

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra Genderových studií

Obor Genderová studia

**Bc. Václav Štrunc**

**Kauza klecových lůžek: Rozbor internetové diskuse z roku 2006 z perspektivy  
disability studies**

*Diplomová práce*

**Vedoucí práce:** Mgr. Kateřina Kolářová, Ph.D.

**Praha 2011**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 23. června 2011

Václav Štrunc

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval všem, kteří mě při psaní této práce podpořili. V první řadě vedoucí mojí práce Kateřině Kolářové, za její vytrvalou podporu, inspiraci, nadšení a nezměrnou trpělivost. Dále pak lidem, kteří mě pomáhali se zorientovat v oblasti, kterou se zabývá tato práce, a se kterými jsem si mohl v diskusích ujasňovat principy svého přístupu. Děkuji Tomáši Kobesovi, Davidu Kocmanovi, Janu Palečkovi. Dále děkuji lidem, kteří mě při psaní práce podporovali a poskytly mi i kritické čtení mého textu. Děkuji Denise Střížové, Daniele Komanické, Romaně Trutnovské a Anetě Babkové. Speciální díky patří Jaroslavě Sýkorové, za její toleranci a za to že respektovala moje školní povinnosti a umožnila mi je plnit při mé práci.

Vymezení některých pojmů:.....	1
1. ÚVOD.....	3
2. TEORETICKÉ UKOTVENÍ .....	5
2.1. Striktní dělení: normální/patologické .....	5
2.2. Koncept normy .....	6
2.3. Fixování pojmů v diskursu.....	7
2.4. Stereotypizace a negativní kontexty pojmu znevýhodnění .....	10
2.5. Znevýhodnění a koncept viny.....	11
2.6. Ekonomický a právní aspekt sociální smlouvy.....	13
2.7. Koncept občanství .....	14
2.8. Medicínský diskurs .....	17
2.9. Propojení medicíny a práva v kontextu znevýhodnění.....	18
2.10. Genderová perspektiva a dělení na soukromou a veřejnou sféru .....	20
3. METODOLOGIE:.....	22
3.1. Výběr primárního zdroje výzkumu a epistemologické aspekty práce .....	22
3.2. Výzkumná metoda.....	28
3.3. Pozicionalita .....	32
3.4. Lokace .....	33
4. KONTEXT - Širší rámec diskusí nad klecovými lůžky.....	34
4.1. Historie veřejných diskusí nad klecovými lůžky v ČR.....	34
4.2. Základní rysy debaty .....	36
4.3. Článek .....	38
4.4. Téma klecových lůžek v kontextu širší společenské změny .....	39
5. ANALÝZA .....	43
5.1. Prostor, izolace a Deinstitutionalizace .....	43
5.2. Efektivita .....	50
5.3. Odpovědnost.....	52
5.4. Stigmatizace .....	55
5.5. Práce .....	61
5.6. Poznámky k argumentaci.....	67
5.7. Centrální kategorie - „Veřejné soukromí“.....	71
6. ZÁVĚR .....	77
7. ZDROJE.....	81
8. PŘÍLOHY.....	89

## **Abstract**

This thesis presents results of analysis of internet forum, which appeared under article from internet server aktualne.cz in 2006. The article is dealing with abusing of cage beds in context of on people with mental handicap and people with mental illness focused social care system. For qualitative research was used the method of coding inspired by methodological approach of „grounded theory“. In theoretical part of this thesis I analyzed relevant theoretical concepts from area of disability studies and gender studies with special focus on critic of concept of liberal citizenship and social contract theory. The key theoretical concept of the thesis is dichotomy of private and public sphere. In next part of the thesis is I am describing context of causes of cage beds in Czech Republic and I am delineating the basic traits of debate here. In empirical part I am describing five key themes, axial codes. In framework of these themes I am defining the differences of people with mental handicap or people with mental illness. The themes are: space and isolation, efficiency, responsibility, stigmatization and care work. In framework of every theme is I am describing the way of defining of these differences and I am searching for their cause and origin. In next part I am figuring the way of argumentation of forum participants in relationship to listed themes. In last chapter I am bringing out the central category named „public private“, and I am relating all axial codes to it.

## **Key words**

cage bed, mental handicap, mental illness, liberal citizenship, social contract theory, gender, private, public, social service

## **Abstrakt**

Tato práce prezentuje výsledky analýzy internetové diskuse pod článkem ze serveru aktuálně.cz z roku 2006. Článek se zabývá zneužíváním klecových lůžek v systému sociální péče o lidi s mentálním znevýhodněním a duševní nemocí v ČR. Kvalitativní výzkum byl veden metodou kódování vycházejícím z metodologického přístupu „zakotvené teorie“. V teoretické části práce jsou rozebírány relevantní teoretické koncepty z oblasti disability studies a gender studies, zejména se zaměřením na kritiku konceptu liberálního občanství a teorie sociální smlouvy. Klíčovým konceptem celé práce je dichotomie soukromé a veřejné sféry. V další části práce je popsán kontext kauzy klecových lůžek v ČR a jsou vymezeny základní rysy této debaty. V empirické části je postupně popsáno pět klíčových témat, axiálních kódů, ve kterých je definována odlišnost lidí s mentálním znevýhodněním a duševní nemocí. Jedná se o témata prostoru a izolace, efektivity, odpovědnosti, stigmatizace a pečovatelské práce. V rámci každého tématu je popsán způsob definování těchto odlišností a je hledána jejich příčina a původ. V následující části je naznačen způsob argumentace účastníků diskusí ve vztahu k uvedeným tématům. V poslední kapitole je uvedena centrální kategorie „veřejné soukromí“ a jsou k ní vztaženy všechny axiální kódy.

## **Klíčová slova**

klecové lůžko, mentální znevýhodnění, duševní nemoc, liberální občanství, teorie sociální smlouvy, gender, soukromé, veřejné, sociální služba

### **Motto:**

*„Jestliže vnímám člověka v ústavu ne jako svěřence ústavu, ale jako spoluobčana, zhrozím se, jak málo spoluobčanské solidarity a jak málo občanských práv se mu dostává. Jak málo mu dávám. Teprve tento údiv je skutečným motorem transformace. Nestanu-li v tomto údivu, nic nepochopím.“ (Cháb, 2004: 25)*

*„My však nejsme a nechceme být „lůžky sociálních ústavů“, jsme neopakovatelnými osobnostmi a naše zdravotní znevýhodnění není pro nás rozsudkem k životu v ghettu či leprosáriu.“ (Cháb, 2004: 52)*

## Vymezení některých pojmů:

V této práci používám pojem „**mentální znevýhodnění**“ místo pojmu „mentální postižení“, který je stále tradičně využíván v ČR. Mentální znevýhodnění lépe vyhovuje „sociálnímu“ (Tremain, 2005), respektive spíše „ekologickému modelu“ vnímání situace člověka se znevýhodněním (Lečbych, 2008). Termín „znevýhodnění“ lépe vyhovuje přístupu, který vidí hlavní příčinu diskriminace takto označovaných lidí ve vnějších podmínkách, v okolním společenském prostředí, a ne v člověku samotném. Jedná se o něco, co člověka „znevýhodňuje“ ve fungujícím společenském systému, ne o něco, co člověka „postihuje“. Pojem „znevýhodnění“ také nenese tolik potenciálu tragičnosti, jako pojem „postižení“ (srov. kapitola 5.4.3.) a není spojen s implikací viny, jako je tomu historicky u pojmu postižení (2.5.). Označení lépe vyhovuje i přístupu, který usiluje o přeformulování konceptu občanství a (srov. Nussbaum, 2006) a zpochybnění atomistického a atomistického vnímání liberálního modelu občanství (viz. celá kapitola 2 této práce).

V práci dále používám označení „člověk se znevýhodněním“, čímž chci upozornit na to, že „znevýhodnění“ není něčím, co by definovala člověka v jeho celku, ale spíše něčím, co ovlivňuje některé činnosti jedincova života, a to v závislosti na okolním prostředí.

V textu také většinou nerozlišuji mezi pojmy „mentální znevýhodnění“ a „**duševní nemoc**“. Rozhodl jsem se pro to, z důvodů specifika povahy výzkumného materiálu. V kontextu diskusí nad klecovými lůžky tyto dva pojmy, dvě diagnózy, tedy „mentální znevýhodnění“ a „duševní nemoc“ v podstatě splývají. Je těžké odlišit, zda a kdy, mají diskutující na mysli duševní nemoc, nebo mentální znevýhodnění, pokud toto sami explicitně neodliší, což ovšem činí jen minimální počet přispívajících. Jak už jsem ale uvedl, diskutující tyto dvě „diagnózy“ v drtivé většině sami nerozlišují. Zdá se, že jim obrazy těchto dvou diagnóz, splývají do jedné kategorie „blázna“ (Durecová, 2008). Uvedená absence rozlišení vypovídá především o neinformovanosti „veřejnosti“ o problematice mentálního znevýhodnění a duševní nemoci. Nerozlišování ale také koneckonců vychází z historické praxe přístupu k lidem definovaným jako mající mentální znevýhodnění, nebo duševní nemoc (srov. Carey, 2003). V této práci spojuji tyto dva pojmy pomocí lomítka do jednoho sousloví „**člověk s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí**“. Činím tak právě proto, že „veřejnost“ tyto dva pojmy v rámci kauzy klecových lůžek nerozlišuje. A předmětem této práce je analýza názorů „veřejnosti“. Symbolika duševní nemoci obsahuje specifické prvky, které ji spojují spíše se znevýhodněním – rozuměj - jedná se především o předpoklad její nevyléčitelnosti, pokud se jednou objeví, provází člověka i jeho potomky jako hrozba, která se může při špatném užívání léků, nebo nějaké spouštěcí události kdykoliv znovu projevit. Mentální znevýhodnění je pak označována některými diskutujícími naopak jako nemoc. Více o tomto tématu kapitola 4.3.2. Oddělení těchto dvou pojmů ve výrocih diskutujících by nutně vedlo k zobecňování a



stereotypizaci. Kdybych se pokoušel například tvrdit, že ten názor, který považuje lidi v klecových lůžcích za nesamostatné a „dětské“ hovoří o mentálním znevýhodnění a ti kteří zdůrazňují jejich agresivitu, hovoří o duševní nemoci (srov. Durecová, 2008), nevyhnutelně bych reprodukoval obecné stereotypy spojované s tou kterou diagnózou. Proto se o to v textu nepokouším. Účel práce to nijak nepoškozuje.

**Klecová lůžka** jsou lůžka, která jsou shora opatřena zamřížovanou konstrukcí, aby je lidé, kteří jsou v nich zavřeni, nemohli opustit. Někdy se rozlišuje mezi klecovými lůžky, která jsou opatřena železnými mřížemi a síťovými lůžky sestávajícími z železné konstrukce a sítě (Záhumenský, 2006). V diskusích se nepoměrně častěji používá termín „**klec**“, oproti termínu „klecové lůžko“. To jednak samo o sobě vypovídá o konotacích, které sebou pojem „klecové lůžko“ nese. Konotuje „klec“, izolaci, omezení atd. jak uvidíme dále. Zároveň ale dobře vystihuje způsob užití klecových lůžek, jak je popsán v samotném článku, pod kterým se rozvinula zkoumaná debata (Bártová, 2006). Žena v „kleci“ v tomto článku je zavřena téměř permanentně, nejedná se tedy o lůžko, které by sloužilo pouze ke spaní. Navíc důvodem upoutání do tohoto „lůžka“ není nepohyblivost, ale naopak zvýšená pohyblivost. Cílem a účelem užití „lůžka“ je omezit pohyb, ne nechat odpočinout, nebo léčit, což jsou běžné konotace spojené s pojmem „lůžka“ v kontextu péče. I samotní diskutující používají v drtivé většině termín klec (i když jsou možná ovlivněni dikcí článku, který také používá termín „klec“). Proto i v tomto textu je užíván pojem „klec“, zejména v analytické části a tam kde se cítují, nebo parafrázuji výroky diskutujících, v teoretické části se objevuje většinou pojem „klecové lůžko“. Mohli bychom při velkém zobecnění říci, že „klec“ je termín, který by měl být používán při zneužívání „klecového lůžka“, primárně určenému ke krátkodobému pobytu akutně agresivních lidí, většinou při atace duševní nemoci. Protože se ale v tomto textu zaměřuji na samotný systém péče a hlubší strukturální rovinu, nebráním se užití termínu „klece“, který odkazuje k dopadům špatného systému péče. Užívám jej však vždy v uvozovkách, pokud se nejedná o přímou citaci z diskusí, nebo název článku apod.

# 1. ÚVOD

Záměrem této práce je sledování vztahu mezi různými prvky a aspekty konceptu občanství vůči konceptu mentálního znevýhodnění/duševní nemoci. Kritická analýza využívá genderové perspektivy. Na příkladu analýzy internetové diskuse nad článkem tematicky zaměřeným na problematiku klecových lůžek, která probíhala v ČR na mediální úrovni od léta 2004, jsem chtěl poukázat na některé nedostatky liberálního konceptu občanství (Barša, 2002; Erevelles, 2002; Nussbaum, 2006) Tento koncept se ukazuje být nedostatečně inkusivní, neboť současné chápání občanství, ve své podstatě (svým vymezením) z definice neumožňuje zahrnout i lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Mentální znevýhodnění/duševní nemoc se zdá mít určitou specifickou vypovídací hodnotu, pokud je vztažené ke konceptu občanství, jehož základním pilířem je autonomie, rozum a kompetence. Nirmala Erevelles (2002) upozorňuje na to, že lidé s „kognitivním/vážným znevýhodněním“ jsou marginalizováni dokonce v oblasti samotných Disability studies<sup>1</sup>. Jejich biologie jako by se nacházela „mimo všechny mody socializace“ (ibid. 6).

V průběhu práce s primárním materiálem (kapitola 3.1.) vykrystalizovala konkrétnější formulace výzkumné otázky. Výzkumná otázka zní: „Jaké v konkrétní internetové diskusi fungují ‚bariéry‘, které brání diskutujícím, aby se identifikovali s lidmi umístěnými v klecových lůžcích?“ a má tři doplňující podotázky: „Co může být příčinou existence těchto ‚bariér‘?“. „V jakých kontextech se tyto ‚bariéry‘ objevují?“. A „Jak a čím je v konkrétní internetové diskusi definována odlišnost a nedostatečnost lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí?“

V úvodní teoretické kapitole na základě odborné literatury naznačím, jak je společnost dělena na základě určitých společností konstruovaných znaků a atributů na dvě poměrně striktně oddělené skupiny lidí „schopných“, „normálních“ a lidí mimo normu, lidí „nevyhovujících“ (kapitola 2.1.). Pozornost bude zaměřena na to, jak je skupina lidí stigmatizována jako „nevyhovující“ na základě různých dělicích rozhraní selektována a fixována pomocí diskursivních praxí (kapitola 2.2.). Tyto předem narámované „formy“ pro identity jsou vyplňované různým „obsahem“ a slouží pro projekci a vymezení „normálního“. „Normální“ se definuje skrze zviditelnění odlišného (kapitola 2.3.). Znevýhodnění se často objevuje v negativních kontextech nedostatečnosti, neštěstí, tragiky, nebo marnosti (kapitola 2.4.). Stručně popíšu, že existují mechanismy, které nutí člověka obhajovat se a zpovídat se ze svého „znevýhodnění“, své „nemoci“, jako z něčeho nepřírozeného a odlišného (kapitola 2.5.). Mentální znevýhodnění se

---

<sup>1</sup>Příkladem je mnoho, jeden aktuální za všechny z praxe - vyjádření zastupitele města Cheb k požadavku Karlovarského kraje poskytnout pozemky ve městě pro výstavbu objektů (domácností, chráněných bytů) pro lidi s mentálním znevýhodněním, kteří by měli odejít z ústavů v kraji: „Nikdo nechce, abychom vozíčkáře nebo člověka s onemocněním, které je vyléčitelné, drželi někde v lese, ale tady jde o lidi s mentálním znevýhodněním“ (Šmatová, 2011).

ukazuje jako hraniční identita, jako zrcadlicí projekce určující význam pojmů spojených s koncepty občanství a plného lidství (kapitola 2.7.). S odkazem na text Michela Foucaulta (2009) pracuji s ekonomicko-právním dělením, s koncepcí „homo economicus“ na jedné straně a na druhé straně s koncepcí „lidských práv“ (kapitola 2.6.). V další části definuji na základě literatury specifickou úlohu medicínského (odborného) diskursu, kontext jeho vzniku (kapitola 2. 8.) a úlohu jeho fungování ve vztahu k ekonomickým a právním stránkám občanství (kapitola 2.9.). Nakonec nastíním genderovou kritiku konceptu liberálního občanství a ukážu důležitost užití tohoto konceptu v kontextu debat nad klecovými lůžky (kapitola 2.10.).

V analytické části práce jsem určil pět klíčových témat – kontextů – v nichž se ukazuje existence „bariér“. Jedná se o témata „prostor a izolace“ (kapitola 5. 1.), „efektivita“ (kapitola 5. 2.), „odpovědnost“ (kapitola 5. 3.), „stigmatizace“ (kapitola 5. 4.) a „práce“ (kapitola 5. 5.). Za pomoci teoretické literatury z oblasti disability studies, gender studies a materiálů a koncepcí z oblasti transformace sociálních služeb jsem se pokusil vystihnout původ a příčinu existence těchto „bariér“. V rámci každého tématu jsem se pokusil na základě příspěvků v diskusích a teoretické literatury ukázat, jak konkrétně se definuje odlišnost lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemoci. V kapitole 5. 7. jsem se pokusil nastínit způsob provazování a spolupráce jednotlivých témat v rámci argumentace diskutujících. V kapitole 5. 8. jsem pak definoval centrální kategorii „veřejné soukromí“ a všechna témata jsem vztáhl k této kategorii. Metodou výzkumu bylo kódování vycházející z metodologického konceptu „zakotvené teorie“ (Strauss, 1999).

Motivem textu je zamyslet se nad možnostmi a nutností změn přístupu k lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí a opřít se přitom o teorie a koncepty uváděných autorů, popřípadě poukázat na chybějící nebo nedostatečně rozebíraná témata a přístupy a zamyslet se nad tím, proč, se některá témata formulují hůře, než jiná. Mezi témata, která v diskusích chybí nebo jsou nedostatečně rozvíjena, patří: přeformulování pojmu znevýhodnění, inklusivní transformace sociálních služeb, sociální solidarita mimo příbuzenské vztahy, podpora versus péče, neústavní sociální služba atd. V samotném závěru práce se zamyslím nad genderovými aspekty pozice komunitní sociální služby v systému péče. Zdůrazním nutnost změny praxe zastaralého typu „péče v ústavu“ na moderní a více inklusivní koncept „podpory v komunitě“ a zhodnotím tento alternativní přístup z hlediska konceptu občanství, dělení na soukromou a veřejnou sféru a práce s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí.

## **2. TEORETICKÉ UKOTVENÍ**

Úvod práce obsahuje stručný popis několika základních koncepcí z teoretické literatury, které lokalizují přístup a teoretická východiska analýzy. Jedná se o sociální konstrukci znevýhodnění, teorii normy, historická specifika ustavení pojmů v kontextu zejména eugenických hnutí, medicínský diskurs, liberální koncept občanství a teorie sociální smlouvy a vztah mezi soukromou a veřejnou sférou. Účelem je vysledovat prvky, které se podílely na ustavování diskriminačního uspořádání. Pozornost je implicitně zaměřena na ideu abstraktního „občana“, který je nejen předpokladem moderní formy vládnutí, ale i jeho produktem (viz produktivní forma moci u Michela Foucaulta (Tremain, 2005)). Tento abstraktní „občan“ se vymezuje vůči stejně abstraktnímu „jedinci se znevýhodněním“. Účelem následné analýzy pak spočívá v úsilí odhalit tohoto „občana“ v diskusích na téma klecových lůžek. Měl by se zde objevit jako předpoklad, který strukturuje diskusi a ovlivňuje způsob uvažování o problematice. Další kapitoly v analytické části pak obsahují vždy teoretickou část, která se vztahuje ke konkrétnímu probíranému kódu, tedy tématu dané kapitoly.

### **2.1. Striktní dělení: normální/patologické**

Jedním z hlavních argumentů „studií znevýhodnění“ je fakt, že „znevýhodnění“ je velkou měrou sociální konstrukce (stejně jako „vada“ –srov. níže). Sociální model popisuje znevýhodnění jako „ideologickou konstrukci, která je používána k ospravedlnění nejen utlačovatelských binárních kulturních konstrukcí normálního/patologického, autonomního/závislého a kompetentního občana/“ward of the state“, ale také společenské dělby práce“ (Erevelles, 2002: 8).

Přitom ale platí, následující: „[m]yšlenka, že existuje nějaké universální, snad biologicky nebo lékařsky popsatelné paradigma lidské fyzické zdatnosti (ability), je iluzí“ (Wendell, 1989: 107) (překlad vlastní)<sup>2</sup>. Každý člověk se liší svými schopnostmi. Každý člověk je značnou část svého života nějak omezen, závislý na ostatních a neschopen plnit ideál autonomie, nezávislosti a racionality. Lidi se znevýhodněním tedy spojuje spíše stejná forma společenského symbolického útlaku. Ten se projevuje i v materiálních podmínkách. Celé rozvržení prostředí i například architektura míst je navrhovaná a počítá předem se „zdatným“ jedincem. „Celá fyzická a sociální organizace života předpokládá, že jsme buď zdraví a schopní dělat to, co průměrně zdatný člověk, nebo že máme kompletní znevýhodnění a jsme neschopní participace“ (Wendell, 1989: 111; také srov. Paleček, 2010). Tento přístup „buď a nebo“, je pro většinu diskutujících v analyzované

---

<sup>2</sup> U všech cizojazyčných textů použitých v této práci se jedná o vlastní překlad. U některých termínů (např. ability) se vede diskuse o tom, jaký je jejich adekvátní nejuvstíznější překlad do češtiny. U těchto termínů jsem se inspiroval překladem používaným na kurzech zaměřených na problematiku znevýhodnění vedených Kateřinou Kolářovou na katedře genderových studií Fakulty humanitních studií Karlovy university v Praze.

diskusi naprosto přijatelný. I pokud se snaží nějak uchopit mentální znevýhodnění/duševní nemoc a hledat možnosti zlepšení současného stavu, většinou hranice jejich uvažování vedou kolem hranice znevýhodnění/nemoci, jako celkového určujícího rysu osobnosti a v důsledku i určujícího příčiny a ospravedlnění fungování celého systému.

## **2.2. Koncept normy**

Lennard J. Davis (1997) výstižně popisuje, jak je v dnešní společnosti každá oblast lidského života ovlivňována předpokladem nějaké normy. Tento pojem se (ve významu v jakém je používán dnes) objevil (v Anglii) v druhé polovině 19. století a jeho popularita je úzce spojena s rozmachem statistiky, industrializace, vzniku národních států a také eugeniky. „Důležitým důsledkem představy obecné normy je to, že rozděluje populaci na standardní a nestandardní“ (ibid. 14). S konceptem normy se zároveň objevuje i koncept deviace (trvale nestandardní populace). Ve spojení s eugenikou se začíná celé statistické rozložení populace, tak jak je zjišťována pomocí nových kvantitativních způsobů měření, hodnotit. Ideál vývoje a pokroku si cení určitých („pozitivních“) hodnot a snaží se potlačit ty negativní. Začínají se používat universální metody hodnocení lidských schopností, jako například IQ test. Vzniká ideál střední třídy, Marx pracuje s konceptem průměrného dělníka apod. Lidé se znevýhodněním se ocitají mimo normu. Znevýhodnění se začíná patologizovat. V symbolické rovině se pak stávají lidé se znevýhodněním opakem normy. Nirmala Erevelles ve svém článku *(IM)Material Citizens: Cognitive Disability, Race, and the Politics of Citizenship* (2002) tvrdí, že proto je jim sice říkáno, že by měli být jako normální lidé, ale zároveň i v definici to, že jimi nikdy být nemohou (srov. Carlson, 2005 a kapitola 2.3.). Koncept normality se tedy vždy potřebuje vymezit vůči jinému konceptu. K tomu slouží znevýhodnění jako obrácené zrcadlo normy. Jako to, co určuje hranici normy. Norma se zároveň stává zbožňovanou a nutnou pomocnicí státní správy. Kdo se nachází „pod hranicí“ normy, zakouší obtíže se správným „fungováním“ ve společnosti. Při abstraktních teoretických úvahách se od „dob normy“ nadále počítá s průměrným „typickým“ předpokládaným vzorkem.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Zajímavým příkladem z praxe, který vystihuje myšlenkovou koncepci této práce je následující fakt: Vybrané ústavy v jednotlivých krajích jsou zapojeny do transformačních procesů, vedených samotným MPSV. V rámci těchto aktivit se z investičních peněz staví mnoho objektů, pro bydlení menšího počtu lidí, než je tomu v ústavu. Tyto objekty se v metodice MPSV nazývají „domácnosti“, především proto, že jsou koncipovány jako oddělené samostatné jednotky. Při výstavbě objektů se objevil zajímavý problém. Pracovníci z hygieny mají problém – neví, jestli mají k objektu přistupovat jako k ústavu, nebo jako k domácnosti. Neví, podle kterých norem mají postupovat (Bednář, 2011).

### **2.3. Fixování pojmů v diskursu**

Podívejme se nyní blíže, jakým způsobem jsou pojmy obtěžkávány a patologizovány v diskursu. Znevýhodnění je, jak už jsme řekli, sociální konstrukcí. Shelley Tremain (2005) je editorkou sborníku, který se pokouší rozvést teorie Michela Foucaulta a vztáhnout je na koncepty disability studies a na současné společenské uspořádání. Foucault je autorem konceptu moci, který není pouze represivní, nýbrž spíše konstitutivní. Nejefektivnější praxe moci „spočívá ve směřování možností realizace a uspořádávání možných výsledků“ (Tremain, 2005: 8). „Jedná se o normalizující technologie, které umožňují systematické ustavování (objectivization) subjektů jako slepých, kriminálních, šílenců atd. a technik sebezlepšování a sebetransformace, jako jsou programy na hubnutí a zdravá životospráva, trénink asertivity, botoxové injekce, prsní implantáty, psychoterapie a rehabilitace“ (ibid.). Tremain kritizuje, na základě Foucaultových teorií, dělení na „impairment“ (vada) a „disability“ (znevýhodnění), které vyznává tzv. „sociální model“ přístupu k problematice znevýhodnění. Ten tvrdí, že znevýhodnění je sociální konstrukce vytvářená společností a jím modifikovaným prostředím. Zastánci sociálního modelu tvrdí, že vada a znevýhodnění nemají nic společného, že znevýhodnění je sociální konstrukce, která je vložena na lidi s nějakou vadou. Tremain naopak tvrdí, že vada vždy odkazuje k znevýhodnění, protože znevýhodnění se týká vždy jen lidí majících nějakou vadu. Neodlišuje lidi například podle barvy kůže, ale právě podle fyzické, nebo psychické vady. Po aplikování Foucaultova přístupu k moci jako produktivní veličiny je možné říci, že sociální model podporuje rozdělení, které se snažil popřít, protože slouží k odlišení a produkování jedinců odlišných na základě konstrukce tělesné vady jako vady a jako odlišujícího znaku. Pokud se o „vadě“ uvažuje jako o prediskursivním atributu, jako o „přírozeném“ (k přírodě vztaženému) atributu, zakrývá se tím diskurs a moc, které „vadu“ specifickým způsobem a za specifickým účelem konstruují. Zesiluje se tak stabilita stávajícího uspořádání. Vada tedy „není něčím, co by chybělo, [...] ale spíše něčím přidaným navíc disciplinárním věděním a mocí“ (ibid. 15).

Je to tedy určitý rozpoznatelný znak, který je schopen vyvolávat určité přístupy a určitý způsob zacházení. Současně je to i znak, na jehož základě a vůči němuž se vymezuje normálnost, tj. bezznakovost. Na základě umístění této typické znakovosti v diskursu je umožněno vynášet určité typy výroků a zabývat se určitými tématy. Je s tím spojený určitý způsob přemýšlení o problému. Proto i v diskusi nad klecovými lůžky je předpokladem, že všechny zmiňované vady a znevýhodnění jsou už předem diskursivně konstruovány. Pojmy jako mentální retardace nebo mentální znevýhodnění, ale i třeba schizofrenie či mánie jsou určitým způsobem produkovány a různí lidé jsou „vtěsnáváni“ do určitých významů těchto pojmů. To má pro ně také určité následky. Důležité pro tuto práci bude předpokládat, že mentální znevýhodnění či vada nejsou neutrálními koncepty (viz níže kapitola 2.4.). Při analýze diskusí jsem se snažil zohlednit, do jaké míry diskutující „věří“ v tyto konstrukce

a jak chápou či předpokládají „přirozenost“ (neovlivněnost společností) těchto konstrukcí (např. kapitola 5.4.1.).

Zdařilý příklad fixace jednoho z pojmů, „mentální retardace“, popisuje Licia Carlson (2005). Ve svém článku se zabývá kategorií „mentální retardace“ a kritizuje současnou filosofickou diskusi za to, že vůbec nereflektuje význam tohoto spojení a jeho užití jako klasifikačního pojmu. S odkazem na Foucaulta tvrdí, že tato kategorie, jež slouží k vymezení rozumu a umlčení iracionality, klasifikuje jedince jako jiný druh (kind) člověka. Rozebírá tři rozhraní, která se ustavila v 19. století, a na kterých se odvíjela klasifikace. Tyto rozhraní tvoří vždy binarity, které svým současným působením a zároveň vzájemným popřením, vymezují jedince a zachycují ho pevně v diskursu.

Kvantitativní a kvalitativní rozhraní se zabývá definicí nemoci. Ta je od 19. století definována kvantitativně a „idiot“ (citace z textu) je tak definován jako nedostatečně vyvinutý normální jedinec. Spolu s tím je však takový jedinec zároveň vnímán jako jiný druh člověka, který má blíže ke zvířeti nebo k „podčlověku“ (subhuman), případně je vymezen rasově (kvalitativní hodnocení). Oba přístupy, kvantitativní i kvalitativní, jsou velmi vlivné a působí zároveň. Člověk se tak stává stejným co do druhu (kvantitativní přístup), i když takovým zároveň být nemůže, protože je „jiný“. Takto je dokonale fixován v diskursu, a to negativně a staticky. Jeden pohled ho vnímá jako zaostalou lidskou bytost, na kterou by se mohl vztahovat koncept spravedlnosti,<sup>4</sup> na druhou stranu je *zároveň* (kurzíva V. Š) vnímán jako fundamentálně odlišný tvor.

