice. V inkubátoru nedostatečně hlídali přívod kyslíku. (inkubátor umístěný v horním patře, měřící přístroje ve sklepe). Silný proud kyslíku spálil obě oční pozadí včetně sítnic. Oční lékařka nerozpoznala problém. Zbytek zdravé sítnice odumřel také, protože ji nikdo nestimuloval. Rodiče nebyli o ničem z toho informováni, až ve dvou měsících, kdy problém rozpoznal doc. Kuběna, který jej diagnostikoval.

Pavla je jediná dcera svých rodičů – tatínek měl v době jejího narození 35 let, maminka 36 let. Rodiče se ve věku 3 let dcery rozvedli. Dívku vychovala maminka a babička. Mamince je nyní 59 let, babičce 85 let. Tatínek ji v útlém věku často navštěvoval. Jakmile začala vést smysluplné rozhovory, věnoval se jí ještě více. Nikdy nezaložil novou rodinu, zůstal sám.

Tatínek byl vedoucí dopravy v Pozemních stavbách, v expedici tisku, nyní v je bezpečnostní agentuře. Maminka byla zaměstnankyně banky, nyní je v důchodu. Babička byla v aktivním věku prodavačkou obuvi a punčochového zboží. V době, kdy se Pavla narodila, byla babička v důchodu a hlídala ji do 5 let. Dívka však zdůrazňuje, že od maminky muselo být vše připraveno – navařeno, uklizeno, vypráno. Pracovaly na zahradě, dělaly ruční práce. Babička nebyla ráda, když maminka večer někam odcházela. Tatínek se někdy stavil odpoledne, jindy o víkendu nebo o prázdninách. Rodiče spolu stále vycházejí dobře.

Rodiče chtěli dceru dát do běžné školky, ale v té době nebyli pedagogové integraci vůbec nakloněni (r. 1987). Rodiče věděli, že dcera se musí naučit životně důležitým dovednostem před nástupem do základní školy. Chyběli jí vrstevníci, bavívali se s ní zpravidla dospělí.

Školka pro postižené děti, do které byla nakonec umístěna byla internátní od pondělí do pátku. Ve školce se jí velmi stýskalo. Chybělo jí velmi prostředí domova. Vadila jí nepří-

jemná učitelka, která nerespektovala, že trpí nechutenstvím. Byla ráda, když ji rodiče občas nechali doma. S dětmi se cítila dobře. Neví, jestli byla oblíbená. Zpočátku byla uplakaná. V žádném případě by se tam však nechtěla vrátit. Ve školce strávila 2 roky.

Poté chodila do Základní školy pro nevidomé a slabozraké v Brně – Pisárkách. Musela být v internátu od pondělí do pátku, patrně vzhledem k postižení. Začátky neměla jednoduché. Internátní pobyt byl zásahem do jejího života.

Ve škole se jí dařilo dobře. Měla ve třídě bývalé spolužáky ze školky, takže nebyla v úplně neznámém kolektivu. Jiní byli vychovatelé, učitelé i povinnosti. Dnes nevzpomíná na ZŠ ve zlém. Na internátě se naučila samostatnosti i díky vlídnému přístupu vychovatelek. Naučila se o sebe starat, sprchovat, stlát si a dokonce pomáhat mladším spolužákům. Hodně si pomáhali všichni navzájem. Slabozrací dávali občas najevo, že vidí. Měli skupinové aktivity. Kamarádství ze základní školy jí vydržela dodnes. Soužití se spolužáky z nižších i vyšších ročníků na internátě dnes posuzuje jako sourozenecké.

Rodiče se velmi snažili, aby dceru po 11 letech prožitých na internátech mohli dát na střední školu pro zdravé děti. V těchto integračních snahách však rodičům ZŠ nijak neporadila. Inspirací bylo, že obě sestřenice chodily na místní gymnázium ve Zlíně. Proto se maminka v průběhu 8. třídy své dcery dotazovala u tehdejšího ředitele gymnázia, zda by mohla dcera nastoupit na běžné studium. Před zkouškami samotnými si Pavlu pozvali ke zkušebním zkouškám, aby vůbec věděli, jaké pomůcky bude potřebovat ke studiu. Byla přijata. Absolvovala tedy klasické všeobecné vzdělání na gymnáziu.

Hlásila se na několik vysokých škol. Na Masarykovu univerzitu na práva ji nepřijali. Na angličtinu a pedagogiku by ji mohli přijmout na odvolání. Okamžité přijetí jí vyšlo ve Zlíně na Sociální pedagogice. Zlín byl pro ni nejlepším řešením. Jednak ve Zlíně bydlí, jednak by v případě studií v jiném městě její maminka přišla o příspěvek na péči o osobu blízkou.

