

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Transformace zařízení nabízejících péči mentálně znevýhodněným osobám.

Transformation of care services designated for people with intellectual disability.

Bakalářská práce

Vedoucí práce

PhDr. Zuzana Svobodová Ph.D.

Autor:

Jiří Ratinger

Praha 2018

Poděkování

Chtěl bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Zuzaně Svobodové, Ph.D., za odborné vedení, za rady a pomoc při vypracovávání této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Transformace zařízení nabízejících péči mentálně znevýhodněným osobám.“ vypracoval samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15.7.2018

Jiří Rätinger

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jiří Rätinger', written in a cursive style.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá transformací služeb pro osoby s mentálním znevýhodněním. Hlavním cílem práce je provést teoretickou analýzu proměn přístupu k osobám s mentálním postižením. Zásadními tématy této práce jsou: diagnóza mentálního postižení, modely mentálního postižení, historie přístupu k mentálně postiženým osobám a některé aktuální trendy v práci s osobami s mentálním postižením.

Klíčová slova

Mentální postižení, deinstitalizace, transformace sociální služeb, modely postižení, historie postižení, podporované zaměstnání, podporované bydlení, sociální pedagogika,

Annotation

This bachelors thesis focuses on transformation of social services for people with Intellectual disability. The main objective of this work is to accomplish theoretical analysis of changes in the approach towards people with Intellectual disability. The essential themes in this work are: the diagnosis of intellectual disability, models of intellectual disability, history of the approach towards people with intellectual disability and selected trends of contemporary practice in work with people with intellectual disability.

Keywords

Learning disability, intellectual disability, deinstitutionalisation, transformation of social services, models of disability, history of disability, supported employment, supported living, social pedagogy

Obsah

Obsah.....	5
Úvod.....	6
1. Mentální postižení.....	8
1.1. Základní definice.....	8
1.2. Etiologie.....	8
1.3. Klasifikace Mentálního postižení.....	8
1.3.1. Problematika testování IQ.....	11
1.4. Modely přijímání mentálního postižení.....	12
1.4.1. Medicínský model.....	12
1.4.2. Společenský model.....	12
1.4.3 Spirituální model.....	13
1.5. Sociální pedagogika v práci s osobami s mentálním postižením.....	14
2. Historie mentálního postižení - Evropská perspektiva.....	17
2.1. Prehistorie, starověk a antika, infanticidou k filozofii.....	17
2.3. Středověk a Novověk, od boha k poznání.....	18
2.4. Moderní dějiny, poznáním k instituci a poznáním mimo ni.....	20
2.5. České země v moderních dějinách pod lupou.....	25
3. Aktuální vývoj péče pro osoby s postižením příklad západu a východu evropy.....	28
3.1. Západ - Velká británie.....	28
3.2. Východ - Česká Republika.....	30
4. Aktuální témata osob s mentálním postižením.....	33
4.1. Podpora nezávislosti a Sebeobhájci.....	33
4.2. Bydlení.....	34
4.3. Vzdělávání v České Republice.....	35
4.4. Zaměstnání.....	37
Závěr.....	39
Zdroje.....	41

Úvod

K tématu transformace péče o mentálně znevýhodněné, mě přivedly mé pracovní zkušenosti. V posledních letech jsem byl zaměstnán v několika zařízeních a organizacích, jejichž pojetí bylo odlišné, avšak měly stejný cíl, nabízely služby osobám s mentálním postižením. Některá zařízení byla podobná nemocnicím, jiná byla složena ze skupinek domků na okrajích měst, další byly běžné byty v centru měst nebo domky uvnitř vesnic. Někdy nešlo ani o ubytovací zařízení, pouze o službu, která jednotlivce učila normám. Začal jsem uvažovat nad původem těchto zařízení a služeb, jak se formovaly, jaká byla jejich podoba v minulosti, a co přinese budoucnost. Další otázky vyvstaly během individuální práce s jedinci s mentálním postižením. Začal jsem více uvažovat nad tím, jak s klienty pracovat, aby i lidé s postižením mohli žít plnohodnotný život. Důležitou otázkou pro mě je, jaká je moje role jako budoucího sociálního pedagoga v práci s osobami s mentálním postižením.

Z těchto důvodů má moje práce následující strukturu. Nejdříve se pokouším zodpovědět otázky o původu postižení, jeho klasifikaci dle různých organizací a problematiku stanovení, kdy má osoba postižení, a kdy nikoliv. Následně řeším modely pohledu na postižení a funkci sociálního pedagoga v práci s touto cílovou skupinou. Celá další část je průřez historií, kde se pokouším popsat vývoj postoje k postižení napříč dějinami. Na tuto část navazuje aktuální vývoj situace a výběr služeb, které jsou pro osoby s postižením dostupné v dnešní době.

Cílem práce je tedy analyzovat a popsat, co je mentální postižení, jaké existují klasifikace a přístupy k mentálnímu postižení, jaký byl historický vývoj péče a služeb, jak na něj navazuje současnost.

Má práce je teoretického zaměření, kde za pomoci analýzy hledám v textech odpovědi na mé otázky a synteticky pak nálezy spojuji v celek. Za účelem kvalitního zodpovězení na všechny otázky jsem se snažil používat jak česky tak anglicky psané zdroje. Zároveň jsem analyzoval odborné články či knihy a studijní práce některých kolegů i učebnice. Zmínil bych knihu *Community Care and Inclusion* vydanou v roce 2016 editovanou Robinem Jacksonem a Marií Lyons, v ní hlavně články Simona Jarretta a Roberta Cumminse. Další důležité publikace pro tuto práci jsou kniha *Intellectual Disability* sepsaná Heather a Kennethem Keithovými z roku 2013, kniha Davida Race z roku 2002 *Learning disability: a social approach* a kniha Jamese Harrise z roku 2006 *Intellectual disability: understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. Pro pochopení relace sociální pedagogiky a práce s osobami s mentálním postižením považuji pak za hodnotný článek Annemarie Hojmark

z roku 2011, *Contact-Mindedness, Personality and the Residents Contribution: an anthropological study of social pedagogy for adults with mental disability in group home facilities in Denmark*. Z česky psaných knih bych zmínil knihy Milana Valenty *Psychopedie: teoretické základy a metodika* z roku 2010 a knihu *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu* z roku 2012. Dále pak knihy Oldřicha Matouška *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení* 2011 a *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* z roku 2010. Kniha, která dobře objasňuje systém inkluze do školství, je *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění* z roku 2015, napsaná Janem Michalíkem a kol..

1. Mentální postižení

1.1. Základní definice

Mentální postižení je vrozenou poruchou, která je charakterizována sníženou rozumovou kapacitou neboli intelektem. Osoba tedy nedisponuje plnými schopnostmi v oblastech jako adaptace, učení, myšlení, orientace a v rozhraní vývoje nedosáhne stupně adekvátnímu jeho věku. (Šiška, 2013 s. 393). To má za důsledek odlišnosti v řeči, emocionalitě, analytickém myšlení, v dávání věcí do souvislostí, stereotypním chování atd. (Matoušek, 199, s. 99).

1.2. Etiologie

Příčiny mohou být vnitřní a vnější, mezi vnitřní můžeme zařadit poruchou genetickou například Downův syndrom. Příčiny vnější mohou být zase nemoc nebo užívání toxických látek v těhotenství, nedostatečné okysličení mozku při porodu vedoucí k jeho poškození, popřípadě zánět mozku v raném dětství. (Šiška, 2013 s. 393). Mentální postižení nelze definovat jako nějakou konkrétní nemoc, shromažďuje pod jedním názvem více variabilních diagnóz. Jde tak o stav, jehož projevy se mohou různit, a to na základě příčiny tohoto stavu a prostředí, ve kterém se osoba nachází (Harris, 2006, s. 12). Z tohoto důvodu je klíčové, aby se ke každé osobě s mentálním postižením přistupovalo individuálně.

1.3. Klasifikace Mentálního postižení

Ke klasifikaci mentálního postižení existuje několik rozdílných systémů. I když se mohou v mnohém lišit, jedno mají společné, berou v potaz IQ a specifické znaky postižení v relaci s prostředím (Valent a kol, 2012, s.26).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v rámci své mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje čtyři (respektive šest) úrovně mentálního postižení. A to podle IQ a charakteristických znaků. (Mancini, Greco, 2010 s.71). Také bere v potaz behaviorální potíže jedince, jako je vztek nebo sebepoškozování. Z diagnostické perspektivy lze říci, že tato klasifikace chápe všechny, kteří mají IQ pod 70, jako osoby s mentálním postižením. To by ale nemělo být jediné měřítko, nutné nahlídnout i na sociální začlenění jedince (Valenta a kol, 2012, s. 31). Rámec WHO se nazývá česky Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Postižení se musí projevit před 18 rokem života jedince. (Harris, 2006, s.51)

- Lehké mentální postižení. Osoby v této kategorii získají znalost jazyka s určitým zpožděním, nicméně jsou schopni používat mluvu v každodenním životě. Většina také dokáže být samostatná v péči o sebe, jídle, hygieně, oblékání se. Nutno podotknout, že

schopností nabývají pomaleji než běžná populace. IQ se u těchto osob pohybuje kolem 50-69.

- Středně těžké mentální postižení. Charakteristickým znakem osob v této kategorii je značně pomalý vývoj v získávání jazykových schopností, a ne vždy získají potřebné znalosti k plnému využívání jazyka. Ve vývoji péče o sebe samé je také viditelné opoždění a je běžné, že takto postižení lidé budou potřebovat celoživotní podporu. Část osob této skupiny získá znalosti potřebné k čtení, psaní a počítání. IQ se zde pohybuje kolem 35-49
- Těžké mentální postižení. Ve většině znaků podobné se středně těžkým mentálním postižením. Důležitým rozdílem je znatelnější poškození centrální nervové soustavy, které má za důsledek zhoršený vývoj motoriky. IQ se zde pohybuje kolem 20-34.
- Hluboké mentální postižení. Osoby mají velké potíže s komunikací, ta probíhá v rámci jednoduchých pokynů a instrukcí. Také je zde častý problém s mobilitou. IQ je Pod 20
- V klasifikaci WHO také existují kategorie „Jiné mentální postižení“ a „nespecifikované mentální postižení“ (Mancini, Greco, 2010 s. 71; Valenta a kol, 2012 s. 31; Harris 2006 s. 48)

Pohled WHO na mentální postižení je tedy následující.

„Mentální postižení znamená výrazně sníženou schopnost rozumět novým, nebo komplexním informacím a učit se a aplikovat nové dovednosti. To vede k snížené schopnosti samostatného fungování, postižení se projeví před dosažením dospělosti.

Postižení nezávisí pouze na lékařském posouzení jedince, ale i na prostředí ve kterém se jedinec nachází, a na tom jakou dostává podporu k působení a inkluzi ve společnosti.“ (WHO, 2018)

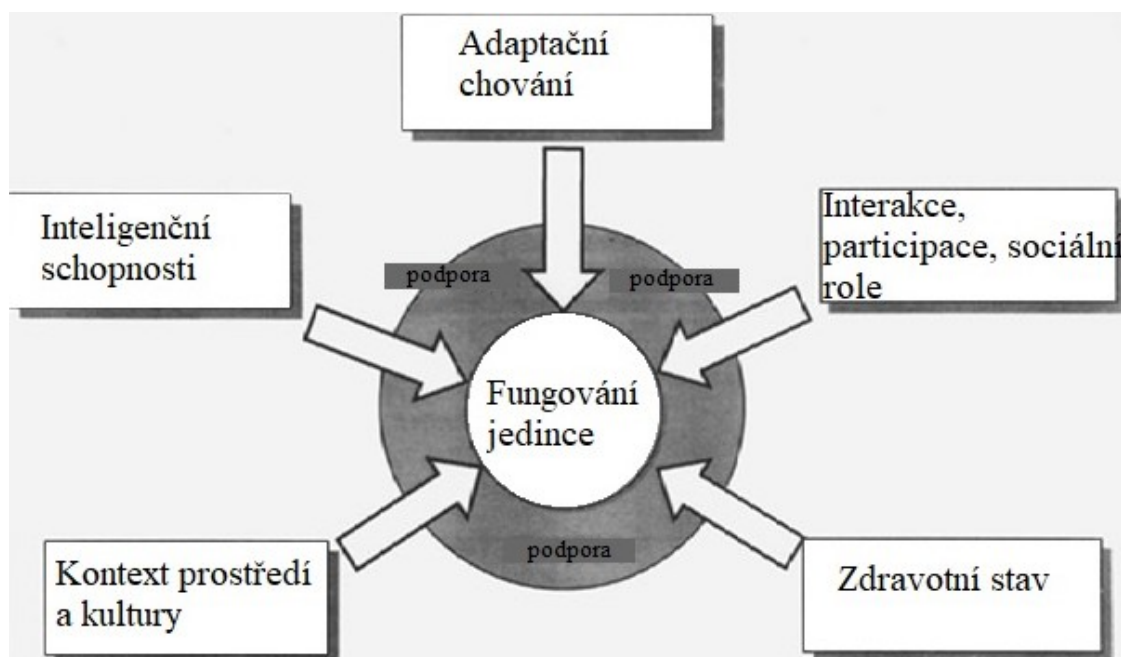
Mezi další klasifikace patří Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-DSM (Valenta a kol, 2012 s.33; Harris 2006, s.51), rozměry inteligence jsou téměř totožné s MKN, takže jedním parametrem pro mentální postižení zůstává IQ pod 70. Navíc k tomuto faktoru musí existovat ještě deficit v jedné z následujících oblastí, komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost. Projevení poruchy také datuje před 18 rokem člověka (Harris, 2006 s.51; Valenta a kol, 2012, s. 33).