Druhé rozhraní se odvíjí od statického a dynamického chápání jedinceva stavu. Člověk je ustaven diagnózou jako jsoucí na „nižší úrovni“, nebo jako jiný, a je na základě této diagnózy chápán právě jako celkově odlišný typ člověka. IQ testy<sup>5</sup>, jež byly používány k odhalování slaboduchých, vůbec nezohledňovaly možnost zlepšení stavu u takto definovaného člověka. Je mu poskytnuto útočiště v léčebnách, je zde vychováván k určité základní disciplíně a i společnost je před ním takto chráněna. Carlson píše, že „dozorci byli chráněni před kritikou za selhání existencí nevzdělatelných (unteacheable) případů ve svých institucích“ (Carlson, 2005: 144). Dynamická strana mince spočívala v možnosti nápravy „slaboduchých“ (feeble-minded). Člověk měl tedy možnost se „napravit“, i když současně se nikdy nemohl stát nikým jiným, než kým v daném čase byl. Tito „slaboduší“ byli v ústavech podrobováni disciplíně a práci uvnitř ústavu. „Obě charakteristiky byly nezbytné k přežití institucí a k produkci poslušných (docile) myslí a poslušných těl“ (ibid).

---

<sup>4</sup> „Fungující model inkluze je skutečně úspěšný pouze pokud jsou lidé se znevýhodněním schopni ‚připojit se‘, nebo být asimilováni (normalizováni)“ (Campbell, 2005: 113).

<sup>5</sup> Vynalezl je Alfred Binet a s Theodorem Simonem jej mezi léty 1905-1908 dovedli do konečné podoby. K psychiatrické klasifikaci je začal používat psycholog H. H. Goddard. (Wikipedia, the Free Encyclopedia, heslo: Intelligence quotient, Dostupné z [http://en.wikipedia.org/wiki/Intelligence\\_quotient](http://en.wikipedia.org/wiki/Intelligence_quotient) [cit. 29. 5. 2007].)

Posledním rozhraním je viditelnost a neviditelnost. Lidé byli zavřeni do ústavu skrytí pohledu veřejnosti a zároveň podrobeni jejímu bedlivému zkoumání za zdi ústavu. S nástupem IQ testu jako způsobu klasifikace inteligence byli „odhaleni“ „slabodušší“ a IQ testy pomohli ke vzniku spojení mezi „slaboduchostí“ a kriminalitou. Jako „slabodušší“ totiž byli klasifikováni: „nespočet vězňů, prostitutky, školáci, žebráci a imigranti“ (Carlson, 2005: 145). Mentální retardace se začala chápat jako příčina kriminality (ibid. 146). Inteligence, neviditelná substance, byla pomocí IQ testů zviditelněna a zexplicitněna. Stala se měřitelnou veličinou a začala sloužit k typizování, klasifikování a rozdělování lidí. Ti, kteří byli klasifikováni jako „mentálně retardovaní“ byly „odhaleni“ jako neúplní. Víra v nemožnost změnit kvantitativně nižší hodnotu koeficientu ospravedlňovalo jejich vnímání jako „jiných lidí“, která blokovala i možnost jejich nápravy. Patologie (spojená s kriminalitou) v nich byla navždy. Nyní už bylo možné přesně změřit a odlišit průměr od extrémů. Existovaly „důkazy“ o odlišnosti vyjádřitelné v abstraktních číslech. Sociální kontext člověka stejně jako určité hodnoty a schopnosti společensky preferované v dané době, které byly při testech hledány, nebyly reflektovány a zohledňovány.

Kategorie „mentální retardace“ se objevuje v mnoha diskurzech: „medicinském, psychologickém, pedagogickém, morálním, humanitním a politickém“ (Carlson, 2005: 148). Obsah tohoto pojmu je proměnlivý. Ti, kteří jsou takto klasifikováni, se velmi liší ve schopnostech, kterými disponují a které jsou schopni rozvíjet. Nejen filosofové by proto neměli tuto kategorii chápat jako jasnou a čistou a především nezatíženou jinými vlivy. Určením lékařské diagnózy získává totiž člověk mnoho dalších nálepek. Předpočtení provázející tento pojem (i další pojmy) byl brán při analýze v potaz (viz. kapitola 2.7.). Velice důležitým se stalo propojení patologie IQ a kriminality. Toho bylo zneužíváno zastánci medicínského diskursu a důsledky symbolické i materiální institucionalizace tohoto propojení se objevují dodnes. Vznikla zařízení, ve kterých bylo možné držet lidi, definované na základě speciálních testů (které umožnili zviditelnit – tj. vytvořit vadu) jako odlišné a nebezpečné. Zároveň kvantitativní pohled popisující je jako, nedostatečně disponované, ale přesto lidi a dynamický pohled vnímající možnost změny, dával prostor pro léčbu. Léčbu, která nikdy nemohla být úspěšná. Dnes tato místa fungují jako „jiné světy“. Žijí zde lidé, kteří často nemají rodinu, nebo je rodina nenavštěvuje. Žijí v izolaci v umělém světě permanentního nácivku normálního života podle předem připraveného a neustále běžícího režimu. Je to schvalované místo izolace. „O ústavu se v tichém srozumění předpokládá, že je navenek bezproblémovou (a vnější bezproblémovost je pro provozovatele velmi důležitá) úschovnou zavazadel, která se nikdo nehotoví vyzvednout“ (Cháb, 2004: 9). Klecová lůžka a jejich zneužívání je možné právě díky existenci tohoto popsaného stavu.



## **2.4. Stereotypizace a negativní kontexty pojmu znevýhodnění**

Dnešní doba, posedlá zdravím, se snaží znevýhodnění skrývat. Symbolika znevýhodnění obsahuje „hrozivou povahu náznaku, že patologie není fixována v „jiných“ lidech“ (Marks, 2001: 172). „Úspěšní“ lidé se snaží na veřejnosti své znevýhodnění skrývat<sup>6</sup>. Na druhou stranu je ale znevýhodnění neustále viditelné, fixované v diskursu. Liberální individualismus potřebuje diskurs „defektivního činitele“ vtěleného do postiženého Jiného proto, aby mohla znovu-ustavit humanistické Já-,normální'[I-normate]“ (Thomson citována in Erevelles, 2002: 9). Obraz člověka se znevýhodněním je totiž nutný k projektování vlastní nezranitelnosti (Marks, 2001). Tato nezranitelnost je předpokladem, který se snaží moderní společnost udržet. Tato nezranitelnost je také především definicí maskulinity. Nedostatek kontroly, smrtelnost a omezení je ohrožením maskulinního racionálního řádu (Shakespeare, 1999: 59).

K lidem se znevýhodněním je přístupováno různě. Ostatní se jim „vysmívají, vyhýbají, litují je, stereotypizují je nebo se k nim chovají blahosklonně“ (Wendell, 1989: 109). Lidé definovaní jako mající znevýhodnění zažívají v životě diskriminaci.<sup>7</sup> „Znevýhodnění“ se vždy objevuje jako nedostatek, nebo v negativních konotacích<sup>8</sup> otázek eutanazie, genetické eugeniky, osobního neštěstí, nebo nezodpovědnosti.<sup>9</sup> Fiona Kumari Campbell (2005) v této souvislosti uvádí, že současně se snahou integrovat lidi se znevýhodněním jsou přijímána opatření, které směřují k prevenci a omezení výskytu znevýhodnění. Paradoxně tak zároveň se slibem rovnoprávnosti probíhá opětovné „podtržení negativních ontologií spojených se znevýhodněním“ (ibid. 119).

Negativní vnímání znevýhodnění a představa ideální normy souvisí s eugenikou a také s medicínským neboli lékařským diskursem. Důležité je, že tato ideální norma není neutrální. Obsahuje hodnotící stránku. Vyvíjela se v úzkém propojení s eugenikou (viz. níže). Člověk se v normě neocitá při narození, ale je do ní socializován, vychováván a vzděláván. Přetváření lidí v občany je historicky jednou z nejdůležitějších funkcí vzdělávacích institucí (Erevelles, 2002: 5). Občanská výchova učí studenty úspěšně vyjednávat komplexitu různých identit za účelem dosažení morálního statusu „abstraktního občana“ (Gordon, Holland and Lahelma citován in Erevelles, 2002: 6) (srov. kapitola 5.4.1.).

---

<sup>6</sup> Jako to například dělal americký prezident F. D. Roosevelt (viz. Marks, 2001: 171).

<sup>7</sup> U lidí s fyzickým nebo mentálním znevýhodněním existuje větší pravděpodobnost, že budou „podrobováni invazivním chirurgickým zákrokům, budou dostávat neuroleptika a budou vystaveni fyzickým omezením stejně jako bariérám, které brání některým základním autonomním volbám, které se týkají například sexuálního partnera nebo stravy“ (Marks, 2001: 168).

<sup>8</sup> Výjimkou může být diskurs geniality.

<sup>9</sup> Téma „mentální retardace“ se například pravidelně objevuje v „bioetických diskusích zabývajících se sterilizací, informovaným souhlasem, přístupem ke zdravotní péči, prenatálním genetickým testováním a screeningem a selektivním potratem (zmíněno jen několik témat)“ (Carlson, 2005: 133).

K těm, u kterých existuje negativní předpoklad (stigma), který je často brán jako fakt, že nemůžou normy nikdy dosáhnout, je přístupováno jinak než k ostatním. Děti s mentálním znevýhodněním musejí většinou navštěvovat speciální školy, kde získají nedokonalé vzdělání. Symbolický status těchto škol je velmi nízký. Protože nemají „pořádné“ vzdělání, mají větší problémy později sehnat práci. Společnost a okolí je podceňuje. Když neseženou práci, stanou se závislí na pomoci státu. Díky tomu jsou vnímáni jako pasivní a závislí a následně je potvrzena jejich skupinová stigmatizace. Společnost je skrze politiky a učitele vnímá jako ty, jež nemají budoucnost, a proto jim nezkoušejí dát lepší vzdělání a také se nepokoušejí s nimi jednat jako se sobě rovnými. Společnost jim následně nepřiznává práva ani odpovědnosti. (srov. Beckett, 2005). Předpoklad negativního vnímání lidí s mentálním znevýhodněním a „temná“ vize jejich budoucnosti se objevuje jako časté téma i v diskusi nad klecovými lůžky. Velice důležitým argumentem jak uvidíme, je předpoklad, že situace se nikdy nezmění, že znevýhodnění, nebo nemoc, je něco trvalého a neměnného. Něco, co je vždy přítomné a připravené znovu se projevit.

Celou analyzovanou diskusi se rovněž nese duch stereotypizace lidí s mentálním znevýhodněním, nebo duševní nemocí (srov. kapitola 5.61.). Diskutující projevují v diskusích značnou absenci podrobnější znalosti situace kolem probíraného tématu a zřejmě i o to více pracují se stereotypy a „tradičními“ kulturními obrazy mentálního znevýhodnění a/nebo duševní nemocí. Důkazem toho je značný (dá se říci většinový) počet komentářů, které nereagují na konkrétní situaci uživatelky sociálních služeb, která je v článku popsána. Vyobrazení uživatelky a její situace v článku je specifický. Některé aspekty uživatelčina chování jsou v návaznosti na formu a obsah textu článku přímo jednoznačně dávány za vinu její přirozené, vrozené a neměnné neschopnosti (srov. kapitola 4.3.). Jiné části textu slouží naopak k obhajobě uživatelky a obžalobě personálu. Obecně se ale odkazy na článek a propojení s textem článku objevuje spíše sporadicky. Hovořím samozřejmě o přímých reakcích, nepřímé reakce je samozřejmě velice těžké identifikovat.

## **2.5. Znevýhodnění a koncept viny**

Jak už jsme viděli, obecným předpokladem všeho dění se v určité historické době stává (a dodnes tomu tak je) „normální“ občan, s nímž jsou lidé se znevýhodněním poměřováni a jehož obrazu se všichni snaží dosáhnout, nebo nějakým legitimním způsobem obhájit, proč této normy nedosahují. Existuje tu diskurs viny. Viny za neovládnutí svého těla, své psychiky (emocionality), sama sebe.

Západní kulturní okruh se svou tradicí dělení na tělo a duši si ovšem silně zakládá na ovládnutí těla. Tělo má mít každý pod kontrolou. Zdraví a tělesná zdatnost se stává morálním imperativem. Vina za nemoc je často uvalována na jedince, který onemocněl (srov. Sontag, 1999). Nedostatečně ovládl své tělo a odhalil tak lidskou zranitelnost. Zajímavý příspěvek se objevil v diskusích v souvislosti s článkem. V článku se objevila fotografie paní Libuše Novákové

v „kleci“. Jedna z příspěvatelek do diskuse se obrátila na autory článku s následující výtkou: „jak, proboha, můžete uvádět jméno té pani? to nestačí křestní? i ty fotky jsou výsměchem lidskosti. to nemate ani špetku rozumu? nemluvě o tom, že celý ten článek je jen účelový.“ (1283<sup>10</sup>). Paní spílá autorům za to, že zveřejněním fotografií paní Libuši ponížili. Jako ponížující přitom zdá se nepůsobí její situace, nebo respektive není prvotní příčinou. Prvotní příčinou se zdá být znevýhodnění. To způsobilo, že se paní ocitla v situaci, v jaké ji vidíme, to způsobilo, že vše působí jako „výsměch lidskosti“. Soukromé bylo zveřejněno. Paní Libuše měla se svým znevýhodněním, se svým břemenem zůstat v soukromí – patří to k její důstojnosti – skrývat své znevýhodnění (srov. kapitola 2.10).

S diskursem viny úzce souvisí i povinnost a imperativ nápravy. Tato „povinnost“ se skrývá za „možností volby“, která ale není svobodná a má právní důsledky. Jedná se o „povinnost“ změnit svůj stav, pokud je k tomu možnost. Tj. „povinnost“ snažit se „zlepšit“, nebo „napravit“ své znevýhodnění a zachovat se tak společensky zodpovědně, tedy racionálně (Campbell, 2005). V diskusi, kterou analyzuji v této práci, se objevují příspěvky vinící rodinu z újmy, kterou způsobili společnosti tím, že se mít dítě se znevýhodněním a nevyužili moderních metod „prevence“ (tedy vyšetření a v těhotenství a případného potratu) (např. 1664, 1678). Společenská újma spočívá v předpokladu, že člověk se znevýhodněním není (především ekonomicky) aktivní a tudíž společnosti nic nepřináší (více viz kapitola 5.2).

Existuje symbolické propojení, které předpokládá, že tělesné znevýhodnění se odráží v psychice a morálce jedince. (Longmore, 1987; Marks, 2001; Wendell, 1989). A naopak, jedním z nejvýraznějších popisných znaků mentálního znevýhodnění/duševní nemoci v analyzované diskusi je nezvládnutí těla. Inkontinence a neschopnost se najíst nepatří do přírody, natož mezi lidi (0123, 0148), plenky jsou symbolem ponížení (1214). Psychická labilita a nestálost je zdrojem nebezpečí pro lidi v „kleci“ i jejich okolí (2180, 2313, 2224). Lidé se znevýhodněním jsou symbolem „selhání lékařské vědy a navíc i selhání západního vědeckého plánu ovládnout přírodu“ (Wendell, 1989: 115). Vinu za to nese iracionalita. V případě mentálního znevýhodnění/duševní nemoci, které slouží jako symboly absence racionality, nebo přímo divoké iracionality, v jejich nepředvídatelnosti, jako by se iracionalita přímo vysmívala vědě a zasloužila si za to implicitní nenávisť, odpor k jejím nositelům. Nezvládnutí těla je zde důkazem iracionality a je důvodem k vyloučení, protože porušuje principy, na kterých stojí také teorie sociální smlouvy (Erevelles, 2002: 7). Jedině ten, kdo je schopen oddělit rozum od těla a zaujmout kritický odstup od

---

<sup>10</sup> Čísla v závorkách v textu odkazují k parafrázím, nebo citacím příspěvků a výroků z debaty nad klecovými lůžky, která je primárním materiálem analýzy v této práci. Čísla příspěvkům přiřadil počítačový analytický nástroj ATLAS.ti, který byl využit ke kódování textu. Pro plné znění citátů viz příloha – kapitola 8.1.

emocionálních vazeb, dokáže kalkulovat zisk a chovat se abstraktně morálně (Barša, 2002: 38; srov. kapitola 2.6. a 2.7.)

Samotnou zkušenost těla člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí ale definuje lékařská věda (kapitola 2.8.). V diskusích se ukazuje, že vyloučení dokonce nemusí být spojeno s připisováním viny. Lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jsou umisťováni zcela mimo diskurs viny a nevin, mimo morální a právní hodnocení, protože nedosahují morálního statusu, jak je definováno konceptem občanství (viz kapitola 5.4.1).

## **2.6. Ekonomický a právní aspekt sociální smlouvy**

V předcházejících odstavcích byla řeč o efektivitě. Sociální smlouva, koncept úzce propojený s liberálním kapitalistickým uspořádáním společnosti, používá efektivitu, jako jeden z klíčových pojmů. Implicitním aktérem tržní společnosti je „homo economicus“ (Foucault, 2009), imaginární universální jednotka, tvor zavádějící kalkulaci a ekonomický přístup do dosud neznámých oblastí. „Homo economicus“ poslouchá svůj zájem, který spontánně konverguje se zájmem druhých lidí a produkuje bezděčně zisk. Tento zisk produkuje pro druhé, aniž by to zamýšlel (Foucault, 2009: 243; Nussbaum, 2006). Ekonomický člověk tedy „podepisuje“ sociální smlouvu z hlediska výhodnosti, kterou taková smlouva přináší, z hlediska víry v dobro této smlouvy pro jeho vlastní zájmy. Ekonomické myšlení, zaměřené na hájení svého „zájmu“ z pozice vlastní celkové autonomie, je definováno jako racionální (Erevelles, 2003: 13). Právě schopnost tohoto jednání prokazuje v konceptu občanství podle teorie sociální smlouvy kompetenci a racionalitu správného občana (srov. kapitola 2.7.). Skrze tento „zájem“ je podle Foucaulta vykonávána moc (Foucault, 2009: 222).

Druhým klíčovým prvkem sociální smlouvy, který se utvářel paralelně k ekonomickému aspektu smlouvy, je prvek lidských práv (srov. Foucault, 2009). Podle tohoto konceptu je subjekt připraven vzdát se části svého prostoru, pro poskytnutí základních práv jiným. Tyto práva jsou, jak uvidíme dále, distribuována specifickým způsobem a jen vůči vybrané skupině lidí.

Toto dělení na ekonomickou a lidsko-právní část v teorii společenské smlouvy je užitečně využito, i když pravda pouze schematicky, při analýze diskusí nad klecovými lůžky. V těch je často otevřeně argumentováno tím, že se otázka lidských práv tlačí do prostoru, kde nemá co dělat (kapitola 4.2.; kapitola 5. 7.), kde je prostor pouze pro odborné posouzení. Racionální kontrolu nad lidmi vyčleněnými z konceptu občanství tu minimálně od vzniku eugeniky vykonává medicína (kapitola 2.9.). Výtkou lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí je často právě jejich neprospěšnost, marnost jejich života (srov. níže, kapitola 5.2. a kapitola 5.4.3.). Tímto způsobem se vytváří argument, podle kterého je člověk se znevýhodněním neefektivní částí společnosti, ba naopak spíše částí snižující celkovou efektivitu a tím jako by vznikala i jeho „ostuda“, tím jako by bylo živeno i tabu spojené s problematikou znevýhodnění. Důvodem izolace člověka je pak, aby

„alespoň neškodil“, společnost je tak před ním chráněna (viz kapitola 5.1.5.). Navíc umístění v izolaci je následně i důkazem neužitečnosti (viz 5.4.). „Ekonomika“ má proti tématu lidských práv v diskusích převahu, těší se větší autoritě. Objevuje se argument peněz, jejichž nedostatek ve spojení s dalšími faktory, neumožňují aplikovat morální a právní koncepty na danou problematiku. Na „lidské zacházení“ nejsou peníze (viz kapitola 5.2.1.). To je racionální ekonomické zdůvodnění, které hájí skrze přepokládanou neefektivitu „zájem“ společnosti.

Ekonomické a právní se podle Foucaulta (2009) setkává v prostoru zvaném „Občanská společnost“, což je vlastně koncept vládní technologie. Ve Foucaultově pojetí je tento pojem blízký pojmům jako je národ, *gemeinschaft*, národní stát atd. „V občanské společnosti naopak ona pouta sympatie, laskavosti jsou korelativní k poutům odporu, nepřilnutí, nelaskavosti vůči některým lidem, to znamená, že se občanská společnost vždy jeví jako vymezený, jedinečný celek mezi jinými celky.“ (ibid. 261). Diskuse okolo klecových lůžek je diskusí nad povahou a rozsahem občanské společnosti, je důkazem pochybnosti deklarovaného universalismu práv.

## **2.7. Koncept občanství**

Allison J. Carey (2003) píše s odkazem na Rawlse, Ackermana a Pococka o „dominantním příběhu občanství podle liberalismu“. „Liberalismus zobrazuje občany jako racionální jednatele, kteří volně vstupují do sociálních kontraktů, kterými jsou se souhlasem řízení na oplátku za ochranu, pořádek a práva“ (ibid. 414). Rawls definuje občana jako plně spolupracujícího člena společnosti, který je schopen rozumět, aplikovat a jednat z pohledu veřejné koncepce spravedlnosti, a racionálně prosazovat svoje racionální výhody, nebo dobra (Erevelles, 2002: 8). Dále platí, že „občanství je morální konstrukce definující ty, kteří jsou hodni práv“ (Carey, 2003: 417). „Občanství přiznává soubor práv požadovaných a poskytovaných zároveň všemi členy politické komunity [...] občanská práva jsou universalistická, ale v praxi omezena na ‚insidery‘ ve společnosti“ (Pakulski citován in Marks, 2001: 167). Platí tedy i výrok Erevelles: „Občanství je spíše než universální kategorií místem boje o formy vědění, sociální praxe a hodnoty, které utvářejí kritické prvky (liberálně demokratické) tradice“ (Erevelles, 2002: 6). „Dobrý“ občan je přitom definován jako racionální, autonomní a kompetentní (ibid.). Tyto tři pojmy jsou podle Erevelles pojmy ideologickými.

I lidé v „klecích“ jsou často definováni jako nehodni práv, existující mimo vinu a nevinu, mimo právo. Podle některých diskutujících si právo nezaslouží (srov. kapitola 5.4.1). Erevelles to velice výstižně popisuje takto: „Smrt-evokující diskursy utvářejí znevýhodnění jako nejbzdálenější hranice lidské existence a tudíž nikdy nemluví o každodenní realitě toho, o to znamená být občas s kognitivním/vázným znevýhodněním. Je to v tomto utlačovatelském kontextu, ve kterém jsou lidé s kognitivním/vázným znevýhodněním vnímáni jako (ne)racionální a (ne)autonomní – kvality,

kteře jsou později dávány na roveň s ne-kompetencí, bez-statusovostí a celkově s ne-občanstvím“ (ibid. 6).

Primárním předpokladem je, že koncept liberálního občanství v sobě nese některé prvky, které jsou příčinou jeho neschopnosti pojmout do svých definic lidi se znevýhodněním. Ačkoliv v poslední době existuje snaha zahrnout pod tento rámec i diskriminované skupiny a jedince, děje se tak do značné míry pouze na abstraktní právní úrovni, která není dostatečně podpořena v širším kontextu (srov. Erevelles, 2002: 18; Fraser, 2007), tj. institucionálně, symbolicky apod. Je třeba postihnout více aspektů této problematiky, nejen ty právní. Fungující systém politické reprezentace (pravidla určující formu a obsah reprezentace) totiž zdá se spíše, než aby eliminoval marginalizaci reprezentovaných, tuto marginalizaci může na druhou stranu upevňovat (jak jsme ukazovali na vztahu „sociálního modelu“ a „vady“ na základě textu Shelley Tremain (Tremain, 2005)). Je veliký rozdíl, pokud je nějaký jev, nějaká diskriminace vnímána jako jednotlivá sice opakující se událost, nebo jako strukturální jev (Erevelles, 2002: 10). Pokud se totiž reforma děje pouze na úrovni formálních překážek a neřeší strukturální stránku, nastávají problémy. Nefungování formální spravedlnosti totiž může prohlubovat a také vytvářet vyloučení. Diskriminace se potom potvrzuje jako oprávněná, protože příčina se zdá vězet v diskriminovaných jedincích. (ibid.). Prvotní příčinou situace lidí v „kleci“ je podle diskutujících často jejich znevýhodnění. Toto znevýhodnění nutí společnost se chránit, nebo naopak blahosklonně chránit jedince před sebou samým (viz kapitola 5.1.5). V důsledku toho jsou lidem nutně odpírána lidská práva. „Pohled na člověka v ústavní péči jako na spoluobčana a následné zhrození, které musí nastat: teprve to přiměje ke skutečné změně. Ke změně myšlení.“ (Cháb, 2004: 36).

Damon A. Young a Ruth Quibell (2000) rovněž upozorňují na nedostatečnost prosazování změn pouze formálně v oblasti práva. Právo nejenže má podle autorek často problém postihnout konkrétní problém, ale má také problém zohlednit sociální uspořádání a další vztažené aspekty pozic jednotlivých klientů. „Nemá schopnost postihnout nedorozumění, ze kterých nerovnosti původně pochází“ (ibid. 747).<sup>11</sup> Je třeba pochopit, že právo je soubor abstraktních konceptů. Pojetí práva v našem (Západním) kulturním okruhu, tak jak ho známe dnes, má svou specifickou historii, která se odráží v jeho vlastnostech. Autorky se vrací k Platonovi a k jeho pojmu lidské duše jako abstraktní, na okolí nezávislé entitě. Tato lidská substance je spojena s pojmem rozumu a

---

<sup>11</sup> Ne všichni znevýhodnění jsou vystaveni stejnému stupni útisku. Přesto se s nimi pracuje jako s „esenciální“ kategorií, která určuje jejich „jiné“ lidství. V právu „není dostatek flexibility, [...] aby uspokojilo nesčetný počet lidských potřeb presentovaný lidmi s mentálním znevýhodněním“ (Young, 2000: 752). Posílit něčí pozici (empower) je možné jen skrze právo, ale aby mohl dotyčný uplatňovat právo, musí být už v této posílené pozici (ibid. 753). Nestačí tedy jen zakazovat diskriminaci a stále předpokládat, že všichni občané jsou jako stejné prvky homogenní hmoty státu. Negativní (co je trestné) a pozitivní (co je povinné) právní stanovy musí jít ruku v ruce. Samotné negativní právo nemá účinek.

moudrosti a morálky. Takováto esence je ale konceptualizována v rámci určitého světového názoru, který určitým způsobem definuje spravedlnost, boha a povahu společnosti (ibid. 754). Z lidí se stávají nositelé určité a atomární substance. Platonův dualismus (dělení na tělo a duši) a atomismus (každý je nositelem stejného prvku lidství – duše) se prolínal dějinami Západu. Descartes ho kombinoval s mechanistickým přístupem inspirovaným fyzikou. Hobbes použil mechanistický přístup do koncepce etiky. Jedinci podle něj bojují o svůj prospěch a právo využívají ke své ochraně. Hobbes, Locke i Rousseau tvrdili, že člověka definuje právo a schopnost uznání abstraktního souhlasu. (srov. výše). Lidé kalkulují a využívají právo k ochraně svých zájmů a proti zájmům ostatních (srov. kapitola 2.6.). Atomistický individualismus, jenž je obsažen v konceptu práva, a koncept autonomie slouží často těm, kteří mají moc, těm, kteří z toho mají výhody, těm, kteří jsou „normální“. Lidé s mentálním znevýhodněním stojí mimo právo, protože se předpokládá, že nejsou schopni racionálně kalkulovat. Takový koncept práva „redukuje etické chování na pouhou kalkulaci obecného štěstí a individuální autonomie“ (Young, 2000: 757). Právo není vhodným prostředkem sociálního vztahu. Nedokáže pojmut lidskou diferencí. Je třeba, aby byla přehnaná pozornost upřená na individualismus a autonomii přesunuta na sociální a vztahovost. Právo podle autorky nestačí, je třeba porozumění. Všichni máme podle ní „právo na porozumění“ (ibid. 761).

Právní přístup je (i díky diskursu, který se objevil u Hobbese) specificky spjat s pojmy autonomie, vlastnictví a individualismu. Nezávislý jedinec ho *používá* (*kurzíva V. Š.*) k ochraně a prosazování svých zájmů (srov. kapitola 2. 6.). Autonomie subjektu je zdá se také podmínkou uznání „duše“ a následného přijetí práva. Lidé s mentálním znevýhodněním jako by opět podle tohoto konceptu v kontextu diskusí nebyli jednotkami společnosti, nebyli duši, ale spíše jen tělem, hmotou, prvkem působícím proti obecnému štěstí, neautonomní entity (např. kapitola 5.4.1.). V kontextu diskuse o klecových lůžkách je možné vysledovat individuální kalkulující přístup jednotlivců, kteří si ze všeho nejvíce cení své autonomie a neuznávají žádný bližší vztah k lidem s mentálním znevýhodněním. Absentuje u nich schopnost identifikovat se s nimi, jako se sobě rovnými, identifikovat se s jejich situací. Na to reagují další diskutující výzvami, aby si dotyční představili, že se to může stát i jim, anebo jejich blízkým (srov. kapitola 5.4.1.). V důsledku moderní symboliky ztrácí podle tohoto předpokladu mnoho lidí společenskou povědomí, přehnaně zdůrazňovaný ideál autonomie vede k opomíjení faktu, že celá společnost existuje díky vzájemným mezilidským vztahům. Diskutující se často zdá se opírají o tento koncept práva. Lidé se znevýhodněním/duševní nemocí jako autonomní vnímání nejsou, jejich hlavní definicí je právě neautonomnost, neschopnost se sami o sebe postarat, neschopnost se ovládat a kontrolovat, neschopnost samostatně žít. Jsou popisováni jako neefektivní a také jako zbavující autonomie ostatní, kteří by se o ně rozhodli pečovat (viz. níže kapitola 5.7.).