Jak se slepci studuje: dostupnost studijních materiálů nehodnotí při studiu nejlíp – nedostupné i pro vidoucí. Zázemí knihovny necítí, je zde málo materiálů. Ironií osudu i vyučující v předmětu „Sociální výcvik“ nebyli schopni zařadit slepce do výcviku sociálních kontaktů. Osvědčovali k ní korektní přístup, ale některé jejich postupy nebylo možno beze zbytku aplikovat. Nebyli sami připraveni na komunikaci se slepcem a prakticky nedokázali zapojit slepce do komunikačního tréninku. V některých učebnách

není ani zdroj elektrického proudu, který Pavla nezbytně potřebuje k zápisu přednášek do laptopu.

Pavla je velmi komunikativní, ovládá angličtinu a francouzštinu. Oba jazyky dále studuje, francouzštinu i soukromě vyučuje. Jejními koníčky jsou hudba, kterou ráda poslouchá (folk, country, pop). Učila se 9 let hrát na klavír na ZŠ a 3 roky na zobcovou flétnu na gymnáziu. Ráda zpívá.

Baví ji modelování z hlíny, malování obrázků na Pichtově psacím stroji. Nemá grafický talent.

Četbu poslouchá z digitálních zvukových knih, Braillovým písmem čte méně, hlavně časopisy v posteli a při opalování. S maminkou a přáteli ráda chodí do divadla a na koncerty. Má ráda vycházky do přírody, kam ji vodí tatínek, který ji učí poznávat stromy. Účastní se aktivně dění v Tyflocentru, které má také pod svým patronátem plavání svých členů a showdown (aplikovaný stolní tenis pro nevidomé).

#### 4.4.1 Shrnutí

Komunikace uvnitř rodiny: rodiče komunikují dobře nejen vzájemně, ale hlavně se svou dcerou. Lze se snad i domnívat, že rozpad manželství napomohl udržet vztah s dcerou stálý a nezávislý na vzájemném vztahu manželů, což je pro Pavlu velmi dobré a šetrné. Z krize rodičovské identity (2) vyšli sice rodiče rozpadem manželství, mezilidské vztahy však zůstaly optimální a k Pavle snad dokonalé. Babička, která je již hodně pasivní, na Pavlu stále dohlíží a poskytuje jí drobné služby.

Komunikace vně rodiny: v dětství dítě značně strádalo. Bylo výchovnými institucemi, do nichž bylo umístováno jako do azylového zařízení, vlastně izolováno, a proto deprivováno. Odtržení od rodičů představovalo citové strádání. Pavla však trpěla i odtržením od reality společenské. Život v komunitě slepců není modelem pro další život mezi ostatními lidmi. Zarážející je počet let strávených od rodiny, a to již v útlém věku. Toto zinstitutionální dětství, kdy dítě komunikovalo s cizími, místo s vlastními lidmi, připomíná umístění dítěte do domova.

Dnes její komunikace směřuje jednak ke komunitě přátel, mezi nimiž jsou i slepci, jednak ke spolužákům. Tato komunikace je velmi dobrá. Pokud však jde o komunikaci s institucemi, nelze to hodnotit jednoznačně kladně. První vstřícné jednání se odehrálo na

gymnáziu, dobře dopadl i nástup na vysokou školu. Nepochopení potřeb slepců je však stále realitou i tam. Pasivní komunikace, dá-li se to tak říci, s institucemi sociální péče je ovšem velmi uspokojivá díky stanovení plného invalidního důchodu již od 18ti let. Tak se studentka stala poměrně finančně nezávislou, což dosahují zdraví studenti jedině pomocí vlastní (brigádnické) práce. Rozhodně bych však s ní neměnila. A také technické zázemí, které si Pavla udržuje (od počítače, scanneru, čtecí klávesnice až po internet a speciální papír do Pichtova psacího stroje ...) je velmi nákladné.

## 4.5 Honzík

Vypráví: pěstounka

Předmět studie: mentálně retardovaný 18ti-letý hoch (retardace středního stupně)

Hlavní pečovatel: maminka – pěstounka

Honzík je těžce týrané dítě, tzv. vlčí dítě. Byl nalezen ve 3 letech se svým 3-týdenním sourozencem v postýlce přivázaný, hladový, vyčerpaný, byli přikryti černou dekou. Souroženec zemřel. Sestřička nalezená přivázaná k noze postýlky přežila. Nalezení byli po anonymním hlášení.