Na diagnostickém poli také figuruje klasifikace American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Ta sice IQ bere v potaz, nicméně již nedělí hloubku

postižení dle IQ koeficientu na 4 skupiny. Nahlíží na mentální postižení z hlediska toho, jakou potřebuje jedince podporu. To v podstatě znamená stanovení silných a slabých stránek, tak aby bylo jedinci co nejvíce umožněno sociální zapojení. K stanovení podpory používá pět kategorií. (Harris, 2006, s.57)

- Inteligenční schopnosti
- Adaptační chování
- Interakce, participace, sociální role
- Zdravotní stav
- Kontext prostředí a kultury. (Harris, 2006, s.57)

V této klasifikace je rovněž důležité, že se postižení projeví před 18 rokem jedince (Valenta a kol, 2012, s.33). Následující diagram ukazuje pět kategorií diagnózy v relaci s jedincem a podporou.



Obrázek 1 (Harris,2006 s 65; podle Luckasson et al. 2001)

Mimo výše zmíněných přístupů se ještě můžeme setkat se speciálně pedagogickým pohledem na postižení. Speciálně pedagogický termín pro mentální postižení je širší. Pásmo mezi 70 a 85 IQ se nazývá kognitivně sociální postižení, a spadají do něj osoby, které nezvládají tempo běžné školy, a potřebují tak větší podporu ve vzdělání. (Valenta, 2012, s. 30).

Pro ilustraci lidé s mentálním postižením zastupují asi tři procenta populace, z toho 2,5% s postižením lehkým (Šiška, 2013 s. 393).

1.3.1. Problematika testování IQ

Jak zmíněno výše, IQ je jedním z měřítek diagnózy mentálního postižení v našich krajinách nejrozšířenějším. Test IQ může poskytnout informaci toho, že daná osoba bude potřebovat podporu. Je ale otázkou, zda může test vyjádřit něco více. Zásadním problémem může být rozdílnost společenské normy. Je otázkou, co společnost, která test vydala, považuje za silný atribut jedince. Západní kultura se může zaměřovat na akademickou výkonnost, kdežto např. africká na sociální přínos jedince. (Keith, Keith 2013, s.5). Nesmíme tedy zapomenout, že IQ není nic jiného než skóre dosažené v nějakém testu, vytvořeného nějakou kulturou. Inteligence je tak do určité míry sociálním konstruktem, neboť to může být jakákoliv dovednost zvolená společností jako důležitá. Je tak na místě si uvědomit, že test postavený na kognitivních dovednostech, nevypovídá o jiných dovednostech jedince. (Keith, Keith, 2013 s.16).

Dostáváme se tak k tomu, že když použijeme výkonový test k determinaci postižení, nesmíme člověka označit jako neschopného všech aspektů života. Postižení tak musíme hodnotit nebo zkoumat dle toho, co člověk reálně dokáže, ne dle skóre z umělého testu. *Je nepravděpodobné, že jakkoliv sofistikovaný test může odhalit komplexní každodenní schopnosti individua“* (Keith, Keith, 2013 s.49, podle MacKay, 1974), i dvě osoby se stejným IQ budou mít rozdílné silné a slabé stránky. Keith a Keith ve své knize odkazují na perspektivu Johna Thorna, který IQ nepovažuje za inherentní vlastnost, ale za výsledek testu, získaný v určitém čase za určitých podmínek (Keith, Keith, podle Thorne, 2013, s. 50). Tento výrok je dále rozveden tak, že osoby, které byly testované v ně instituce, dosáhly nižších výsledků v IQ testů než o pár let později, když už žili v transformované komunitní péči (Keith, Keith, 2013 s. 50).

Temným příkladem přehnaného důrazu na IQ testování je 20 století, kdy bylo například vzhledem k nízkému IQ roku 1928 v Kalifornii, sterilizováno 6000 lidí. V té době hrála velkou roli eugenika, a sociální inženýrství mělo za to, že když se lidem s nízkým IQ zabrání množení, tak postižení (v té době ne jen mentálnímu ale i morálnímu zabrání) (Keith, Keith, 2013 s.51). Více k tomuto tématu kapitola historie.

Je důležité počítat se všemi aspekty diagnózy. IQ test je důležitý k tomu, abychom mohli určit přítomnost mentálního postižení u jedince. Není ovšem rozhodujícím měřítkem k exkluzi nebo zatracení člověka.

1.4. Modely přijímání mentálního postižení.

Z předchozího odstavce je zřejmé, že na základě IQ je možné určit osoby s mentálním postižením. Je však několik přístupů k přijímání a práci s osobami s mentálním postižením. Uvedu tři nejčastější modely.

1.4.1. Medicínský model

První medicínský, klade důraz na postižení a jeho zkoumání), s cílem zjištění, zda se dá zkoumaný vyléčit nebo nikoliv (Šiška, 2013, s. 393, Keith, Keith, 2013 s. xi). Tento model se někdy nazývá klasifikační nebo limitační, poukazuje na to, co v člověku selhává, dle toho pak postižení klasifikuje (Valenta a kol, 2012, s. 35). Tato metoda je výhodná z hlediska etiologie, diagnózy, a časného zahájení terapie. Později ve vývoji ovšem tento model napomáhá ke stigmatizaci, může dojít k nálepkování určité osoby, jako nevléčitelné – vymykající se normě, nezařaditelné do společnosti (Šiška 2013, s. 393; Keith Keith, 2013, s. 12). To může vést k tomu, že individuální role a rysy mentálně postižené osoby jsou upozaděny a viditelný je jen ten rys, který mu je přisouzen. Medicínský model vedl k vzniku ústavních zařízení, která segregují skupinu osob, za účelem ochrany společnosti, respektive ochrany jedince. Kontroverze daného modelu spočívá v tom, že postižení je stav, ne nemoc, nejde jej tedy léčit, jde s ním pracovat nebo jej kompenzovat. V medicínské rovině často chybí důraz rozvoje individuality jedince nad rámec postižení. „*Je snahou, aby mentální retardace nebyla chápána jako nejpodstatnější charakteristika člověka, ale pouze jako jedna ze stránek jeho osobnosti*“ (Valenta a kol, 2012 s. 37)

1.4.2. Společenský model

Druhý model je společenský, dívá se na mentální postižení (mimo jeho výše zmíněnou biologickou podstatu) jako na sociální konstrukt, který je definován normami. Jak zmíním v dalších kapitolách, středověk nejspíše lehčí mentální postižení vůbec neznal, protože byla míra gramotnosti velmi malá, postižené osoby nevyčnívaly. Tento model podněcuje k individuálnímu přístupu k jedinci tak, aby se našla vhodná podpora k tomu, aby byl přijat jako součást společnosti. Život jedince by tak neměl být veden od terapie k terapii, ale v rámci práce s postižením by se měla hledat cesta k tomu, aby se jedinec zapojil do společnosti (Šiška, 2013, s. 393). Medicínský model zkoumá adaptaci jedince v prostředí a osoby s mentálním postižením diagnostikuje. Sociální model více analyzuje potřeby jedince, tak aby dostal podporu adekvátní k zvládnutí a přizpůsobení se svému prostředí (Šiška 2013 podle Lečbych 2008, s. 393). Sociální model počítá s právem každého jedince na participaci ve společnosti, vylučuje tak segregaci, a tím i ústavní péči. Zaměřuje se na možnosti jedince, na to co dokáže a čím se může

zapojit do společnosti. Klade také velký důraz na prostředí, kde člověk žije a s jakými osobami přichází do styku. Zabývá se fungováním a mírou podpory potřebné k životu v tomto prostředí. Důležitým faktorem je také čas, který mentálně postižená osoba potřebuje k vyřešení nějakého problému či přizpůsobení se situaci. Daný model nevylučuje a ani nepovažuje za problematické, pokud člověk s menším postižením ve svém životě potřebuje více podpory, než ten s vyšším. V této koncepci je na hlavním místě podpora jedince, a spíše k rozvoji, samostatnosti, nezávislosti a sebepojetí jedince. (Valenta a kol, 2012 s. 41). Společenský model proto inklinuje ke konceptům, jako je komunitní péče, podporované zaměstnání nebo chráněné bydlení.

1.4.3 Spirituální model

Můžeme se setkat ještě s jedním modelem a to s modelem spirituálním. Ideový komplex zde počítá s tím, že duchovní rovina, na rozdíl od té somatické, netrpí postižením. Každý člověk, bez rozdílu, tak má ve světě duchovní účel. Osoby s postižením přináší osobám bez postižení určité hodnoty, které by bez vzájemného kontaktu složitě nacházely. Jde o vlastnosti jako trpělivost, schopnost ovládnutí frustrace, nacházení radosti v maličkostech a podobné. Důležité je, nepřizpůsobovat lidi s postižením našim představám, ale pokusit se porozumět jejich vnímání světa a hledat cestu možné kooperace. Spirituální model je kontrastní k modelu sociálnímu, kde hledáme podporu k dosažení sociální normy – představy. Hlavní výhodou spirituálního modelu je práce se spirituální rovinou jedince s postižením. Prosazuje se akcentace na smysl existence, porozumění osobě s postižením a partnerský přístup. Naopak problematická je mystičnost přístupu, se kterou nemusí souznít ani klient ani profesionál, který s klientem pracuje. Typickým příkladem jsou Camphillské komunity, jde o vesnice, kde rodina přijme mezi své členy osobu s postižením a pracuje na optimálním soužití (Valenta a kol, 2012 s. 39).

Všechny tři modely mají své využití a důvody. Včasná diagnóza medicínského modelu zvyšuje šance na rozvoj dovedností u jedince. Přespřílišné lpění na nedostacích a přehnaná péče naopak jedince segreguje. Společenský model zapojuje jedince do společnosti, je velice flexibilní a kopíruje normy běžné populace, avšak neměl by zapomínat na existenci terapií, které ač nemusí být normou pro většinu populace, člověku s postižením mohou pomoci při životě ve společnosti. Spirituální nám připomíná duchovní rovinu světa a respekt k jeho členům, zároveň však nemusí nutně kopírovat duchovní rámec klienta. Když si vzpomeneme na téma klasifikace, tak MKN - 10 je rámcově příkladem medicínského modelu a diagnóza AAIDD je spíše orientována k modelu sociálnímu.

1.5. Sociální pedagogika v práci s osobami s mentálním postižením

Podle mého názoru, jsou pro pochopení vztahu sociální pedagogiky a mentálního postižení zásadní definice Hämäläinenena se Stephensem a také Krause. Hämäläinenen (2003) doplněn o Stephens (2013) říkají, „*dnes i v minulosti, sociální pedagogika staví na představě, že se sociální okolnosti a záležitosti dají vyřešit vzdáváním a učením*“.(Stephens 2013, s3 podle Hämäläinenen 2003) Toto vhodně doplňuje Kraus (2014), který jakoby tento termín rozvíjel, sociální pedagogika se dle něj „*snaží optimalizovat a usměrňovat životní situace a procesy, s akcentem na vnitřní potenciál jedince a jeho individualitu. Centrálním tématem, které prolíná celým obsahem oboru, je rozvoj sociální kreativity, aktivizace sil každého vychovávaného. Současně k základnímu obsahu patří rozvíjení životního způsobu, tj. jeho kultivace a optimalizace s ohledem na individuální předpoklady jedince a minimalizaci rozporů mezi ním a společenskými podmínkami*“ (Kraus, 2014 s.45). Navíc přidává dvě zásadní roviny a to prevenční, ta by v našem kontextu měla vést klienta ke zdravému životnímu stylu, a objasňovat mu rizika společenských jevů. Druhá rovina je kompenzační – terapeutická, ta je v práci s mentálním postižením zásadnější, neboť se snaží hledat řešení k vyvážení společenského znevýhodnění těchto osob. Terapie je sice multidisciplinární disciplínou, avšak v kontextu sociální pedagogiky, neztrácí edukační charakter. (Kraus, 2014, s 46-47) Je tedy zřejmé, že sociální pedagogika je disciplína, která najde uplatnění v práci s osobami s mentálním postižením. To je patrné obzvláště pokud se řídíme sociálním modelem postižení, tedy modelem, který je postaven na hledání optimální podpory, za účelem toho, aby osoba s postižením vedla co nejpodobnější život tomu bez postižení. Pěkným příkladem je situace doprovodu osoby s postižením na mainstreamový koncert. Sociální pedagog mimo to, že osobu doprovází, ještě pracuje na tom, aby pochopila veškeré okolnosti, např. normy dané událostí, a pracuje na tom, aby byla jednoho dne takovou nebo podobnou akci schopna zvládnout samostatně nebo s menší podporou. (Stephens, 2013).

Højmark (2011) ve svém výzkumu interakcí mezi sociálním pedagogem a osobou s mentálním postižením ve skupinových domech spatřuje čtyři zásadní body, kterými by se pracovník měl zabývat:

1. Práce na nějaké konkrétní činnosti, stanovené individuálním plánem, standardy zaměřenými na participaci klienta, s akcentem na „empowerment“ (tedy umocnění klienta, za účelem nabytí sebevědomí).