Širší koncept občanství zahrnuje určité reflektované morální zásady a specifitější rysy. Tzn. je více propojen se sférou společenské morálky a norem. Na tomto konceptu občanství je zajímavé, že nebývá explicitně tematizován ve veřejném prostoru, že jeho existence je do značné míry předpokládána. Tato širší definice, která není zapsaná v žádných právních normách a stanovách, je primárním předmětem zkoumání této práce. Předpokladem totiž je, že prosazení změn pouze na právní úrovni nezaručuje změnu v realitě. Je třeba zabývat se i symbolickým systémem, na jehož pozadí vyloučení lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí funguje.

## **2.8. Medicínský diskurs**

Medicína a její propojení s právem zejména v devatenáctém století a zejména ve spojení eugenickými teoriemi, se zasloužila o to, že lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí byli vyřazeni z konceptů práva a z něj vyplívajícího požadavku rovnosti a umístění do víceméně mimoprávního prostoru lékařských institucí. Lékařská věda má moc zbavovat člověka jeho práv na základě svých diagnóz. „Lékařský personál má sklon chápat lidi se znevýhodněním pouze jako prototypy určité lékařské diagnózy“ (Tremain, 2005: 14). V původním článku v Anglických Sunday Times (Sparks, 2004) se objevil výrok pana Michaela Balaška, kterým komentoval pobyt některých dětí v zařízení v klecových lůžcích: "Tyto děti potřebují lékařskou péči, nikoliv terapii, a to v podstatě znamená nakrmit, umýt a udržovat v čistotě." A tady se právě ukazuje jádro problému. Dítě je diagnostikováno jako celoživotní pacient. Podle Balaška nepotřebuje terapii, tedy žádnou podporu, jen trvalou péči. Paradoxem je právě fakt, že nejvíce se pracovníci v ústavních pobytových zařízeních v drtivé většině věnují lidem s nejnižší mírou potřebné podpory a lidem s vysokou mírou potřebné podpory se věnují jen v nejnужnějších oblastech zachování hygieny. Sociální práci s nimi věnují jen minimum času, jednak proto, že k tomu nejsou školeni, jednak i proto, že často nevěří, že to má nějaký smysl.

Martin Sullivan (2005) se zabývá medicínským diskursem a institucí lékařské vědy: „V současné společnosti tvoří nemocnice důležitý uzel, ve kterém probíhá ‚dělicí praxe‘, která objektivizuje subjekt jako buď nemocný nebo zdravý, léčitelný nebo neléčitelný, kompletní nebo nekompletní, normální nebo nenormální (srov. kapitola 2.1.). „Lékařští soudci (knězi a kněžky sekulární společnosti) převzali právo osvobodit nebo odsoudit, vykonávají nesmírnou moc nad lidskými těly, jejich zdravím a jejich životy“ (Sullivan, 2005: 30). Skrze „rituál pravdy“ je jedinec klasifikován a je mu přiřazen soubor vlastností, povinností, zákazů, ale také zkušeností a pocitů. Sullivan popisuje způsob, jakým jsou těla skrze návody na zacházení s nimi konstruována jako poslušná (docile). Jak je skrze své tělo podmaňován i subjekt. Jak se díky monopolizaci lékařského vědění nelze vyhnout dosahu jeho moci (srov. Sullivan, 2005). Sullivan hovoří o paraplegii a obecněji o tělesném znevýhodnění. Nicméně podobný koncept by šel jistě použít i na mentální znevýhodnění. Psychiatr definuje pacientovu nemoc, popíše mu co má za problém, co vlastně cítí a



jak by měl přistupovat ke svým pocitům a myšlenkám. V souvislosti s diskusí nad klecovými lůžky jsou lékaři bráni jako nejvyšší autority. Mají v podstatě právo veta rozhodnout o osudu pacienta i politických či lidsko-právních spekulací, protože znají pacientův „skutečný“ stav a možnosti jeho léčby. V Obecné diskusi se podrobnosti většinou neprobírají, panuje důvěra v neomylnost lékařských pojmů.<sup>12</sup> V kontextu Sullivanova článku by se dalo říci, že mají moc nad těly pacientů, kterou podle definice postrádají sami lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí (srov. kapitola 2.5.). Mají „moc popsat a ohodnotit u každého jedince jeho zkušenost s tělem“ (Wendell, 1989: 120). Hodnotí jeho schopnosti a možnosti vývoje, a pokud jedince shledají nevzdělavatelným, narýsují mu tím „temnou“ budoucnost (srov. Beckett, 2005). Dalo by se říci, že mohou rozhodovat o tom, kdo je schopen stát se „plnoprávným občanem“ v dnešním slova smyslu, tj. kdo je schopen především zodpovědně participovat a komunikovat své potřeby, potřeby, které jsou rozumné a morálně správné.<sup>13</sup> Úkolem této kapitoly tedy bylo ukázat, že lékařství jako instituce v sobě obsahuje i stránku etickou, pedagogickou a politickou, a je úzce provázána s dalšími uváděnými koncepty. Autorita lékařských výroků se zohledňuje i v diskusí nad klecovými lůžky. Diskutující se odvolávají na kompetence odborníků (např. 1516, 1522, 1531), hlavní autoritou je pro ně většinou přímá zkušenost z práce s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí (0616, 1423, 2314,2622).

## **2.9. Propojení medicíny a práva v kontextu znevýhodnění**

Allison. J. Carey (2003) tvrdí ve svém článku „*Beyond the Medical Model: a reconsideration of „feblemindness“, citizenship, and eugenic restrictions*“, že je nutné mít na paměti právě specifické historické ustavení pojmů spojených s mentálním znevýhodněním či duševní nemocí, jež se dělo skrze a pod dohledem medicínského diskursu. Carey je zastánkyní relačního vymezení práva. To znamená, že se ve svém přístupu snaží zahrnout podmínky historického vývoje a specifičnost konstrukce pojmů a podpořit tak porozumění, jež je nutné přidat k abstraktně právnímu, nekontextualizovanému či nerefektovanému konceptu spravedlnosti.

---

<sup>12</sup> Příkladem z praxe může být autorova zkušenost s doprovázením člověka s mentálním znevýhodněním na úřad. Úřednice o něm před ním hovořila jako o těžce postiženém. On se zeptal, co mu vlastně je, proč je postižený. Úřednice ho odkázala na lékaře. On ale odpověděl, že se lékařky ptal a ta mu nebyla schopna odpovědět. Mentální znevýhodnění je něco velice obecného a těžko definovatelného. Je sice uvedeno jako diagnóza v seznamu nemocí dle WHO (World, 2008) o nemoc se ale nejedná. Obecně je vnímáno znevýhodnění jako trvalá nemoc. Tady začínají problémy.

<sup>13</sup> Ne náhodou se v Úmluvě o právech osob se zdravotním znevýhodněním z roku 2006 v článku 12 – Rovnost před zákonem - hovoří o „právu činit i „nerozumná rozhodnutí““ (Makovcová, 2011). Jedná se o jeden ze základních současných mezinárodních dokumentů k problematice lidí se zdravotním znevýhodněním a diskriminace.

Upozorňuje na to, že „zatímco vědci problematizují a dekonstruuji lékařskou konstrukci intelektuálního znevýhodnění, zároveň se udržuje téměř singulární fixace na lékařskou profesi jako definujícího faktoru v historii právních restrikcí pro tuto ‚populaci‘, čímž se udržuje svrchovanost lékařské profese a posiluje se medikalizace“ (ibid. 411, uvozovky VŠ). V 19. století byla slaboduchost definována jako dědičná choroba a takto definovaný jedinec se tak stal sám o sobě problémem. Vágní a flexibilní pojem slaboduchosti umožnil zahrnout širokou skupinu sociálně slabých a dalších<sup>14</sup>. Institucionalizace umožnila převzít vládu nad téměř všemi aspekty jedincova života<sup>15</sup>. Carey upozorňuje na jeden důležitý fakt: „Zaměřením na lékařskou profesi tento model opominul (fails to attend) právní a politické faktory vztažené k rozvoji občanství, jako je definice osobnosti a relační přístup k moci, obecně používané v literatuře, zabývající se občanstvím, k vysvětlení popření práv. Tudíž tento model bere vyloučení lidí označených jako ‚lidé s mentálním znevýhodněním‘ (intellectually disabled) jako fundamentálně odlišné od vyloučení ostatní populace“ (ibid. 413). Tím Carey odhaluje druhou stranu mince. Lidé s mentálním znevýhodněním se těžko dostávají do oblasti spravedlnosti a práva také proto, že lékařský diskurs je umístil mimo veřejnost a mimo právo (srov. kapitola 5.4.1.). Proto je také diskuse nad klecovými lůžky tak ožehavá. Obecná lidsko-právní diskuse se dostává do míst, kam v podstatě nepatří, kde byla vždy jen věda a výchova. V souvislosti s liberálním konceptem občanství jsou ti, kteří jsou považováni za „nezávislé“ a „kompetentní“, držitelé občanských práv a ti „závislí“ a „nekompetentní“, jsou chráněni a vyloučeni, aby byli jedinci i společnost uchráněni před důsledky jejich participace. Právo definuje „nekompetenci“ jako neschopnost správně rozumět důsledkům svého jednání. Nekompetence je tedy definována podobně jako mentální znevýhodnění (srov. s Carey, 2003: 415). Právo a znevýhodnění jaksi nejdou dohromady z obou perspektiv. Z právní i z lékařské. Eugenici se podle Carey zasloužili o to, že znevýhodnění nebyli hodnoceni podle schopností, ale jako předem odepsaná kategorie lidí. Manipulovali (v americkém kontextu) existující liberální rétorikou a za pomoci medikalizace vytvořili na jedné straně diskurs strachu a na druhé straně se opírali o rétoriku společenského rozvoje a ospravedlnili si tak vyloučení postižených. Argumentovali především ekonomickou stránkou věci (srov. kapitola 5.2.). Přetvořili některé rysy diskuse a prosazovali efektivnější a specializovanější segregáčnický systém, než jaký byl zaveden pro „slaboduché“. Funguje přitom způsob argumentace, ve kterém je „lékařská imaginace propletena

---

<sup>14</sup> Důsledkem této historické praxe je zřejmě i to, že diskutující nejsou schopni rozlišovat mezi mentálním znevýhodněním a duševní nemocí.

<sup>15</sup> O tom jaké jsou materiální a personální podmínky v psychiatrických léčebnách, a jak je tam s pacienty zacházeno, se dozvídá veřejnost jen velmi málo. Veřejná a objektivní kontrola podmínek a dodržování práv pacientů v léčebnách fakticky neexistuje. Nezávislé subjekty z řad nestátních neziskových organizací nemohou dodržování práv pacientů v léčebnách monitorovat bez souhlasu vedení léčebny, které obvykle nemá zájem spolupracovat.

s právní koncepcí, aby pasovala zevnitř, a využívá liberální narace“ (Carey, 2003: 420). „Specializovaná institucionalizace, lékařský dohled a popření prokreace pomocí segregace byly všechno nové mechanismy sociální kontroly čerpající z před-ustaveného právního ospravedlnění a starších forem sociální kontroly“ (ibid.). Tyto mechanismy přetrvaly až dodnes a jsou ztělesňovány systémem ústavní péče. Poselstvím článku Carey je odkaz na provázanost lékařského diskursu s dalšími sociálními institucemi a diskursy. Lékařský model není sám o sobě neutrální a nezajišťuje rovnost právě proto, že pojmy, které užívá, jsou významově zatíženy na základě historického kontextu, ve kterém vznikly. Tento model je vztažen k dalším společenským jevům a má širší společenský dopad. Opět je třeba zohlednit propojení mezi společenským uspořádáním (byrokratizace, dělení na veřejnou a soukromou sféru apod.) a propojením různých konceptů a diskursů (lékařský, právní, „soucitný“ atd.), kdy se vše vzájemně doplňuje v produkci „normy“ a „abnormality“, zahrnutí a vyloučení. Lékařský model vyřazuje postižené z prostoru práva. Jejich vyloučení, je vyloučení jiného typu.

## **2.10. Genderová perspektiva a dělení na soukromou a veřejnou sféru**

Do úvah moderních kontrakcionistů se nedostala idea morálních závazků a důraz na respekt a lidskou důstojnost. Tyto prvky někteří „původní“ teoretici smlouvy řešili a snažili se zapojit do svých konceptů. Podle feministické kritiky, kterou provedla Carol Pateman se tím ale jen snažili zakrýt fakt, že koncept sociální smlouvy je exkluzivní a smlouva se ve skutečnosti vztahuje pouze na muže (Barša, 2002: 35). Autonomní, racionální a kompetentní aktér smlouvy je dodnes implicitně maskulinní. V moderních teoriích zůstal silný důraz na racionalitu (srov. Barša, 2002; Erevelles, 2002). Lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí nejsou z definice, která jim náleží v tomto prostředí, (stejně jako ženám) psychologicky zvládat pravidla spravedlnosti a vůbec fungování abstraktních a obecných principů (srov. Barša, 2002, str. 38 a také kapitola 5.4.1.) – nemohou být tedy svobodní a rovní. Gender totiž nedefinuje pouze role muže a ženy ve společnosti. Rody jsou vepsány do celého světa, strukturují celý svět, tělo i společnost (Bourdieu, 2000: 93). Proto genderová analýza je nutně analýzou „struktur sociálních světů“ (ibid. 96). Svět je dělen do symbolických binarit, jako jsou cit a rozum, tělo a mysl, chaos a řád, pasivita a aktivita, doma a venku (ibid. 11 – 14). Moc je spojena s tím, co je definováno jako neutrální a přirozené. V tomto kontextu je třeba chápat nejen koncept liberálního občanství. Gender lze vztáhnout i na koncept znevýhodnění. Lidé se znevýhodněním jsou definováni jako neovládající svoje tělo (srov. kapitola 2.5.), jako inherentně závislí na „péči“ a dohledu a tím i feminizovaní. Celou kauzu kolem klecových lůžek je možné vnímat na symbolické úrovni prizmatem kontrastu mezi schopností (able) a neschopností (disable), mezi tím co je definováno jako veřejné, racionální, autonomní, kompetentní atd. a tím, co je definováno jako soukromé, iracionální, závislé, nekompetentní atd.

Tedy prizmatem kontrastu maskulinního, které je definované jako „přirozené“ a „normální“ a feminizovaného, které je definované jako „odlišné“ a „nižší“. Kauzu klecových lůžek lze vnímat jako situaci, ve které se to co je definované jako inherentně „soukromé“, tedy „znevýhodnění“, dostává do prostoru „veřejného“. Mentální znevýhodnění/duševní nemoc má specifický vztah k racionalitě, autonomii i kompetenci, které jsou klíčovými konstitučními prvky konceptu liberálního občanství podle teorie sociální smlouvy (např. Erelles, 2002). Mentální znevýhodnění, nebo duševní nemoc totiž reprezentuje zpochybnění racionálního řádu, který je identifikován s maskulinitou (Shakespeare, 1999: 59; Wendell, 1989).

Nemoc a znevýhodnění je připoutáváno k soukromé sféře (viz kapitola výše). Sem patří i respekt a důstojnost. Co se týče dělení na soukromou a veřejnou sféru, zastává (a to nejen u Rawlse) podle Marthy Nussbaum (2006) sféra soukromá místo konstruované jako před-smluvní a „přirozené“.<sup>16</sup> Hlavním předpokladem zde není rovnost nebo reciprocita. Zde je také prostor pro cit a lásku. Na tuto sféru se teorie sociální smlouvy neaplikuje (srov. ibid). „Život žen je tím ve své podstatě umístěn do mimoprávního prostoru. Ženy nemají za těchto podmínek k dispozici žádné právní prostředky, aby se mohli bránit proti znevažování a špatnému zacházení.“ (Nagl-Docekal, 2007: 287). Stejně jako ženy jsou na tom i lidé se znevýhodněním. Genderové prizma je v propojení s prizmatem disability studies klíčovým analytickým nástrojem této práce. Genderový aspekt jednotlivých analyzovaných témat je rozebrán v kapitole 5.8. při rozboru klíčové kategorie práce nesoucí název „veřejné soukromí“.

---

<sup>16</sup> Pateman hovoří o tom, že vztahy v soukromí mezi mužem a ženou jsou definovány jako nepolitické, ale jsou „ošetřeny zvenčí“ smluvně a politicky skrze manželskou smlouvu (Barša, 2002: 43).

### **3. METODOLOGIE:**

#### **3.1. Výběr primárního zdroje výzkumu a epistemologické aspekty práce**

Primárním materiálem se stalo internetové diskusní fórum na téma klecových lůžek, které se rozvinulo na stránkách serveru aktualne.cz pod článkem Elišky Bártové a Ludvíka Hradílka *Ústavy stále zavírají lidi do klecí* (Bártová, 2006), který vyšel dne 7. 4. 2006. Fórum je dostupné z <http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/forum.phtml?id=116581&op=text&showall=true>.

Naposledy jsem ho navštívil 23. června 2011. Diskuse jsem objevil v době, kdy přispívání do nich prakticky skončilo, tudíž ani já sám jsem se do uvedených diskusí nikdy nezapojil. Tím jsem žádným způsobem neovlivnil dynamiku diskuse, ani do ní nevnesl svůj osobní pohled a postoj.

Diskuse byla rozsáhlá, přesto jsem ji pro svůj výzkum využil celou. Příspěvky jsem si za pomoci počítačového programu ATLAS.ti rozdělil na menší části, zvláště jsem oddělil nicky atd. V příloze 1 uvádím seznam citovaných výroků. Výrok je jednotka menší než příspěvek, tedy příspěvky se mohou skládat z více výroků. V samotné práci i v příloze 1 jsou uvedeny očíslované výroky, nikoliv celé příspěvky. Počet výroků, které ve své práci analyzuji, dosáhl počtu 172. Celkově diskuse dosáhla počtu 545 příspěvků. Pro účely analýzy jsem vybral výroky, které byly buď něčím specifické - výjimečné, nebo naopak výstižně shrnovaly, nebo vystihovaly myšlenku, které byla obsažena v mnoha jiných příspěvcích. V textu jsem se snažil uvádět vždy dostatečný počet relevantních odkazů tak, aby uvedený odkaz, nebo odkazy, vystihly prezentovaný jev, nebo posloužily argumentaci. Výroky, které jsem vybral, se tedy vztahují k argumentační linii této práce.

Diskutující se vkládáním příspěvku zavazovali k dodržování a respektování „kodexu diskutujících“. Každý diskutující měl možnost nahlásit příspěvek ostatních jako nevhodný.<sup>17</sup> Dále mohli buď přidat svůj názor na samotný článek, nebo reagovat na nějaký už v diskusi uvedený příspěvek. Typický příspěvek je na obrázku 1:

---

<sup>17</sup> I přesto se v textu diskusí objevovaly opakovaně vulgární výrazy. Rozhodl jsem se nechat citace v původním znění a necenzurovat text z hlediska „slušnosti“ z důvodů zachování autenticity výroků.

### Obrázek 1:

(Grovik IP:[212.27.192.\*], 07.04.2006 11:37) | [nahlásit příspěvek](#)

Presne tak, kdo to nezazil nepochopi. A bude mit plnou hubu reci, ale je lepsi kdyz jsou v "KLECI" nez kdyby se do nich cpali horem dolem prasky, jako to delaji treba v USA nebo Britanii.

Reagovat

Do diskuse mohli vstupovat všichni lidé, kteří měli přístup k internetu. Diskuse probíhala nejintenzivněji zhruba v prvním týdnu po uveřejnění článku. Poslední příspěvek byl do diskuse vložen 30. 12. 2006, tedy cca sedm měsíců od zveřejnění článku, hlavní intenzita diskusí ale probíhala jen prvních pět dní. Diskutující vystupovali pod tzv. „nický“, speciálně pro příležitost přispívání do diskuse zvolené jméno, které bylo možné zvolit pro každý příspěvek zvlášť. Za „nickem“ ale následovalo tzv. IP, tedy číslo podle kterého lze rozlišit počítač, ze kterého se ten který diskutující přihlašuje. To snížilo „nebezpečí“ pro výzkum, že by jeden člověk v diskusi vystupoval pod různými jmény a zastával například z nějakého důvodu rozdílné názory, což by mohlo zpochybňovat validitu těchto výroků.

Domnívám se, že diskuse byly cenným primárním zdrojem výzkumu, především díky tomu, že do nich lidé mohou vstupovat anonymně. Předpokládám, že přispívající se nepokoušeli stylizovat do žádné speciální pozice. Diskutujícím zdá se šlo o to, vyjádřit veřejně a do zvolené míry anonymně své názory a zkušenosti. Není, ovšem vyloučeno, že některé/někteří přispívající se mohli/y stylizovat právě proto, že zde mohli vystupovat anonymně. To jim totiž dává možnost na jedné straně vyslovit radikálnější a ostřejší pohled na danou problematiku, na straně druhé také možnost přiklonit se na stranu, na kterou by se daná osoba mimo virtuální realitu z různých důvodů (veřejně) nepřiklonila. Tímto způsobem si mohla vyzkoušet reakce veřejnosti na vyslovený názor a zaujmout stanovisko, které tyto reakce podmínily. Diskutující si může vyzkoušet různé identity a poznávat tak i sama sebe (srov. Turkle, 1999).

Povaha internetových diskusí nabízí především možnost podrobněji se podívat na „veřejný diskurs“. Do diskusí může přispívat každý, podle zájmu. Lze předpokládat, že v diskusích se i díky anonymitě objevují široké spektrum názorů, velice blízké poměru názorů v celkové populaci. Zajímavé je, že v prostoru anonymní internetové diskuse se objevuje jen velice málo „podvrtných“ názorů, tedy názorů, které by podporovaly změnu. Je to zřejmě vlivem symbolického podloží, které neumožňuje diskutujícím překročit mantinely debaty, jak byla definována v kontextu ČR (srov. kapitola 4.2.).

Internetové diskuse jsou specifickým zdrojem dat, se kterým se v Českém prostředí stále ne příliš často pracuje (relevantní je pouze Homoláč, 2006). Se samotnými daty se pracuje velice

dobře. Existuje minimální možnost vzniku chybného přepisu při manipulaci s daty; není nutné parafrázovat text, protože je stále v původní podobě, jednotlivé výroky jsou dobře dohledatelné; analýza může být více transparentní (Mann, 2000: 94). Výzkumník/výzkumnice neovlivňuje nijak diskutující, vypovídají spontánně, data jsou v tomto ohledu autentická. Diskutující také neví, že jeho výroky budou analyzovány.

Jedná se o komunikaci zprostředkovanou počítačem, v tomto případě probíhá diskuse v reálném čase, diskutující mohou reagovat jeden na druhého podle potřeby. Podívejme se nyní krátce na specifika internetových diskusí jako zdroje pro analýzu.

### **3.1.1. Internetové diskuse jako zdroje dat:**

Každý server provozující diskuse má pravidla svého správce, člověka, který kontroluje diskusi a vyřazuje nevhodné příspěvky. Na to jsou diskutující předem upozorněni (v konkrétním zkoumaném diskusním fóru je to tzv. „kodex diskutujících“ („Pravidla diskuse na Aktuálně.cz“, dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/kodex-diskutujicich.phtml> [citováno 25. května 2011]). Je to druh jakési konkrétní „Netiquette“ – tedy pravidel popisujících ustavené konvence pro komunikaci online, referuje ke standardům sociálního a vztahového chování v online prostředí. (Mann, 2000: 14). V diskusi je zakázáno používat hrubé urážky, vulgarismy, spamy, hanlivá komolení jmen, nebo text, který „vzbuzuje podezření z porušení zákona“ („Pravidla diskuse na Aktuálně.cz“, dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/kodex-diskutujicich.phtml> [citováno 25. května 2011]). Z analytického hlediska pokud se v diskusích objeví vulgarismus, reagují ostatní spíše na samotné nevhodné slovo, než na kontext a významový obsah věty (Mann, 2000: 14). Podle jazyka a stylu konverzace, který dotyčný využívá, odhadují ostatní status, vzdělání i záměr komunikace. (ibid. 173) Lidé mohou těchto principů na internetu strategicky využívat.

Internetové diskuse také poskytují relativně velký stupeň anonymity. To implikuje možnost bavit se o citlivých tématech. (Mann, 2000: 91; Seale, 2010: 601). Výhodou anonymity diskusí na internetu je i to, že lidé se zde nemusí tolik bát nějaké reálné hrozby za své výroky. Tím internet nabízí prostor pro resistenci statusu quo – je zde větší prostor pro vyjádření „nepopulárního“, nebo společensky perzekuovaného názoru. Výzkumy ale ukazují, že internet nefunguje jako výrazně oddělený prostor, jiné realita, ve které by si lidé vytvářeli alternativní a zcela nové identity. Uživatelé internetu mají naopak tendenci si do virtuálního světa přenášet svoji osobnost, gender, socioekonomický status i kulturní zázemí, veškeré prvky identity, které je definují ve světě „offline“ (Macek, 2009: odst. 17; Robinson, 2009: odst. 1). Počítač má schopnost reflektovat člověka. Proto zkoumání dat z internetových diskusí může být ideální metoda jak získat bohatá data o subjektivních já, může to být zakoušeno jako téměř transparentní vztah k vlastnímu vědomí. Protože se jedná o veřejnou internetovou diskusi, není potřeba řešit etické otázky práce s osobními daty (Seale, 2010: 596), diskutující jsou si vědomi, že vše co napíšou, je veřejně přístupné ostatním.

Povaha komunikace pouze pomocí textu bez přímého osobního kontaktu dává prostor pro „lhaní“ a snazší „hraní“ rolí. Diskutující ale tento aspekt mohou předpokládat. Jako v případě běžné komunikace tváří v tvář i zde totiž hraje hlavní roli interpretace. Pokud si vezmeme na pomoc Goffmanův koncept hraní rolí, můžeme říci, že obecnstvo má tendenci soustředit se na styl projevu a odhalit nesrovnalosti v explicitně deklarované identitě a samotné povaze projevu. (Robinson, 2009: ods36 -37). Tak je například v analyzované diskusi pro diskutujícího s nickem „Thomas Hall“ vysvětlující, když se jeho souputník v diskusi, diskutující s nickem „Jakub Valta“, po nějaké době „přizná“, že se vydává staršího, respektive zkušeného. „Thomas Hall“ píše, že „mu to dává odpověď na nejednu otázku“, kterou si kladl při předešlé argumentaci „Jakuba Valty“ (2271). Vysvětlila se tak pro něj nesrovnalost mezi způsobem argumentace a proklamovaným statutem „zkušeného odborníka“. Nutno ale dodat, že šance na „odhalení“ nesrovnalostí se zvyšuje s počtem příspěvků. Pokud diskutující přispěje pouze jednou, aniž by například deklaroval osobní informace, je šance na „odhalení“ jeho případných mystifikací logicky relativně malá.

Specifikum využití internetových diskusí jako zdroje dat spočívá také v tom, že výzkumník pracuje pouze s jazykem, pouze s textem. Není mu znám kontext vzniku textu, ani samotný autor výroku. Absentuje neverbální komunikace. Ale i v psaném textu je možné vyjadřovat emoce. Toho je na internetu, při diskusích a chatech hodně využíváno. Používají se jednak extralingvistické znaky (emotikony<sup>18</sup>), jednak paralingvistické a nelingvistické znaky. Jedná se o jakési „kódování fyzického do bajtů“ (Robinson, 2009: odst. 38). Sem patří například: ??????? – může být zdůrazněním překvapení, „nevím“ – vyjádření intonace, různé způsoby vyjádření důrazu – velká písmena apod., citoslovce atd. Tyto nástroje komunikace mohou sloužit k rozpoznání sarkasmu, ten je jinak těžko rozeznatelný skrze internetovou komunikaci. (Mann, 2000: 15). Absence řeči těla je jednou z hlavních nevýhod tohoto typu dat. Přesto je třeba zdůraznit, že psaní na chatu, nebo na internetové diskusi je jiný druh psaní, než jaký známe klasický význam tohoto slova. Psaní je zde vnímáno jako psaná mluva.

Specifikum je komunikace pomocí klávesnice. Napsání odpovědi zabere určitý čas<sup>19</sup>. Diskutující může reagovat ihned, nebo za delší dobu. To ovlivňuje povahu interakce. Je možné, že tak ztrácí kontakt s aktuálním konverzačním pocitem. Diskutující mají prostor si odpověď promyslet. Navíc mohou bádát v historii diskuse a vyjasňovat si dříve řečené. Diskutující si

---

<sup>18</sup> Emotikony jsou někdy považovány za nesofistikované nástroje vyjadřování. To bývá větší nevýhodou pro ženy, které je častěji používají (Mann, 2000: 164).

<sup>19</sup> Technicky je forma diskuse, která řadí příspěvky za sebou podle toho, jak na sebe reagují, nikoliv podle času, výhodná i pro lidi, kteří neumějí dostatečně rychle psát na klávesnici (Mann, 2000: 161), což mohou být i lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí.



uvědomují, že vytvářejí tuto „svoji historii“ v diskusi.<sup>20</sup> Přesto jsou jejich reakce zdá se většinou velice spontánní, což lze do jisté předpokládat jednak z časových prodlev při reakci na předchozí příspěvky, jednak z překlepů a textových chyb.

Technologické vlastnosti internetových diskusí ovlivňují možnosti jednání diskutujících (Macek, 2009: odst. 46). Využití internetové diskuse jako zdroje dat má mnoho výhod. Internet je dnes široce geograficky přístupný a tudíž analýza diskusí umožňuje zkoumat názory lidí z různých i vzdálených, nebo více izolovaných míst. Existuje tedy větší šance po lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí zapojit se do diskuse, ze které jsou jinak ve veřejném prostoru vyloučeni (nikdo se v rámci kauz kolem klecových lůžek explicitně neptá na jejich názor, případně jejich zkušenost). Při konverzaci na internetové diskusi si lidé nemohou navzájem „skákat do řeči“. Každý může vstoupit a být vyslyšen. Diskutující mohou být adresní a vyvolat „výměnu názorů“. Jednak „prostorově“ - Diskutující má možnost vstoupit do diskusí, do kterých by se jinak nedostal. Problematika klecových lůžek byla opakovaně vkládána k řešení do rukou „odborníků“ (srov. viz kapitola 4.2.). V diskusích se mohou vyjadřovat i „neodborníci“.