Byl odvezen do diagnostického ústavu, pak do dětského domova pro postižené děti. Byl to týdenní dětský domov. Přesto zůstával se svou biologickou sestřičkou v domově i přes víkendy.

Víkendové služby si brala vychovatelka – alkoholička. Spala opilá na posteli a děti znovu prožívaly to, co znaly ze svého původního domova. Strachy se schovávaly pod postýlkou. Chlapec ještě ve čtyřech letech neřekl ani slovo.

Náhradní matka byla na sourozence upozorněna psycholožkou. Začala si brát děti na víkendy. Musela je však do domova vracet. Po poradě s Fondem ohrožených dětí se vydala v doprovodu novinářky za dětmi. Rozhodla se děti ochránit vůči dosavadnímu pobytu v domově bez čekání na soud. V pohružce medializace se děti podařilo odvést. Urychlená cesta k pěstounské péči vedla přes naprosté izolování se s dětmi doma. Podpis dokazující, že přebírá za děti zodpovědnost byl jediným krytím pěstounky vůči domovu. Tři čtvrtě roku, kdy děti de facto ukrývala, nedostávala žádný příspěvek na pěstounskou péči. Nevycházeli z domu, potraviny obstarávali prarodiče. Za 3/4 roku proběhl soud a děti byly úředně přiřčeny dosavadní pěstounce, soud zároveň rozhodl o vyplacení příspěvků zpětně.

Náhradní rodina si přeje zůstat v anonymitě. Tvoří ji matka – pěstounka a sourozenci: vlastní sestra a ostatní děti již dříve v pěstounské péči, rasově různí.

V textu používám dále slovo maminka, neboť tak o sobě pěstounka hovoří a v takovém jednoznačném pocitu se nachází. Ve své pěstounské profesi našla svůj smysl života. Naučila se vše dokonale organizovat a také finančně zajišťovat. Její domácnost lahodí duši a poskytuje obraz rodinného souladu a až nápadné „přeuklizenosti“. Poslední skutečnost maminka zdůvodňuje 22 lety strachu z přísného dohledu sociálních pracovníků.

Maminka zažila velmi těžké situace, kdy například byla nucena řešit otázku bydlení, kdy finančně nestačila na opravu, která se náhle projevila daleko většího rozsahu, než se dalo na začátku tušit. Sociální pracovníci jí situaci nijak nepomohli řešit, dali pouze radu, ať vrátí děti do domova, jestliže nemá pro pěstounskou péči ve své domácnosti podmínky. Toto období hodnotí maminka jako dobu největší zátěže na celou rodinu. Fond ohrožených dětí, na který se opět obrátila, shromáždil sponzory, kteří se konkrétně rozhodli této rodině pomoci. Jen adresování peněz bylo problémem. Jako soukromé osobě jí sponzorské organizace nemohly přispět. Proto požádala o spolupráci Sociální odbor zlínské radnice. Ten byl ochoten přijmout dané peníze, ale vyhradil si za to, komu je dá. Naznačil rovnou, že má jiné, naléhavější případy. Nakonec vše vyřešil zřízením zvláštního účtu opět Fond ohrožených dětí, odkud musela chodit peníze čerpat.

Chlapec je nejmladším dítětem v náhradní rodině, udržuje velmi pěkný vztah s biologickou sestrou, v nejstarším „bratrovi“ vidí otce. Nejstarší chlapec ho jako syna přijímá. Je mezi nimi rozdíl osm let, ale vzhledem k postižení jakoby osmnáct. Jejich vztah je velmi silný. Se svou biologickou sestřičkou komunikuje velmi pěkně, a to především neverbálně. Při konfliktech se jej ostatní děti zastanou. Jsou i rozepře ale ostatní sourozenci jej zpravidla chrání.

Chlapec je hodně pasivní. Není schopen sám si zorganizovat volný čas. Velmi rád navštěvuje Saleziánské středisko mládeže, kde si může zahrát ping-pong, kulečnick nebo stolní fotbal. Doma jsou jeho zájmy spíš pasivní – sleduje televizi, hraje si na počítači, skládá puzzle. Není schopen nic si vymýšlet, avšak paradoxně velmi rád a dobře hraje šachy. Maminka říká, že je chlapec velmi snadno zneužitelný, a to jakýmkoliv způsobem.