2. Působení v předem daných situacích, zde jde o klientovi preference, nebo rutiny jeho domácnosti, popřípadě nácvik reakcí na modelové situace vymezené profesí.
3. Důmyslný pedagogický zásah, reakce na (nestandardní) klientovo jednání, za účelem ošetření dané situace.
4. Kompenzační činnost, vhodná podpora klienta, za účelem překonání znevýhodnění. (Højmark, 2011, s. 26)

Jednou z dalších zajímavých úvah je perspektiva pomoci v práci pedagoga a klienta. Sociální pedagog, který zažil jak medicínský tak sociální model konstatuje: „*v minulosti byl hlavním tématem klientův autismus, nyní je to jeho osobnost, když jeho autismus převezme roli, snažíme se, aby situaci klient zvládl. Nezapomínáme na praktické stránky minulosti, nyní se ovšem zaměřujeme na něco jiného*“ (Højmark, 2011 podle Højmark 2009, s. 31-32). Z úvah je patrné, že ze sociálně pedagogického stanoviska, zkoumáme situaci komplexně, nejde tedy jen o druh postižení, ale také o osobnost jedince a společenský kontext, nezbytný k tomu, aby člověk s postižením mohl plnohodnotně žít svůj život. Za účelem takového plnohodnotného života tedy člověka neučíme to, co vzhledem k postižení naučit nelze, ale hledáme způsob, nebo pomůcku, aby byl schopen situaci zvládnout jinak. (Højmark, 2011, s. 32)

Důležitým tématem je oblast etiky sociálních pedagogů pracujících s osobami s mentálním postižením. Již z obecného hlediska je zřejmé, že ač jsou sociální pracovník a klient ve velmi úzkém vtahu, zároveň mají jiné postavení. Pedagog zná sociální normy a praktiky, a ve svém nejlepší svědomí se snaží klienta také vézt k těmto normám. Klient má ovšem právo na vyjádření svého názoru, a své volby. Je tak pak na sebereflexi pracovníka, jak nahlíží na hledání správné rovnováhy mezi vnášením vlastního zájmu a reflektováním názoru klienta. V praxi to pak může vypadat takto. Bude se jednat např. o oblast zdravého životního stylu. Pracovník ví, že je dobré jíst zeleninu, ale klient by chtěl stále jíst palačinky. Je třeba tedy hledat nějaké střední řešení, například mít různé seznamy receptů, takže si klient bude moci vybrat, zároveň však z některých seznamů vyloučit nezdravé jídlo. V takovéto situaci je jakýmsi způsobem zachována svoboda volby, zároveň není postaveno klientovo zdraví do rizika. Toto je extrémně složité v případech, kdy klient například nerozumí dopadu nezdravého životního stylu. Na druhé straně je ovšem zásadní, zamyslet se nad tím, jak často nad dopady nezdravého životního stylu přemýšlí vrstevník bez postižení. Sociální pedagog se tak stává průvodcem, který svými důmyslnými pedagogickými zásahy směřuje klienta na „správný“ cíl, ovšem na konec vždy

musí respektovat klientovo rozhodnutí, pokud je natolik nebezpečné, pak musí hledat jinou cestu jak klientovi realitu komunikovat. (Højmark, 2011, 23-25)

Pedagog je tak ve velmi úzkém vztahu s klientem, jeho role je jak aktivní tak pasivní. Jeho přítomnost dodává klientovi podporu s nesházemi světa. Naopak přítomnost nějakého nebezpečného jevu ze strany klienta, aktivizuje pracovníka, který intervenuje a vysvětluje problematiku situace (Højmark, 2011, s. 36). Práce pedagoga proto není jen statickým seznamem metodik, ale dynamickým polem toho, kdy a jak správně zareagovat a danou situaci vyřešit.

2. Historie mentálního postižení - Evropská perspektiva

V každé epoše se definice postižení mohla lišit dle norem společnosti dané doby. Dnes lze na postižení nahlížet z různých pohledů (medicínský, sociální, spirituální) a dle různých klasifikací (MKN-10, AAIDD). Když se ovšem vrátíme zpět například do středověku, kde byla vysoká negramotnost, tak vidíme, že by mnoho osob s postižením nejspíše spadalo do majoritní společnosti. Postižení by se řešilo, dle toho, zda se je daná osoba schopna starat o majetek, ne dle IQ testu (Jarrett, 2016). Británie dvacátého století zas pod vlivem puritanismu, počítala s postižením morálního charakteru, v péči tak například mohla skončit žena, která měla sex mimo manželský svazek (Walmsley, 2005. s56, podle Abel and Kinder, 1942, s.105). V následující kapitole je tedy nutné vžívat se do dob minulých a pojem mentální postižení brát stejně jako společnost z věčně formující se perspektivy.

2.1. Prehistorie, starověk a antika, infanticidou k filozofii

Z tohoto období máme jen střípky informací a dohady o tom jak se dávná společenství s postižením vypořádávala. Můžeme se domnívat, že u pradávných kmenů, se členi profilovali přínosem pro skupinu, takže ti kteří žádným přínosem nedisponovali, byli vyloučeni, vyhnáni možná i zabiti (Vágnerová a kol, 2004,s. 9-10). Existují však i archeologické vykopávky, na jejichž základě můžeme předpokládat opak, péči ze strany daného společenství. Například 95 000 let stará kostra 11 letého chlapce, který má dle analýzy kostí léčené zranění na hlavě, nebo 46 000 let stará vykopávka 46 letého muže, který měl dle kostí fyzická postižení, napovídají, že i takto dávno, existovala společenství, která se o své postižené starala. Naopak 10 000 let stará kostra s hrbem nalezená mimo ostatní hroby, ukazuje, že jiná společenství, se lidí s postižením spíše stranila (Mc Climents, Richardson, 2010, s. 20).

V keltských a skandinávských kmenech, bylo někdy postižení bráno jako znamení boží. Chybějící končetina, mohla znamenat výjimečnost nějakého jiného atributu, či nadpřirozených schopností. Duševní porucha leckdy znamenala věštecké schopnosti (Mc Climents, Richardson, 2010, s.20). Ve starém zákoně se naopak objevují zmínky toho, že postižení je negativním znakem boží náklonosti, setkáváme se tak s nepřijetím postiženého kněze, či nepřijatelností kulhajícího zvířete určeného k oběti (Vágnerová a kol, 2004,s. 11).

První zmínka o mentálním postižení se datuje kolem roku 1550 před našim letopočtem v Egyptském Ebersově papyru, tento dokument popisuje nemoci a jejich možnou léčbu (Harris, 2006, s.13) . U Řeků a Římanů existovala myšlenka, že postižení je božský trest rodičům dítěte. Řešení byla různá, proslulá Spartánská výchova problém postižení řešila exterminací slabých

jedinců, hodem ze skály. Římané na tradici navázali topením v řece Tiber. (Valenta, Müller 2013 s. 17; Wágner 2016, s. 9). Hypokrates (4.stol př.nl.) postižení zkoumal a konstatoval, že vznikají postižením mozku, tedy ne hněvem božím. Péče byla praktikována výjimečně a pouze v zámožných rodinách. Příkladem je činnost lékaře Galena Claudia (200 po kr), který pečoval o slabomyslného syna Marka Aurelia. Galén Claudius nazývá postižení slabomyslností a dělí ji na vrozenou a získanou, dnešními slovy postižení psychické a mentální (Valenta, Müller 2013, s.17). Chudí postižení na tom byli hůře, byli marginalizováni, někdy zotročováni k zábavě, práci či dokonce uchováváni pro štěstí. I proto, že šlo o skupinu na okraji společnosti, byla v římském právu postiženým osobám odebrána svéprávnost (Harris 2006, s.14 podle Hodgson, 1953). V Justidiánově kodexu (6 století po kr.), existovala klasifikace postižení, která dle druhu a vážnosti odebrala práva jedince, například zákaz sňatku.(Harris, 2006, s15).

2.3. Středověk a Novověk, od boha k poznání.

Raný středověk nepřináší osobám s mentálním postižením více klidu než starověk, ale zároveň staví základy sociální práce a péče. Důvod je křesťanství (Harris, 2006, s.14; Valenta, Müller 2013, s. 18).

Kodex Theodosianus vyjímá duševní a mentální postižení z medicíny a přesouvá je do démonologie. Církev pak provozuje zvrhlosti ve formách exorcismů a postižení připisuje démonům a ďáblu, osoby postižené pak označuje jako posedlé anebo úplně bez duše. Není tak překvapením, že v dobách honu na čarodějnice bylo nejspíše zavražděno i mnoho osob s mentálním nebo duševním postižením. (Harris, 2006; Valenta, Müller 2013).

Světlou stránkou křesťanství je kázání o solidaritě, jak již zmiňuje list Thesalonickým „*Kladem vám na srdce, bratří, kárejte neukázněné, těšte malomyslné, ujímejte se slabých, se všemi mějte trpělivost*“ (Česká biblická společnost, 2017 s. 274). Od raného středověku vznikaly klášterní špitály pro potřebné, chudinu, staré, nemocné. I protože bylo v určitých případech zaopatření potřebným a postiženým v režii měst, vznikala i světská místa pro účel péče. Později ve středověku Evropu dobývali Arabové, ti sice nahlíží na etiologii postižení jako božského původu, nikoliv však démonického. Do Evropy tak přinesli Řeckořímskou filosofii a medicínu, to znamená povědomí o vrozených zdravotních poruchách. Některé oblasti se tak postupně (zvláště s příchodem renezanace) odklonili od konceptu mentálního postižení jako posedlosti ďáblem (Harris, 2006, s.14).

Zajímavým místem byla belgická vesnice Gheel, kam se seskupovaly duševně a mentálně postižené osoby. Tady patrně končily „lodě Bláznů“ zobrazované v renezančním umění

umělci jako Bosch. Dle Valenty, šlo o lodě plné duševně nemocných (nejspíše i s mentálním postižením), které svázely vypovězené „blázny“ z měst, právě do míst jako Gheel. Záznamy indikují, že zde osoby s postižením žily svobodný život. Tato komunita prý existovala od 13. století až do 18. (Valenta, Müller 2013, s. 18).

Na britských ostrovech je v dokumentu Prerogativa Regis z 13. století (Králova výsada) zmíněn rozdíl mezi lidmi s vrozeným postižením pod názvem „idiot“ a označením „blázen“ postižení nabyt v průběhu života (lze tedy předpokládat, že zde jde o duševní poruchu). Tento dokument bere pod svá křídla „idioty“ a zároveň jim však zabavuje majetek. „Blázni“ mohou majetek zpět nabýt, pokud se jejich stav zlepší (Jarrett, 2016, s. 31). Prerogativa Regis na postižení nahlíží z hlediska nároku na majetek, ne z perspektivy pochopení postižení. K determinaci, zda je osoba schopná starat se o svůj majetek, respektive nebýt zneužívána, existoval test složený z několika otázek, zaměřených na to, zda daná osoba chápe svět kolem sebe. Tento dokument byl využíván od 13. století to 17. století, což ukazuje jakousi stabilitu v přístupu k lidem s mentálním postižením v Británii. (Harris, 2006, s. 15; Jarrett, 2016, s.31). V Británii roku 1330 vzniká Bethlahem hospital v Londýně, původně pečující o osoby tělesně postižené, postupně začíná pečovat i o osoby s mentálním a duševním postižením. (Harris, 2006, s.15). Tyto instituce byly ale téměř výhradně určeny pro osoby, které z nějakého důvodu neměly nikoho, kdo by se o ně mohl starat (a sami se o sebe postarat nemohly). Osoby s mentálním postižením se v agrární, negramotné, středověké společnosti, mnohdy nepovažovaly za postižené, zvláště lehké postižení nebylo příliš viditelné. V některých případech končily postižené osoby ve špitálech nebo chudobincích. Do té doby dokud se o ně mohl starat někdo z rodiny nebo jiné sociální sítě, byly součástí společnosti a úkol péče tkvěl v komunitě. Ta mohla být různorodá i dle místa existence a čítala s rodinou, sousedy, církví i sekulární mocí. Ve středověku a novověku vznikají instituce, které znají mentální postižení, ale trend není centralizace osob s postižením, jak tomu bude dále v historii. (Jarrett, 2016. s. 31)

Za počátek novověku je většinou považované objevení Amerického kontinentu Krištofem Kolumbem. Z perspektivy této práce lze za počátek novověku analogicky k objevování Amerického kontinentu přiřadit objevování člověka a posun k jeho vědeckému zkoumání, které nastává příchodem renezanace a humanismu. Ranné pokusy léčení mentálního či duševního postižení mlácením do hlavy nebo pouštění žilou, určitě nelze nechat revolučními, ale protože tyto postupy nacházíme v medicínských spisech, můžeme tak konstatovat, že společnost dospívá k přesvědčení, že mentální postižení je biologického původu. (Harris, 2006, s.15-16).

V našich krajinách se stává klíčovým mužem J. A. Komenský, který ve svých dílech počítá s „pomalejšími“ žáky, i proto ho můžeme považovat za průkopníka konceptu speciální pedagogiky. Komenský přichází se systémem 6 skupin žáků dle jejich studijních schopností. Čtvrtá a pátá skupina představuje osoby s mentálním postižením, Komenský je označuje jako děti s nedostatkem bystré mysli. Ve čtvrté skupině nalezneme žáky, kteří mají z dnešní perspektivy lehké mentální postižení. Jsou to žáci, kteří potřebují individuální podporu, volnější tempo, adekvátní množství látky, názorné ukázky, atd. Pátá skupina je určena pro děti, které mají nějaké specifické chování. Komenský si uvědomuje, že vzdělání je v případě Páté skupiny obtížné, ale tvrdí, že je možné s „velkým uměním a trpělivostí“. Jeho hlavními principy při vyučování osob s postižením byla přizpůsobivost žákovi, pokusit se pochopit jeho způsob chápání, nezavalovat jej přehnaným množstvím látky, učivo doplnit příklady z reálného života. Komenský byl nadčasovým pedagogem, který do středu zájmu stavěl žáka, tento koncept není samozřejmý ani v dnešní době a v některých zemích neexistuje ani v práci s lidmi bez postižení. (Valenta, Müller 2013, s. 18)

Sedmnácté století je také dobou osvícenství. Britský filozof Francis Bacon (1561-1626), a později Francouz Étienne Bonnot de Condillac (1714-1780), přináší myšlenku poznání, vyzdvihávají rozum a zkušenost, prosazují názor, že mnohá tajemství přírody lze odkrýt pozorováním a zkoumáním. Definitivně zatracují myšlenku, že mentální postižení je božského charakteru, natož božím trestem. (Harris, 2006, s.16) V tomto kontextu není špatné zmínit ani Johna Locka (1632-1704), rodák ze Somersetu byl zastáncem myšlenky že: *“ jedinec na svět přichází jako tabula rasa, čili jako „ nepopsaný list“ . Vše zakládá na zkušenostech, které může získat jedinec až v průběhu života. Locke také zdůrazňoval, že je rozdíl mezi mentální retardací a jedincem trpícím určitou duševní nemocí. Osobu s mentální retardací představoval jako jedince s omezenou schopností myšlenky spojovat a následně prezentovat“* (Wagner, 2016 s.9). Vidíme tak posun od zkoumání božské podstaty k vědeckému zkoumání.