Na druhou stranu účastníci musí umět psát a mít přístup k internetu. Je potřeba vzít v úvahu, že přístup na internet je omezován a ovlivňován třídě, genderově, etnicky i jazykově (Mann, 2000: 31). Z dostupných statistik v ČR vyplývá, že v roce 2006, tedy v době, kdy probíhala relevantní internetová diskuse, měly ženy mírnou převahu v užívání internetu ve věku 35 až 54 let a také mírnou převahu ve skupině zaměstnaných uživatelů internetu. Ve všech jiných věkových, vzdělanostní a skupinových kategoriích měli převahu muži. (viz **Tabulka 1**). Předpokladem tedy bylo, že do diskusí přispívá menší poměrné množství žen, než kolik jich pracuje v relevantních oborových oblastech (sociální služby, zdravotnictví). Zde je poměr zastoupení výrazně rozdílnější než v případě užívání internetu (téměř 4:1 ve prospěch žen v oblasti sociální péče a zdravotnictví v roce 2007 (Český, 2008).). Výrazně méně pak bude zřejmě přispěvatelů z řad samotných lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. V internetových diskusích na téma klecových lůžek zdá se nikdo nepředpokládá, že někdo z ostatních diskutujících je člověk s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Neustále se mluví jen o „nich“.<sup>21</sup>

Internet poskytuje prostor pro setkání lidí, které mají společné zájmy, pohybují se ve stejné oblasti apod. V prostoru internetové diskuse se mohou setkat lidé, kterých se kauza klecových lůžek více, či méně dotýká, stejně jako lidé, kteří mají pouze potřebu se k tématu vyjádřit. V diskusích se často objevují příspěvky lidí, kteří tvrdí, že buď pracují s lidmi s mentálním

---

<sup>20</sup> Srov. „nick“ „Analyzer, když upozorňuje, že „by nerad obhajoval ztracené případy“ odkazuje na svoji „historii“ v diskusi (2006).

<sup>21</sup> Osobně jsem se při analýze materiálu o klecových lůžcích a pročítání různých diskusí setkal pouze s jedním diskutujícím, který prohlašoval, že byl v ústavu. Typická byla reakce na jeho příspěvky, kdy mu ostatní diskutující po zjištění, že se jedná zřejmě o člověka s mentálním znevýhodněním, začali tykat.

znevýhodněním/duševní nemocí, nebo jsou příbuzní těchto lidí. Samotní lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí do diskusí v podstatě nepřispívají, nebo se k této svojí „nálepce“ veřejně nehlásí.

### Tabulka 1: Procento jednotlivců používajících internet.

Tabulka zobrazuje procento žen a mužů, kteří používají internet, podle věku, vzdělání a podle specifických skupin populace.

INFORMAČNÍ TECHNOLOGIE						INFORMATION TECHNOLOGES			
9 - 3. Procento jednotlivců používající internet*									
Percentage of individuals using internet*									
Pramen: ČSÚ						Source: CZSO			
	2005		2006		2007		2008		
	ženy Women	muži Men	ženy Women	muži Men	ženy Women	muži Men	ženy Women	muži Men	
<b>Celkem (16+)</b>	<b>29,1</b>	<b>35,3</b>	<b>38,1</b>	<b>44,1</b>	<b>41,5</b>	<b>48,8</b>	<b>50,3</b>	<b>58,0</b>	<b>Total (16+)</b>
16-24 let	64,9	62,6	76,2	79,0	82,6	81,5	89,0	91,6	16 - 24 years
25-34 let	38,0	43,0	51,7	56,1	57,0	62,3	72,2	75,4	25 - 34 years
35-44 let	38,4	43,8	55,0	52,5	56,3	56,5	69,2	69,6	35 - 44 years
45-54 let	27,8	30,8	41,4	38,7	46,0	47,8	56,0	56,5	45 - 54 years
55-64 let	12,8	17,9	16,6	25,3	20,6	29,7	29,1	36,4	55 - 64 years
65-74 let	.	.	3,2	7,9	3,4	11,4	6,1	14,3	65 - 74 years
75+	.	.	.	2,7	.	.	.	2,8	75+
<b>podle vzdělání (25+)</b>									<b>by education (aged 25+)</b>
základní	1,0	5,3	3,4	7,5	3,4	10,4	9,1	14,7	Basic
střední bez maturity	8,2	15,0	14,3	21,2	18,1	25,5	31,3	38,8	Secondary without maturity examination
střední s maturitou	39,8	44,3	54,2	57,6	57,1	62,4	64,2	67,9	Secondary with maturity examination
vysokoškolské	68,9	74,5	75,5	80,3	78,2	80,2	85,9	85,1	University
<b>specifické skupiny populace</b>									<b>by specific groups of population</b>
zaměstnaní	40,7	40,0	54,3	50,3	56,8	56,1	68,8	68,0	employed
nezaměstnaní	13,7	19,0	24,3	28,8	24,1	29,7	46,4	21,0	unemployed
studenti	77,5	77,6	91,5	93,5	92,6	93,7	97,5	97,6	students
na mateřské či rodičovské dovolené	27,3	x	40,1	x	54,9	x	70,5	x	maternity or parental leave
starobní důchodci	2,8	4,6	4,5	8,0	4,8	9,6	8,7	11,9	retired persons
*jako procento z celkové počtu mužů/žen v dané socio-demografické skupině									
*as a percentage of all men/women in a given socio-demographic group									

Zdroj: Český statistický úřad (Český, 2008)

#### 3.1.1.1. Aspekt genderu:

Podle některých názorů, mají ženy větší prostor projevit se svobodněji na internetu, než v životě. Prostor online je ale stále mužský prostor. Výzkumy hovoří o specifické povaze vztahů na internetu, používání jazyka apod. (Mann, 2000: 35). Ženy mají například tendenci více reagovat jako „bezmocní“ – používají více otázky, omluvy, obhajoby, častěji hledají odezvu posluchačů apod. Muži se častěji chovají více vyzývavě a hádavě, častějším tématem je u nich sebezájem, hierarchie apod. Obecně se zdá, že se principy fungování vztahů automaticky přenášejí z reálného světa do virtuálního (ibid. 167) (srov. kapitola 3.1.1.). Tendence omlouvat se objevuje často

například v případech, kdy matka popisuje, proč nemůže sama pečovat o dítě se znevýhodněním<sup>22</sup>. Muži se více pouštějí do hádek a osobních potyček v úsilí o sebeprosazení.<sup>23</sup> Předmětem analýzy však není rozbor chování žen na internetu, proto zde tuto oblast více nerozvádím.

### **3.2. Výzkumná metoda**

Žádný realizovaný výzkum internetových diskusních fór na téma klecových lůžek mi není znám, tématem se zabývá pouze článek D. Kocmana, ten ale reflektuje celkovou mediální situaci v tisku i jinde, a pokud pracuje s internetovými diskusemi, nijak se o tom explicitně nezmiňuje (Kocman, 2008). Internetové diskuse jako zdroj použil ve svém výzkumu diskursu o migraci Romů Jiří Homoláč (Homoláč, 2006). Použil však trochu jiný přístup, než je použit v této práci. Nicméně text sloužil jako jedna s inspirací k práci s jednotlivými příspěvky diskutujících a k analýze průběhu dynamiky diskuse.

Diskutující se vyjadřovali v různé formě a různém rozsahu, od jednovětvých po cca stránkové příspěvky. Některé příspěvky byly jasně vyhraněné, jiné obsahovali zamyšlení diskutujícího a zobrazovali jeho probíhající vnitřní polemiku. Drtivá většina příspěvků však obsahovala nakonec konkrétní názor, nebo definici vlastního postoje diskutujícího – tj. byli pro, nebo proti používání klecových lůžek. Některé příspěvky pak na sebe vzájemně reagovaly a objevilo se několik výměn názorů, které však bohužel většinou sklouzly do osobní roviny a ztratily na obsahové relevanci pro účely práce. Tomuto osobnímu spíše psychologickému aspektu objevujícímu se v diskusích jsem nakonec nevěnoval větší pozornost, protože by tím utrpěla konsistence práce.

Při hledání vhodné metodologie jsem volil mezi metodou diskursivní analýzy a metodou kódování, inspirovaného postupy uplatňovanými v metodě „zakotvené teorie“. Nakonec jsem se rozhodl pro několikastupňové kódování. Důvodem byla především povaha výzkumného materiálu a také záměr výzkumu. Internetové diskusní fórum z mnoha různorodými příspěvky bylo potřeba nejprve celkově analyzovat a roztřídit. Toto třídění a analýza, stejně tak jako různé stupně kódování probíhaly opakovaně a jednotlivé kódy a analýza jejich souvislostí byli opakovaně restrukturalizovány a přepisovány. Během práce bylo totiž nezbytné a nevyhnutelné neustále „zkoumat jak se kódy a kategorie vztahují k původním datům, k dalším datům, k teoretickým myšlenkám a obráceně“ (Coffey, 1996: 46).

---

<sup>22</sup> „Pohlaví“ diskutujících lze určit pouze za pomoci jejich nicků a jazykového rodu, který užívají, což však neshledávám problematické. Určující pro mne je to, jak se chtějí diskutující genderově prezentovat. Nepředpokládám však, že by si záměrně měnili gender (viz výše – diskutující si berou sebou do diskusí prvky své identity z reálného života – kapitola 3.1.1.)

<sup>23</sup> Příkladem může být debata dvou diskutujících s „mužskými“ nicky „Thomas Hall“ a „Jakub Valta“, kdy se oba opakovaně slovně napadají a jejich debata sklouzává do osobní roviny a je poměrně rozsáhlá (viz Internetové fórum, 2006)

Kódování je proces přiřazování nálepek a popisek datům, na základě našich koncepcí. Při tomto procesu jsou data uspořádávána do určitých jednotek, dělena a strukturována na určité části (Coffey, 1996: 26). Pak se opět skládají dohromady novým způsobem (Strauss, 1999: 39). Kódování je propojením mezi hrubými daty a teorií. Je úzce propojené s kategorizací a vytvářením konceptů. Je to proces, při kterém reflektujeme svoje analytické záměry a myšlenky, určujeme, která data jsou pro nás smysluplná (Coffey, 1996: 27). V koncepci „zakotvené teorie“ se zdůrazňuje aspekt tvořivosti tohoto procesu (Strauss, 1999: 40). Jednotlivé kódy, tedy jednotlivé datové segmenty, mohou být různé velikosti a rozsahu (Coffey, 1996: 28). V případě této práce se jedná o části textu, většinou v rozsahu celých, nebo vedlejších vět. V některých případech se ale jedná jen o slova, nebo krátká slovní spojení (např. označení pro lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí). V jednom příspěvku se může nacházet (a také tomu často tak je) více různých kódů obsažených v různých výrocích. Při analýze textu v této práci byl použit různý stupeň detailnosti rozpracování jednotlivých kódů, podle potřeby ve vztahu k rodící se koncepci<sup>24</sup>. Celkově jsem pracoval s 89 kódy. Ty byly hierarchicky rozděleny a seskupeny. Některé z nich byly „podkódy“, patřící pod „vyšší kódy“. Kód „oni“ tak například měl celkem 17 „podkódů“, kód „klec“ 8 „podkódů“, kód „práce“ 11 „podkódů“ atd. (seznam kódů je v příloze č. 2).

Pro kódování textu jsem využil počítačový program ATLAS.ti. Tento program je specializován na kvalitativní analýzu širokého spektra materiálů od textu po obrázky a výborně se hodil i pro analýzu textu diskusí. Program mi pomohl pracovat přehledně a strukturovaně s rozsáhlým materiálem debat. Očísloval mi důležité body v diskusi, jakými jsou „nicky“, nebo odstavce příspěvků. Následně jsem pomocí funkce „otevřeného kódování“ (open coding) třídil jednotlivé příspěvky a části příspěvků v textu, tedy výroky. Po vytvoření základních kódů jsem k nim přiřazoval další části textu pomocí funkce „code by list“. U klíčových výroků jsem použil funkci „code in vivo“, která umožnila označit celý text jako kód. „Průběžně jsem jednotlivé kódy přejmenovával a hierarchizoval je. V případě nepřehlednosti jsem použil funkce „propojování“ (link) jednotlivých kódů a vytvořil si grafické propojení jednotlivých kódů (ukázka viz příloha č. 3). Při psaní poznámek postřeh a komentářů jsem používal funkce „memo“ a „quotations“.

Během práce s textem jsem si podle principu „zakotvené teorie“ vytvářel tři úrovně kódů, či kategorií. V první úrovni „otevřeného kódování“ (srov. Strauss, 1999: kap. 6), došlo k tvorbě seznamu témat, která se nějak relevantně vázala k výzkumné otázce, přečtené literatuře, nebo vznikly na základě mých úvah a myšlenek. V této fázi jsem se pohyboval na relativně nízké úrovni abstrakce. Jednotlivé základní kódy jsem poté podle potřeby rozdělil podle dimenzí, podle jejich různých vlastností, podobností, nebo odlišností (Hendl, 2005: 247). Vzájemně jsem je porovnával a kladl si otázky, o čem data vypovídají, co reprezentují (Strauss, 1999: 44). Průběžně jsem vytvářel

---

<sup>24</sup> Srov. (Coffey, 1996: 37)

vlastnosti jednotlivých kódů jako například, frekvence výskytu určitého argumentu, různé podoby argumentu apod. a určoval jsem jejich dimenzionální rozsah (ibid. 50).

V druhé fázi „axiálního kódování“ (srov. Strauss, 1999: kap. 7) jsem dále analyzoval a zkoumal vzniklé kódy a témata. Podle potřeby jsem je propojoval, nebo rozpracovával (Hendl, 2005: 250). Data byla opakovaně restrukturalizována do různých kódů a znovu uváděna do nových kontextů, jak se vynořovaly nové a nové otázky. Nedůležitá témata, nebo kódy jsem opouštěl, nebo jim nevěnoval další pozornost. Zaměřoval jsem se přitom více na kontext užití jednotlivých kódů, pravděpodobné strategie a účel jejich užití v diskusích, důsledky fungování těchto strategií atd. (Strauss, 1999: 71).

V poslední fázi kódování („selektivního kódování“ podle principů „zakotvené“ (srov. Strauss, 1999: 86) jsem vyšel z axiálních kódů (Hendl, 2005: 251). Cílem bylo relevantní kódy integrovat do jednoho konceptu s ústřední kategorií, ke které jsem se pokusil vztáhnout vhodně axiální kódy. Klíčovou kategorií, klíčovým „příběhem“ práce (Strauss, 1999: 88), se stal pojem „veřejné soukromí“.

### **3.2.1. „Abdukce“, nebo-li užití „senzibilizujících konceptů“:**

Kódování nemusí nutně předcházet teoretizování, vytváření a formulování teorií. Naše rozhodování co vyzvednout a s čím to porovnat, z jakého úhlu se na to podívat, samotné implikuje analytické myšlenky na každé úrovni procesu kódování (Coffey, 1996: 47). Při analytickém procesu „[...]integrujeme naše myšlenky s naším sběrem dat a analýzou dat, vytvářejíce nové myšlenky a stavějíce na myšlenkách existujících. Mít myšlenky a uvažovat o našich datech je centrálním bodem výzkumného procesu“ (ibid. 141). Při vytváření teorie je důležité nezaměřovat se pouze na indukci, nebo dedukci. Jane Amanda Coffey a Paul A. Atkinson (1996) hovoří o tzv. abdukci, procesu kdy se výzkumník nebrání hledáním souvislostí a inspirace v různých oblastech: dřívějších teoriích, nových teoriích, starších datech, nových datech, vlastní zkušenosti apod. Základem je opakované porovnávání dat s teoriemi a koncepty, které mohou být čerpány z různých zdrojů (například i z jiných oborů apod.) (ibid. 156).<sup>25</sup> Ze syntézy různých myšlenek a přístupů se objevují nové interpretace a teorie (ibid. 158).

Tento termín „abdukce“ je velice blízký procesu užití „senzibilizujících konceptů“ jak o něm hovoří „zakotvená teorie“ (Hendl, 2005: 127), nicméně je zřejmě o něco širší svým obsahem. V rámci „abdukce“ je povoleno užití i neakademických teorií a konceptů.

---

<sup>25</sup> Srov. z „technikami zvyšování teoretické citlivosti“ – viz (Strauss, 1999: kap. 8).

V průběhu psaní práce jsem se dostal blíže k praxi poskytování péče a podpory zejména v sociálních službách a jednotlivé zkušenosti postupně formovaly můj pohled na danou problematiku. Při každé nové re-analýze se postupně vynořovala nová a nová výzkumná témata a souvislosti, vnímal jsem jiné momenty jako důležité.

Samotné téma je specifické svou povahou. Je schopno vyvolávat široké debaty a poměrně vášnivé diskuse. Témata, kterých se tato problematika dotýká a která se v diskusích objevují, jsou poměrně pestrá. Dlouhodobou prací na tématu a věnování se různým aspektům péče a především podpory osob s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí vnímám zpětně jako zcela nutnou a nezbytnou součást výzkumu, která mi umožnila práci dokončit. Zdá se, že jsem se musel v rámci praxe postupně vymanit z některých stereotypních názorů a postupně nalézt a „osahat“ si hranice a mýty, které jsou kolem mentálního znevýhodnění a duševní nemoci vystavěny. Začal jsem pracovat v oblasti práce s lidmi s mentálním znevýhodněním, vykonávat dobrovolnickou praxi v přímé práci s lidmi s mentálním znevýhodněním, studovat obor sociální práce a také jsem měl příležitost být přítomen na některých vzdělávacích kurzech lektorovaných lidmi s bohatou praxí s prací s lidmi s mentálním znevýhodněním v podmínkách ústavů i mimo nich. V neposlední řadě jsem vedl mnoho rozhovorů s pracovníky z přímé péče a sociálními pracovníky v Domovech pro osoby se zdravotním postižením (dřívějších Ústavů sociální péče i alternativních sociálních služeb, název služby podle zákona, proto pojem „postižení“), i s pracovníky z psychiatrických léčeben. Na základě těchto zkušeností jsem postupně odhalovat stereotypy a předsudky, které jsem nevědomky vyznával a postupně získával zpět území, které jsem vkládal dříve zcela do rukou odborníků. Postupně jsem se posiloval ve svých kompetencích o tématu psát.

Postupně jsem tedy v návaznosti na to také předělával jednotlivé kódy. Při druhé – axiální - úrovni kódování jsem vytvořil určité tematické skupiny. Jednalo se o skupiny s názvem: čas, finance, identifikace, „klec“, odpovědnost, oni, práce a vina. Některá z témat jsem z diskuse vyloučil v průběhu analýzy. Jednalo se o tři oblasti, které formují debatu o klecových lůžcích: patriotismus, moc v rukou odborníků a disabilismus (více viz kapitola 4. 2.). Vynechal jsem téměř téma patriotismu, i když ho vnímám v diskusích jako důležité. Určitou pozornost jsem věnoval tématu úlohy a moci odborníků. Patriotismus a snaha nechat kompetence v rukou „odborníků“, tedy zejména lékařů a praktiků současného přístupu, jsou v tomto přístupu identifikovány jako důsledky resistantních sil bránících se změně a nového pohledu na problematiku. Tak byly nastaveny určité mantinely debaty (způsobené mimo jiné tím, že média zdůrazňovala úlohu J. K. Rowlingové, jako spouštěče celé kauzy a následná reakce byla téměř výhradně v kompetenci odborníků, jejichž důležitost a kompetenci zdůrazňoval sám prezident; byl to ale jen výrazně transparentní obrázek resistance, která v kontextu ČR podle mého názoru stále působí a jen postupně slábne). V práci jsem se více zaměřil více na třetí téma, a to téma disabilismu.

K procesu redukce a třídění dat probíhal proces tázání po způsobech vytváření distance diskutujících od lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí a udržování stávajícího pohledu. Důležitým konceptem, který byl v průběhu analýzy dat využit pro opětovné překódování a interpretaci dat, byl koncept deinstitutionalizace. Tento koncept byl užit jednak jako alternativní pohled na problematiku, jako zrcadlo nastavené výroků v diskusi. Byla využita metafora propojení mezi ústavem a „klecí“. Platí totiž, že: „Logika kvalitativního výzkumu, se svým důrazem na komparativní metody, volá po metaforickém a analogickém myšlení, čtení a psaní“ (ibid. 159). „Metaforický výrok redukuje dva termíny na jejich sdílenou charakteristiku, umožňující lingvistické přenesení z jednoho na druhý“ (ibid. 85). Metafora může odhalovat záměr mluvčího. Určité metafory mohou vyjadřovat specifické hodnoty, kolektivní identity, sdílené vědění a společný slovník (ibid. 86). Druhý pohled spočíval v práci s konceptem deinstitutionalizace jako konceptem změny, tedy něčím, vůči čemu se diskutující záměrně vymezují. Téma klecových lůžek bylo a je totiž v kontextu diskusí v ČR jedním z manifestních nositelů komplexního přístupu k znevýhodnění.

Při dalším rozboru textu jsem identifikoval témata zaměřující se na prostor „klece“ a prostor izolace, na vnímání času a vnímání společenské změny, které je s diskusí a s tématem nedílně propojena (5.1.). Dalšími axiálními tématy byla témata „efektivity“ (5.2.), téma odpovědnosti (5.3.), téma stigmatizace (5.4.), téma povahy sociální práce (5.5.). Podle těchto axiálních kódů jsem pro přehlednost strukturoval jednotlivé kapitoly analytické části. Obecně při zpětném pohledu bych řekl, že jsem se zaměřil více na témata prostředí a procesního postupu interakce se znevýhodněním, než na téma samotného znevýhodnění. Na poslední úrovni kódování jsem se pokusil popsat výstavbu dvou idealizovaných modelových argumentů a ukázat na fungování provázanosti jednotlivých aspektů a jednotlivých kódů (axiálních) při tvorbě názoru a argumentaci. Mojí snahou bylo ukázat na propojení symbolické argumentace s prostředím a procesem. V poslední kapitole analytické části (5.8.) jsem navrhl společnou centrální kategorii, ke které jsem vztáhl všechny axiální kódy. Kategorii jsem nazval „veřejné soukromí“ a pokusil jsem se popsat linii střetu mezi soukromým a veřejným a zároveň feminizovaným a maskulinizovaným na pozadí jednotlivých axiálních kódů.

### **3.3. Pozicionalita**

V práci jsem se opíral o tři teoretická východiska. Vycházím z pozic feministické kritiky/gender studies a disability studies a z jejich kritiky konceptu občanství. Kauza klecových lůžek se odehrává v kontextu úsilí o změnu způsobu poskytování „péče“. V kontextu sociálních služeb je tento přístup formulován jako úsilí o deinstitutionalizaci ústavní „péče“ a rozvoj komunitního typu podpory. V práci se odvolávám i na tento koncept vycházející rovněž z kritického přístupu disability studies.

Klíčová je kritika binárního rozdělení „normální“ a „abnormální“. Toto dělení v sobě vždy nese hodnotící aspekt, kdy „abnormální“ je negativně vymezován vůči normě ideálního jedince. Tento jedinec je maskulinní, schopný (able) a racionální subjekt, občan. Iracionální, citově založený subjekt je jeho opakem a jeho hlavním rysem je nedostatečnost (Barša, 2002; Bourdieu, 2000; Erevelles, 2002; Foucault, 1994). Mým cílem bylo kriticky zhodnotit diskusi nad klecovými lůžky v perspektivě vnímání člověka se znevýhodněním jako „odlišného“.

Hlásím se k „ekologickému modelu“ znevýhodnění, jak jej popisuje Martin Lečbych (2008). Tento model snímá zodpovědnost za aktuální stav z beder lidí se znevýhodněním a vkládá ji do rukou společnosti. Stejně tak i já v této práci analyzuji názory „veřejnosti“ a v nich hledám odraz přístupu k lidem se znevýhodněním, který způsobuje a živí nastavená omezení a fungující bariéry. Materiální a procesní nastavení bariér bránící inkluzi vnímám jako důležitý aspekt podporující zachování statusu quo. Toto nastavení je vnímáno jako přirozené (Bourdieu, 2000) a při teoretizování identit není bráno dostatečně v potaz (Erevelles, 2002).

### **3.4. Lokace**

Považuji za nutné v tomto místě zreflektovat identifikaci sebe sama ve společenském kontextu. Mně připisovaná identita je v podstatě bezproblémová/bezpříznaková. Jako bílý heterosexuální muž se pohybuji v poli definovaných jako „normální“ a „zdravý“. Můj pohled v této práci nemohl být obohacen konkrétní zkušeností s tím, jaké to je být označen za „postiženého“, nebo vnímán jako „ten druhý“. Můj přístup k tématu práce a problematice s ní spojenou tak vychází zejména ze sebereflexe. Jsem vystaven stejným diskursům, ať už občanským, genderovým, či diskursu zdraví. Mám možnost vnímat a „osahávat“ si v každodenním životě hranice těchto polí. Jsem vystaven stejné sociální kontrole a stejné symbolické síti, ve které je moje chování hodnoceno a usměrňováno jako adekvátní, nebo neadekvátní. Jsem si vědom hranic „racionálního“ chování, za kterými číhá možnost problematizace mé identity. V každodenním životě se musím držet požadovaných norem. Fakt, že jsem si vědom hranic „normality“, „racionality“ a „občanství“ a že je zažívám a jsem neustálým svědkem, je oporou pro moje epistemologické ukotvení. Vnímám, jak mě moje bezpříznaková identita zvyhodňuje a privileguje.

Dlouhodobě (i díky výběru tématu pro tuto práci) se pohybuji v oblasti podpory lidí s mentálním znevýhodněním a v oblasti transformace sociálních služeb pro lidi s mentálním znevýhodněním. Působil jsem jako osobní asistent, studuji školu sociální práce zaměřenou na problematiku práce s lidmi s mentálním znevýhodněním, pracuji v projektech zaměřujících se na transformaci ústavní péče v České republice. Jak jsem částečně uvedl již v kapitole 3.2.1., tyto zkušenosti ovlivnily mou práci s primárním materiálem, stejně jako psaní tohoto textu. Jsou zřejmě i příčinou zaměření se spíše na symbolické, procesní a materiální aspekty problematiky, než na samotné podrobné „zkoumání“ lidí se znevýhodněním, což je v souladu i s mojí pozicionalitou.



Ačkoliv jsem na počátku práce usiloval o neutrální pohled na problematiku kolem klecových lůžek, během doby výzkumu a také díky práci zaměřené na transformaci ústavní péče, se ze mě – z mého současného pohledu, nevyhnutelně stal odpůrce klecových lůžek. I díky své práci jsem získal úhel pohledu, který se primárně zaměřuje na způsob poskytování „péče“, která by měla být nahrazována „podporou“ (kapitola 5.7). Klecové lůžko je pro mne atributem „péče“, tedy špatného systému. Zejména pak jeho užití jako permanentní místo nuceného pobytu pro lidi s mentálním znevýhodněním, nebo duševní nemocí. Věřím, že za současného stavu může mít klecové lůžko praktické využití, dokonce prospěšné pro některé lidi, pokud je užíváno krátkodobě a na nejnutnější dobu. Při diskusích s pracovníky psychiatrické léčebny jsem opakovaně slyšel, že se lidé (v tomto případě dokonce děti) do „klece“ těší, že si odpočinou od inzultací ze strany ostatních hospitalizovaných. Někdy údajně dokonce sami prý schválně „zlobí“, aby se tam dostali. Je třeba zdůraznit, že se jedná o krátkodobé pobyty jen přes noc, kdy je „lůžko“ využito skutečně jako lůžko. Dovedu si představit, že bych se v situaci společného bydlení v pokojích po několika lidech, kteří jsou často hluční, také těšil do lůžka, kde bych měl svůj klid. Chybu ale vidím opět v systému péče, v existenci mamutích psychiatrických léčeben a ústavů se společnými „odděleními“ s nedostatkem soukromí. Umím si dokonce představit, že i já bych byl v těchto zařízeních, pokud bych byl podroben jejich režimu, agresivním a problémovým „chovancem“.

## **4. KONTEXT - Širší rámec diskusí nad klecovými lůžky**

### **4.1. Historie veřejných diskusí nad klecovými lůžky v ČR**

#### **4.1.1. První kauza**

Diskuse okolo tématu klecových lůžek se v České Republice v médiích rozvířila poprvé v létě roku 2004. Tehdy vyšel v britském deníku Sunday Times článek s fotografiemi chlapce umístěného v „kleci“. Článek popisoval praxi v tehdejší Ústavu sociální péče (dnešním Domově pro osoby se zdravotním postižením) v Rábech na Pardubicku. Reportáž pořídila britská redaktorka, která se převlékla za praktikantku. Ve zprávě mimo jiné uvedla, že hlavní postava reportáže, pětiletý chlapec Vašek, se dostane z klecového lůžka jenom na krátkou chvíli, než je nakrmen a umyt (Sparks, 2004) Reportáž zaujala britskou spisovatelku J. K. Rowlingovou, která se začala situací zabývat a využila svého mediálního vlivu k tomu, aby ve spolupráci s mezinárodními organizacemi (Mental Disability Advocacy Center - MDAC, Amnesty International, Human Rights Watch) vyvinula tlak na českou vládu. Kritika metody používání klecových lůžek v sociálních a zdravotnických zařízeních v ČR přitom probíhala již dříve. Jejím hlavním iniciátorem byla organizace MDAC sídlící v Budapešti a CPT (Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání) se sídlem ve Strasbourgu. Nicméně mediálního ohlasu se tématu dostalo v ČR až poté, co byl článek situací v konkrétním zařízení v Rábech vydán

v populárním zahraničním deníku. Ten cíleně navazoval na výroční zprávu Amnesty International, která se o situaci rovněž kriticky vyjadřovala.

Spisovatelka Rowlingová poté napsala dopisy jak tehdejšímu prezidentovi Václavu Klausovi, tak premiérovi Vladimíru Špidlovi. Po následné vlně zahraniční kritiky zrušil tehdejší ministr zdravotnictví Jozef Kubinyi používání klecových lůžek ve všech zdravotnických zařízeních. Za to byl následně kritizován ze strany prezidenta, že jednal populisticky. To ministr odmítl (poradil se prý s psychiatry), ale doplnil, že by byl nerad, aby jeho nařízení bylo vnímáno jako přiznání viny (srov. iDnes. 2004).

Prezident Klaus se v té době sešel „s osmi špičkovými odborníky na neurologii a psychiatrii“, z jejich debaty vyplynulo, že „celý problém je nadhodnocen“ (iDnes, 2004). Dále bylo řečeno, že „debata o klecových a síťových lůžkách není soubojem dobra a zla z knížek pro děti“ (ibid.). Opakovaně bylo dále proklamováno, že „problém je odborného rázu a měl by proto zůstat v rukou odborníků“ (ibid.). Obě uvedené citace dobře ukazují nastavenou dikci: problém by měl „zůstat v rukou odborníků“, není to téma pro „děti“, tedy pro neodbornou veřejnost. Jedná se o zcela cílené znevážení kritiky klecových lůžek, která byla veřejně otevřena, díky kritice J. K. Rowlingové - autorce knížek pro děti. Tento fakt se vinul neustále následnými debatami a byl argumentem zastánců klecových lůžek, kteří obviňovali své oponenty z „dětské“ naivity a absence vztahu s realitou (srov. kapitola 4.2.).