V dětství byl veden mimo jiné coby sluchově postižený. Sluchová vada byla vyšetřena i pod narkózou specialisty v Dětské nemocnici v Brně. Nosil dokonce asi rok naslouchadla. Posléze bylo zjištěno, že trpěl tak silnou deprivací, že se jevil být neslyšícím. Tím zůstal zčásti dodnes. Co ale chce, to slyší. Obdobná situace je s viděním. Komunikace očima byl schopen s matkou až asi po roce, do té doby se zdálo, že téměř nevidí.

Absolvoval zvláštní školu, i když mu byla doporučena škola pomocná. Díky podpoře rodiny a vhodné medikaci zvláštní školu zvládnul. Momentálně se učí kuchařem na učilišti pro absolventy zvláštních škol.



Jedinou jeho „terapií“ je v současné době „maminčina láska a péče.“ Do péče se v pěstounské rodině zapojují také babička a dědeček. Dědeček děti miluje, babička se stará, aby dětem nic nechybělo. Chlapec říká: „Maminka je žena, dědeček je hříbeček.“ Rodina je věřící, maminka obdivuje všechny nevěřící pěstouny. Říká, že bez víry by svoji situaci mnohdy nezvládla.

Rodina je velmi společenská a soudržná. Maminka relaxuje hlavně čtením a studiem angličtiny. Výjimečně chodí do kina nebo do divadla. Maminka ráda cestuje. Děti chodí rády na vycházky, ale nemají rády dlouhé túry. Děti rády pracují na zahradě a podílejí se svou pomocí na údržbě útulného bydlení. Domov pro ně cosi znamená, proto také rodinu často a rádi navštěvují přátelé z okolí. Celá rodina s oblibou chodí na výměnu zkušeností na setkáních s ostatními pěstouny. Obzvlášť maminka se cítí dobře při „sdílení se“ s rodinami s postiženými dětmi.

V současné době chlapec podle maminky nevyžaduje žádnou speciální péči.

Maminka nyní hledá co možná nejlepší řešení proto, aby se chlapec osamostatnil. Chce pro svého syna co nejlepší řešení jeho budoucího života. Komunikuje s rodinami, které již mají zkušenosti s ubytováním svých postižených dětí v chráněném bydlení. Dopoledne by mohl pracovat v chráněné dílně a odpoledne by měl svůj samostatný domov, kde by nad ním bděli pečovatelé. Je třeba říci mu, že si má vzít prášky, umýt se... Nejlepší adaptabilita je ve věku 20 – 30 let. Postupně by si za pomoci maminky a sourozenců vybudoval v chráněném bydlení svůj domov. K mamince a sourozencům by měl ve volných chvílích možnost návratu, svůj původní domov by neztratil. Avšak získal by své soukromí.

A stárnoucí maminka spokojenou jistotu, že je o další z jejích dětí dobře postaráno.

#### **4.5.1 Shrnutí**

##### Komunikace uvnitř rodiny

Matka i ostatní členové rodiny komunikují s Honzíkem jako s mentálně postiženým. Kromě láskyplného vztahu se chlapci nedostává možnosti překlenout své deprivace odborným působením například psychoterapeuta. Dochází ke klinické psychologice a dostává se mu pouze medikamentózní léčby.

Chlapec je nyní již za svým dětstvím, kdy se nejvíce uplatňují nejrůznější terapie včetně alternativních, které maminka nijak nevyhledávala. Mám jisté znalosti z kineziologie a

mohu poznamenat, že vada hluchoty, která spontánně chvílemi ustupuje díky porozumění maminky k postiženému (vnímajícímu intenzivně její lásku a procítění celého traumatu), je známým „psychickým blokem“ (lze ho pracovním nazvat „neslyším, co nechci slyšet“) a je řešitelný konkrétním cvikem. Zním případ, kdy podobně „hluché“ původně také traumatizované dítě slyšelo normálně po 14 dnech cvičení poté, co pěstounka s tímto problémem zašla za kinezioložkou. Myslím, že hoch má i další podobné „psychické bloky“, které by bylo možno postupně cíleně odstraňovat možná až do té míry, že mentální retardace by se podstatně zmírnila. Celkové psychosomatické diagnostikování by mohlo přispět ke zlepšení stavu. Vzhledem k ortodoxní katolické víře by však maminka například kineziologii nepřijala. Zdá se totiž být nápadná disproporce mezi Honzíkovou schopností hrát dobře šachy a na druhou stranu nevědět o běžných každodenních rituálech, do nichž musí být pobízen a být upozorňován neustále na to, že fyzicky žije a musí vykonat určité potřebné úkony včetně zábav. Maminka o něm sama říká: „já nevím, co se v něm děje“.

#### Komunikace vně rodiny

Velmi dobrá s ostatními pěstounskými rodinami, výtečná s Fondem ohrožených dětí. Špatná s radnicí.