2.4. Moderní dějiny, poznáním k instituci a poznáním mimo ni

Jak jsem již zmínil výše, místa kde se shromažďovali osoby, o které někdo musel pečovat, existovala už ve středověku a byla více méně v režii církve. Osoby s mentálním postižením byly také celkem přirozeně součástí společnosti a v péči svých blízkých, i protože agrární společnost sama nečítala velkým vzděláním (Jarrett, 2016, s.32). Čím byla tato situace narušena? V některých oblastech byl jedním z důvodů protestantismus, s nímž přichází rušení klášterů a chudobinců, které ke klášterům patřily, tím společnost přišla o místa pro nejvíce potřebné. Na první pohled jde o deinstitalizační koncept, na druhé straně je jeho dopadem nutnost zřízení

nových míst sekulární moci a vznik nových institucí. Později přichází i sociální transformace ve formě industriální revoluce, která již nepočítá s jednoduchou agrární společností. Naopak vznikají přeplněná města, kde se vedle úspěšných měšťanů tvoří obrovská chudina (Mc Climens, Richardson, 2010, s. 23). Města jsou tudíž nucena situaci řešit, například v Británii se zřizují pracovní domy. Ty jsou charakteristické tvrdou disciplínou a nespravedlivými pracovními podmínkami – lidé v nich pracovali zdarma respektive za přístřešek nebo jídlo. Tato společnost se také ideologicky vyznačuje marginalizací osob, které tempo doby nezvládá. I proto vznikají první instituce za účelem centralizace duševně a mentálně chorých. (Cummins, 2016, s. 44)

Myšlenky humanismu a osvícenství v kombinaci s revolucemi ve Francii a Americe daly lidem kuráž zasahovat do věcí, které byly v předchozích obdobích považovány za přirozený řád (Harris, 2006, s. 17). Od osmnáctého století se můžeme setkat s kontroverzním zároveň však vědeckým (mnohdy lékařským) přístupem k osobám s mentálním postižením. Medicínský výzkum má své kořeny ve Francii, kde právě ve stínu osvícenství, lékaři hledali vědecké řešení mentálního postižení, vznikla tak i klasifikace postižení, za účelem odloučení těchto osob od majoritní společnosti (Jarrett, 2016, s. 35).

Pohled na těžkou dobu filozofických a sociálních změn se u různých autorů liší. Harris (2006), vyzdvihuje v tomto období zájem o postižení a formaci profesionálů, kteří se tématu věnovali a postupně nacházeli speciální pedagogiku. Nezapomíná ovšem ani na problematiku institucionalizace (Harris, 2006, s. 18). Jarrett (2016) je více kritický a zájem o postiženého jedince chápe spíše negativně, neboť mentálně postižený člověk, který byl v minulém období součástí společnosti, do ní už v 19. století nepatří. Dostává se mu nálepka osoby, která není schopna v společnosti žít, a která potřebuje speciální prostředí instituce (Jarrett, 2016, s. 34-35). Valenta a Müller (2013), vyjadřují své pocity z 18. století následovně. *Čas lodi bláznů, kdy byli postižení vyháněni za hradby, aby putovali (ovšem svobodně a volně) za svým osudem, zkázou nebo uzdravení, vypršel, aby byl vystřídán věkem věže bláznů*. (Valenta, Müller, 2013 s. 20). Svět věže bláznů postižené internuje, zavírá do všelijakých institucí, kde jsou zkoumání, popřípadě je prodává světu jako atrakci, na kterou se lidé mohou podívat na pouti (Valenta Müller, 2013 s. 20).

Institucionalizace a speciální pedagogika nabírají v 19. století ještě více na významu, instituce oddělují mentálně postižené osoby od majoritní společnosti, avšak intenzivně roste názor, že mohou být vzdělávány. (Harris, 2006, s. 18). Společenská nálada se nyní soustředí nejen na zkoumání, práci a péči, ale i na očištění společnosti. Roku 1845 se v Británii stává

povinnou institucionalizace osob klasifikovaných jako mentálně postižených (tehdy pod názvem „idiot“), ty pak končí v azylech nebo pracovních domech. Mentálně postižených bylo roku 1850 internováno asi 1000 v azylech a asi 10 000 v pracovních domech (Jarrett podle Wright, 2016 s.36). Záhy začalo být zřejmé, že do azylů, které byly koncipovány jako nemocnice, příchod – léčba – odchod, nebo do pracovních domů, které byly spíše místy, kde umírala nijak nezaopatřená chudina, osoby s mentálním postižením nepatří. Vzhledem k povaze mentálního postižení jsou oba typy zmíněných institucí neefektivní. Navíc je již prosazen názor, že mentálně postižené lze vzdělávat. Právě za tímto účelem, přiváží John Conolly do Británie z Francie učení P Pinela (viz níže), a začíná tak pracovat s mentálně postiženými jako samostatnou skupinou. Pro tuto dobu bylo tedy moderní zakládat asyly pro mentálně postižené, jak z praktického tak z edukačního hlediska. (Simplican, 2015, s. 55) V Británii tak postupně vznikají specializovaná zařízení pro mentálně postižené. Jako první byly zakládány soukromé instituce provozované z milodarů. Instituce byly medicínského charakteru, zaměřeny na zkoumání postižení. Jedním z výzkumníků té doby byl i John Langdon Down, který (mimo jiné) klasifikuje kondici známou jako Downův syndrom. Jeho teorie byly ovšem vcelku děsivé, domníval se, že mentální postižení je jakousi degradací z rasy bílé k jiné, proto nazýval právě Downův syndrom jako mongoloidní poruchu. (Jarret, 2016, s. 37)

Stejně jako v Británii, i ve Francii žily v 19. století osoby s duševním nebo mentálním postižením v děsivých podmínkách i vně nemocnic či věznic. Tak do povědomí přichází Philipp Pinel, muž, který mění celý nemocnic v Bicentre a Salpetriere, kde jsou postižení bití a poutáni, na místo péče. Pinel přichází s kombinací medikace s psychosociálním přístupem. K lékům přidává nějakou pracovní aktivitu. Inspiruje se v ústavu ve Španělské Zaragoze, kde pacienti naplňují svůj čas jednoduchými pracemi na zahradě (Valenta, Müller, 2013, s. 21 podle Foucault, 1993, s. 133). Tento koncept nejenom zlidšťuje přístup k postiženým a učí je určité dovednosti. Dle definice sociální pedagogiky, kterou jsem zmínil výše by se tento úkaz dal považovat za sociálně pedagogický. Volný čas plní společensky užitečnou činností, která napomáhá rozvoji jedince, a potencionálně předchází sociálně nežádaným jevům, způsobených frustrací z těžké sociální exkluze, kterou instituce té doby praktikovaly.

Na Pinela navazuje jeho žák Juan Ettien Dominique Esqiro, ten pracuje s mentálním postižením jako se stavem, nejenom jako s chorobou a vytváří rozdělení mentálního postižení. Kontroverzním, leč zajímavým, experimentem se zabýval Jean Itard, který se snažil vzdělat nalezeného chlapce s mentálním postižením, Victora. Itard sice nepotvrdil teorii tabula rasy, chlapce se mu tedy nepovedlo plně normalizovat, svými poznatky ale přispěl k rozvoji speciální

pedagogiky, a tím vzdělávání osob s mentálním postižením. Jeho působení tak dává impulz ke vzniku institucí specializovaných na osoby s mentálním postižením. Jak bylo zmíněno výše, do té doby byly osoby s mentálním postižením často umístovány do zařízení, která byla buď pro duševně postižené, nebo pro chudinu. Nešlo pouze trend ve Francii a Británii, od poloviny devatenáctého století vznikají specializované instituce v Evropě, a dokonce i v Severní Americe a v bývalých Britských koloniích (Race, 2002, s.26; Harris 2006 s. 20; Valenta, Müller 2013, s.22).

Na Itarda navazuje Eduard Seguin, který přichází s „fyziologickou metodou“, ve které se koncentruje na rozvoj senzomotorických, sociálních a jazykových schopností. Používá Seguinovu triádu, systém pracující na třech úrovních výchovy. „*První je výchova činnosti (motorika, senzomotorika), druhá výchova myšlení (základní vzdělání, představa o světě a společnosti) a výchova vůle (ovládání instinktů)*“ (Valenta, Müller; 2013 s.22). Šlo o značný pokrok v přístupu k mentálnímu postižení, Seguin byl zastáncem institucí a zároveň věřil, že osoby s mentálním postižením nemohou plně využít běžné školní výuky (Valenta a Miller 2008 s.22; Harris, 2006 s.19). Seguin se později přesouvá do Spojených států a stává se prvním prezidentem American Institutes for Idiotic and Feeble Minded Persons, dnes American Association on Intellectual and Developmental Disability (AAIDD), která figuruje v odvětví diagnózy a přístupům k Mentálnímu postižení dodnes, (viz kapitola Klasifikace). V Americe se Seuguin zasloužil o zakládání institucí, v jeho době (a především v jeho filozofii) nešlo vždy o konečné umístění jedince, leckdy se lidé vrátili zpět do společnosti se základním vzděláním, které jim stačilo k životu. Původní koncept institucí jako škol se ale kvůli nastupující ekonomické krizi a občanské válce změnil spíše na veliké uzavřené instituce na odlehlých místech, které leckdy zneužívaly postižené jako neplacenou pracovní sílu a kde si zaměstnanci ani nepamatovali jména svých pacientů - osob s mentálním postižením.(Harris, 2006, s. 19-20)

Situace byla lehce odlišná v Německu kde mimo jiných institucí, vznikala specializovaná zařízení pro práci s postiženými u škol. Existovaly zde dva koncepty, speciální školy jako takové a speciální třídy ve školách běžných. Na začátku 20. století existovaly speciální školy ve 210 městech a navštěvovalo je 21000 žáků. V těchto školách trvala jedna školní hodina 30 minut, a žáci se zde mohli vyučit některým řemeslům. (Ira, 2006, s.8). Ve Švýcarsku byl průkopníkem ústavní péče a vzdělávání osob s mentálním postižením Jakub Guggenbuhl, založil ústav, který byl rozdělen podle závažnosti postižení a byl inspirací pro ústavy po celém světě (Ira, 2006, s.8).

Devatenácté století důkladně shrnuje David Race, který říká, že původní instituce byly míněny tak, aby uchránily osoby s postižením od světa, který se v 19. století ve stínu industriálních a sociálních revolucí velmi rychle měnil, později jsou však instituce tvořeny, aby svět uchránily před lidmi s postižením (Race, 2002, s. 26-27). V této době bylo 121 ústavů v Německu, 29 ve Švýcarsku, 25 v Severní Americe, 26 ve Švédsku, 20 ve Francii, 12 v Británii, 6 v Rusku, 5 v Belgii, 4 v Nizozemsku, 1 v Irsku. (Valenta, Müller, 2013, s. 24)

Koncem 19. a začátkem 20. století se prosazuje koncept eugeniky. Ta vychází z kombinace tří směrů. Za prvé z idey Darwinismu, která indikuje, že v přírodě přežívá ten nejsilnější. Za druhé přihlíží k práci Gregora Mendela, který svými pokusy otevírá prostor genetiky. Za třetí testování inteligence, se kterým přišel francouzský doktor Alfred Binet. (Mc Climents, Richardson, 2010, s.24). V hlavní roli eugenického hnutí je Francis Galton. Ten skrze daný koncept sociálního inženýrství lepí na osoby s postižením nálepku nebezpečných pro společnost, neboť mají nízkou inteligenci, nejsou silní, a mají špatný genetický materiál (Jarrett, 2016 s. 38). Začíná být jednoduché populaci osob s postižením odříznout od těch „nejsilnějších, chytřejších a geneticky dotovaných“ a nastolit tak systematickou segregaci. Pro orientaci v cenzu z roku 1901 bylo evidováno na britských ostrovech 13 000 osob s mentálním postižením (Race. 2002, s. 28). Herbert Goddard, další zástupce eugeniky, jde dokonce tak daleko, že tvrdí, že osoby s postižením jsou beznadějnými případy, kterým nelze pomoci, a kteří představují hrozbu pro zbytek společnosti. (Cummins, 2016 s. 47). To v některých koutech světa jako USA, Norsku, nebo ve Švédsku graduje ve sterilizaci. Jen ve Švédsku bylo během 40 let sterilizováno 63 000 osob (Race, 2007, s27). Keith a Keith (2013), ve své publikaci zmiňují, že ve 40 letech 20 století v USA dle dochovaných výzkumů více než 45% populace souhlasilo s nedobrovolnou eutanázií u „beznadějně“ postižených (Keith, Keith, 2013, s. 30). V Británii se důležitost nerozmnožování řeší separací žen a mužů v ústavech. Některé ústavy byly gigantických rozměrů, měly až 1500 lůžek, a nebylo výjimkou, že v jednom oddělení bylo až 60 osob. (Jarred, 2016, s.38). Nejsilnějším zastáncem eugenické teorie bylo nacistické Německo, které zašlo ještě dál a osoby s postižením (a nejen ty) rovnou vyhlazovalo. Těmito činy upozornili svět na nebezpečí lpění na genetických predispozicích (Mc Climents, Richardson, 2010, s. 24). Ač mnohé výše zmíněné příklady vyvolávají pohoršení a zděšení, je nutné zdůraznit, že koncept eugeniky není vnímán pouze jako negativní přístup, a je stále přítomen ve smýšlení nynější západní společnosti, v pojmech jako eutanázie, potrat či umělé oplodnění. I dnes však tyto termíny často budí kontroverzi.