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) reagovalo hned v červenci 2004 vydáním doporučujícího Metodického opatření pro mimořádné použití klecových lůžek se sítí v zařízeních sociálních služeb. Následně v roce 2005 byla schválena novela zákona o sociální zabezpečení (č. 218/2005 Sb.), která označila užívání prostředků omezující pohyb osob „za nepřipustné, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou“ (Zákon 218/2005, § 89a; pro plnou citaci příloha 4.1.). Dále nastavila povinnost evidence a požadavek souhlasu lékaře s použitím prostředků omezujících pohyb uživatelů. Od 1. 1. 2007 pak nabyl účinnosti nový zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.). Ten v paragrafu § 89 upravuje, jaké typy opatření smějí být aplikována a za jakých podmínek (viz. příloha 4.2.1.).

Ve zdravotnických zařízeních bylo panem Kubinyim zakázáno užívání klecových lůžek a bylo rovněž plánováno zrušení lůžek síťových do konce roku 2004. Nicméně tento typ restriktivního opatření se nakonec ve zdravotnictví používá dodnes, ovšem jeho užití je oficiálně povolen jen ve výjimečných případech. Případné použití by mělo být pečlivě sledováno a zdokumentováno.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> První metodika k užívání opatření omezující pohyb osob ale vznikla až v roce 2005. V roce 2009 vydalo Ministerstvo zdravotnictví nový věstník č. 5/2009, který platí aktuálně nyní (Dohnalová, 2011).

#### **4.1.2. Druhá a třetí kauza**

Diskuse nad klecovými lůžky se znovu vrátila v roce 2006 po vydání článku o situaci v dnešním DOZP v Mařenicích, který vyšel 7. 4 2006 (Bártová, 2006) Internetová diskuse pod tímto článkem slouží jako primární materiál analýzy v této práci. V té době se rovněž MDAC chystala podat žalobu na ČR k Evropskému soudu pro lidská práva ve Strasbourgu.<sup>27</sup> V té době už se připravoval i nový Zákon o sociálních službách, který vešel v platnost od 1. 1 2007.

Další návrat tématu klecových lůžek se pak konal v roce 2008. Tehdy už byla klecová i síťová lůžka v sociálních zařízeních zakázána (ve zdravotnictví však ne) a téma se točilo kolem lůžek s vysokými postranicemi. Reportéři BBC tehdy připravili krátkou reportáž o skutečné situaci kolem užívání „klecových lůžek“ v ČR (BBC, 2008).

Všechny opakované návraty ke kauze „klecových lůžek“ měly jeden společný rys: „[...]schopnost vyvolat vlnu záporných reakcí procházejících napříč profesemi, institucionálními příslušnostmi i sociálními vrstvami, které se vzácně ujednocovaly v obhajobě současné praxe užívání omezovacích prostředků“ (Kocman, 2008). Již při první kauze v roce 2004 se objevily některé základní prvky následné debaty. Debata už tehdy dostala svůj rámec a své mantinely. Ty byly a sou dodržovány s až překvapivou důsledností do dnešních dnů.

#### **4.2. Základní rysy debaty**

Debata byla od počátku velice polarizovaná. Na jedné straně se objevila kritika, která vnímala zacházení s „pacienty“ v ústavech jako nelidské a nehumánní. Na druhé straně stáli zastánci klecových lůžek, tedy i zastánci současné české praxe. Podobně polarizované jako debata v médiích byly pak i debaty na internetu. V centru pozornosti přitom bylo stále klecové lůžko a souhlas, nebo nesouhlas s jeho používáním. Debata se odehrávala na pozadí úsilí o změnu systému péče o lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí.<sup>28</sup>

David Kocman (2008) popisuje ve svém textu *Klecová lůžka jako diagnóza české sociální péče* výstižně základní argumentaci zastánců lůžek.<sup>29</sup> Ta se opírá o rozlišení mezi „realisty“ a „pseudohumanisty“. Jako „realisty“ definují zastánci lůžek sami sebe, „pseudohumanisté“ jsou pak v jejich perspektivě kritici lůžek. „Lůžka se (v této argumentaci) zdůvodňují jako nástroj péče ukotvený v realitě současné praxe“ (ibid.). Současná praxe se bez těchto lůžek neobejde a na případnou změnu a zavedení alternativní praxe nejsou peníze (srov. kapitola 5.2.).

---

<sup>27</sup> Žalobu MDAC nakonec podala v létě téhož roku.

<sup>28</sup> Proto v další kapitole věnuji pozornost i některým procesům a změnám, které jsou zaváděny především v oblasti sociálních služeb (viz kapitola 4.3.).

<sup>29</sup> Jedná se o jediný relevantní text zabývající se kauzou klecových lůžek v ČR, který se mi podařilo nalézt.

Důležitým prvkem argumentace zastánců lůžek je vnímání celé problematiky z pozice patriotismus (Kocman, 2008). Vzpomeňme, že první mediální kauza byla vyvolána díky článku v zahraničním tisku a následné intervenci, ze strany zahraniční spisovatelky J. K. Rowlingové, která hovořila o nedodržování lidských práv. Na základě její intervence tehdejší ministr zdravotnictví Kubinyi užívání klecových lůžek zakázal. V médiích i diskusích byl tento akt vnímán jako přiznání viny. Autorka knih pro děti přesvědčila ministra, odborníka z nejpovolanejších, aby zrušil užívání klecových lůžek (kapitola 4.1.1.). Byl zpochybněn morální statut české praxe sociální péče, české odbornosti (srov. Kocman, 2008). V reakci na to začali zastánci lůžek používat pojem „západní pseudohumanismus“, který odkazuje k „...intelektualismu, prázdnému aktivismu, pokrytectví a vyumělkovanosti,“ (ibid.), což jsou podle nich atributy přístupu všech jejich protivníků, tedy odpůrců lůžek a kritiků „české praxe“. Proti „prázdným slovům“ stojí „realita (české) praxe“. Klecová lůžka jsou pak popisována, jako nejlepší ze všech variant omezujících prostředků, tedy lepší než kurtování k posteli, nebo silná medikace (srov. kapitola 5.3.1), které jsou spojovány s přístupy používanými ve Velké Británii, odkud přišla i nejučinnější kritika lůžek. Velice častým argumentem směrem ke kritikům užívání klecových lůžek je také v této souvislosti apel na to, aby si kritici „šli tu práci sami vyzkoušet“, nebo aby „si vzali lidi, kteří jsou umístěni v klecových lůžcích, k sobě domů“. To je další argument pro obhajobu jen jediné, a to současné alternativy praxe (srov. kapitoly 5.5.1 a 5.1.6).

Další strategií, kterou využívají zastánci klecových lůžek ve své argumentaci, je pak odvolávání se na autoritu odborníků (srov. Kocman, 2008). Samotný prezident trval už v roce 2004 na tom, že celá věc je záležitostí odborníků a měla by takovou i zůstat (srov. kapitola 4.1.1.). Tyto a podobné výroky jednoznačně definovaly postoj, se kterým se víceméně ztotožnilo vysoké procento diskutujících „laiků“ na veřejných internetových diskusních fórech. Podle tohoto názoru je, jak už bylo řečeno samotným prezidentem a „odborníky“, celý problém věcí právě odborné obce. Cílem těchto snah bylo udržet probíhající „monolog o šílenství“, který je ve společnosti veden skrze medicínský a pečovatelský diskurs (srov. Foucault, 1994a).

Třetí strategií je podle Kocmana použití „disabilismu“. K tomuto tématu se více či méně vztahuje celý teoretický úvod práce. „Realisté“ se odkazují na „praxi“. Tato „praxe“, systém „péče“, vychází z definice lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí (srov. Kocman, 2008). Důležitý pohled na problematiku klecových lůžek je srovnání „statiky“ a „dynamiky“, vnímání času v definování situace a definování znevýhodnění, či nemoci. Kritici lůžek usilují o změnu (a jak jsme si ukázali, je potřeba změna velice hluboká). Narušují tím určitý zavedený status quo. Zastánci lůžek odkazují na „realitu současné praxe“ (srov. výše). Velice důležité je slovo současné. Zastánci zavedeného systému, když přiznají, že současná praxe má vady, se ve velice málo případech pokoušejí o rozvinutí, nějaké vize. Je to jednak zřejmě dáno kontextem, kdy jejich zájmem je velmi často především hájit „českou“ praxi (srov. výše v této kapitole) a vůbec lidi

pracující v ústavech (srov. zejména kapitola 5.5.2.). Na druhou stranu je to zřejmě snaha, nebo alespoň tendence, fixovat současnou situaci a fungující systém péče jako takový. Je zajímavé, že tito zastánci „klecí“, nebo obhájci současné praxe, kromě statické definice celé situace, zároveň definují staticky i samotné lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Kritici praxe hovoří častěji o budoucnosti, o dynamice práce s lidmi, o možnostech jejich zlepšení v jiném prostředí (např. 2508) Zastánci „klecí“ obhajují často neustálost diagnózy, její věčnou přítomnost (např. 0858). Takováto strategická práce s časem je koneckonců logickou snahou plynoucí z potřeby formování argumentů. Je ale důležité neopomenout tento kontext úsilí o změnu.

V diskusích nad klecovými lůžky v ČR se tedy formují dva tábory. Na jedné straně stojí přístup, který vidí v lidech s mentálním znevýhodněním/duševní poruchou především bytosti, které je potřeba zahrnout soucitnou a/nebo profesionální péčí a především dohledem, to vše mimo veřejný prostor. Jejich prostorem by mělo být umělé prostředí ústavu, místa naprosté kontroly simulovaného prostředí věčného nácvičku a napodobování některých prvků „normálního“ života<sup>30</sup> (srov. Carlson, 2005). Druhý přístup se snaží zaměřit pozornost na jedince, předefinovat způsob nahlížení na tohoto jedince a na kontext péče vůbec. „Péči“ se snaží předefinovat na „podporu“. Zaměřuje se na lidská práva, snaží se rozvinout komunikaci s lidmi se znevýhodněním, ptá se na jedincovy potřeby, snaží se jedince co nejvíc „osamostatnit“ a „uschopnit“ a umožnit mu život v komunitě v běžném prostředí (Johnová, 2008). První přístup vnímá jedince často jako bytostně nemocného, člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jako věčně nedorostlé dítě, nebo permanentně hyper-agresivního šilence. Druhý přístup stáří člověka určuje podle věku a snaží se mu umožnit, aby zažíval to, co jiní lidé jeho věku běžně zažívají (O'Brian, s. d.). Diskuse nad klecovými lůžky je potřeba zapojit i do kontextu usilování o širší společenskou změnu. Další kapitola (4.3.) bude stručně věnována tématům tzv. „deinstitucionalizace“ a „humanizace“. Tyto pojmy jsou v ČR používány zejména v souvislosti s oblastí sociální péče.

### **4.3. Článek**

Nejprve stručně shrnu obsah článku. Článek obsahuje popis situace jedné ženy ve věku asi 40 let; od 11 let žije v ústavech; v ústavu, ve kterém je nyní, je v klecovém lůžku celý den, co personál pamatuje, minimálně však 9 let; ven nemůže, jen na krátké procházky. Jako zdůvodnění hovoří personál o tom, že by brala jiným věcí, mohla by vypít něco nebezpečného – kyselinu apod. Pravidelně dostává silná farmaka. Jediným jejím „zážitkem“ je podle článku jídlo. Autoři článku upozorňují na její občanský status: „Je svobodnou občankou České republiky, přesto už dlouhá léta žije zavřená v kleci o rozměrech dva metry čtvereční“ (Bártová, 2006). Následuje popis situace užívání klecových lůžek v ČR (v té době bylo užíváno oficiálně 654

---

<sup>30</sup> Více o podobnostech mezi „klecí“ a ústavem“ viz kapitola 5.1.

v ústavech v ČR). Článek končí konstatováním, že zřizovatel ústavu přiznal chybu a začal pracovat na změně. Po změně volají i další organizace (ibid).

Článek je v diskusích opakovaně popisován jako například tendenční, populistický, psaný na zakázku, či snažící se šokovat (0521, 0813, 0919, 0946, 0950, 0952, 0954, 0972, 1776, 2471, 2473). V práci bych rád upozornil na aspekt užití jazyka a diskursu v článku. Autoři článku se zřejmě pokusili skandalizovat výše popsanou situaci paní žijící trvale v klecovém lůžku, a to pomocí stylu a jazyka, který použili, i když to byl částečně jazyk samotného personálu. Personál říká: „My vám ji pustíme“, autoři dále popisují, jak paní „mrštně zvedá“, „spěchá pryč do jídelny“, tam odstrčí jinou užívatelku od stolu a čeká (srov. Bártová, 2006). Situaci autoři nedostatečně vysvětlili, na neznalé čtenáře to mimoděk mohlo působit, opačným, než zřejmě zamýšleným efektem (tedy snahou zdůraznit „zvířecost“ a „nelidskost“ celé situace). Následující citovaná reakce může sloužit jako ukázka moci diskursu, ukázka konotačního potenciálu některých slov, jakými jsou „klec“, nebo „mrštnost“. Viz. příspěvek diskutující s nickem Dana: „Při popisu v článku jsem si vybavila opičku, všetečnou, přátelskou i zlomyslnou, neposednou a problematickou.“ Dále „Dana“ dochází k zvláštním závěrům, i když má zřejmě dobré úmysly: „Správné řešení je tedy poskytnout té opičce přiměřené prostředí, umožnit aktivity, které jsou jí přirozené. Skoro to vypadá, že by se ošetřovatelé takového typu postižených lidí měli radit s primatology. Učit se jim rozumět a vyhovět jejich potřebám, a respektovat jejich odlišnost.“ (1469). Čtenářku inspiroval styl článku k tomu, aby si „zvířecost“ situace převzala jako danou, nepřamenící ze situace, ale z povahy a osobnosti paní v „kleci“. Jazyk článku, který měl zřejmě pobouřit, tak diskutující mohli převzít za svůj. Na tomto příkladu je možné vidět, jaké nebezpečí pramení z užívání diskursu, který je nějak zatížen (Foucault, 1994b, diskurs).

#### **4.4. Téma klecových lůžek v kontextu širší společenské změny**

V této kapitole bude debata nad klecovými lůžky zasazena do kontextu společenské změny a tzv. transformačních procesů, které usilují mimo jiné o zrušení ústavů a velkých institucí, individualizaci služeb a změnu přístupu od poskytování péče k čerpání podpory. V konceptu poskytování péče je moc téměř absolutně v moci pracovníků. Naproti tomu při čerpání podpory je moc cíleně přesouvána do rukou uživatele sociálních služeb, který je podporován, aby co nejsamostatněji rozhodoval o svém životě (O'Brian, s. d.). Cílem bude umístit diskuse do širšího společenského rámce a propojit je s konceptem občanství. Debata nad klecovými lůžky není zcela shodná s deinstitutionalizací a transformací, i když k ní má velmi blízko. Podobnost a paralelu je možné hledat v přístupech většiny diskutujících k problematice klecových lůžek s přístupy zastánců ústavního systému péče.

#### **4.4.1. Sociální versus zdravotní**

Nejdříve je potřeba krátce se zmínit o sociálních a zdravotnických službách a jejich vzájemné (ne)spolupráci. Tyto jednotlivé činnosti, modely péče a přístupy (sociální a zdravotnický) se neustále setkávají, chybí mezi nimi ale diskuse a rozvíjení spolupráce. V souvislosti s danou problematikou je (jak vidno výše) problém ještě složitější. Existují dva základní typy ústavních institucí (Domovy pro osoby se zdravotním postižením - dříve Ústavy sociální péče - a Psychiatrické léčebny (PL). Na problémy zacházení s lidmi s mentálním znevýhodněním v prostředí psychiatrických léčeben upozornil v roce 2009 ombudsman Otakar Motejl. Ve vypracované zprávě popisuje diskriminační zacházení, kterým jsou zde tito lidé vystavováni (Veřejný 2009) Upozorňuje na to, že v systému ve kterém funguje léčebna, je pro člověka se s níženou adaptabilitou potřeba specializovaného přístupu (ibid.). DOZP se naproti tomu zaměřují více na péči o lidi s mentálním znevýhodněním, přesto mají také „klientelu“ psychiatrických pacientů, nebo lidí s mentálním znevýhodněním, které mají přidružené psychiatrické diagnózy. Neexistují však žádné centrální statistiky o procentuálním zastoupení lidí s psychiatrickou diagnózou v DOZP, z osobní zkušenosti mohu pouze potvrdit, že zde jsou a jejich nemalý počet. V případě problémového chování jsou posláni na hospitalizaci do spádové psychiatrické léčebny, vracejí se však traumatizovaní a silně medikovaní (ibid.). V současné době však pro ně neexistuje dostatečná alternativní péče, kromě nuceného dlouhodobého pobytu v psychiatrické léčebně<sup>31</sup>. Navíc ještě existují případy, kdy v psychiatrické léčebně jsou lidé s mentálním znevýhodněním, kteří nemají žádnou psychiatrickou diagnózu (ibid.) a v DOZP jsou lidé, kteří nemají žádné známky mentálního znevýhodnění a jejich hlavním „problémem“ je psychiatrické diagnóza (osobní zkušenost). V DOZP s těmito lidmi personál neumí pracovat a „poskytují péči nekonceptně bez programů zacílených na návrat do společnosti či destigmatizaci pacientů“ (Bodnár, 2009: 49). Největším problémem jsou lidé, kteří mají obojí, jak diagnózu duševní nemoci, tak diagnózu mentálního znevýhodnění. Pro jejich podporu v podstatě neexistují ČR specializované služby.

Před začátkem platnosti zákona 108/2006 Sb., tedy ještě při prvním a druhém „kole“ aféry kolem klecových lůžek, sice patřily ústavy sociální péče pod MPSV, ale měli speciální statut zdravotnického zařízení. Obecně platí, že ve zdravotnických zařízeních pracují i sociální pracovníci a v zařízení poskytujících sociální služby pracuje i zdravotnický personál. Důvod jejich přítomnosti je jednak dán historicky (viz výše – „medicínský diskurs“) a jednak také faktem, že v některých zařízeních DOZP jsou uživatelé sociálních služeb (lidé s těžkým kombinovaným znevýhodněním, staří lidé apod.), kteří potřebují zdravotnickou péči. Jak vidíme i podle výše zmíněných zákonů

---

<sup>31</sup> Rozvíjejí se však aktivity, které by měli postupnými kroky směřovat ke změně. Např. Koncepce oboru psychiatrie - 1. revize 2008 (Psychiatrická, 2008) a Individuální projekt Karlovarského kraje „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (www.rpkk.cz).

existuje odlišný přístup k lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí podle jednotlivých resortů. Obecně by měl být rozdíl v tom, že sociální služby by měli zajišťovat podporu při sociálním vyloučení a prevenci před ním<sup>32</sup>. Zdravotnictví se zaměřuje spíše na léčebnou úlohu, na otázku zdraví a neřeší dostatečně sociální stránku nemocí a „pacientů“. Na městských a obecních úřadech při tom stále často existuje pouze jeden odbor „zdravotnictví a sociálních věcí“. Problémy vznikají jednak díky odlišným přístupům, které mají jednotlivé resorty k problematice a také nedostatkem komunikace i neochotou komunikovat. Základní problém ale tkví v samotné definici problému. Lidé usilující o reformu sociálních služeb zastávají názor, že mentální znevýhodnění/duševní nemoc jsou do velké míry nemocí systému (sociálního prostředí) (viz sociální model znevýhodnění, nebo spíše ekologický model (Lečbych, 2008)), než „selháním“ samotných jednotlivců.

#### **4.4.2. Paradoxní přístup diskutujících**

Důležité je opět zdůraznit, že lidé v diskusi distinkce mezi duševní nemocí a mentálním znevýhodněním, stejně jako mezi zdravotnickou a sociální péčí, příliš nevnímají. Většinou pracují s tradičním modelem, podle kterého jsou uživatelé sociálních služeb primárně „fatálně nemocní“ (což má velice blízko k tomu být „znevýhodněn/a“) a proto by měli setrvávat ve stavu ne-moci, ve stavu léčení. A vzhledem k tomu, že mentální znevýhodnění i duševní nemoc jsou v drtivé většině definovány jako nemoci trvalé, nebo v druhém případě trvale latentně přítomné, měli by „pacienti“ zůstat v roli pacientů neustále. Moderní přístupy vnímají člověka s mentálním znevýhodněním jako člověka se stejnými potřebami, jako má člověk bez znevýhodnění (Durecová, 2008). Duševní nemoc se snaží vnímat v kontextu potřeb a ne jako určující celý subjekt (Paleček, 2010).

Diskutující tedy většinou předpokládají (do dnešních dnů (sic!)), že dřívější ústavy sociální péče patří pod resort zdravotnictví. Stejně tak lidé se znevýhodněním vnímají jako „nemocné“ a „blázní“. Velice často předpokládají nebezpečí a agresivitu ze strany těchto lidí. To odkazuje ke stereotypům o lidech s duševní nemocí (Bodnár, 2009: 56), kteří jsou v médiích často prezentováni negativně v článcích popisujících případy agrese a násilí páchaného těmito lidmi. Informace jsou většinou vytrženy z kontextu a zkráceny (ibid. 59).

---

<sup>32</sup> Sociální služby se soustředí (měly by se více soustředit, ne vždy tomu tak je) více na osobní situaci uživatele, na jeho zázemí, jeho sociální dovednosti, jeho život v širší komunitě. V zařízeních poskytujících sociální služby, by měli být uživatelé aktivizováni, mělo by se s nimi pracovat na jejich rozvoji, měla by jim být poskytována adekvátní podpora pro začlenění do společnosti, pro vedení normálního života. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Definuje sociální službu takto „Pro účely tohoto zákona se rozumí sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“ (Zákon 108/2006, § 3).



Přítom je ale dnes v ČR větší aktivita vyvíjena a větší pozornost věnována oblasti sociální. Tady vznikl nový zákon. Tady se postupně prosazují transformační programy. Navíc všechny „ukázkové“ reportáže v souvislosti s kauzou „klecových lůžek“ byly pořízeny v zařízeních poskytujících sociální služby a spadajících pod MPSV. O podobných tendencích se mluví i v oblasti psychiatrie, ale zatím se stále nic neděje. Psychiatrické léčebny jsou více uzavřené před světem, panuje tu stále podstatně větší autorita diagnózy a odbornosti. MZ neprojevuje (alespoň viditelně navenek) žádný větší zájem o radikální reformu těchto zařízení. Například deinstitucionalizaci péče a zavedení více inklusivního poskytování péče v co nejvíce přirozeném prostředí.

V následující kapitole bude tedy stručně zaměřena pozornost na problematiku deinstitucionalizace. Jedná se totiž o v ČR poměrně dobře (i když jen marginálně) a dlouhodoběji formulovanou problematiku, která tvoří v podstatě protipól exkluzivnímu modelu odborné a uzavřené péče. Jedná se o liberální model upřednostňující podporu před péčí, vymezující se vůči historii totálních institucí (ústavů), kritizující tradiční segregační přístup, předsudky, které panují a také širší kontext poskytování sociálních služeb a zaměřující se více na individualitu každého uživatele sociálních služeb a na jeho specifickou situaci. Lze na ní dobře ilustrovat to, o co v diskusi nad klecovými lůžky jde.

## 5. ANALÝZA

### 5.1. Prostor, izolace a Deinstitutionalizace

#### 5.1.1. Prostor a Deinstitutionalizace

Základním východiskem deinstitutionalizačního procesu je fakt, že totální instituce (definice viz například dostupná z těchto [www: http://sociologielucienne.bloguje.cz/445036-totalni-instituce.php](http://sociologielucienne.bloguje.cz/445036-totalni-instituce.php) [cit. 24. května 2011] [naposledy navštíveno 20. června 2011]) jednak kumulují příliš velké množství moci, a za druhé svými procedurami a postupy, praxí svého fungování, produkují specifické jedince. Instituce formují jak ty, kteří v instituci službu vykonávají, tak i ty, na kterých je vykonávána. Totální instituce, jakými do jisté míry nevyhnutelně jsou Domovy pro osoby se zdravotním znevýhodněním, jsou materiálním vyjádřením odosobňujícího přístupu, který vnímá své svěřence jako anonymizované jednotky<sup>33</sup>, podstupující standardní procedury v podobě základních - a co je důležité - především kolektivních činností. Jedná se o materiální a procedurální reprezentaci určitého přístupu k člověku, přístupu k mentálnímu znevýhodnění/duševní nemoci.

Ústavní systém funguje na principu segregace jedince od společnosti do uzavřeného objektu, kde by mu měly být poskytovány všechny základní potřebné služby. Jak se ale ukazuje, ústav nemůže ze své podstaty základní potřeby člověka naplnit. Svět uvnitř ústavu je totiž světem izolovaným, který pouze simuluje vnější realitu. Proto platí, že „dnešní rozšířená forma tzv. ústavní sociální péče nemůže vnímat a uznat individuální potřeby lidí, protože je vytrhuje z jejich přirozeného prostředí. Zásadním bodem je přitom vstup do ústavu. V tu chvíli začne působit služba ústavu, která skrze sejmutí odpovědnosti z beder jedince dotyčného/dotyčnou zneschopní a pomocí ztráty schopnosti samostatně se rozhodovat ho/ji učiní závislým/závislou na ústavu (1028).

A kdo je v ústavu, ten potřebuje ústav a pro venkovní svět přestal existovat, protože přeci v ústavu dostane vše. A ústavy jsou chudé a mají málo personál, mohou proto člověka udržet jen s vypětím především v „čistotě a bezpečí“. Ústavy nepočítají s cestou z ústavu, nepřipravují pro život v obci, protože v ústavu jsou ti, kteří potřebují ústavní péči. Kruhová past je uzavřena dokonale (Cháb, 2004: 37).

---

<sup>33</sup> Není tu ovšem žádná paralela s universálním jedincem, se kterým se počítá v sociální smlouvě. Od jedince se neočekává, že se bude individualizovat a svou svobodnou volní aktivitou bude spontánně zvyšovat produktivitu společnosti. Tento jedinec někdy není ani uznaným nositelem duše. Mnohem častěji (a mnohem snadněji) se jedná spíše o materiál, o statistickou jednotku, potenciální pestrost a spontaneita chování (která je i zdrojem obav) obyvatel těchto zařízení je redukována na pouhou rozprostřenost, jakkoliv barevnou a živou, přece zcela prázdnou, protože bezobsažnou, iracionální (srov. Erevelles, 2002: 20). Jejich život nemá budoucnost, ústav je jen hřiště, není to „reálný“ svět.

V ústavu se člověk na odchod nepřipravuje, ústav není této činnosti schopen, v ústavu se člověk udržuje. Kritici používání klecových lůžek hovoří o tom, že klecové lůžko, jako restriktivní opatření, řeší jen důsledky činnosti systému. Říkají, že je potřeba zrušit lůžko a změnit systém. Nový systém umožňuje zvýšeným individualizovaný zájem o potřeby každého uživatele navíc v „přirozeném“ (opak k umělému ústavnímu) prostředí (Johnová, 2008). Jak se dozvíme dále, ústavní praxi nejde reformovat. „Klíčovou změnou je oddělení příjemce služby od organizace, která službu poskytuje. To je proměna svěřence nebo obyvatele v občana a spoluobčana“ (Cháb, 2004: 32). Toto oddělení není v ústavním systému možné.

Samotný systém praxe, který je obrazem symbolického a hodnotového pozadí spojeného se znevýhodněním a nemocí je i udržovatelem specifického přístupu k lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Aby se mohl změnit přístup, musí současně změnit i praxe. Pokud bychom použili přístup, který popsala Nancy Fraser ve svojí knize *Rozvíjení radikální imaginace: Globální přerozdělování, uznání a reprezentace* (Fraser, 2007), změna nemůže probíhat pouze na úrovni kulturních hodnot, či politické reprezentace, ale je nutná i změna na úrovni redistribuce. Nestačí pouze hovořit o právech a symbolické rovině znevýhodnění, ale je nutná i změna na úrovni systému uspořádání služeb a přesměrování finančních toků v tomto systému. V oblasti sociálních služeb a také v oblasti zdravotnictví se dlouhodobě hovoří o nedostatku finančních prostředků. Je to samozřejmě proto, že celá oblast „péče“ je definována jako femininní. Finanční podpora je závislá na změně tohoto genderového symbolického účinku (srov. například Uhde, 2006).

### **5.1.2. Reforma a transformace**

Ústavní systém nelze reformovat, ale je nutné ho transformovat. Pokusíme se tento problém vztáhnout k situaci kolem klecových lůžek. Mnoho diskutujících totiž připouští změnu pouze v mezích reformy, transformace je ale něco jiného. V rámci diskusí je ústav popisován často jako nezbytné institucionální zázemí pro poskytování péče. Je to místo, kde je spolehlivě zajišťována strava (kuchyně), čisté prádlo (prádelna), neustálý dohled (personál pracující na směny) (0482). Je to podle mnohých nejlepší možnost péče o lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Zároveň se ale často ospravedlňuje nedostatek péče v těchto zařízeních zejména nedostatkem personálu. Ústav je schopen zajistit pouze „běžný provoz“, na nic víc není prostor a čas. Diskutující téměř vůbec neberou v úvahu možnost existence alternativní sociální služby. Jedinou možností změny je tak pro většinu příspěvatelů maximálně zlepšení, nebo jen zkrášlení současného stavu. Stejně tak „klec“ je místem udržování, marnost spočívá nejen v podmínkách člověka v „kleci“, ale i v tom, že člověk v „kleci“ je zřetelná reprezentace toho, že společnost neví co s ním. Kauza klecových lůžek proto možná vyvolává tolik vášnivých debat, protože jde o svědomí společnosti. Člověk v „kleci“ je i obrazem bezradnosti a snad i neochoty společnosti dostat svým deklarovaným zásadám vzájemné rovnosti v rámci nastavených podmínek.