## ZÁVĚR

Každé postižení, které se vyskytovalo ve sledovaných rodinách, je jiné, každá rodina se nachází v jiných sociálních podmínkách, rodiny neměly ani srovnatelný počet členů blížily se však počtem generací zastoupených v rodině. Složení dítě, rodiče, prarodiče se vyskytlo ve 4 případech, ale srovnávat zcela nelze, v případě Antonie je postižený člen ve střední generaci, tři zbývající mají postižené dítě, ale jeden případ je biologická rodina, dva pěstounská. Hledání společných znaků je proto složité. Dá se však konstatovat převaha velmi příznivých mezilidských vztahů uvnitř těchto 4 rodin a přibereme-li pátou s despotickým otcem, již zemřelým, je dnes i tam v podstatě také stálá a pomáhající atmosféra. Ve 3 rodinách byla pomocníkem katolická víra. Vztahy s nejbližším okolím rodiny jsou zřejmě dobré, přímé hodnocení jsem nezískala, nepřímo však vyplynulo, že žádná z rodin není atakována a v podstatě žádné problémy neřeší.

Dalším společným znakem celé kazuistiky je však vážnoucí vztah k institucím, zvláště těm, jejichž činnost vychází ze sociálních povinností veřejné správy. Až na případ studentky Pavly, která nemá konflikty nebo nenaráží na neochotu sociálního odboru, jsou všechny případy silnou výpovědí o nefunkčnosti sociální péče veřejnosprávních orgánů. Jedině Fond ohrožených dětí, charitativní snahy církve a Tyflocentrum coby orgány zájmové a nadace plní svá poslání patřičným způsobem. Jedinou závadou může být kapacitní nedostatek či nedostatek pohotových financí. Největším nedostatkem orgánů sociální péče, je zdá se neschopnost vyhledávání sociálně potřebných a naprosto odosobněný vztah k problémům postižených. Ani školství zde nemohu jednoznačně pozitivně hodnotit, dělá co musí a nevytváří dostatek iniciativy a poradenské aktivity ve prospěch handicapovaných. Zdravotní orgány zasluhují v návaznosti na pomoc postiženým také kritiku – neinformují dostatečně orgány sociální péče o závažných postiženích a ani zpětná vazba z orgánů sociální péče zpět na zdravotníky nefunguje.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- (1) RABUŠICOVÁ, Milada. Škola a (versus rodina). Brno: Masarykova Univerzita, 2004
- (2) VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004
- (3) MAŇÁK, Josef, ŠVEC, Vlastimil (eds.). Cesty pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2004
- (4) HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005
- (5) HRUBÝ, Jaroslav. Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, I.díl. Praha: Septima, 1999
- (6) MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006
- (7) MILES, Matthew B., HUBERMAN, Michael. Qualitative data analysis, an expanded sourcebook. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994
- (8) MATĚJČEK, Zdeněk. Rodiče a děti. Praha: Avicenum, 1986
- (9) Psychická deprivace dětí. doktorka.cz [online] 2002, č.8 [2006-05-20]. Dostupný z <<http://rodina-deti.doktorka.cz/psychicka-deprivace-deti/>>
- (10) KOLOUCHOVÁ, Jarmila a kol.. Osvojení a pěstounská péče. Praha: Portál, 2002
- (11) Co je pro dítě životně důležitou potřebou. doktorka.cz [online] 2000, č. 11 [2006-05-20]. Dostupný z <<http://rodina-deti.doktorka.cz/pro-dite-zivotne-dulezitou/>>
- (12) BIDDULPH, Steve. Proč jsou šťastné děti šťastné. Praha: Portál, 2000
- (13) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. Krizová intervence v praxi. Praha: Grada, 2004
- (14) MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ, Andrea. Mládež a delikvence. Praha: Portál 2004
- (15) MONATOVÁ, Lili. Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska. Brno: Paido, 1998

- (16) Rodinná encyklopedie alternativní medicíny. Praha: Reader's Digest Výběr, 1997
- (17) MARKOVÁ, Zdeňka, STŘEDOVÁ, Ljuba. Mentálně postižené dítě. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987
- (18) MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003
- (19) Co znamená raná péče. doktorka.cz [online] 2001 č. 7 [2006-05-20]. Dostupný z <<http://rodina-deti.doktorka.cz/znamena-rana-pece/>>
- (20) MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla (eds.) Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- CNS   Centrální nervová soustava.  
CZŠ   Církevní základní škola  
FAS   Fetální alkoholový syndrom.