Prozření, že je nutná změna přístupu k lidem s postižením, přišlo v 60. letech dvacátého století. Dánská a poté Švédská legislativa přišla s tím, že by člověk s mentálním postižením měl co nejvíce kopírovat vzorky běžné populace, a za účelem kvality života dostávat potřebnou podporu, nastává tak období normalizace mentálního postižení. V západním světě se tak odstupuje od institucí, v Británii byla v devadesátých letech dvacátého století většina institucí nahrazena, alternativní péčí (Cummins, 2016, s. 48). Ve východní Evropě přišla deinstitucionalizace až po roce 1990. Rychlejší tempo změn nastalo v zemích, které jsou členy EU (ČR, Slovinsko...). V zemích, které nejsou členy EU (například Bosna a Hercegovina), zůstávají instituce až do dnešní doby. (Zaviršek, 2017, s. 835)

2.5. České země v moderních dějinách pod lupou.

V Rakousku-Uhersku (a tedy i v zemích Českých) byl koncem 18. století vydán všeobecný školní řád. Žáci se znevýhodněním měli být přítomni výuce a neměli být kvůli postižení trestáni. Krokem zpět byl naopak rok 1869, který vylučuje postižené osoby ze vzdělání. Roku 1905 nový školní řád umožňuje vznik pomocných a podpůrných tříd ve školách. V těch bylo většinou 15-20 žáků na učitele a školní hodina trvala 25 minut. (Valenta, Müller, 2013, s. 23)

Jako i v jiných koutech světa v Rakousku vznikají ústavy. Zajímavostí je, že ústavy byly v 19. a 20. století zřizovány spolky, církví nebo byly soukromé, stát je zřizoval později (Valenta, Miller, 2013 s.23). Ústavní péče o osoby s postižením má na území Česka počátky na konci 18. století, kdy byl při fakultní nemocnici na Karlově zřízen ústav pro duševně choré. Tuto instituci následoval ústav u Sv. Kateřiny, v tomto případě šlo již o zařízení oddělené od nemocnice, ale se stejným vedením. Zde, a později i v instituci, která tuto nahradila – Nový dům, působil Josef Riedel. Josef Riedel byl zastáncem pracovní terapie a v jeho ústavu se také setkáváme s muzikoterapií a tělocvikem, na druhou stranu též praktikoval, elektroterapii tedy léčení elektrickými šoky. Tyto ústavy dělily osoby do nich umístěné na „vyléčitelné a nevyléčitelné“, jinak řečeno, byl zde vnímán rozdíl mezi psychickým a mentálním postižením. (Lutonská, 2006, s. 23). Roku 1863 vychází zákon o domovském právu, ten jako první zmiňuje sociální pomoc znevýhodněným osobám, to ještě umocňuje vznik ústavů, a jejich diversifikaci. (Valenta, Müller, 2013, s. 23).

Specializovaný ústav pro osoby s mentálním postižením byl zřízen roku 1871, kdy byl spolkem sv. Anny založen ústav pro „idioty“ v Praze. Jeho ředitelem byl Karel Slavoj Amerling. Ústav pro idioty v Praze měl pevný režim, 8 hodin spánku, 8 hodin přípravy a odpočinku a 8 hodin práce a učení. Osoby v ústavu měly získat základní životní dovednosti (Kozáková,

2004, s. 13). Podobně jako Down měl Karel Slavoj Amerling kontroverzní způsob diagnózy, založený na fyziognomii a frenologie a dělil tak své pacienty podle vzhledu. Metody učení těchto osob byly také daleko od klientsky zaměřeného přístupu. „*tak například o jednom z těchto typů (atlet) Amerling píše, že je lze lehce zmocnit, ukáže – li se jim metla a odepře strava, jsou líní, nečistí, stále se dotazují, zuřivě koušou, někdy se používá k jejich zkrocení i svěrací kazajka. Jestliže chovanec kouše a plive, vloží se mu do úst střed ručníku, uváže se za krkem a přiváže ke stoličce. Chovance je třeba přesvědčit, že pánem je ten kdo ho zkontrolil*“ (Valenta, Müller s 24, podle Kysučan 1982 s. 96). Ve stejné instituci, ale již ve 20. století působil i Karel Herfort, který se soustředil na individuální přístup, na své pacienty hleděl jak z lékařské tak ze speciálně pedagogické perspektivy. Psal o mentálním postižení knihy a časopisy, byl předsedou spolku pro péči o slabomyslné a profesorem, který učil spolupráci lékaře a učitele. Také řešil otázky genetiky a eugeniky, zkoumal tak příčiny mentálního postižení z perspektivy dědičnosti (Turda, 2015, s.160; Turda, Weindling 2007, s.147). Josef Zeman později řešil otázku povinné školní docházky a s ním je spojeno vřazení pomocných škol do školského systému. (Kozáková, 2005, s. 13; Valenta, Müller 2013, s. 24). František Čáda se staral o společenské povědomí o mentálním postižení, pořádal sjezdy, kde vystavoval práce pomocných tříd a ústavů. Na Moravě v odvětví speciálního školství působil Konrád Sedláček, ten na začátku dvacátého století otevřel pomocné školy v Brně a Olomouci. (Valenta, Müller 2013, s.25).

Obdobný stav pokračoval až do druhé světové války, tou dobou bylo na Českém území evidováno 20 ústavů pro osoby s postižením, držely si funkci, pedagogickou, lékařskou a sociální (Káráská, 2011, s.19). Pro pozdější poválečný vývoj je dobré si uvědomit, že sociální služby zprostředkovávalo více subjektů, církev, spolky, obce i jednotlivé osoby (Valenta, Müller 2013, s.24)

Druhá světová válka byla pro každou skupinu odvíjející se od normy velmi náročným obdobím. Tím více pak na území okupovaném, či zabraném Německem, které provádělo kromě známých rasových i čistky genetické. Mnoho osob s postižením tak bylo zabito, nebo se na nich uskutečňovali zvrhlé pokusy, za účelem zjištění příčin postižení. (Lutonská, 2006, s.24)

Po druhé světové válce a nástupu „socialismu“ se kormidla v oblasti postižení chopil stát, ani církve ani spolky již tuto funkci nevykonávaly, a ač ze zákona mohly, stát jim to nemožňoval (Matoušek a kol, 2011, s.27-28). Zprostředkování sociální služby nebylo ani v režii obce, ale bylo plně centralizováno a řízeno státem (Valenta, Müller 2013, s. 26). Tudíž na našem území nemohla vzniknout (nebo se obnovit ta z 20. let 20. století), žádná forma sociálního státu, tedy koncepce, která se uchytila v západním světě. Především z důvodu, že „socialistickému“

centralizovanému konceptu chybí zapojení občanské společnosti a tržní ekonomiky (Smutek, 2013, s. 163). To navíc znamenalo, že nemohla ani nastat deinstitucionalizace, která byla mnohdy iniciována členy komunit a financována z obecních či soukromých peněz. Osoby, nějakým způsobem znevýhodněné, byly pouze záležitostí systému „*Systém sociálních služeb do roku 1989 vytvářel z klientů sociálních služeb jakési neurčité kategorie svěřenců, obyvatel, ubytovaných či osob, jejichž život se nachází v rozporu se zájmy socialistické „reality“*“ (Čámský a kol, 2011, s. 11). V institucích bylo až do roku 1989 běžné, že klienti nosili stejnokroje (Čámský a kol, 2011, s.11). Osobám, kterým se narodilo dítě s postižením, bývalo doporučováno, dát dítě do ústavu a udělat si další. (Matoušek a kol, 2010, s. 115) Ve stejné době zároveň existují speciální školy, od mateřské po výuční obor. Osobám s postižením se dostalo vzdělání, ale zároveň mimo školy běžné, a tím mimo většinovou společnost. Navíc tyto školy nebyly koncipovány pro osoby s vážnějším mentálním postižením, ale pro takové, kteří by mohli vykonávat jednoduché práce. Změny přišli po roce 1989, postupně přestává existovat centralizovaný školský a sociální systém, přicházejí tedy alternativy ve vzdělávání, péči a podpoře osob s postižením. To otvírá prostor pro vzdělávání osob se závažnějším mentálním postižením, vzniká i poradenský systém rodinám mimo státní organizace, na trh se službami pronikají i neziskové a soukromé služby, ústavy se humanizují, existuje snaha o integraci a inkluzi do aktivit různých životních potřeb (škola, práce). (Valenta, Müller 2013, s. 27) Tento trend pokračuje dodnes a rozebereme si jej v následujících kapitolách.

3. Aktuální vývoj péče pro osoby s postižením příklad západu a východu evropy

3.1. Západ - Velká británie

V období 50. až 70. let dvacátého století odborníci začali chápat, že medicínský přístup, který nabízí exaktní definice, následně pokulhá v praxi. Objevily se diskuze, o přínosu faktorů sociálního začlenění a mimo institucionálního prostředí, na získávání dovedností a učení u osob s postižením. Mentální postižení postupně ztratilo statut nemoci a získalo statut stavu. Vznikly alternativy k masové péči a to v komunitách, na základě přístupů zaměřených na osobu (Mc Climens, Richardson, 2010, s.28). Přišla tak normalizace přístupu k mentálnímu postižení, který je v rozporu jak s institucionalizací tak eugenikou, a staví postižení jakou běžnou věc, a postižené osoby hodné běžných práv. Roku 1971 dokonce vznikla deklarace OSN, která se zabývá právy osob s mentálním postižením, a staví je na stejnou úroveň s majoritní populací (Brown, 2015).

Změnila se také i legislativa samostatných států, například v Británii ještě před deklarací OSN přestala platit povinnost institucionalizace osob s mentálním postižením, také mizí definice morálního postižení. Tím se poukázalo na problematičnost fungování institucí, začalo být zřejmé, že velká část osob v nich zavřených, se dosti intenzivně podílela na chodu daných institucí. Instituce byly také do určité míry financovány rodinou, záleželo zde na jejich příjmech. Neboť nastal odliv pacientů, instituce se rázem ocitly v krizi pramenící z nedostatku personálu a financí. (Walmsley, 2005. s. 60). Skandály spojené se zneužíváním klientů z 60. a 70. let dvacátého století, poukázaly na nízkou úroveň institucionální péče a v jejich důsledku bylo 52 000 mentálně postižených posláno zpět do komunity. Došlo tak k individualizaci případů, kdy se mezi rodinou, profesionály a klientem, začíná plánovat postup k začlenění do společnosti. To bylo i počátkem evoluce zařízení nabízejících péči znevýhodněným, od instituce k ubytovně, od ubytovny do sdíleného domova, od sdíleného domova k samostatnému bydlení (Mc Climens, Richardson, 2010, s. 28). Tento progres, ale také předpokládá vznik společenské infrastruktury. Ze začátku se totiž komunitní péče potýkala s problémem chudoby a exkluze pramenící z neobvyklosti existence osob s postižením v komunitě. I proto vznikly speciální školy a komunitní výcviková střediska, pro osoby s postižením. (Race, 2002, s.42; Mc Climens, Richardson, 2010, s. 29). Normalizace služeb dosáhla největšího ideového rozmachu v 70 letech. Problém přichází s Thatcherismem a krizemi let 80.. Jde o relativně zajímavý úkaz, ne úplně vzdálený od současné situace v České republice. Británie měla veškeré „know how“ pro

transformaci sociálních služeb, měla také důkazy, že deinstitucionalizované služby fungují lépe. Akademie se shodovala na nutnosti společenské a komunitní propojenosti, za účelem tvorby kvalitní péče. Konkrétně šlo například o to, aby stávající služby nebyly rušeny, ale posíleny, tak aby mohly pracovat s lidmi s postižením, a ti aby je mohli využívat. Nové sociální služby měly být zakládány pouze pro specifické úkony, tj. které existující organizace vzhledem k postižení jedince, již nemohou zvládnout a je zde nutná specializace. (Race, 2002, s. 43). Příchod neoliberalismu a krizí v 80. letech měl na tuto koncepci neočekávaný vliv. Kvůli krizím nastal čas na škrty v rozpočtu, obří instituce byly těžké na správu a vyžadovaly mnoho personálu, tudíž zde byl přebrán koncept na zřízení menších zařízení. Zároveň však vláda začala centralizovat moc, a místní autority, klíčové pro komunitní péči, přišly o finance potřebné k realizaci lokálních projektů. Na jedné straně zrušení institucí ušetřilo peníze za její běh, ovšem neexistovaly prostředky na vybudování komunitní péče. To na trhu vytvořilo prostor pro aktivitu soukromých (jak ziskových, tak neziskových) subjektů. Ty sice vybudovaly zařízení podobná běžným domům, na druhé straně se ale vymykají místním autoritám. V tom všem navíc figuruje národní NHS (national healthcare systém – národní zdravotnický systém) který otevřel svá normalizovaná zařízení. Lokální autority neměly prostředky pro efektivní transformaci, vznikla široká škála služeb od tradičních uzavřených institucí po běžné domy a trh se službami pomalu přebíral soukromý sektor. Ani u jednoho ze tří zprostředkovatelů (NHS, soukromý, místní autority) ovšem není plná záruka normalizované služby, která na rovině teorie došla k názoru, že ideálním bydlištěm osob s mentálním postižením by měl být dům/byt, kde žije 4-6 osob a k dalším poznatkům o kvalitě služeb. Jak již bylo zmíněno výše, do roku 2000 v Británii zmizela většina velkých institucí, standardy jsou nastaveny tak, aby místa bydliště byly malé domky, pro práci s klienty je zvolen co nejvíce individualizovaný přístup, zůstává fragmentovaný trh služeb. (Race, 2002 s.44 ; Race, 2007, s.197).