### 5.1.3. Humanizace

Pro některé diskutující je problém pouze otázkou estetiky, nebo nesourodosti. Člověk v „kleci“ nevypadá hezky, ale to není důležité, důležitá je funkce „klece“. V kontextu diskusí se objevují argumenty, hovořící o tom, že „klec“ je sice „nehezká“ svojí formou, ale její hodnota tkví v obsahu, ve funkci, kterou vykonává (0495). Člověk v „kleci“ je podle těchto argumentů v bezpečí, nemusí být kurtován a nemusí užívat medikaci. V neposlední řadě je v bezpečí i personál. Nevypadá to sice ani důstojně ani lidsky (1294), vypadá to spíše surově (1520), při vyslovení to i zní otřesně a dokonce to i znamená „nepochybně porušení nezczizitelných lidských práv“, ale přesto není (minimálně zatím) lepší způsob jak se o ně postarat (0220). Zrušení „klecí“, je přitom pouze líbivá proklamace (1055). Jakási „realita praxe“ (srov. s „realisty“, viz výše) je však podle tohoto názoru jiná. „Klec“ má především svou funkci, ta tvoří její podstatu. Jedná se o nesmlouvavé odmítnutí pokusů o šíření konceptu lidských práv, pokusů o konfrontaci exkluzivního pojetí občanství. Na lidi v „kleci“ se tyto koncepty prostě nevztahují a důvodem je jejich celková, inherentní a nezměnitelná odlišnost (srov. kapitola 2.3.). Funkcí „klece“ je chránit, je před sebou samými a společnost před nimi (viz kapitola 5.1.5.).

Diskutující navrhuji celou škálu nejrůznějších možných zlepšení péče v souvislosti s užíváním klecových lůžek, která je ale potřeba zachovat v systému péče. Základním námětem je zvětšení „klecí“ (např. 0887), alespoň jako mají vězni (např. 1532), aby měli více místa než zvířata v ZOO (1593). Zároveň se ale objevuje protiargument, že při zvětšení „klecí“, by lidé uvnitř dostali příliš prostoru a příliš pohybu – příliš svobody, že by si ublížili (1537). Další možností je použití jiného materiálu, než železných mříží. Jako lepší se zdají být „síťová lůžka“ (2224), které se v ústavech opravdu používají, nebo třeba „spec polstrované ohradníky s blanitou průhlednou ochrannou“ (2203). Mříže mohou být také polstrované (1544). Další variantou je například „oddělený kout tvrzeným plexisklem o tloušťce 10-15 cm“ (2828). Druhou inovací je zajištění podnětů pro člověka v „kleci“: „televizi ve zdi za nerozbitným sklem“ (0888), „plyšáky, nebo něco čím si neublíží“ (1449), nebo míček na zabavení (2175).

Podle těchto diskutujících lidé do „klece“-izolace patří, jen do nějaké lepší, lidšější „klece“-izolace. Navrhují tedy v podstatě posunout lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí ve vnímání jejich statusu od zvířat alespoň k vězňům. „Klece“ je vhodné vyměnit za něco pohodlnějšího a vykonat tak pověstné „menší zlo“, ale nutné zlo, vzhledem k situaci (2438).

Tento přístup se dá popsat jako „humanizace“. Pojem „humanizace“ se objevuje v souvislosti s deinstitucionalizací a transformací systému ústavní péče (Ministerstvo, 2007). Odkazuje ke snahám vylepšit a zlidštit obyvatelům ústavních zařízení jejich pobyt v ústavech. Jedním z aspektů „humanizace“ je právě estetizace zařízení – přetření stěn v ústavu veselými barvami, nákup nového

vybavení. Dalšími postupy jsou pak rozdělení společných pokojů na pokoje menší pro méně lidí, rekonstrukce sociálních zařízení, nové prvky pro trávení volného času v exteriéru i interiéru.

Tím se ale situace nezmění. „Je-li správné tvrzení, že podstata problému nefunkčnosti ústavů tkví v instituci, nikoliv v prostředí, je s podivem, že většina bojů, útoků, napadání, obviňování, sem tam i diskusí kolem ústavů se dotýká právě jen budov (Cháb, 2004: 20). Podstata zůstane stejná. Klíčovým problémem totiž není materiál – „klec“, dům, plot, ale způsob poskytování služby, přístup k lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, obecněji hospodaření s mocí.

Na tomto místě je třeba upozornit, že záměrem této práce není popírat nutnost zlepšení způsobu zacházení s lidmi, kteří jsou umístováni do „klecí“ a nutnost poskytování podnětů těmto lidem. Existuje zde ale hlubší problém, který způsobuje zneužívání „klecí“ a který nepřipouští alternativu ke „klecím“. Ten tkví v nastaveném systému péče a nelze jej odstranit polstrovanými mřížemi ani televizí pro lidi v „kleci“. „Transformace ústavu je totožná s transformací moci“ (Cháb, 2004: 24). „Klec“ je, stejně jako ústav, příliš často prostorem vykonávání moci. Moci, která především sama nejlépe ví, co je nejlepší pro člověka v „kleci“ a svět mimo „klec“.<sup>34</sup> Moc, která je téměř absolutní. Není přitom v rukou jednotlivců (i když ústav je hierarchická instituce), ale spíše v systémových pozicích. Jednotlivci ji mohou snadno zneužívat, ale ani nemusejí chtít, nemusejí mít vůbec špatné úmysly, ba naopak. Ale tím, že jsou zapojeni v systému „pečování“ moc mají a pomáhají při vytváření poslušných („docile“) těl. (srov. Foucault, 2000)

Reforma ústavu tedy není možná, „zlidštění“ „klecí“ není dostatečné, je potřeba transformace způsobu poskytování služeb, které ale musí jít ruku v ruce s inklusivním přístupem spoluobčanů – široké veřejnosti. Nutnými kroky jsou jednak rozpoznání individuality člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí a jednak oddělení organizace poskytující službu od člověka, který tuto službu užívá.

V předchozím textu jsem se pokusil porovnat podobnost mezi ústavem a „klecí“. Využil jsem konceptů a pojmů spojených s transformací ústavní péče. Ústav i „klec“ vnímám jako znaky specifického přístupu k lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. V následující části textu popíši paralelu mezi nimi na symbolické úrovni. Pomocí teoretické literatury a příspěvků z diskusí se pokusím ukázat podobnost na příkladech prostorové izolace a ochranné funkce, které se vážou k oběma těmto prvkům systému péče.

---

<sup>34</sup> Při obhajování současného způsobu výkonu péče za pomoci klecových lůžek, jako nejlepšího možného, došel jeden z diskutujících až k absurdní argumentaci. Podnět v podobě míčku by mohl „pacientce“ v klecovém lůžku ublížit: „A víte, co by mohl způsobit takový nafukovací míček??? Je možné, že by si k němu pacientka vytvořila určité city a při ztrátě by docházelo k obrovské citové labilitě. Stačí i jednoduchý příklad. Hodí ho z té klece jenom na zem, ale protože tam nebude zrovna nikdo, kdo by jí ho podal, dostane záchvat“ (2180).

#### **5.1.4. Prostorová odlehlost**

Hovořili jsme o tom, že ústav je instituce, která často izoluje jedince v „bezpečném“ prostoru, kde je mu poskytována speciální péče. Ústavy velice často stojí v odlehlých zejména pohraničních oblastech a často mívají problém s dostupností veřejných služeb. Ty pro systém fungování ústavní péče nejsou vlastně potřeba. Stále je prosazován model, kdy vše potřebné pro život obyvatel ústavu se nachází uvnitř ústavu. Do ústavu často dojíždí lékař, holič, obyvatelé zde mohou mít určitou formu „zaměstnání“, například pomoc prádelně, při mytí nádobí apod. Pokud existuje snaha o zlepšení života lidí v ústavu, spočívá většinou především ve snaze o zlepšení podmínek uvnitř instituce.

Ústav je tedy jak už jsme řekli speciální prostor imitující v určité možné míře „normální“ život. Možnosti imitace jsou ale omezené samotnou povahou instituce. Obyvatelé ústavu zde nejsou na očích a to umožňuje „veřejnosti“ žít své různé obrazy mentálního znevýhodnění/duševní nemoci podle svých potřeb. Ústav je materializovaným znakem systému péče, který funguje na principu segregace a „vyhýbání se“. Vytváří svět sám o sobě se speciálním provozním systémem pravidel. Funguje zde také určitý stupeň stigmatizace. Své obyvatele zneschopňuje – „institucionalizuje“. Navenek pak působí bezproblémově (0813). Ústav vytváří prostor odlehlosti, prostor mimo běžný svět. Komunikace mezi obyvateli ústavu a „veřejností“ je omezena na minimum. Klecové lůžko užívané k celodennímu pobytu člověka také není nic jiného než odkladiště, než úschovna (srov. kapitola 2.4.). Je totálním důsledkem zneschopňujícího přístupu. Mříže „klece“ jsou tlusté jen několik centimetrů, ale mezi vnitřkem a vnějškem je obrovská vzdálenost. Stejně jako jsou lidé izolováni v ústavech na odlehlých místech v lesech, stejně tak funguje i dlouhodobá izolace člověka v „kleci“. Člověk zde nemá už vůbec žádné kompetence, nemůže z principu rozhodovat o ničem. Není ani o čem. Ven se dostane pouze tehdy, pokud si personál vyšetří chvilku, aby ho doprovodil, nají a napije se jen ve stanovený čas, víc se neděje nic. Skrze mříže neproudí žádné podněty, komunikace je omezena na minimum.

#### **5.1.5. Ochrana**

„klec“ (stejně jako ústav) má podle názoru mnoha diskutujících chránit společnost před důsledky nebezpečného chování lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Z jiného úhlu pohledu má chránit i lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí před společností, ve které nejsou schopni adekvátně fungovat. Jak jsme již viděli v kapitole 2.8. a 2.9., snaží se tak společnost „chránit“ sebe před důsledky participace těchto lidí na občanském životě. Lidi do „klece“ (ústavu, lesa<sup>35</sup>, izolace apod.) umísťuje jejich údajná nekompetentnost. Lidé umístění v „kleci“ jsou totiž

---

<sup>35</sup> Zastupitel města Chebu v nedávné době explicitně veřejně řekl, že lidé s mentálním znevýhodněním by měli zůstat v lese (Šmatová, 2011)

agresivní (0153), a nezvládnutelní (0884). Chrání ty, kteří se o ně starají (2160). Nezvládání svého těla, svých emocí, jim brání participovat na životě společnosti (kapitola 2.7.). Zároveň chrání jedince i před nimi samotnými. To je asi nejčastější argument obhájců „klecí“. Ochrana jejich obyvatel před důsledky jejich chování. Aby si ve stavu zmatenosti neublížili (1312), aby neutíkali a něco si neudělali (1629). „Klec“ chrání před nutností být silně medikovaný (1912), (i když v praxi tomu jak ukazuje příběh ženy v článku tak není – je medikována i když je permanentně v “kleci“). Častým argumentem je srovnání situace s výchovou malých dětí - je to podobná situace jako u dětí zavíraných do ohrádek (2008). Tady se opět ukazuje nadvláda tradičního medicínského přístupu, který vnímá lidi s mentálním znevýhodněním jako permanentní děti (Durecová, 2008: 41), ne na základě jejich skutečného věku. Tato infantilizace je jedním ze základních nástrojů disabilismu (Kocman, 2008). „Dítě“ je nesamostatné a potřebuje ochranu a péči. Zvláště pak v situaci, kdy je člověk v “kleci“ už mnoho let (2313). Doba pobytu v izolaci, je pak paradoxně argumentem pro další setrvání zde. Klecové lůžko poskytuje absolutní možnou ochranu. Je to místo bez minimálních podnětů. Absence podnětů a možností na ně reagovat a také absence prostoru pro svobodnou volbu však člověka zneschopňuje. Čím více je člověk v klecovém lůžku, tím je pak pro něj klecové lůžko vhodnější. Tím méně je schopný přežít mimo něj. Vzniká tu vztah závislosti. V diskusi se objevuje tato reakce: „I ta rozbitá hlava je etapou poznání a výsledkem svobodné volby“ (1545). Pokud nemá člověk možnost se poučit, je zbaven možnosti se učit, nic nového se nenaučí, naopak je pravděpodobnější, že ztratí své dřívější schopnosti. Problémem institucionalizace je právě fakt, že neposkytuje člověku podněty a činí ho tak více a více závislým na okolní péči a neschopným fungovat mimo izolaci. Sem jsme se koneckonců dostali i při popisu ochranného účelu „klece“: „A jelikož je v té kleci už tolik let, tak si myslím, že by jí život mimo klec nejspíš i ublížil. Jak psaly sestřičky z ústavu, mohla by se opařit, nebo vypít něco škodlivého.“ (2313).

„Svoboda“ jako protiklad stavu nutné „nesvobody“, je pro lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí extrémně nebezpečná. Na svobodě je okradou, znásilní, zbijí, zabijí (2817), nebo skončí jako bezdomovci (2732)<sup>36</sup>. Svoboda je pro lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí popisována jako velice nebezpečná, buďto mohou svým chováním ohrozit okolí, nebo být ohroženi okolím. Prostor mimo „klec“, mimo ústav, je z jednoho úhlu pohledu racionální a iracionalita těchto lidí by ho mohla poškodit. Z druhého úhlu pohledu se zároveň svoboda jeví jako extrémně nebezpečná. Prostor svobody je plný jedinců, kteří hájí své

<sup>36</sup> „Jen jsem se nikde nedočel, co s těmito lidmi bude, až z humánních důvodů tato zařízení zruší (a jak tu někdo trefne podotkl, nejspíš z nich udělají něco lukrativního). Nejspíš je prostě "propustí na svobodu", kde rozšíří řady nespočetných bezdomovců.“ (2732). I když to diskutující vysloveně neříká, podtextem jeho příspěvku je předpočpení, že znevýhodnění je především individuální problém, nikoliv problém sociální a především společenský (srov. např. Longomore, 1987: 74; Lečbych 2008).

zájmy na úkor druhých. Je to Hobessovský prostor, kde chybí podpora, kde každý hájí své zájmy na úkor jiných – „okrádá, znásilňuje, bije a zabíjí“ (2817). Nejsou uzpůsobeni pro pobyt zde. Je potřeba je před důsledky svobody chránit. Snaha o ochranu může dosáhnout až paradoxních rozměrů. Dotaženo do důsledků, „klec“ paradoxně chrání lidi v nich před podněty z okolí, aby při kontaktu s okolním světem nedostávali záchvat (2180). Tato extrémní citlivost a enormní nestabilita je maximálním opakem racionálního subjektu, maximálním protikladem rozumu, absolutním tělem, citem, přírodou, chaosem. „klec“ je tak vlastně paradoxně pro lidi v nich místem bezpečí (0990).

Ochrana tedy může mít různé podoby a různá zdůvodnění. I v praxi snahy o transformace ústavů se často objevuje obava o ohrožení společnosti, stejně jako ohrožení jedince. Člověk s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí může podle těchto tvrzení buď způsobit neštěstí, nebo se stát obětí napadení, či zneužití. Často přehnaný strach souvisí s neznalostí možnosti fungování podpory sociální služby mimo ústav. Opět jde o překročení distance vytvořené mezi společností a ústavu. Tématem je zde rozmezí mezi svobodou a bezpečím, rozmezím, se kterým v běžném životě pracuje každý z nás.

#### **5.1.6. Svoboda a nebezpečí**

Celodenní pobyt v „kleci“ je extrémním příkladem bezpečí. Jedinec nemá žádnou svobodu, je ale maximalizována možnost bezpečí a to jak jeho, tak jeho okolí. Diskutující si ale často uvědomují, že „tohle není život“ (0853). Častým podpůrným argumentem pro „bezpečný“ přístup je názor, že na svobodě bude tento člověk nebezpečným. Při zdůraznění nebezpečí pramenícího ze svobody se přitom velice často zachází do extrémů. V „kleci“ je člověk i okolí v absolutním bezpečí. Jako alternativa se opakovaně argumentuje s opačným extrémem – absolutní svobodou. Neobjevuje se varianta pobytu venku za podpory služby – tj. varianta zahrnující relativní míru svobody za podpory služby, která zajišťuje minimální potřebné hranice bezpečí pro člověka i okolí. Varuje se před tím, aby se tito lidé „pustili“ z „klecí“ „ven“ (0462). Velmi často je ke „kleci“ a ústavu jedinou alternativou pro diskutující „vzít si lidi odsud domů“ (2882). Vždy to uvádějí jako absurdní a nereálný příklad, který má opět potvrdit oprávněnost „klecí“. O čem to vypovídá? O tom, že neexistuje mezistupeň, neexistuje alternativa. Jakmile je člověk z „klece“ venku, je nebezpečí (nebo téměř jistota), že se objeví u vás doma. Hranice „klece“ jsou tak hranicemi mezi naším světem a světem „mimo“, světem iracionální „nemoci“ a „znevýhodnění“. Cokoliv kromě „klecí“ vrhá člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí nám do náručí, přímo do našich domovů. Je to způsobeno logikou dělení na soukromé a veřejné. Diskutující vnímají nutný vztah mezi nemocí, nebo znevýhodněním a soukromím. Jediná alternativa, která je napadá, je tak „domov“, místo soukromí.



Tento argument neodkladné blízkosti při otevření „klecí“ slouží jako zdůraznění absurdity zrušení klecových lůžek, potažmo ústavů. Jak to vystihuje jeden příspěvek: „A ruku na srdce, kdo z těch rozhněvaných a konec konců i např. me by ctěl mít za souseda takové zařízení?“ (0584). V praxi si přece nikdo takové sousedství podle tohoto názoru nepřaje. Takto jsou ironizovány snahy o aplikování lidsko-právního přístupu na lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí a jsou implicitně definovány jako nereálné. Svobodné občanství je podle této argumentace rovněž jen ironie, pokud dojde na to, že mají lidé vystoupit z „klecí“ a vstoupit do našeho soukromí. Jak píše diskutující s příznačným nickem „Vlastenec“: „Jen doufám, že po zrušení ústavu si tyhle "lidi" a "svobodné občany České republiky" vezme autor článku nebo "odbor ochrany menšin" domů, když je to s nima tak v pohodě:-)“ (1033).

Toto je jeden z klíčových argumentů diskuse. „Pokud kritizuješ klece, neváhej a vezmi si člověka z klece k sobě domů.“ (např. 0198, 0756, 0761, 1033, 1322). Jakoby jedinou alternativou byl tento velice osobní přístup. Ústav a jeho „klec“, je tu systém, který nahrazuje rodinu, sice zřejmě ne zcela dobře fungující podle morálních zásad a lidských práv, ale zachraňující „veřejnost“, každého občana od nutnosti řešit tuto problematiku. Objevuje se otázka odpovědnosti. Vztít si takového člověka domů, tedy nahrazovat mu rodinu, je absurdním příkladem. Zodpovědnost má stát, který je delegován občany, skrze jejich daně. Ten má poskytovat profesionální péči. Lidé se stávají majetkem státu (Erevelles, 2002: 19). K tomuto tématu se za chvíli vrátíme. Nyní se podívejme krátce na otázku efektivity a produktivity.

## **5.2. Efektivita**

Peněz je v oblasti péče o lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí v ČR nedostatek. Na tom se shodnou asi všichni diskutující. Určitá část z nich ale tvrdí, že je tomu tak správně (0700). Dotýkají se zde tématu, které jsem zařadil pod kód s názvem „efektivita“. Podle tradičního liberálního modelu občanství, je v teorii sociální smlouvy každý typický jedinec přispěvatelem, aktivním činitelem společného rozvoje a díky tomu pak i získává oprávnění legitimně čerpat ze společného a využívat veřejné zdroje. Tento model je podrobován opakovaně kritice (Erevelles, 2002: 14; Nussbaum, 2006; Kapitola 2.7.)

Lidé v diskusích hovoří o lidech s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí často i v tomto kontextu. Hovoří o tom, že nikomu nepřispívají, jsou pouze přítěží společnosti (0198, 0858), žijí dokonce na úkor jiných (0701). Pragmaticky je podle nich lepší „investovat“ do někoho, u koho se vyplatí návratnost, například do člověka trpícího cukrovkou (0700). Odborná zdravotní péče je zde správná jen u lidí, kteří se mohou vyléčit (0879). Takový člověk bude po vyléčení opět schopen jednat autonomně a bude tak prospěšný společnosti. Lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jsou zde beznadějně případy, protože nemají budoucnost.

Mentální znevýhodnění je definováno jako trvalý a neměnný stav, duševní nemoc je možné potlačit, přesto je už vždy stále latentně přítomna.

Jiný názor, který se také objevuje v diskusích, odmítá ekonomický a pragmatický přístup, který je spojen s teorií liberálního občanství a racionalitou (srov. kapitola 2.6.) v prostoru zdravotnictví a péče. „Ekonomika ve zdravotnictví je trochu jiná. Chcete aby Vás léčili jen pokud bude stoprocentní jistota návratnosti vynaložených prostředků?“ (1258), ptá se jeden z diskutujících. Jiný podotýká ve stejném duchu: „stát by měl investovat do péče o tyto lidi, i když se mu to nevyplatí“ (1113). „Léčba“ a „péče“ je v těchto příspěvcích vnímána spíše jako podpora, jako princip, spíše než oddělený akt, který by měl mít nějakou tržní hodnotu. Je to něco přirozeného a lidského nezištně podporovat druhé. Principem je tu interdependence mezi lidmi jako přirozený stav, není nutné přispívat, abych mohl získávat (občanství – interdependence). Není správné kalkulovat návratnost vynaložených prostředků.

### **5.2.1. Komodifikace péče**

V této kapitole analyzuji výroky, které viní za současný stav finanční situaci. Toto téma vnímám jako citlivé. Ve své běžné praxi se setkávám na školeních a vzdělávání různých aktérů působících v oblasti sociálních služeb s opakovaným rozhořčením nad aktuální situací, nad nedostatek personálu, omezující možnost individuální práce. Lidé vyjadřují někdy doslova zoufalství nad tím, že by chtěli práci vykonávat lépe, ale skutečné provozní podmínky jim to nedovolují. Z dosavadních zkušeností ale zjišťuji, že téměř vždy je možné udělat nějaké pozitivní kroky i bez patřičných zdrojů, často záleží na managementu a orgánech s rozšířenou působností výkonu státní správy, ale i na personálu, jestli přijme nové principy podpory.

V diskusích se velice často opakuje stížnost na nedostatek financí (a personálu, což s tím souvisí). Ten má jistě do značné míry reálný základ. Argument nedostatku financí může být ale i zneužíván k obhajování zachování stávající praxe. Dochází k vytváření rovnítka mezi penězi a kvalitou podpory. Ale kvalitní podporu zdaleka nezaručí pouhé navýšení finančních prostředků. Systém a forma poskytování služeb, vzdělávání pracovníků a další aspekty jsou minimálně stejně důležité. Proto je tato podkapitola nazvána „komodifikace péče“. Popisuje stručně argument, který slibuje za více peněz více „citu“, více podpory, vyšší kvalitu. Cílem je upozornit, že peníze nejsou jediným činitelem.

V diskusích se hovoří o tom, že lidem v „kleci“ nelze pomoc, protože na to nejsou peníze, i přesto, že je to „nelidské“ (0467) –(lidskost je tak závislá na penězích!). Kritizovat je třeba podle tohoto přístup zejména tento nedostatek peněz (0616), ten je důvodem toho, že neexistuje skutečná reálná alternativa ke klecovým lůžkům (1185). A co víc, nedostatek financí činí práci v této oblasti „náročnější“ a „obdivuhodnější“ (0467). A jak argumentují dále, atributy práce s lidmi s mentálním

znevýhodněním/duševní nemocí jako je „náročnost“, zapadají do konceptu izolace a vyhýbání se (srov. 5.5.).

Aspekt peněz je tak zcela jistě důležitý, ale neměl by být vnímán jako jediný a klíčový rozměr celé problematiky. „Nikdo se nemůže vymlouvat na to, že na lidský přístup nejsou finanční prostředky a dostatek kvalitních pracovníků, všechno je v lidech a cit k nim se na žádných školách neučí, to musíte mít v sobě, vážení“ (1862). Cit by neměl být vyvažován penězi. „Lidský přístup“, o kterém se hovoří v předcházejícím příspěvku, je ale opět jen jednou částí skládky. Jak uvidíme dále, je důležité ho doplnit i o profesionální vzdělání. Právě „cit“ a „profesionální“ (která je úzce spojena se „vzděláním“) jsou odpovědi na argumenty o nedostatku peněz. Jedná se o důležité termíny v oblasti poskytování „péče“, nebo „podpory“ (srov. Kopřiva, 2006; Úlehla, 2005). Blíže se k této otázce vrátíme v kapitole 5.5.

### **5.3. Odpovědnost**

S distribucí finančních prostředků souvisí do značné míry i otázka odpovědnosti. Lidé budou podporovat a vyžadovat investici peněz do sociálních služeb pouze v případě, pokud budou vnímat odpovědnost za situaci lidí v ústavech a „klecích“, pokud je budou vnímat jako své spoluobčany. Cílem této podkapitoly je zachytit, jak se v diskusích řeší otázka odpovědnosti. Nejde tady ani tak o to, zachytit kdo je podle diskutujících zodpovědný za současný stav, ale kdo a proč by měl tuto problematiku řešit a přijmout ji jako vlastní, kdo by měl ideálně cítit zodpovědnost. Protože teoretickým podtextem a zrcadlem v této práci je občanství jako inkusivní koncept, je potřeba alespoň stručně nastínit, jak zřejmě vnímají implicitně a někdy i explicitně tuto inkusivitu diskutující. Inkusivitu ve smyslu zodpovědnosti, ne ve smyslu identifikace. Linie mezi odpůrci a zastánci klecových lůžek je často vedena tam, kde začíná a končí schopnost identifikace s člověkem v „kleci“, jako se sobě rovným, jako se spoluobčanem, nebo alespoň člověkem. Nyní se pokusím analyzovat snahy diskutujících definovat relevantní odpovědné aktéry v procesu péče o lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí a jejich kompetence. Pozornost je při tom zaměřena na pojmy rodiny a státu. Opět se tedy vracíme k pojům, které nám vykrystalizovaly referenční v otázce zodpovědnosti v kapitole 5.1.6. Tam bylo vše vyjádřeno v prostorových pojmech, člověk je buď umístěn v ústavu, léčebně, či „kleci“, nebo je nutné vzít ho k sobě domů. Pokud nemá odpovědnost stát, musí ho mít jedinečně rodina.

Podle mnoha diskutujících je zodpovědným činitelem rodina. Ta má za člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí primární zodpovědnost. Někteří diskutující doslova obviňují rodiče, že pokud si takovéto dítě pořídili, měli by se o něj také sami starat (0128, 0281, 0312, 0477,

1678)<sup>37</sup>. Jiní diskutující jsou mírnější a apelují na stát, aby zařídil rodinám dostatečný přísun financí na péči o svoje děti a oni se o ně tak mohli starat (0385), nemusel by pak řešit problémy spojené s ústavou (0447)<sup>38</sup>. Důvěru v rodinu jako jediného možného zachránce od „klece“ a od systému vystihuje příspěvek diskutujícího s nickem „m“. Ten píše: „tady mi scházejí slova, ale asi by mohla pomoci jenom rodina“.

„Neosobní“ profesionální systém sociální péče, jehož erbem je v tomto kontextu klecové lůžko, nemá důvěru. Stát je jako zodpovědný zmiňován zejména v kontextu nedostatečného finančního a právního zajištění pro poskytování péče. Nezajišťuje dostatečný finanční příspěvek a benefity pro lidi, kteří chtějí pečovat doma o blízkou osobu (0551), jedná ukvapeně a nedomyšleně (1454) a není schopen zajistit finance, vzdělávání a kontrolu (2428). V neposlední řadě nezajišťuje dostatečně specializovanou péči (např. 1817 – nedostatek specializované péče pro lidi s autismem)<sup>39</sup>.

Problémem na této úrovni je zdá se odosobnění člověka, jako uživatele státních služeb. Schopnost ústavní péče „vykořenit“ člověka mimo běžný život společnosti někdo vítá, jako nezbytnou schopnost plynoucí z povahy znevýhodnění, které je potřeba takto oddělit. Někdo s ní nesouhlasí a alternativu vidí především v rodině. Opět ale téměř chybí vize služby, vize profesionální podpory doplňující podporu běžné komunity. Sociální služba v komunitě je na pomezí mezi státem a rodinou a měla by umožnit svému uživateli využívat obou zdrojů pro zajištění plnohodnotného života. Nemělo by pak docházet k závěrům, jaké popisuje následující kapitola.

### **5.3.1. „Klec“ – nejlepší řešení**

„Klece“ se zdají diskutujícím jako lepší než metody používané jinde, a to kurtování k posteli, nebo zvýšená medikace (např. 0209, 0219, 1123, 1294, 1367, 2697, 2802) (srov. kapitola 4.2.). Zajímavé jsou ale důvody a argumenty, které uvádějí obhájci „klecí“. Jedním z opakujících se zdůvodnění je to, že člověk v „kleci“ není nadopovaný léky a dá se s ním tedy pracovat (0496), má na rozdíl od kurtování, nebo nevyhnutelném „předávkování“ léky možnost se alespoň trochu hýbat (0751), navíc v „kleci“ není zbaven možnosti si hrát, otáčet se za zvuky, není z něj apatická živá

---

<sup>37</sup> Tyto příspěvky zdá se odrážejí podloží eugeniky obsažené v naší kultuře a moderní společnosti obecně (více o tom viz teoretický úvod této práce, zejména kapitola 2.9.)

<sup>38</sup> Problematickým předpokladem je opět opakující se úvaha, že se rodina s dostatkem peněz bude o jedince starat doma nepřetržitě. Opět chybí v nabídce možností sociální služba, zajišťují služby v komunitě a podporující kontakt s rodinou a blízkými.

<sup>39</sup> Po schválení zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. se situace jistě v mnoha oblastech začala zlepšovat, ale z vlastní praxe vím, že většina problémů stále přetrvává, tak i stále platí, že chybí dostatek specializované podpory pro lidi s autismem.

mrtvola (1623). Člověk v „kleci“ tedy nemá vymazaný mozek léky (1367), po kterých by o sobě nevěděl (1897). „Klece“ jsou prostě nejlepší a není třeba hledat komplikace za každou cenu (2697). A ve chvíli, kdy jsou „klece“ nejlepší, není potřeba v umístování lidí do „klecí“ nic hrozného (2726 – 2727).

Porovnejme nyní argumenty pro „klece“ s popisem lidí v „klecích“. „Klec“ je na jedné straně popisována jako absolutní marnost, konec světa (viz kapitola 5.4.3.), na druhé straně jako nejlepší možný způsob zacházení s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Argument prostoru a možnosti se otáčet za zvuky je popisován jako výhoda proti lékům a kurtaci (u které se zřejmě předpokládá, že je velmi dlouhodobá) (0925). V „kleci“ má větší šanci přežít (1629). Člověk v „kleci“ není „apatickou živou mrtvolou“ (1623), „ví o sobě“ (1897)<sup>40</sup>. Tento argument je obzvlášť zajímavý ve srovnání s argumentem, který hovoří o beznadějných případech (2060), nebo o lidech, kteří stejně nevnímají co se s nimi děje (např. 2602), takže mohou být v „kleci“. Při obhajobě „klecí“ jak vidíme, padají někdy argumenty opačné argumentům o marnosti. „Klec“ umožňuje, aby byl člověk při sobě, při vědomí, je může se v „kleci“ otáčet, může se s ním pracovat. „Klec“ je jeho bezpečné místo, místo kde je chráněn jak on před okolním světem plným nebezpečí, tak i svět před ním a jeho nerozumnými činy. Omezení prostoru pohybu tak nakonec dává podle tohoto argumentu více „prostoru“ pro práci s člověkem a více výhod v tom, že ho není potřeba tolik omezovat na mentální a psychické úrovni.

Faktem ale zůstává, že paní, o které je článek, je v „kleci“, dostává zároveň silné léky a ve své „kleci“ nemá žádné podněty a personál hovoří o tom, že nemá čas s ní pracovat. Problémem je systém péče a nedostatek vůle ke změně. Existují jiné lepší možnosti, diskutující ale při obhajobě „klecí“ účelově porovnávají „klece“, kurtace a medikaci a diskutující s nickem „frisk“ tak může dojít k následujícímu závěru: „Nechápu kde je problém, klece jsou nejlepším způsobem, jak tento problém řešit. Až někdo vymyslí lepší způsob, ať pak klece vesele zmizí.“ (1123). Nebo také: „Je sice hrozné, že tyto lidi musí žít zavření v „klecích“, ale co jiného s nimi dělat?? Rodina je nechce, ústavy nejsou schopné se o ně jinak postarat. To ty lidi mají vyndat z „klecí“ a poslat je žít normální život? Nebo je nadopovat práškama a nechat je prožít život v naprosté nevědomsti??“ (1698).

„Klece“ se tu tak ukazují jako nejlepší řešení. Jsou popisovány jako vlastně „nejhumánnější“ alternativa z nabízených. „Normální“ život, jak jsme viděli výše (např. kapitola vinna a nevina), žít nemohou. Rodina selhala a ústavy rovněž. Ideálním místem se tedy zdá být pro tyto diskutující „klec“.

---

<sup>40</sup> Výzkumy ukazují, že po odstranění klecí s ústavů, se nezvýšila medikace, jak často argumentují diskutující, naopak se spíše snižuje (srov. <http://www.kvalitavpraxi.cz/co-je-noveho/snizovani-poctu-klecovych-luzek-nezvysuje-medikaci-neuroleptiky.html> [naposledy navštíveno 23. května 2011]).

## 5.4. Stigmatizace

„Klec“, stejně jako ústav, vytváří prostor stigmatizace a izolace. Nese sebou specifickou symboliku, kterou přenáší na své obyvatele. „Klec“ připomíná vězení. Mříže, přitahují mříže (0853). Pro některé připomínají obrázky paní v “kleci“ obrázky z americké vojenské základny Quantanamo (0049). Jiní hovoří o tom, že lidé v “kleci“ jsou „nevinní“ a „a zachází se s nimi stejně, ba možná hůře, než s vězni v nápravných zařízeních.“ (0106). Mají přece právo mít podmínky alespoň jako vězni (2208) – viz kapitola 5.1.3. Objevují se konotace s „totalitou“ a „minulým režimem“, kdy „do tech kleci zavírali vsechny nepohodlné lidi“ (1791). Někteří diskutující jdou ještě dál do minulosti a hovoří o středověkých praktikách (2085). Tento konotační potenciál pojmu „klec“, který vyvolává pohoršené reakce, ale nemá zdá se dostatečnou sílu a dostatečné zastoupení.

„Klec“ má totiž, stejně jako ústav, schopnost ospravedlňovat svou existenci a svou funkci. V diskusích se to ukazuje na příspěvcích typu: „Zrusit klece je samozřejmě libivá proklamace. Ti lidé jsou tam z určitých důvodů a je otázkou, zda je lepší aby ublizili druhým nebo sobě. Já se domnívám, že ne.“ (1055). Nebo také: „Ty lidičky tam jsou z nějakého důvodu (sebeпоškození, ubližování ostatním, ničení majetku), při volném pohybu by musela být věnována neustálá pozornost jen této jedné osobě, na to však není dostatečný počet pracovníků, jelikož v ústavu je větší počet postižených osob.“ (0939). „Klec“ tak existuje z důvodů nebezpečnosti lidí v ní. Lidé v ní jsou nebezpeční, jsou tam z nějakého důvodu. V “kleci“ mohou vypadat divoce a nebezpečně, „klec“ jim dodává konotace kriminality, zvířecosti atd. Jakoby tento výrok svým způsobem říkal: „Když jsou v kleci, tak jsou nebezpeční.“ „Klec“ je tak schopna vytvářet i vinu člověka, který je v ní umístěn.<sup>41</sup> Dochází zde k převrácení příčiny a následku (Bourdieu: 2000: 11). Na tomto příkladu lze dobře demonstrovat, jaký účinek má předem přednastavený materiální a procesní systém, v tomto případě systém péče (Erevelles, 2002: 2, 18). „Klec“ konotuje kromě „bezpráví“ (těchto konotací využívají odpůrci klecových lůžek – viz výše v této kapitole) také „agresivitu“, která musí být pod kontrolou. Člověk může být „usvědčen“ z agresivity jen proto, že je v “kleci“.

---

<sup>41</sup> V diskusích také existují „opačné“ a pro autora více přijatelné názory, které tvrdí, že popisované chování (např. sebeпоškození, ubližování ostatním, ničení majetku) (0939), jsou důsledky právě pobytu v kleci (např. 0601, 1028, 1600, 1489). Za všechny jeden příklad: „Je to strasne, ale ti mentalne postizeni jsou take jenom lide a bez jakékoli stimulace zblbne úplne kazdy, natoz jeste pod sedativama.“ (0783).

### 5.4.1. Vina a nevinna

Podle některých diskutujících jsou lidé v “kleci“ nevinní, přesto jsou na tom hůře než vězni<sup>42</sup>, kteří jsou vinni (např. 0106). Obhajoba lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jako nevinných spočívá především v tom, že nemohou za svoji situaci. Diskutující hájící jejich nevinnost mají větší tendenci identifikovat se z jejich situací. Hovoří o tom, že se něco takového může stát každému (např. 0106, 0133, 0168, 0256, 0380, 0643, 0783, 2261). Někdy jsou podle nich agresivní a zmatení (2532), ale jsou to lidé jako my (1555) a nezaslouží si být přirovnávání ke zvířatům (1600). Svůj stav si nevybrali (1273) a nemohou za to, že si na sebe nemůžou vydělat (1882) (srov. kapitola 5.2.).

Podle jiného přístupu, jsou lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí předem vinni potenciálem své nemoci. Symptomatické popisy jejich nemoci stačí některým diskutujícím, aby ospravedlnili jejich pobyt v “kleci“. Jsou v “kleci“ správně, protože podle diagnózy jsou schopni agrese, i když nezáměrně podle tradičních měřítek (např. 0066, 1217). Lidé za mřížemi nejsou nevinní, nejsou ale ani přímo vinni. Vinna je jejich diagnóza. Zdá se, že se pohybují jakoby mimo systém viny a nevinny. Podle diskutujících schopni ublížit a necítit vinu (0066). Pokud něco způsobí, není jasné, kdo by za jejich činy měl nést zodpovědnost (2865). Oni vinni nejsou, protože se sami nekontrolují. Pokud někomu ublíží, tak je to nevědomě (0462). Nefunguje tu předpokládané propojení mentálního znevýhodnění/duševní nemoci s kriminalitou jak o něm hovoří Carlson (viz kapitola 2.3., str. 15). Očekává se, že by na svobodě mohli někomu ublížit, ale nevědomě, nezáměrně. Nejsou tak „kriminálníky“ ve smyslu záměrného porušování zákona. Jejich „vinnou“ je ale znevýhodnění, které je zbavuje kompetence, autonomie i racionality (Erevelles, 2002: 7). Přetrvává diskurs strachu ze ztráty kontroly nad chováním lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, které je z definice iracionální (srov. kapitola 2.9. a kapitola 2. 7).

Podle názoru některých diskutujících tak není správné mít výčitky svědomí, nebo se pohoršovat nad umístováním lidí do malých „klecí“. Tito lidé nejsou v kompetenci práva. Právo se na ně nevztahuje, nemohou být trestáni, nemají ani lidská práva. Nejsou součástí společenské smlouvy. To, že nemohou být vinni, nemohou reálně nést zodpovědnost, je rovněž umísťuje mimo systém, mimo společnost. Počátky trajektorie, která vede k tomuto přístupu, byly popsány v kapitole 2.9. Medicínská řeč diagnóz umísťuje člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí mimo koncept spravedlnosti (Sullivan, 2005). Člověk s mentálním znevýhodněním/duševní

---

<sup>42</sup> To, že klece konotují vězení a vězení konotuje vinu, je možné vyčíst z příspěvku nicku „Jára“. Ten autorům článku vyčítá titulek článku „nevinní za mřížemi“ s tím, že nehovoří přece o „Kájínkovi“ (0056). Článek má ale zcela jiný titulek a o vině, nebo nevině nehovoří. „Járovi“ zdá se vadí aplikace morálních standardů na lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Více viz dále v této kapitole.

nemoci v “kleci“ (nebo v ústavu) je tu vnímán jako ze své podstaty odlišný typ (srov. Carlson, 2005). Jeho nemoc možná neznamená nutně vinu, jeho nemoc znamená především odlišnost. Tyto nálepky a diagnózy, které předpovídají budoucnost člověka a navíc postihují celou oblast jeho života, (říkají, že diagnóza je určujícím prvkem osobnosti člověka) pak ospravedlňují uzavření v “kleci“ pro jistotu (neustálá potenciální přítomnost záchvatu) a bez podnětů (nejsou potřeba, protože stav je trvale špatný). Jde tady přesně o izolaci z důvodů nekompetence se podílet na participaci (Erevelles, 2002: 7).

V konceptu liberálního občanství (viz. kapitola 2.7..) existuje pouze zcela autonomní subjekt, který jedná kompetentně a racionálně a pokud tak nejedná pochybil, provinil se proti smlouvě a je potrestán. Autonomie, kompetence a racionalita jsou v tomto pojetí nezbytnou podmínkou schopnosti abstrahovat se od svého těla, ovládat sám sebe z pozice jakéhosi „neutrálního“ subjektu (Barša, 2002: 35, kapitola 2.7.). U člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí vládne v této perspektivě tělo. Tělo navíc řízené absolutní iracionalitou. Takový člověk nemůže být z definice autonomní. Lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí nemohou tedy z definice dosáhnout postavení morálního subjektu<sup>43</sup> (Bourdieu, 2000: 80). Jsou jeho extrémním opakem, opakem „cogito ergo sum“, popřením tohoto výroku (srov. Erevelles, 2002). Připomeňme si, že člověk s mentálním znevýhodněním je definován podobně jako sama nekompetence – v diskursu je obrazem nekompetence (srov. s Carey, 2003: 415).

Důvodem odkázání do „klece“ je i absence komunikace. Jeden z diskutujících, který o sobě tvrdí, že je slepý a dlouhou dobu se zastává práv lidí se znevýhodněním, nakonec definuje své hranice v obžalobě klecových lůžek zcela jasně: „Pokusil jste se paní Libuše, přes růžové mříže, zeptat na to, jak se paní jmenuje? Pokud ano, napište nám, prosím, jaké byly vaše vzájemné reakce a jak rozhovor probíhal. Nerad bych totiž obhajoval ztracené případy, však si můžete vyjet mojí historii v tomto fóru. Děkuji.“ (2060). Pokud by paní Libuše v “kleci“ nekomunikovala, nebo komunikovala nevyhovujícím způsobem, jedná se o ztracený případ. Z formulace textu se navíc zdá, že si diskutující s nickem „analyzer“ skoro ani nedovede představit, že k žádnému rozhovoru nemuselo dojít. Nemá zřejmě ponětí o specifikách alternativní komunikace. Pro každého člověka s potížemi v komunikaci, se často musí vymyslet jeho speciální způsob komunikace, kterému se musí učit jeho okolí i člověk sám (Slowik, 2010). Jednak sám redaktor pravděpodobně nevěděl, jak paní v “kleci“ komunikuje, jednak to dost zřejmě nevěděl ani personál. Pokud jí nechávali zavřenou v “kleci“, zřejmě se jí a ni nevěnovali jinak, aby s ní nacvičovali alternativní komunikaci.

---

<sup>43</sup> To je patrně i důvodem, proč v celé diskusi absentuje téma „hrdinství“, které je častým tématem v diskursu znevýhodnění. Podle příběhu „o hrdinství“ jedinec se znevýhodněním překonává své znevýhodnění, které je jedinou vinou jeho problémů a „diskriminace“. Společnost je většinou v těchto příbězích popisována jako bezproblémová, vstřícná a inklusivní (Longmore, 1987:72).



Pokud by tedy paní Libuše skrz mříž neřekla něco okamžitě pochopitelného a srozumitelného, „analyzer“ by jí označil za beznadějný případ. Navíc by si představoval konstruktivní rozhovor. Tento požadavek je možné interpretovat opět tak, že „analyzer“ je schopen připustit, že „klec“ je nástrojem bezpráví, ovšem jen do té míry, pokud je schopen vnímat člověka uvnitř jako vlastně „zdravého“, tedy racionálního a kompetentního alespoň formulovat své zájmy (srov. například kapitola 2.7.). Pokud, ale člověk není schopen vést rozhovor, čili i normálně vnímat a komunikovat, stává se z něj ztracený případ, který do „klece“ prostě patří a nezaslouží si obhajobu (srov. 2060). Je to test občanství. Pokud ale vezmeme v úvahu, že „řeč znevýhodnění“ (nebo nemoci) je vždy uchopována a definována diskursem „normality“ (srov. Foucault, 1994a), nelze očekávat, že by v něm člověk definovaný jako mající mentální znevýhodnění, nebo duševní nemoc mohl mluvit „správně“ a „plnoprávně“.

#### **5.4.2. Schopnost identifikace**

Důležitým dělicím bodem je zda vnímají diskutující vyloučení lidí umístovaných do klecových lůžek jako vyloučení „typické“, nebo vyloučení „jiného typu“. Pokud ho vnímají jako „typické“ vnímají i klecové lůžko jako nástroj bezpráví a identifikují se s člověkem v něm pobývajícím. Pokud ho vnímají jako vyloučení „jiného typu“, odvolávají se většinou na předpokládanou agresivitu lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí a chápou je jako pohybující se v „jiném“ světě mimo vinu a nevinu. Schopnost představit si, že se něco podobného může stát i mně samotnému tvoří jeden z hlavních mostů k lidem v „kleci“. Za všechny uvádím jeden příklad:

„Proberte se lidi, nikdy nevíte co by se mohlo stát a v takové kleci by jste mohli zkončit třeba zrovna vy a pak by o vás nějaký alibisticky pokrytec prohlásil, že stejně nevíte co se svami děje, tak je to jedno, ano a malem bych zapomněla na otázku: „Kdo to má platit?“ Mohl by to platit ten, kdo není zavřený v kleci, tedy zatím!!“ (380). Dále srov. např. (711, 1429, 1479). Pokud se ale diskutující s uživateli neidentifikují, převládne tragický přístup.

#### **5.4.3. Tragika**

„Klec“ je místem tragiky. Tím, že je tématem diskusí klecové lůžko, tedy nástroj určený ke zvládnutí krizových situací při atace nemoci, diskutujícím si zřejmě snáze představí „nejtěžší případy“. V diskusích je často tematizována tragika znevýhodnění a nemoci. Někteří diskutující hovoří o tom, že nejlepší alternativou pro adepty na „klec“ je podle nich smrt<sup>44</sup> Příčinu tohoto

---

<sup>44</sup> Stejně tak být na tom sami tak, že by měli být umístěni v kleci, raději by volili smrt: „pokud bych byl někdy natolik poskozen ze bych už nebyl osobností a člověkem volil bych raději odchod z tohoto slzavého údolí, nebo co navrhuje?“ (0726)

uvažování jsme již nastínili v kapitole 2.4. v teoretickém úvodu práce. Diskutující hovoří například takto: „Možná se to zdá nehumánní, ale tyto případy bych vůbec nenechal zajít tak daleko. Se svolením rodiny injekci, bez svolení klec + příspěvek rodiny. Ale je to můj názor, každý má vlastní.“ (0128). Dříve by podle některých názorů byli z těchto lidí bezdomovci pro smích, nebo by byli svrženi ze skály (0771). Je smutné, že jsou nyní zavíráni do „klecí“, ale nutné (2865, 2438), nebo nezměnitelné (2213). Jiný diskutující to vyjadřuje takto: „Tito postižení lidé jsou na sto procent chudáci a je mi jich líto. Ale podle mě, je jim určitě úplně jedno, co se kolem nich děje a pokud u nich nejsou vyhlídky na změnu jejich stavu, jediné smrt (je to hrozné, já vím) je jejich vysvobození.“ (0281). Znevýhodnění je často zmiňováno v tragických kontextech, je metaforou tragédie (Shakespeare, 1999: 59). Jediným racionálním řešením je podle této logiky smrt, po které nevyhnutelně vnitřně touží i sám postižený (srov. Longmore, 1987: 70). Protože však lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí není připisována schopnost neutrálně z odstupu posoudit situaci (srov. kapitola 5.4.1), nepředpokládá se u nich ani touha po smrti, prostě proto, že si ani neuvědomují co se s nimi děje (504, 2602). Opět se zde popisují jako „pouhé“ tělo, pouhá materie, pouhá hmota. Neví co se kolem nich děje, a je jim to podle tohoto názoru jedno. Diskutující ale tragičnost jejich situace vnímají. Někteří proklamují, že stát se to jim, tak by vlastní postižené dítě zabili (0649), nebo pokud by byli na umístění v „kleci“ a byli dostatečně „při smyslech“, tak by se zabili sami (0726).

Objevuje se ale i kritika tohoto tragického přístupu: „Taky se mi nelíbí jak se nekteří vyjadřují o těchto lidech jakoby to byly malé zrudky bez osobnosti, zajmu, citu, fantazie, jejich život nemá žádný smysl a čekají jen na smrt - namísto lidské bytosti se všim všudy“ (1887)<sup>45</sup>.

#### **5.4.4. Druhá strana „klece“**

Viděli jsme tedy, že mentální znevýhodnění/duševní nemoc je pro diskutující často něčím tragickým, co by se mělo eliminovat a, nebo skrýt. Zároveň je také něčím paradoxním, definujícím svou podstatou význam správného a žádoucího (viz kapitola 5.4.1.). Vnímání hraničnosti pojmu znevýhodnění/nemoci je možné pozorovat i v jiných typech vyjádření diskutujících. Prostor uvnitř „klece“ je symbolem absolutní prázdnoty, vyplněný jen nesmyslným světem jejích obyvatel a zároveň je místem, kde je zvnějšku vykonáván dozor, symbolickou výlohou potvrzující jinakost a vzdálenost člověka uvnitř. Důkaz toho, že diskutující mají často v povědomí obraz člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jako hraniční a symbolickou entitu je možné nalézt například v tom, jak se jednotliví diskutující navzájem často „zavírají do klece“ a posílají tam některé politiky a jiné známé osobnosti. „Jít do klece“ při tom znamená „odejít mimo“.

---

<sup>45</sup> Srov. dále např. (0858, 0843.)

O životě v „kleci“ si diskutující nemyslí nic pěkného. Někteří snad sarkasticky (0111), jiní zřejmě vážněji (1678) hovoří o lepší variantě – okamžité popravě, hovoří o marnosti (1263) a pokud by se to mělo stát jim, tak si přejí raději o sobě nevědět (2721). „Klec“ tedy není příjemné místo pro pobyt. Je spojeno s tragikou života. Je to skutečné odkladiště.

Diskutující se během konverzace často posílají navzájem do „klece“, případně tam posílají politiky i celé vlády. Jejich záměrem je bezpochyby se navzájem urazit. V debatě jde i o to, zpochybnit zdraví rozumu druhého člověka, zpochybnit to, co říká (2392) (ponižující je hovořit o práscích a plenkách (1214) – což opět odkazuje k nezvládnutému tělu (viz kapitola 2.5.)). Zpochybnění kompetencí politiků a jejich ponížení se děje rovněž skrze odkazování do „klece“. To opět poukazuje na to, že „klec“ je vnímána jako odkladiště (srov. kapitola 5.1.1.), zároveň ale vypovídá o tom, že tito diskutující mají specifický názor o lidech, kteří v těchto „klecích“ doopravdy jsou. Jsou symbolem urážky a ponížení.

Některé příspěvky, které ironizují snahu odpůrců „klecí“ a ve snaze přehánět vykreslují to, co je „normální“ a co rozhodně nenáleží lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Nenáleží jim „luxusní střešní byt, vybavit ho elektronikou a nábytkem v současném trendu, slušné auto a odborně vyškolená sestřička. K tomu várnici dobrého čaje a čas od času objednat nějakou specialitku na zub.“ (0118).<sup>46</sup> Navíc místnost 4x4 metry nemají podle jiného názoru přece často ani ti co pracují (1827).<sup>47</sup> Lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí nenáleží běžný život s podporou. Taková představa je v textu popisována jako povedený vtip. Lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí podle tohoto názoru patří do „klece“. „Klec“ je pak protikladem normálního života, titulů, funkcí a také kvalitního života. Důvodem je opět popsaná nekompetence, neautonomie a iracionalita (kapitoly 2.5., 2.7., 5.4.1.).

Lidé v „kleci“ jsou také asexualizovaní, nemají žádnou sexuální identitu. V diskusi zcela absentují témata sexuality. V celé diskusi je jediná zmínka na toto téma. „A už poslední reakce a dost ostrá a s nadsázkou, snad to redakce nesmaže. Ukázat jí, co je to sex, co vy na to? Mohla by si dost dobře užít, třeba to vůbec nezná“ (2045). Diskutující s nickem „Analyzer“ sám reflektuje, že vstoupit na půdu sexuality ve spojení s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí je na hranici snesitelnosti. Říká, že si je vědom, že jeho reakce je „dost ostrá“ a mírní jí tím, že proklamuje, že ji uvádí „s nadsázkou“. Zároveň dokonce projevuje obavu, aby jeho příspěvek nesmazala redakce (sic!). Hovořit veřejně o sexualitě lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí je zdá se obrovské tabu. Znevýhodnění/nemoc připravuje člověka nejen o status občanství a tím i o plnou lidskost,

---

<sup>46</sup> Podle jiného příspěvku nepatří tito lidé do „Národního“ (0716).

<sup>47</sup> Jakoby zde šlo pouze o prostor a jediným problémem klece byl jeho nedostatek, jako by to byl pouze malý pokojíček, kam se chodí jeho obyvatel večer vyspat.

ale také nejsou vnímáni jako sexuální bytosti (Longmore, 1987: 72). Je potřeba jim teprve ukázat, co je to sex, jak píše „Analyzer“. V jiných kontextech bývá znevýhodnění zobrazováno v kontextech deviantního sexuálního chování, nebo sexuální poruchy (Longmore, 1987: 72). To se však v diskusích neobjevuje, i když by se to dalo očekávat, protože sexuální poruchy (parafílie) jsou celou jednou částí Mezinárodní klasifikace nemocí podle WHO a lidé s touto diagnózou jsou i v psychiatrických léčebnách. Náznakem může být následující příspěvek, kde je nastolována metafora mezi kastrací devianta a izolací člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí v „kleci“: „To je pro mě něco jako, že devianty kastrují, aby předešli tomu, že někoho znásilní. Život v „klecích“ je podle mě hlavně kvůli bezpečí těch lidí samotných.“ (2727). Tento příspěvek je ale zajímavé z jiného úhlu pohledu. Sice explicitně nařiká, že člověk je v „kleci“, protože je deviantní. Říká ale něco jiného. Umístění do „klece“ je tu popisováno jako kastrace, tedy jako metaforické odsexualizování člověka. „Klec“ je to, co činí člověka v ní jedincem bez sexuality. V prázdném světě za mřížemi „klece“ tedy „chybí“ i sexualita. Je to nástroj kompletní separace a jak jsme viděli i ochrany člověka před sebou samým, tedy i před vlastní sexualitou.

## **5.5. Práce**

### **5.5.1. Znevýhodnění jako zdroj reálnosti a iniciace pravdy**

Zkušenost má v diskusích velkou autoritu a práce s lidmi se znevýhodněním má zvláštní status. To je umožněno nedostatečnou informovaností diskutujících (viz. níže). Je to přístup zřejmě blízký principu, který vkládá veškeré kompetence do rukou „odborníků“, je ale v něčem zcela specifický. V argumentaci diskutujících zastánců klecových lůžek a tzv. „realismu“ proti „pseudohumanistům“ (viz. Kocman, 2008) se objevuje dělení na binaritu „činů“ a „slov“. „Realisté“ uznávají praxi a zkušenost. Ač většinou práci s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí nevykonávají, jsou přesvědčeni, že praxi dobře znají. Zároveň často postulují následující „logickou“ souslednost. Podle ní, pokud člověk kritizuje současnou situaci, je pravděpodobně idealista, který ale nezná současnou praxi. Klíčovým argumentem je to, že práci sám nikdy nedělal (i když oni sami, jak už bylo řečeno, ji sami taky ve valné většině zřejmě nedělali), tudíž nezná „pravdu“ pramenící z „reality“ (jednak praxe – finance, nedostatek personálu, náročnost, za druhé „šílenství“ – definovaného jako patologické, neměnné, fatální, nebezpečné atd.). Je to další způsob hájení státu quo a statiky vůbec (viz kapitola 4.2.).

Jelikož sami „realisté“ praxi v drtivé většině nemají, je důvod jejich lpění na praxi zvláštní. Domnívám se, že to úzce souvisí s jejich pojetím práce v přímé péči. Tito diskutující („realisté“)

totiž neustále vyzdvihují práci lidí v přímé péči, mluví o tom, že tito lidé se v podstatě obětují, vykonávají nebezpečnou a marnou práci za malé peníze, dělají to v podstatě jako oběť pro společnost, do jisté míry, nebo také jako duchovní poslání.

Svým způsobem si tak vytvářejí dokonalé alibi. Dotváří tak kompletní obraz péče, který je izolující, protože klienti jsou nebezpeční a nesamostatní, bez šance na zlepšení, nikdo se o ně nechce proto starat, a proto ti co to dělají, zaslouží pochvalu, a to v podstatě za to, že udrží problematiku za zdmi ústavů a mřížemi „klecí“. Tam je jejich poslání, jejich odbornost, vzešlá s praxe s kontaktem s klienty, spojená s diagnostickou mocí lékařskou. Proklamovaná iniciační povaha setkání se znevýhodněním pak může odkazovat k jakémusi „zposvátnění“ tohoto typu práce. Lidé v přímé péči jsou pak popisováni jako oběť, nenároční, duchovně založení apod. Příkladem může být tento příspěvek: Nick „Cairon“: „Skutečně někdo z nich v těchto ústavech byl? Má vůbec představu, jak to tam chodí? Pánové a dámy, jinak to prostě dělat nejde. A pokud si myslíte že ano, prosím... seberte veškerou svoji chytrost a nastupte se předvést. Můžeme být vůbec rádi, že jsou mezi námi tací, co tuto práci vykonávají“ (1776).

V textu se většinou nerozlišuje, jestli se jedná o sociální práci, nebo práci zdravotnickou, nelze příliš vystopovat, podle čeho jednotliví diskutující rozlišují a hovoří buď o ošetřovatelkách, vychovatelkách, zdravotních sestřích apod. To má i výpovědní hodnotu o informovanosti veřejnosti o této oblasti a přehlednosti, která v této oblasti v souvislosti s resorty a typy zařízení a diagnózami existuje. V následující části jsou krátce představeny různé pohledy na práci s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, které byli rozlišeny v rámci primárního materiálu internetových diskusí. Každý ze čtyř přístupů, čtyř kódů, je posouzen prizmatem dělení „pozice vs. personál“. Toto dělení bylo zvoleno pro přehlednost, kterou nabízí. U každého kódu je zjišťováno, jak je v jeho rámci vnímána a jaká důležitost je přikládána pracovní „pozici“, jako strukturálnímu prvku nesoucímu určitá specifika, kladoucí určité požadavky na jedince, který tuto pozici zastává. Druhou kategorií odlišující jednotlivé kódy je „personál“. V tomto bodě se ptáme, jaká zodpovědnost je kladena na pracovníka jako na osobnost, jak je z pohledu toho kterého kódu hodnocen jednoduše buď jako „dobrý“, nebo jako „špatný“.

### **5.5.2. Duchovní práce**

Jeden úhel pohledu v diskusích popisuje tuto práci způsobem, pro jehož označení jsem zvolil pojem „duchovní“. Hovoří se o tom, že výkon této práce obsahuje hlubší rovinu, než jak je tomu u většiny jiných povolání. Pokusil jsem se z diskuse vybrat ty příspěvky, které hovoří o práci s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, jako o něčem výjimečném, vyžadujícím speciální přístup a také speciální vlastnosti, hodnotový systém a osobnostní rysy u pracovníka.

Diskutující hovoří o tom, že pracovníci zaslouží obdiv (např. 1118, 2807). Jejich práce v sobě nese náboženský aspekt. Často se odkazuje na řádové sestry, které tuto práci hojně

vykonávaly „za komunismu“. Řádové sestry jsou podle diskutujících laskavé a soucitné (1464). Aby mohli lidé dobře vykonávat tuto práci, musí ji podle některých vnímat jako smysl života (0397). Další propojení této práce a duchovna spočívá v tom, že práce je většinou podle diskutujících velmi špatně placená vzhledem ke svojí náročnosti. Diskutující hovoří o tom, že lidé pracující v tomto oboru nevyznávají materiální hodnoty (0616), ale hodnoty vyšší. Jeden diskutující hovoří dokonce o vyšším duchovním poznání, které je potřebné k výkonu této práce (2203).