Fragmentování trhu si můžeme blíže vysvětlit na konceptu přidělení péče. Osoba s postižením spadá pod nějakou instituci nabízející sociální služby, nejčastěji půjde o místní autoritu, jak jsem psal výše, místní autorita ovšem vždy nemá prostředky na zabezpečení péče samostatně, takže je možnost smlouvy mezi ní a soukromými zprostředkovateli. Klient má možnost si místo péče vybrat, ať už z nabízených možností, či z vlastní úvahy. K monitorování kvality péče existuje inspekce CQC – Care Quality Commission (Inspekce kvality péče), ta by měla případné neduhy v péči odkrývat. (NHS, 2018) Ve stínu vysoce medializovaných kauz zneužívání klientů po roce 2000, například Winterbourne view v roce 2011 (BBC, 2012), si musíme stanovit úskalí a pozitiva tohoto systému. Paul Cambridge (2005) udává 2 příklady.

První příběh popisuje případ muže (autorova strýce) s Downovým syndromem, ne verbálního, který nějaký čas po přesunu do komunitního bydlení záhadně onemocněl. Sociální služby s ohledem na zprostředkovatele, přičítali vinu alergické reakci na prášky, odmítaly ale vyhotovit testy na alergie, protože zprostředkovatel, nebyl schopen doložit, kdo léky předepsal a jaké. Rázem změnili příběh na to, že klient snědl na zahrádce jedovatou rostlinu. Nezávislý poradce ale tvrdil, že klient má na těle znaky opaření horkou vodou. Nakonec tak případ skončil v rukou policie a klient dva týdny po hospitalizaci umřel, ve zprávě z pitevny byl navíc nazván „mongoloidem“ (Cambridge, 2005, s. 242). Tento případ ukazuje citlivost transformace, stejně jako náchylnost trhu se sociálními službami k „zametání“ problémů.

Druhým příkladem je případ ženy, které postižení nedovolovalo pohyb. V instituci a i po opuštění instituce skoro nekomunikovala s okolím a vykazovala známky problémového chování. I proto, že byla mimo instituci v individuální péči a díky pomoci a aktivitám různých subjektů trhu, se postupem času naučila jezdit na elektrickém vozíčku, komunikovat, navštěvovat koncerty a nakonec si i zavolat taxi (Cambridge, 2005, s. 247).

Z výše zmíněných případů vyplývá, že deinstitucionalizovaný systém v Británii má své mouchy, zároveň však nabízí možnosti, které by uvnitř instituce klient nikdy neměl.

3.2. Východ - Česká Republika

V naší krajině započaly oficiálně změny v přístupu k osobám s postižením, až po sametové revoluci tedy po roce 1989. S příchodem neziskových organizací již v roce 1992 vznikají služby nabízející chráněné bydlení, zároveň však zůstávají i ústavní pobytové služby (Matoušek a kol, 2010, s. 115-116). Neziskové organizace však zajišťují hlavně ambulantní a terénní služby, 85% residenční péče v roce 2007 zajišťovaly obce a kraje. V roce 2006 přišly legislativní změny s novým zákonem o sociálních službách. Ten počítá se specifickými potřebami klienta a svobodnou volbou služby, kterou bude využívat. Mimo dotace zařízení, klient dostává příspěvek na péči, ten by měl dát klientovi větší volnost ve vybírání služby. Osoba má mimo objektu, kde žije, ještě možnost využití služeb komunity. Vlastnosti služeb pak detailněji popisují Standardy kvality sociálních služeb (MPSV, 2007). V roce 2007 se i ČR stává součástí úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením a článku 19, která se zabývá nezávislým způsobem života (Pospíšil, 2015).

Nyní se vracím k mému výroku z přechozí podkapitoly, v ČR máme v současnosti dostatečnou teoretickou základnu k transformaci, jsme ale ve stejné fázi jako Británie v 80. letech minulého století, v oblasti péče figuruje více služeb, rozdílné kvality. Národní strategie rozvoje

sociálních služeb (2015-2020) kritizuje systém financování. Upozorňuje na to, že za aktuálního stavu, je nepřímo podporován koncept institucí. V některých krajích není alternativa k institucionální péči. V roce 2013 mělo z registrovaných 639 služeb, 544 charakter instituce. To nemusí být nutně jen pasivitou kraje, je také možné, že dotace nedosahuje potřebné výše a částka nestačí k transformaci zařízení. V současnosti jsou totiž k financování transformace primárně určeny peníze z fondů EU, nikoliv prostředky ze státního rozpočtu. Je tedy možné, že kraj vůbec neinstitutivní službou nedisponuje, je také možné že ani nedisponuje službou, která by klienta vedla k samostatnosti, klient s těžším postižením pak nemusí dostat dostatečnou podporu k rozhodnutí o tom, kde by chtěl žít. Dalším problémem financování je podpora klienta, který se rozhodne žít v komunitě, ten je odkázán na příspěvek na péči, důchod a dávky. Pokud kraj rozhodne dotaci na péči investovat do již stávajícího zařízení a ne do komunitních služeb, je tento klient odkázán pouze na své finance a bude chybět dotace na službu, kterou by on potřeboval. Některé ústavy navíc sídlí v těžce dostupných lokalitách, takže i kdyby chtěl klient využívat služeb mimo ústav, nebude mít příležitost. I z těchto důvodů končí osoby soběstačné ve službě určené pro osoby s větší potřebou podpory (Pospíšil, 2015).

Jak jsem již nastínil, financování je velmi chaotické, popíšu jej tedy stručně. Stát dává krajům účelovou dotaci z rozpočtu na sociální služby, ta je určena k zajištění základních druhů sociální služby. Stát přerozděluje dotace poskytovatelům, kteří poskytují služby na celostátní úrovni. Z prostředků Evropské unie jsou pak dány dotace na rozvojové služby, vzdělání pracovníků, a již zmíněnou deinstitucionalizaci. Územní samosprávy mohou také nabídnout další prostředky z rozpočtů kraje nebo obce. Pobytové služby jsou též spolufinancovány veřejným zdravotním pojištěním. K tomu klient pobírá příspěvek na péči, příspěvek na péči má 4 úrovně dle postižení. Z toho je zřejmé, že dotace na péči klienta je absolutně neindividuální a příspěvek na péči nereflektuje reálnou potřebu klienta, reflektuje pouze jeho postižení (Pospíšil, 2015).

Ani v západních zemích se ovšem ústavy nezměnily ze dne na den, jak píšou výše, Briti transformovali péči o mentálně postižené 40 let, takže nelze na vše nahlížet černě. Jako důkaz toho, že je transformace možná, je centrum služeb v městě Stod. Tam během 12 let přestěhovali 190 lůžkovou instituci, do různých jiných budov. Diversita objektů je nadstandartní, v současnosti mají pro klienty pronajaté 2 byty, další byty mají od obce a kraje, mají budovu pro chráněné bydlení a pro osoby s těžším postižením domky kde společně žijí. V blízké době úplně uzavrou původní 190 lůžkový ústav. (CSSSTOD, 2018) Jako důkaz o funkčnosti tohoto ústavu může posloužit příběh paní Moniky a Pana Jaroslava.

Poznali se roku 1975 v rámci života ve stejném ústavu. Do doby transformace, ale nemohli navázat intimní vztah, stál v tom režim ústavu a například i fakt toho, že sdíleli pokoje po více lidech. Změna systému jim pomohla k společnému životu. Nejprve proběhla příprava na společný život za pomoci psychologa a asistentů, protože ani jednoho z páru neodradila, po nějakém čase získali vlastní byt. Tam žijí v celku samostatně:

„Den prožívají podle svých představ, bez významné pomoci asistentek. Podpory asistentek využívají například při přípravě stravy, nákupu elektroniky, ošacení a při obsluze některých elektrospotřebičů. Během života ve společné domácnosti se naučili hospodařit se stanovenou finanční částkou na stravu. Mimo oběda, který na vlastní přání stále odebírají v DOZP (ústavu), si ostatní stravu plánují a připravují sami nebo s podporou asistentky.“ (Adamec, 2013, s. 29)

V Česku se od roku 1989, událo mnoho pro změnu institucionální péče. Slabou stránkou se jeví financování, silnou je dobrá základna specialistů v oboru.

4. Aktuální témata osob s mentálním postižením

4.1. Podpora nezávislosti a Sebeobhájci

Podpora nezávislosti je praktickým předpokladem začlenění osoby s postižením do společnosti. Je to koncept, kde je osoba vedena k co největší samostatnosti. Cílem je, aby si osoba s postižením určovala vlastní cíle a rozhodovala o nich. Aby za ně měla odpovědnost a aby nepodléhala manipulaci. Aby žila v přirozeném prostředí a využívala jeho služeb, jako jsou například vzdělání nebo práce. Aby si stála za svými právy a aby si vážila sama sebe. Podpora tak slouží k aktivizaci faktorů, které plnohodnotný životní styl umožní, naopak má minimalizovat závislost na institucionální formě péče, jako jsou ústavy nebo třeba dávky. V praktické rovině jde o rozvoj dovedností jako je zajištění si bydlení a chodu domácnosti, naučit se využívat komunitních služeb, jako je lékař, nákup, kavárna. K získání takovýchto dovedností existují organizace (a jejich zaměstnanci), které nabízejí sociální rehabilitaci, rezidenční služby, asistenční služby nebo třeba poradenství. Jde tak o práci s postižením jako přirozeným jevem, je jasné, že ne všechny stránky postižení lze vykompenzovat, někdy bude asistence nebo podpora ze strany nějaké organizace nutná, zároveň se však maximálně aktivizuje potenciál klienta (Krhutová, 2013, s. 119-120).

Specifickým tělesem této roviny jsou sebeobhájci jde o skupinu osob s postižením, která se zaměřuje na to, aby byla dodržována jejich práva jakožto plnohodnotných občanů. Nejde tedy o organizaci osob bez postižení, která mluví za osoby s postižením, ale jde o skupinu osob s postižením, která mluví za sebe. Nutno podotknout, že často mají asistenci nějaké osoby bez postižení, ta ovšem podněcuje témata a vede osoby s postižením k tvorbě názorů, jinak řečeno netvoří za ně (Mallander a kol, 2018).

Samotní sebeobhájci z organizace Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, službu shrnují následovně.

„Sebeobhájci jsou lidi, kteří hájí svá práva, kteří se snaží pomáhat a porozumět druhým a kteří se snaží o to, aby byly vyslyšeny jejich názory.“

„Když mám nějaký problémy, tak se poradit, co s tím. Člověk musí respektovat pravidla, který na světě jsou.“

„Když má někdo nějakou nemoc, aby se s ním nejednalo blbě. Že jsou lidi nemocný, to nevadí, mají stejná práva jako zdravý.“

(SPMP ČR, 2018)

4.2. Bydlení

Otázkou o které se v této práci nepřetržitě bavíme, je koncept života pro mentálně postižené, jeho nesmírně důležitou stránkou je tak bydlení. V rámci této práce se již nebudeme znovu zabývat stále existující institucionální péčí, podíváme se na její alternativy.

Chráněné bydlení je koncept, kdy postižená osoba žije v bytě nebo v domě za přítomnosti asistence. Ta je variabilní dle potřeb člověka, je zde ponechána velká míra samostatnosti, zároveň je nabízena podpora za účelem naplnění potřeb. Může jít o 24 hodinovou péči nebo je zde podpora jen na specifické činnosti, jako vyplnění složenky, uvaření, cesta na úřad a podobné. Mimo to klient a asistent řeší otázky běžného dne, plánují spolu a pracují na zlepšení schopností klienta, tak aby co nejlépe fungoval v majoritní společnosti. Klíčové je zde stavět na schopnosti klienta, nedělat věci za něj, naopak nabízet podporu, vést jej k rozvoji schopností. (Matoušek, 2010, s. 124). Chráněné bydlení spoléhá na běžné komunitní služby, klient tedy na rozdíl od institucionální péče, navštěvuje běžného lékaře nebo volnočasové aktivity, v některých případech i aktivizační činnost jako sebeobhájci. Jednou z problematik zde může být, že si například klient ne vždy může vybrat spolubydlícího, nebo vyžaduje vyšší míru intimity. Tyto potřeby jsou přirozené, ale obtížně v praxi řešitelné. (z osobní zkušenosti).

Podobným konceptem je podporované bydlení, ovšem s tím rozdílem, že asistent chodí do bytu (např: jej získal od příbuzných) osoby s postižením. Výhoda je ustálené prostředí bytu, kde je klient zvyklý. U asistence je poté nutné dodržovat, stejné podmínky jako u chráněného bydlení, například důraz na samostatnost klienta a rozlišovat péči a podporu. (Matoušek, 2010, s. 124).

Dalším konceptem je bydlení v komunitě – ano oba výše zmíněné případy bydlení jsou také svým způsobem bydlením v komunitě, zde jde ovšem o specifickou komunitu, například camphilského typu. Takováto komunita se odchyluje od normy majoritní komunity, ta je nahrazena nějakou specifickou filozofií. Tyto komunity spějí k spokojenému životu osob s postižením ne však k integraci do majoritní společnosti (Matoušek, 2010, s. 124). Když se tedy podíváme konkrétně na camphilskou komunitu, tak víme, že se řídí antroposofickými idejemi. Ty spějí k názoru nutnosti vnímání spirituální roviny života, uznávají smysl existence každé osoby a práci s postižením chápou jako možnost seberozvoje a nabití schopností, které by člověk jinak nezískal. Tak se snaží v osobách s postižením najít a podporovat spiritualitu, která je schovaná právě za tím postižením (Monteux, 2006, s.33-34. Britannica, 2013). Tato komunita tak přijímá osoby všech postižení, společným úsilím pak stavějí organismus komunity, která jim na oplátku

formuje život (McKannan, 2016, s. 193). V takovéto komunitě žijí osoby s postižením v rámci nějaké domácnosti, ta mimo rodinného zázemí nabízí i kreativní prostor ve formě dílen, nebo pracovní vyžití například ve formě farmy (Matoušek, 2011, s.108).

Dalším zástupcem, ne tedy plně rezidenčním, jsou denní nebo týdenní stacionáře, popřípadě respitní služby. Tato místa nabízí program lidem z domácností, tam se osoby pravidelně vrací, velkou část času tráví právě ve stacionáři. Hlavním rysem této koncepce je neztracení kontaktu s biologickou rodinou, zároveň rodině ulehčit, a člověku s postižením nabídnout nějaké hodnotné naplnění dne, stacionáře někdy mají i dílny. (Matoušek, 2011, s. 107)

4.3. Vzdělávání v České Republice

V naší zemi se od roku 2016 na základě legislativních změn, razí strategie inkluzivního vzdělávání. To v praxi znamená, že se má měnit prostředí školství tak, aby běžnou školu mohlo navštěvovat co nejvíce osob a to bez ohledu na své znevýhodnění. (MŠMT, 2015). Žáci s lehčím mentálním postižením, by měli být více integrováni do škol běžných, pro osoby s těžším stupněm postižení stále existují speciální školy. Ty jsou zřizovány kraji, takže pokud pro ně bude potřeba, budou stále existovat (MŠMT, 2018). Přesun ze zvláštní na normální školu by měl probíhat následovně *„ je třeba, aby žák, respektive jeho zákonný zástupce navštívil školské poradenské zařízení a nechal opětovně vyhodnotit svoji vzdělávací cestu. Pokud školské poradenské zařízení vyhodnotí pozitivně možnost využívání podpůrných opatření, je žák zařazen jako inkludovaný (integrovaný) do počtu 4 žáků max. na třídu, v běžné ZŠ. Pokud se ukáže, že by podpůrná opatření nepostačovala ... pak žák zůstává ve „speciální“ škole“* (MŠMT, 2018). Pro děti s mentálním postižením tedy existují tři možnosti, docházení do běžné třídy, docházení do speciální třídy na běžné škole a docházení do školy speciální. Pro práci s osobami s mentálním postižením se užívá individuálního plánování, to identifikuje problémy a navrhuje postupy k jejich kompenzaci. Obsah učiva obecně určuje rámcový vzdělávací plán, ten může být pro osoby s postižením modifikován, existuje i rámcový vzdělávací plán pro speciální školy, ten se zaměřuje na práci s osobami vyžadujícími větší podporu. Tento rámcový plán pak může škola modifikovat ve školský vzdělávací plán, reflektující zaměření školy. Práce s osobami s mentálním postižením se nejvíce týká předškolního, základního a středního vzdělání. (Vlčková, 2016)

Za účelem umožnění docházení osob s mentálním postižením, či s jinými specifickými potřebami do základních škol, tak školy dostávají finance k zajištění nutné podpory. Ta by se měla týkat následujících bodů.

- *Poradenská pomoc školy a školského poradenského zařízení.*

- *Úprava organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče.*
- *Úprava podmínek při přijímání ke vzdělání a ukončení vzdělání. • Použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic, učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů pro neslyšící.*
- *Vzdělávání podle individuálně vzdělávacího plánu, využití asistenta pedagoga, speciálního pedagoga a dalších pedagogických pracovníků.*
- *Využití tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící. (Marešová, 2017, s. 22)*

Podpůrná opatření mají 5 stupňů, 1 stupeň navrhuje a realizuje škola, 2-5 poradenské zařízení.

V prvním stupni nezasahuje do vzdělávání žádný externí faktor. Jde o identifikaci problému učitelem a následnou individuální optimalizaci učiva, tak aby ji žák nebo žáci pochopili. Jejím obsahem může být například upravení zasedacího pořádku, nebo způsob jakým je určitá látka vykládána. Ač relevantní k mentálnímu postižení, není jeho řešením. (Michalík a kol, 2015)

Druhý stupeň již navrhuje poradenské zařízení v tomto případě školské poradenské zařízení, jeho cílem je zařazení speciálně pedagogických metod do práce s určitým žákem bez toho, aby to mělo dopad na ostatní žáky ve třídě. Žák tak má například více času na vypracování úkolů, speciální pomůcky nebo rozšířené formy hodnocení. Obsah odpovídá rámcovému vzdělávacímu programu, lze jej ale upravit pomocí individuálního plánu pro studenta. V tomto stupni může, žák dostávat i podporu od asistenta. (Michalík a kol, 2015)

Třetí stupeň také aplikuje školské poradenské zařízení, potřeby žáka jsou ale na takové úrovni, že více zasahují do výuky, je zde nutná speciálně pedagogická a psychologická intervence. Většinou mají žáci individuální plán a někdy jsou vzdělávání dle rámcového vzdělávacího programu pro osoby s postižením. Poradna také může doporučit menší počet žáků ve třídě a asistenta pedagoga, ten může být sdílený nebo na specifické hodiny. (Michalík a kol, 2015)

V případě čtvrtého stupně má žák vždy individuální plán. Jeho postižení je natolik vážné, že jsou nutné podstatné úpravy ve vyučování. Speciálně pedagogické zásahy jsou velmi četné. Žák se vzdělává dle školského rámcového programu pro školu speciální, respektive ve škole speciální. Pro práci žák potřebuje speciálně pedagogické pomůcky jako například

speciální učebnice, ale také například upravené místo kde pracuje nebo pomůcky k speciální formě komunikace. Asistent pedagoga je žákovi k dispozici po celou dobu vzdělávání, může zde být i druhý pedagog ve třídě. (Michalík a kol, 2015)

Pátý stupeň, látka učiva je v této kategorii značně redukována a modifikována, žák se z pravidla učí dle rámcového plánu pro školu speciální. K výuce potřebuje speciální pomůcky a asistenta, ten někdy figuruje nad rámec výuky například při hygieně, nebo také při volnočasových aktivitách jako je pobyt v družině. Žák se vzdělává dle rámcového plánu pro školu speciální. Může být vzděláván i doma pokud jde o hluboké postižení. (Michalík a kol, 2015)

Je patrné, že žáků s mentálním postižením se hlavně týkají stupně podpory 3, 4, 5. Kroky z bodů 1 a 2 jsou i tak dodržovány, jen se k nim nastavují, ty z dalších bodů dle nutnosti podpory. (Michalík a kol, 2015)

Inkluzivní vzdělávání se potýká i s řadou kritik. Ač je inkluze ve směr pozitivním gestem, její implementace budí obavy. Už jen fakt, že se během 24 let změnilo 17 ministrů školství, ukazuje nestabilitu. V legislativě se tak reflektují politické zájmy před praktickými, to vrcholí v nejasnostech a kritikou ze strany učitelů a ředitelů o tom, co inkluze přesně je (Felcmanová 2016 s. 634, podle Veselý 2013). Následně vznikají komplikované situace. Aby se zamezilo diskriminaci romských studentů, kteří mají často diagnózu lehkého mentálního postižení (leč nejspíše nesprávnou, viz kapitola testování IQ), mizí rámcový vzdělávací program pro osoby s lehkým mentálním postižením. Což ve finální fázi může uškodit mnoha stranám, jak osobám s mentálním postižením tak běžným žáků (Felcmanová, 2017, s. 635).

4.4. Zaměstnání

V rámci normalizace postižení je, jak jsem zmiňoval výše, podstatné osoby s postižením zapojovat do běžných procesů, kterými se zabývají jejich vrstevníci. Jedním z nich je i zaměstnání. K začlenění osoby s postižením na trh práce existují programy podporovaného zaměstnání. Jde o formu časově omezené sociální rehabilitace, která rozvíjí schopnosti osoby s postižením na výkon zaměstnání. Navíc připravuje prostředí zaměstnání na osobu se specifickým postižením. Cílem je nalezení a také udržení optimálního zaměstnání pro osobu s postižením na otevřeném trhu práce, přínosem může být i fakt, že většina kolegů osoby s postižením budou členi majoritní populace. Idea je tedy taková, že za podpory ze strany organizace zabývající se touto rehabilitací, vznikne stabilní vztah mezi osobou s postižením a zaměstnavatelem. Tato podpora se postupně snižuje do té míry, že výkon práce i interakce mezi osobou s postižením a zaměstnavatelem probíhá bez asistence. (Trutnovská, 2013, s.450)

Jde o službu velice individuální, každý klient má svého konzultanta, společně hledají zaměstnání, navštěvují pohovory, rozvíjejí dovednosti. Mimo individuální rovinu klienti rozvíjejí své dovednosti v rámci „job clubů“, zde jde naopak o skupinové aktivity, kde se rozvíjí konkrétní interakční a sociální dovednosti. Po nalezení zaměstnání pak konzultant hledá vhodné pomůcky k podpoře klienta, tak aby mohl práci vykonávat samostatně, jde například o obrázkové návody nebo piktogramy. V terénu pak podporu vykonávají mimo konzultantů i asistenti, ti mapují, jak se klient na pracovní pozici adaptuje, identifikují možné problémy, hledají konkrétní řešení dílčích problémů. Po ukončení podpory, organizace, která podporované zaměstnání provozuje, klientům stále nabízí poradenské služby, pro případ, že se situace v práci zhorší. (Trutnovská, 2013, s.451)

Určitým opakem k podporovanému zaměstnání je chráněné zaměstnání. To umožní člověku mít práci jako jeho vrstevníci, avšak v prostředí mimo volný pracovní trh. Spolupracovníci zde jsou lidé, kteří mají také nějaké postižení, a je zde konstantní přítomnost asistenta či jiného profesionála z oboru péče. Znamé příklady jsou například pekárny, prádelny, místa vyrábějící dárkové předměty jako hrnečky apod. Některé služby jsou pojaté jako tréninkové, jde třeba o kavárny, ty by měli klientovi poskytnout základ k začlenění do dalšího zaměstnání. Pokud to je možné tak v rámci individuálního plánování může klient postupně přejít z této služby na otevřený trh práce. (Matoušek a kol, 2010, s. 123)

Z perspektivy zaměstnavatele pak existuje koncepce sociálního podnikání. Jde o službu, která má nějaký obecně prospěšný cíl, působí na určitém místě, spolupracuje s místní správou, je ekonomicky efektivní, ale zisk je určen k dalšímu rozvoji prospěšných aktivit. Zásadní je, že zaměstnává osoby z nějaké znevýhodněné skupiny, například právě osoby s mentálním postižením. Specifický integrační model sociálního podnikání zaměstnává až polovinu svých zaměstnanců právě ze znevýhodněné skupiny (Šťastná, 2013, s.326-327).

Závěr

V této práci jsem sledoval změny a trendy v procesu přístupu k mentálnímu postižení, analyzoval jsem jeho původ, klasifikaci, historický kontext, aktuální dění a vztah se sociální pedagogikou. Osobně jsem se dozvěděl mnoho informací o sociálním systému, ve kterém působím, jeho historické a aktuální rovině, a také o různých přístupech k postižení. Myslím si, že má práce může být zajímavá pro všechny, kteří se zabývají prací s osobami s mentálním postižením.

Historická část mi odhalila složitost vnímání postižení. Uvědomil jsem si, jak důležitý je společenský kontext k tomu, aby osoba byla považována za postiženou. Je fascinující vidět napříč historií stále opakující se konflikt mezi solidaritou, někdy i výjimečností a zatracením. Snad každá epocha toto nastoluje, ať již jde o antickou vědmu v kontrastu se zavražděným spartským miminkem, o křesťanské založení chudobince v kontrastu s upalováním čarodějnic, nebo o segregaci v ústavech a inkluzi ve společnosti. Je tak zřejmé, že se potýkáme s extrémně dynamickým jevem. Ten se odvíjí od politického, filozofického, ideologického a sociálního uspořádání společnosti. Z toho se může zdát, že nyní žijeme (obzvláště v Evropské Unii) ve zlatém období pro osoby s mentálním postižením. Některé země už dospěly deinstitucionalizace, u jiných, jako je Česká Republika, je tento proces v plném proudu, i když existují problémy. Pokud se aktuální společenskopolitická situace udrží, bude jen otázkou času, kdy bude většina osob s postižením integrována do majoritní společnosti. Je ale otázkou co se stane, pokud naše společnost projde nečekanými dramatickými proměnami. I proto abychom předešli dalším honům na čarodějnice, segregaci a nepochopení lidí s postižením je z pozice sociálního pedagoga důležité šířit povědomí o znevýhodněných skupinách a podporovat společnost k solidaritě.

Další věcí, kterou mi tato práce odhalila, jsou důvody, proč existuje více druhů zařízení a služeb. Nynější trend sociálního začlenění je poměrně mladý, před třiceti lety v naší zemi a před 60 lety v západní Evropě, málo kdo tušil, že osoba s postižením bude samostatně žít. Tudiž existují ještě pozůstatky starších systémů, a zařízení, která jsou na půl transformovaná na půl instituce. Zároveň je těžké odhadnout, kde má aktuální trend strop. Někteří britští autoři, jako například Robin Jackson, říkají, že ač osoby s postižením žijí mimo instituce, jejich nynější domovy se proměňují v malé instituce. Pak se zde objevují stejné ponižující praktiky, jako kdysi ve velkých institucích (Cummins 2016 podle Jackson 2015, s. 50). Je nutné odsuzovat ponižující chování a podporovat zaměstnance k tomu, aby byli na výkon služby co nejlépe připraveni a případné problematické chování nekompromisně řešit. Zde stojí za zamyšlení, zda existují

takové mechanismy, abychom byli schopni zneužívání klientů rychle identifikovat. Zároveň se musíme zamyslet, zda jsou pečovatelé a vychovatelé dostatečně ohodnoceni, aby mohli provozovat kvalitní psychohygienu. Mám dojem, že na Britských ostrovech pomalu zapomínají na to, co je to instituce. Jeden z mých bývalých kolegů v Edinburghu, jednou pronesl, že jsme vlastně taková malá instituce. Seděli jsme v budově o 5 pokojích, kde žilo 5 klientů, každý klient měl pokoj zařízený dle své libosti, jezdil 2 krát ročně na dovolenou, a 4 z těch 5 klientů měli díky snížené mobilitě nárok na vlastní auto. Nyní za účelem rozvoje samostatnosti zde v Česku, vyzvedávám své klienty z jednoho ústavu, klient zde má asi 100kč na týden, vychovatelky mají stále bílo modrý oděv a v domě žije asi 10 osob na jednom patře, v každém bytě je sesterna. V českém kontextu ale lze zaznamenat posun od masové institucionální péče, klient je například motivovaný, aby využíval externí služby k rozvoji dovedností. To je však ještě na míle daleko od vlastního auta a dovolené dvakrát ročně. Myslím si, že již zmíněný pomyslný strop si můžeme určit v případě, když je zařízení vybavené jako běžný byt, a klienti mají tolik prostředků na to, aby byly schopni realizovat aktivity totožné s občany střední třídy. V neposlední řadě by se ani nemělo zapomínat na ohodnocení a trénink profesionálů, kteří s osobami s postižením každý den pracují.

Co se týče klasifikace postižení, tak sdílím názor, že se pomalu odkloňujeme od medicínského pojetí postižení a přesouváme se k pojetí sociálnímu. Medicína nám stanoví, zda má osoba postižení, z toho víme, že má vrozenou poruchu. Ta je sice nevléčitelná, ale pravidelným tréninkem a péčí je možné, některé stánky postižení překonávat. Léky mohou pomoci, nejdůležitější je ale, aby byl osobě s postižením poskytován co nejpřirozenější přístup, aby nebyla zkoumaná, ale aby jí někdo naslouchal a pomáhal s nástrahami tohoto světa. Pro sociální pojetí je esenciální psychologický a pedagogický přístup, tedy takový, který osobu s postižením učí chápat svět, pokouší se porozumět jejím potřebám, a kompenzuje nedostatky.

Tato práce ve mně vzbudila otázky o aktuálním stavu služeb pro mentálně postižené v České Republice, v Evropě, potažmo v celém světě. Myslím si, že vhodným pokračováním této práce by mohl být kvalitativní terénní výzkum v zařízeních a organizacích nabízejících péči a podporu mentálně znevýhodněným. Ač má většina zařízení směrnice o tom, jak má práce s klientem vypadat, otázkou je, jak je vykonávána. Dále by bylo hodnotné provést mezinárodní komparaci, a tím ukázat i více variant k řešení problémů klientů.

Zdroje

ADAMEC, Aleš. *Jak na to: příklady dobré praxe v deinstitucionalizaci*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-045-7.

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona : český ekumenický překlad. 20. (7. opravené) vydání. Praha: Česká biblická společnost, 2017. ISBN 978-80-7545-043-2.

BRITANNICA. Anthroposophy. *Encyclopædia Britannica* [online]. Encyclopædia Britannica, 2013 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/anthroposophy>

BROWN, Scott. United Nations Declaration on the Rights of Disabled Persons. *Britannica.com* [online]. Encyclopædia Britannica, 2015 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/United-Nations-Declaration-on-the-Rights-of-Disabled-Persons>

CAMBRIDGE, Paul. Becoming Contractual: The Development of Contracts and Social Care Markets in England. In: JOHNSON, Kelley a Rannveig TRAUUSTADÓTTIR. *Deinstitutionalization and People with Intellectual Disabilities: In and Out of Institutions*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2005, s. 225-232. ISBN 978 1 84310 101 7.

CSSSTOD. Transformace: Jak šel čas. *Centrum sociálních služeb Stod* [online]. Stod, 2018, 2018 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <http://cssstod.eu/transformace/>

CUMMINS, Robert. At Society's Pleasure: Rise and Fall of Services to people with an Intellectual Disability. In: JACKSON, Robin a Maria LYONS. *Community Care and Inclusion: for People with intellectual disability*. Edinburgh: Floris Books, 2016, s. 42-55. ISBN 978-178250-333-0.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

FELCMANOVÁ, Alena. Teachers as Mighty Stakeholders? (Dis)empowering Moments during Advancement of 'Inclusion' Policies in Education. *Pedagogická orientace* [online]. 2017, 26(4), 631- [cit. 2018-07-10]. DOI: 10.5817/PedOr2016-4-631. ISSN 1805-9511. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/pedor/article/view/6451>

HARRIS, James C. *Intellectual disability: understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 9780195178852.

HØJMARK, Annemarie. Contact-Mindedness, Personality and the Residents Contribution: an anthropological study of social pedagogy for adults with mental disability in group home facilities in Denmark. In: KORNBECK, Jacob a Niels ROSENDAL JENSEN. *Social pedagogy for the Entire Lifespan*. Bremen: Europäischer Hochschulverlang, 2011, s. 20-39. ISBN 978-3-86741-742-6.

IRA, Vladimír. *Speciální pedagogika a Psychopedie*. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské University, katedra speciální a sociální pedagogiky České Budějovice, 2006. Dostupné také z: http://tvgpro.wz.cz/scripta/specialni_pedagogika_psychopedie-opora.pdf

- JARRETT, Simon. The History of Intellectual Disability: Inclusion or Exclusion. In: JACKSON, Robin a Maria LYONS. *Community Care and Inclusion: for People with intellectual disability*. Edinburgh: Floris Books, 2016, s. 28-42. ISBN 978-178250-333-0.
- KÁRSKÁ, Lenka. *Systém chráněného bydlení v Pardubickém kraji*. Olomouc, 2011. Dostupné také z: <https://theses.cz/dok/rfmgr.pl>. Bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Olga Krejčířová, Ph.D.
- KEITH, Heather E. a Kenneth D. KEITH. *Intellectual disability: ethics, dehumanization, and a new moral community*. Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, a John Wiley & Sons, Inc., Publication, 2013. ISBN 978-0-470-67432-1.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.
- KRHUTOVÁ, Lenka. Podpora nezávislosti. In: MATOUŠEK Oldřich, Martin MUSIL a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 119-120. ISBN 978-80-262-0366-7.
- LUTONSKÁ, Zuzana. *Vývoj přístupů k mentálně postiženým od středověku po současnost*. Brno, 2006. Dostupné také z: <https://is.muni.cz/th/ttroy/Bakalarskaprace.pdf>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Marie Vítková.
- MALLANDER, Ove, Therese MINEUR, David HENDERSON a Magnus TIDEMAN. Self-advocacy for people with intellectual disability in Sweden – organizational similarities and differences. *Disability Studies Quarterly* [online]. 2018, 38(1) [cit. 2018-07-11]. ISSN 2159-8371. Dostupné z: <http://dsq-sds.org/article/view/5505/4888>
- MANCINI, Domenico F. a Carlo M. GRECO. *Intellectual disability: management, causes and social perceptions*. New York: Nova Science, [2012]. Mental illnesses and treatments. ISBN 9781619422988.
- MAREŠOVÁ, Markéta. *Integrace a inkluze dětí s mentálním postižením do běžných základních škol pohledem rodičů*. České Budějovice, 2017. Dostupné také z: https://theses.cz/id/hcrshp/Integrace_a_inkluze_d_t_s_MP_PDF.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Pedagogická fakulta Katedra pedagogiky a psychologie. Vedoucí práce PhDr. Olga Vaněčková.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

- MCCLIMENS, Alex a Malcolm RICHARDSON. Social constructions and social models: disability explained?. In: GRANT, Gordon, Paul RAMCHARAN, Margaret FLYNN a Malcolm RICHARDSON. *Learning disability: A life cycle approach*. Maidenhead and New York: Open University Press, 2010, s. 19-33. ISBN 9780335238439.
- MCKANAN, Dan. Citizenship and Community: The Challenge of Camphill. In: JACKSON, Robin a Maria LYONS. *Community Care and Inclusion: for People with intellectual disability*. Edinburgh: Floris Books, 2016, s. 139-150. ISBN 978-178250-333-0.
- MICHALÍK, Jan, Pavlína BASLEROVÁ a Lenka FELCMANOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4654-7. Dostupné také z: <http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/uvod-4/>
- MONTEUX, Angelika. History and Philosophy. In: JACKSON, Robin. *Holistic special education: Camphill Principles and Practice*. Edinburgh: Floris Books, 2006, s. 17-36. ISBN 978-086315-547-5.
- MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha, 2007. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf
- MŠMT. *Často kladené otázky: Praktické a speciální školy* [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/prakticke-a-specialni-skoly#otazka1>
- MŠMT. *Situační zpráva o inkluzivním vzdělávání*. Praha, 2015. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/situacni-zprava-o-inkluzivnim-vzdelavani>
- NHS. Care homes. *NHS choices* [online]. Velká Británie, 2018 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support/care-homes/>
- POSPÍŠIL, David. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Praha: MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-126-3.
- RACE, David. The context of learning disability services: The historical context. In: RACE, David. *Learning disability: a social approach*. London: Routledge, 2002, s. 23-53. ISBN 0415250374.
- RACE, David. *Intellectual disability social approaches*. [Online-Ausg.]. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press, 2007. ISBN 9780335221370.
- SIMPLICAN, Stacy Clifford. *The capacity contract: intellectual disability and the question of citizenship*. London: University of Minnesota Press, [2015]. ISBN 978-0-8166-9397-9.
- Sociální stát. In: MATOUŠEK, Oldřich, Alois KŘIŠŤAN, Libor MUSIL a Martin SMUTEK. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 163-166. ISBN 978-80-262-0366-7.

SPMP ČR. Sebeobhájci. *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením*, z. s. [online]. 2018 [cit. 2018-07-11]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/pro-lidi-s-postizenim/sebeobhajci/>

STEPHENS, Paul. *Socialy pedagogy: Heart and Head*. Bremen: Europäischer Hochschulverlang, 2013. ISBN 978-3-86741-830-0

ŠIŠKA, Jan. Lidé s mentálním postižením. In: MATOUŠEK, Oldřich, Alois KŘIŠŤAN, Libor MUSIL a Martin SMUTEK. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 393-394. ISBN 978-80-262-0366-7.

Timeline: Winterbourne View abuse scandal [online]. Bristol: BBC, 2012 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/uk-england-bristol-20078999>

TRUTNOVSKÁ, Romana. Podporované zaměstnání. In: MATOUŠEK, Oldřich, Martin MUSIL a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 450-452. ISBN 978-80-262-0366-7.

TURDA, Marius a Paul WEINDLING, ed. *"Blood and homeland": eugenics and racial nationalism in Central and Southeast Europe, 1900-1940*. Budapest: Central European University Press, 2007. ISBN 978-963-7326-81-3.

TURDA, Marius, ed. *The history of East-Central European eugenics, 1900-1945: sources and commentaries*. London: Bloomsbury, 2015. ISBN 978-1-4725-3175-9. ISSN thehistoryofeast-centraleuropeaneugenics,1900-1945:.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2., přeprac. vyd. V Praze: Karolinum, 2004. ISBN 8071849294.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: Parta, 2010. ISBN 978-80-7320-187-6.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

VLČKOVÁ, Petra. *Inkluze žáků s lehkým mentálním postižením do běžné základní školy*. Brno, 2017. Dostupné také z: <https://is.muni.cz/th/uwi5o>. Diplomová Práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jarmila Pipeková.

WÁGNER, Filip. : *Adaptace na podporu samostatného bydlení u mladých dospělých s mentálním postižením*. Praha, 2016. Bakalářská práce. Universita Karlova v Praze Husit-ská teologická fakulta. Vedoucí práce PhDr. RNDr. Marie Vágnerová, CSc.

WALMSLEY, Jan. Institutionalization: a Historical Perspective. In: JOHNSON, Kelley a Rannveig TRAUŠTADÓTTIR. *Deinstitutionalization and People with Intellectual Disabilities: In and Out of Institutions*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2005, s. 48-58. ISBN 978 1 84310 101 7.

WHO. Definition: intellectual disability. *World Health Organization* [online]. 2018 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

ZAVIRŠEK, Darja. Delayed deinstitutionalisation in post-socialism. *European Journal of Social Work* [online]. 2017, **20**(6), 834-845 [cit. 2018-07-10]. DOI: 10.1080/13691457.2017.1344623. ISSN 1369-1457. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691457.2017.1344623>