Samotná práce s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí pak může mít očistný, nebo nápravný účinek. Jeden diskutující s nickem „DT“ navrhuje, aby nedostatek personálu byl vyvážen zapojením „kriminálních“. Takový kriminálník, „by se naučil chápat, co znamená zdravý lidský život“, dělal by něco prospěšného a mohl by „napravit to, co napáchal na jiných“ (0853). Práce s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí tak zdá se může částečně i napravovat, očišťovat.

Duchovní přístup je vnímán jako něco mimo normální svět – nezávislé na materiálu. Jedna diskutující, aby dodala důrazu a pravdivosti ke svému příspěvku, píše: „Nejsem matka tereza a umím si život užívat...“ (1771). Jakoby tím říká: *Jsem normální, a přesto to dělám, přesto cítím nepopsatelnou náklonnost ke svému synovi* (parafráze 1759). Předpokladem zde přitom je představa, že duchovní přístup (a tedy i přístup pracovníků v těchto profesích) má v sobě prvek sebeobětování, který se projevuje právě skrze opomíjení materiální stránky existence a soustředění se na trpělivost a soucit. Skrze výše uvedené výroky diskutující umísťují práci s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí někam do „vyšší“ sféry duchovna, kde ji vykonávají lidé jako „poslání“, jako „smysl života“, jako „přesvědčení“, obdařeni nekonečnou trpělivostí a obětující sami sebe.

Proč by ale měla mít tato práce takto extrémní požadavky? Protože člověk s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí v podání některých diskutujících má svou tragikou, beznadějností a odkazem na utrpení, schopnost odpoutávat od materiálního světa. Je to symbol marnosti a také proto i symbol nekonečné lásky. Pokud použijeme jako pomocné kategorie dělení na pozici x personál, tak pozice bude definována jako velice těžká a náročná a personál jako velice schopný pozici vykonávat.

Výše popsaný diskurs v diskusích má ale podle mého názoru velmi praktický základ. Podívejme se, jak je ještě popisována samotná práce. Často se objevuje argument, že se jedná o práci velice náročnou a nebezpečnou a přitom velice špatně placenou (např. 0086). To má jistě určitou míru zakotvení v realitě – zejména přímá sociální a ošetrovatelská práce s člověkem je velice špatně finančně hodnocena. Diskutující ale parametry náročnosti práce místy příliš zveličují. Často nabádají kritiky současného stavu, aby si šli práci vyzkoušet sami. Zdůrazňují přitom aspekt

dobrovolnosti, který podporují argumentem trvalosti a dlouhodobosti této práce: „Mohla by ses přihlásit jako dobrovolník a být 24 hodin s takto postizenými lidmi a starat se o ne,ne?!“ (1268).

Nebo: „...názory převážně vycházejí z pohledu lidí kteří by nebyli schopni v takovém ústavu vydržet ani 24h“ (0616). Nebo: „jeden člověk nestačí! Nedokáže být 24 hodin denně ve střehu!“ (1150). Absurdní parametry dobrovolnictví a práce zadarmo, spojené s absurdní nepřestávající 24 hodinovou službou<sup>48</sup> podporují argument tvrdící, že „kdo tuto práci dělá, musí být svatý, anděl, nebo duchovní člověk“. Aspekt nepřetržitosti a trvalosti má možná další důvod svého použití, spočívající ve snaze skrze kategorii času fixovat situaci v bezčase, neustálé 24 hodinové neměnné trvalosti a přítomnosti (srov. kapitola 4.2.).

Zároveň to trochu zavání alibismem: jste svatí, že děláte práci, kterou nikdo dělat nechce a ještě za to snášíte tak malý plat. Důraz na duchovní aspekt, jakoby měl být balzámem za nedostatek peněz, které ale mnoho diskutujících nechce zvyšovat (viz výše efektivita, ale i jinde v diskusích a médiích). Pojetí práce jako duchovní v sobě nese generový aspekt, který bude popsán v závěru této kapitoly.

### **5.5.3. Lenost personálu**

Jako problém je popisována absence nadšení pro výkon práce a celkový nezáměr o tuto práci ze strany pracovníků. Tento pohled stále udržuje obraz tohoto typu práce jako vyžadující speciální předpoklady. Zároveň ale hovoří o tom, že pracovníkům tyto předpoklady většinou schází. V rozlišení podle duality pozice x personál, je v tomto případě pozice stále viděna jako obtížná, od předchozího modelu se ale liší tím, že personál vidí jako nedostatečně vybavený pro zastávání dané pozice. Z tohoto úhlu pohledu se hovoří o tom, že personál se vymlouvá (0595), volí nejjednodušší řešení (0601), při tom opomíjejí samotného člověka a jeho zájmy (2256), nemají chuť k práci (0950), chuť něco změnit (1128), jsou to lidé, kteří do této oblasti přišli odjinud (1796) a nemají k práci vztah. Lidé zde pracující (často jsou jimi ženy) nemají ale někdy reálnou možnost volby vykonávat jiné zaměstnání (srov. Erevelles, 1996; v diskusi například (1408))

### **5.5.4. Vzdělaný personál**

Velice často se hovoří o tom, že práce s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí vyžaduje adekvátní moderní vzdělání. Ideální pracovník, jak se podíváme dále, má v sobě vyváženou kombinaci soucitu a znalosti. Znalost a vzdělání jsou znakem profesionality. Vzdělání je potřeba si neustále doplňovat a neustále se rozvíjet a získávat nové poznatky. Silným zastáncem

---

<sup>48</sup> Ta nemusí být bohužel tak nereálná v případech, kdy mají lidé člověka doma a nevyužívají (většinou z důvodu nedostupnosti, nebo nedostatku finančních prostředků) nějaké terénní, nebo ambulantní sociální služby.

vzdělání, jako klíči k řešení problémů je nick „Thomas Hall“ (např. 2236). Vzdelání může podle něj zajistit kvalitní podporu lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí i za minimálních finančních dotací (např. 2380).

Vzdelání a soucit si ale mohou svým způsobem konkurovat. „Soucit“ – asi nejlepší slovo jak popsat tuto kvalitu definovanou jindy jako „lidský přístup“ (srov. kapitola 5.2.1) – je podle většiny diskutujících základem, nutným osobním rysem pracovníka. Je to něco, co se nedá naučit ve škole (1862). Nová snaha o profesionalizaci sociálních služeb ale přichází s přístupem, který upřednostňuje formální vzdělání, před neformálními a neměřitelnými dispozicemi.

Začínají se ale objevovat tření vznikající následkem snahy o profesionalizaci sociálních služeb v ČR. V době diskusí se připravuje zákon, podle kterého může práci vykonávat jen patřičně vzdělaný člověk. Objevují se příspěvky kritizující tento profesionalizací přístup, že upřednostňuje „papír“ před „duší“. Přirozené lidské dispozice pro tuto práci nejsou podle zákona důležité, důležité je pouze vzdělání (srov. s 1797).

Za chvíli se budeme blíže věnovat tomuto schizmatu mezi „soucitem“ a profesionalitou. Nyní se ještě podíváme na čtvrtý kód v kategorii práce, popisující čtvrtou variantu přístupu k problematice.

### **5.5.5. Práce jako každá jiná**

Poslední pohled, úzce související s profesionalizací služeb a profesionalizací podpory lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, hovoří o tomto typu práce jako o v podstatě běžné práci. Tato práce může mít svá specifika, ale v jádru je to práce jako každá jiná, nikdo není „nucen“ k jejímu výkonu a může jí dělat velké procento lidí, které mají základní dispozice a zájem a vzdělání (0256, 078, 1570, 1832, 2855). Pokud použijeme optiku dělení na pozici a personál, pak bude pracovní pozice ne nutně náročná o mnoho více než jiné. U personálu bude hodně záležet na jeho osobnostních rysech a na současný nedokonalý stav bude mít vliv nedokonalá připravenost personálu. Vzdelání personálu a jeho duchovní a osobnostní předpoklady ale nebudou v tomto pohledu klíčovými faktory víc, než je tomu v jiných profesích. Jedno nebude důležitější, než druhé.

#### **Výše uvedené čtyři rozlišení jsou uvedeny v tabulce 2:**

	<b>duchovní</b>	<b>Líní</b>	<b>vzdělání</b>	<b>normální</b>
<b>pozice</b>	náročná	náročná/běžná	náročná/běžná	Běžná
<b>personál</b>	dobry	špatný	dobry	dobry/špatný

Pozice může být podle tohoto dělení buď náročná, nebo běžná. Personál pak ve vztahu k situaci kolem klecových lůžek je pak „dobry“, nebo „špatný“. V případě vzdělání je při argumentaci vždy předpoklad, že personál dostatečně vzdělaný není. Proto je pracovník dobrý,



pokud bude vzdělaný. Pak by současný stav nebyl možný. V případě, že je práce definovaná jako normální, může být personál dobrý i špatný, jako v jakékoliv jiné práci.

### **5.5.6. Soucít a vzdělání**

Celou diskusí nad povahou práce a samotných pracovníků se vine polemika o tom, jaké aspekty jsou pro výkon této práce nezbytné a které z nich jsou důležitější než jiné. Otázka zní: „Jaké vlastnosti by měl mít ideální pracovník?“. Při kladení této otázky se ukázala jako velice důležitá právě polemika mezi tím, zda je klíčovou schopností každého pracovníka být obdařen „soucitem“ a „lidským přístupem“, nebo zda je touto klíčovou schopností schopnost se neustále vzdělávat a pracovat podle nejlepších dostupných poznatků. Je zřejmé, že ideální pracovník by měl mít v sobě kombinaci obou těchto schopností, důležitý je ale poměr, nebo důležitost přikládána buď jedné, nebo druhé schopnosti.

V diskusi se objevuje například příspěvek, ve kterém autor píše, že v zařízeních by měli pracovat řádové sestry, pod odborným dohledem lékařského personálu (1464). Tento názor zdá se usiluje o syntézu obou odlišných pohledů. Jak už bylo řečeno u kódu vzdělávání, objevují se určité tenze a diskuse při pokusech zavádět profesionalizaci v sociálních službách v ČR. Je ale potřeba upozornit na předpoklad hierarchizovaného rozdělení z genderového hlediska. Autoritou a profesionálem tady má být lékař. Pracovat v přímé péči mají řádové sestry, definované svou obětavostí a soucitem s těmi, kdo je podle této definice potřebují. Postava „odborníka“ je silně maskulinní, profesionální. „Soucitná složka“ je femininní, navíc s konotacemi, které silně odkazují k výkonu domácí práce – obětavost, nezištnost, důraz na cit a „péči“.

Diskutující s nickem „Vendulka“ hovoří o souboji mezi „papírem“, tedy diplomem – vzděláním spojovaným s profesionalitou a „duší“ – vrozeným „nadáním“ a nadšením pro tuto práci (1797). „Vendulka“ hovoří o tom, že v praxi často jedno automaticky nezaručuje druhé a výsledkem je neosobní a nespravedlivý přístup podle tabulek, který mnoha lidem brání tuto práci vykonávat a naopak otevírá dveře lidem, kteří nemají potřebné předpoklady. Příspěvek pokoušející se spojit do jednoho zařízení řádové sestry a odborný lékařský personál zdá se výstižně ukazuje tenze panující mezi těmito dvěma přístupy. Nebudeme se teď zabývat tím, jak by to mělo fungovat v praxi, těžko by se nám hledal ideální stav, i když určitě existují nástroje, které mohou k nastolení ideálního stavu dopomáhat (Kopřiva, 2006; Úlehla, 2005). Podívejme se na symbolickou rovinu dělení na soucít a vzdělání, na „lidskost“ a „profesionalitu“ a pokusme se interpretovat důvod existence tohoto dělení a nalézt počátek této jeho existence.

Objevuje se názor, že práce s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí nemůže vykonávat každý. Jeden z příspěvků předpokládá, že existuje nedostatek zájemců o práci a diví se, proč tomu tak je, když v ČR se nachází velký počet nezaměstnaných. Stát by měl podle ní zaplatit další personál (0385). Na to se v diskusi objevuje následující příspěvek od diskutující s nickem

„Janča“: „Ale kde máš jistotu, že ti nezaměstnaní se budou o ně pořádně starat? Na práci s takto postiženými (a i se starými) lidmi musí mít člověk nějaké zkušenosti, vzdělání a trpělivost. A pokud to není nikdo z tvé rodiny (což taky není pravidlem) nebo někdo kdo se této práci věnuje profesionálně, nepřála bych ti zůstat v jeho péči“ (0390).

Příspěvatelka s nickem „Janča“ definuje, kdo by měl práci s lidmi s mentálním znevýhodněním/ duševní nemocí vykonávat. Adekvátní péči může poskytovat jenom rodina, nebo profesionál. Podporovatel z rodiny nemusí být podle tohoto vyjádření adekvátně vzdělán, jeho kompetencí je příbuzenství a tudíž předpoklad „soucitu“. Profesionál je pak zástupce státu, který je k adekvátní podpoře vzdělán a vyškolen. Opět je tu možné sledovat silnou distinkci mezi femininním a maskulinním.

Vidíme, že se v diskusi v souvislosti se snahou definovat adekvátní specifika dobré „péče“, dobře vykonávané práce s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, v různých proměnných objevují dva odlišné aspekty: soucit a profesionalita, ty se zdá se odrážejí i v dalších binaritách jako jeptiška a lékař, rodina a stát. V jednotlivých příspěvcích se objevuje snaha o různé kombinační propojení těchto dvou prvků. V závěru práce se nad tímto dělením zamyslíme v kontextu genderových teorií a dělení na soukromou a veřejnou sféru. Nyní se ještě podíváme na argumentační proces probíhající v diskusích.

## **5.6. Poznámky k argumentaci**

### **5.6.1. Neinformovanost**

Důležitým aspektem ovlivňujícím celou diskusi okolo klecových lůžek je neinformovanost. Tato neinformovanost pramenní z izolace Lidé často nemají šanci, se se skutečnými lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí v běžných denních situacích potkat. Tito lidé jsou totiž často izolováni ze společenského života, a to i pokud žijí v rodinách, nebo dokonce samostatně. Jinak jsou samozřejmě často v ústavech a léčebnách. V ČR není dostatečně rozvinuta komunitní péče. Na neinformovanost si diskutující jednak sami stěžují, jednak se často ukazuje jako problém v pozadí tematizací celé kauzy a vůbec celé oblasti mentálního znevýhodnění a/nebo duševní nemoci. Diskutující si nejen pletou jednotlivé „diagnózy“, často ale mají i zmatenou (a dost často pak i extrémní) představu o osobě člověka s mentálním znevýhodněním, nebo duševní nemocí. Neinformovanost je také vodou na mlýn stereotypizaci a vytváření obecných a neindividualizovaných soudů (srov. Durecová, 2008).

Specifičnost tématu diskuse přináší určité momenty, které je třeba rozebrat. Klecová lůžka by se z principu svého vzniku měla používat v krizových stavech, kdy má člověk ataku nemoci, nebezpečný a nezvladatelný záchvat. Touto svojí funkcí odkazuje k extrémním stavům jejích obyvatel. Občasné a dočasné „extrémní stavy“ jsou momentálními stavy, lidé v nich nezůstávají 24 hodin denně. Přesto jakoby diskutující (většinou ti, kteří jsou zastánci klecových lůžek) vnímali lidi

s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, jakoby byli v permanentním stavu záchvatu (např. 0066, 1034, 1294, 1408, 2160, 2224, 2498). Dalšími adepty pro „klece“ jsou podle popisu diskutujících lidé, kteří se o sebe nedokážou postarat, kteří jsou často inkontinentní apod. (např. 0123, 0178, 0209, 0526, 0933, 1423) Názory na to, kdo by měl být v „kleci“, se různí. Je ale pravda, že se diskutující snáze dostávají ke stereotypům extrémně „šílených“ a zcela nesamostatných, sebe-nezvládajících a nebezpečných lidí. Důležitou otázkou (a také těžko zodpověditelnou), ale zůstává, do jaké míry je to díky konotacím ve spojitosti s „klecemi“ (více viz výše kapitola 5.4.).

### **5.6.2. Nekonzistence argumentace**

V argumentaci diskutujících se objevuje zajímavý rys, který úzce souvisí s neinformovaností, i když zde velmi pravděpodobně neexistuje podmíněná vazba. Právě proto, že se diskutující pohybují na velmi obecné rovině, je pro ně snazší pracovat s obecnými pojmy. Mohou pracovat s celou škálou významů, které obsahuje pojmy mentálně znevýhodněný, duševně nemocný, „blázen“ apod. Jejich pojetí znevýhodnění a zdůraznění určitých stereotypizovaných rysů a asociací, které se od různých pojetí a různého názvosloví odvíjejí, potom zdá se zásadním způsobem formuje a směřuje jejich argument a také jejich celkový postoj. Není přitom zcela důležité (a také obtížně zjištělné), že tak činí vědomě, či nevědomě. Zajímavé ale je, že si argumenty na obhajobu, nebo obžalobu klecového lůžka mohou být vzájemně podobné, nebo že si argumenty na podporu jedné ze dvou možností mohou navzájem v podstatě odporovat. Pokusím se tu naznačit, jak se v argumentaci propojují jednotlivé, v této práci rozebírané, aspekty problematiky. Příkladem může být různorodost v definici a vykreslení obrazu člověka s mentálním znevýhodněním, nebo duševní nemocí při obhajobě užívání klecového lůžka. Jedním velmi často zdůrazňovaným rysem takového člověka je agresivita.

Nick: „Vlastenec“

„Jen doufám, že po zrušení ústavu si tyhle "lidi" a "svobodné občany České republiky" vezme autor článku nebo "odbor ochrany menšin" domů, když je to s nima tak v pohodě:-). Do 24 hodin by jim takovýhle dement zdemoloval celý byt, nechal jim kudlu v zádech a ještě by se na to pitomě usmíval...:-(( Proč má asi zdravotnický personál z těchto ústavů vypěstovaný tik nikdy se neotáčet k pacientovi zády?...“ (0884).

Klecové lůžko je v takovém případě nutné pro ochranu veřejnosti před tímto jedincem. Objevují se asociace s vězením, vrahy, ale i disidenty při obžalobě užívání klecových lůžek (srov. kapitoly 5.1.5., 5.4.). Odlišný úhel pohledu pak představuje definice člověka jako malého zmateného dítěte v dospělém těle.

Nick: „Jana“

„... Myslím, že je to jako s dětmi... Představte si dvě matky a x dětí, které jsou volně... Myslím, že to může být až nebezpečné pro ně samotné. Představte si co se jim může stát, kdyby byli svobodní - okradou je, zbijou, znásilní, zabijí... A v ústavech být spousta z nich volně prostě nemůže... ..“ (2817)

I zde je klecové lůžko „nutné“, ale objevuje se asociace s dětskou postýlkou, ohrádkou, kde si děti hrají (0990, 1092, 1102). Účelem izolace je v tomto případě ochrana uživatele před „sebou samým“, před tím, aby si sám svojí neopatrností neublížil (0948,.)

Nechci tím samozřejmě říci, že by děti nemohly být agresivní. Jde spíše o to, že diskutující zdůrazňují při popisu situace jeden, nebo druhý nejčastěji zmiňovaný aspekt funkce klecového lůžka. Ochranu společnosti před lidmi v „kleci“ a ochranu lidí v „kleci“ před společností. Důležité je si uvědomit, že se z každého úhlu pohledu otevírá jiné spektrum rysů, jiná definice celkové situace. Mění se popis člověka v „kleci“, mění se definice prostředí ústavu, definice práce s lidmi se znevýhodněním, definice celé společnosti (jednou se společnost logicky v návaznosti na agresivitu uživatele chrání, podruhé o člověka zodpovědně a starostlivě pečuje) atd. Stejně tak se mění i protiargumenty. Při definování jedince jako především a permanentně agresivního se odpůrci lůžek zaměřují například na formu izolace. Rozjízdí se diskuse na téma, zda jsou lepší „klece“, podávání sedativ, nebo kurtování k posteli (kapitola 5.3.1). Diskutující argumentují, že by „klec“ měla být větší, měli by jí nahradit prosklené, polstrované, nebo jiné místnosti (kapitola 5.1.3.) Personál je v této perspektivě definovaný většinou jako statečný a práce jako náročná (kapitola 5.5.).

Naproti tomu pokud je jedinec definován spíše jako zmatené neopatrné dítě, mluví se v protiargumentech často spíše o tom, že je „dítě“ v „kleci“ příliš dlouho, že si tím personál jen ulehčuje práci, že by měl dávat lidem v „kleci“ podněty jako dětem (1449, měl by si s nimi více „hrát“ a především by je měl do „klece“ zavírat, jen pokud je to nutné a na co nejkratší dobu 0988,). Tímto příkladem jsem chtěl ukázat jak je v příliš obecné debatě jednoduché pracovat se stereotypy (srov. také Durecová, 2008). Tyto stereotypy pak pramení z neznalosti.

### **5.6.3. Dva „typické“ přístupy: čeho je moc a co chybí**

Problémem je, že na každý specifický obraz a představu o „typickém“ jedinci s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, se může vázat celkový obraz potřebné a poskytované podpory a problém může být nalezen pokaždé jinde. Dokonce i kritika samotného systému poskytování zdravotnické, sociální, nebo jiné podpory může být zaměřena pokaždé jiným směrem.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Agresivita lidí, navíc předpokládaná jako permanentní a nepředvídatelná, pomáhá obhájit argument o potřebě izolace. Pak může být druhotně například poskytování podnětů a aktivizace daného jedince, a to nejen v konkrétních situacích, ale zejména při obhajobě celého systému fungování daného zařízení. U

První idealizovaný argument pracuje s distancemi různého typu, z nichž některé jsou popsány v této práci. Nebezpečný, agresivní, nebo nesamostatný a zranitelný jedinec je svým založením odsouzen k izolaci v „kleci“. „Klec“ poskytuje ochranu jemu, nebo společnosti. Stejně jako činí ústav. Svoboda je nemožná a nežádoucí. Takový člověk se nachází mimo vinu a nevinu, nebo je „vinen“ svým znevýhodněním/nemocí (případně je vina na rodině) (kapitola 5.4.1. a 5.3). Jeho situace může vzbuzovat i lítost, ale zákony přírody společenské smlouvy ho odsuzují maximálně k přijímání altruismu od druhých<sup>50</sup> a trpělivosti duchovní obětavé péče personálu, případně je vystaven jejich nezájmu (srov. kapitola 5.5.). Jeho stav je neměnný (srov. kapitola 4.2.), vychází z jeho povahy, z jeho nezměnitelného znevýhodnění, nebo vždy latentně přítomné nemoci. Jeho místo je v izolaci, protože neexistuje místo jiné, kde by mohl reálně fungovat. Dát mu rovnocenné podmínky se jeví samo jako ne-rozumné (srov. Foucault, 1994a).

Druhý ideálně typický argument, který je použit jako zrcadlo, se snaží zaměřit pozornost na jedince, předefinovat způsob nahlížení na tohoto jedince a na kontext péče vůbec. „Péči“ se snaží předefinovat na „podporu“. Práci definovat profesionálně, jako normální pomáhající profesi se svými specifiky, ne však radikálně odlišnou. Zaměřuje se na lidská práva, snaží se rozvinout komunikaci s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, ptá se na jedincovi konkrétní potřeby, snaží se jedince co nejvíc „osamostatnit“ a „uschopnit“ a umožnit mu „normální“ život v komunitě v běžném prostředí. Zaměřuje se na konkrétní situace, které jedinec může zvládnout a za jakých podmínek je to možné, nezavrhne jedince v jeho celistvosti. K tomu používá institut sociální služby, jako podpory v běžném životě, profesionální podpory poskytované v běžném prostředí komunity.

To o co se snaží právě přístup vycházející z pozic studia znevýhodnění, je vytvořit primární obraz jedince s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, jako typického člověka, občana, s naprosto běžnými problémy a potřebami.

---

druhého příkladu infantilizace, kdy dětstnost je předpokládána, ale jako trvalá a neměnná, je zase prvním argumentem bezpečí daného člověka a jeho ochrana před nástrahami okolního světa. Z tohoto pohledu může diskutér obhajovat například podobu poskytování „péče“ zaměřenou na podrobný dohled, kde může být sice vyvíjena intenzivnější činnost v oblasti poskytování podnětů a aktivizace daných lidí, především však, ale formou hry a ve spojení s omezením svobody. Paradoxem totiž často bývá, že lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí žijí ve světě, který je jenom jako. Jsou jako děti, ale nejsou děti. Jsou jako dospělý, ale nejsou dospělý. Žijí v ústavech, kde nacvičují „normální“ život podle možností, vždy se ale jedná jen o nácvik, který se běžnému životu nemůže z principu příliš přiblížit (srov. kapitola 2.3.).

<sup>50</sup> Podobně píše Fraser a Gordon (Erevelles, 2002: 20). Odlišují občanské (civil) a sociální občanství. První bývá spojováno se smlouvou a druhé s charitou. První je aktivně podporováno, druhé popíráno. První je spojeno například s prosazováním svých zájmů, racionalitou a maskulinitou, druhé s nerovností, altruismem, citem a feminitou (Erevelles, 2002: 20).

„Konflikt mezi segregáčním modelem tzv. péče v ústavech a nehierarchizovanou sítí podpůrných služeb v obci je sporem o obraz člověka v této společnosti. Na jedné straně je člověk jako málo významná součást vyššího celku, člověk, který tzv. v zájmu celku marginalizován a zvěčněn; na straně druhé člověk jako respektovaná a neopakovatelná individualita“ (Cháb, 2004: 12).

Pokud je člověk v „kleci“ vnímán tímto prizmatem, což se v samotné zkoumané diskusi objevuje velice sporadicky, rovněž se zcela změnil pohled na „klec“, systém péče, potřebu podpory, potřebu změny systému apod. Od potřeby dohledu se například posuneme k potřebě rozvoje. Objevuje se i důležitá funkce sociálních služeb alternativních ke službám pobytovým (srov. Ministerstvo, 2007).

Limity debaty a nestaveného diskursu (čerpající velkou sílu z neinformovanosti a absence zkušeností, ze statusu quo) jakoby nutili diskutující vracet se téměř vždy ve svých odpovědích ke stavu, který nejde změnit. Nejsou k tomu podmínky, není to reálné, není to efektivní, není to potřeba – to jsou zásadní argumenty obhájců současného stavu (srov. kapitola 4.2. i celá kapitola 5.). Pro téměř každého diskutující má zřejmě občanství, jako symbol plné integrace člověka do společnosti své pevné meze. Někdo je ochoten více se otevřít, jiný méně. Integraci, potažmo proces inkluze vidí zdá se reálně jen málo z nich.

## **5.7. Centrální kategorie - „Veřejné soukromí“**

Klíčovou a centrální kategorií práce se stala kategorie s názvem „veřejné soukromí“. V této poslední analytické kapitole popíšu vztah jednotlivých axiálních kódů a použitých teoretických východisek k této kategorii. Na kapitolu navazuje závěrečná kapitola, kde se pokouším o včlenění kategorie „veřejné soukromí“ do současného kontextu transformace sociálních služeb a úsilí o změnu systému „péče“ o lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí.

Během práce s internetovými diskusemi jsem si od počátku uvědomoval, že klíčovým prvkem problematiky kolem klecových lůžek je schopnost, či neschopnost identifikace diskutujících se s člověkem umístěným do „klece“ identifikovat. Pokud někdo dokázal vnímat člověka v „kleci“ jako bezpodmínečně „vnitřně“ sobě rovného, dokázal si uvědomit i nepřijatelnost celé situace paní permanentně žijící v klecovém lůžku, jak byla popsána v článku *Ústavy stále zavírají lidi do klecí*, pod kterým diskuse probíhaly (Bártová, 2006). Zdálo se, že většině diskutujících v tom „bránily“ určité „bariéry“. Postupně jsem tyto „bariéry“ popsal jako způsoby udržování odstupů, které „bránily“ diskutujícím se identifikovat. Klíčové „bariéry“ jsem shrnul do jednotlivých kapitol – axiálních kódů. Postupně jsem si uvědomil, že všechna tato témata jsou nějakým způsobem podmíněna genderem. Celou kauzu kolem klecových lůžek jsem postupně začal vnímat prizmatem dělení mezi soukromou a veřejnou sférou.

Když člověk vstoupí do veřejné sféry s nemocí, bolestí nebo tělem, které je hodnoceno jako nedokonalé, setká se s odporem, který pramení z nechuti míchat do hromady dva oddělené světy (srov. s Wendell, 1989: 111). Nemoc a znevýhodnění jsou považovány za záležitosti soukromí, na veřejnosti by neměly být vidět. Důvodem, proč kauza klecových lůžek dokázala rozpoutat širokou a opakovanou debatu (viz Kapitola 4.1.), je právě toto míchání dvou oddělených „složek“ společnosti, soukromého a veřejného. Zastánci klecových lůžek touží po zachování statusu quo.

Koncept práva jako nástroje využívaného racionálními kalkulujícími jedinci k ochraně svých zájmů (Young, 2000), který měl být původně omezen smluvně pouze na veřejný sektor na „morálního“ abstraktního občana (viz kapitoly 2. 7., 2. 10., 5.4.1.), který je „jednotkou práva“ (kapitola 2. 9.) je v této kauze rozšiřován do „zakázané“ oblasti „soukromí“. „Soukromé“ jako stojící mimo právo chápu v tom smyslu, že ač zde právo oficiálně platí, v realitě jsou tu podmínky jiné, než ve veřejném prostoru. Příkladem může být „domácí práce“ proti práci „oficiální“, placené. Teprve postupně tady právo začíná působit, ale přesto je to stále problematické. Příkladem může být problematika domácího násilí, oblasti, která, ač je již poměrně dobře právně ošetřena stále není. v praxi zcela „funkční“, tedy nezabraňuje dostatečně domácímú násilí. Důvodem je samozřejmě symbolický řád, který v „soukromí“ nastavuje jiná „pravidla hry“, a který internalizují i samotní aktéři. Stejně tak v oblasti systému péče o lidi s mentálním znevýhodněním a duševní nemocí jakoby platila jiná „pravidla hry“. Usiluji zde tedy o vystavění argumentu, podle kterého se mentální znevýhodnění a duševní nemoc nachází v extrémním „soukromí“ izolace, uzavření do klecového lůžka, kde mohou mít maximálně svůj svět (např. 0989), nebo spíše jenom marnost a prázdnotu (0858). Důvodem jejich izolace je jejich „bytostná“ nekompetence podle prizmatu konceptu občanství vycházející z teorie sociální smlouvy (srov. s Carey, 2003: 415). Pro dosažení změny je nutné, aby se toto „soukromí“, tato tabuizované hranice, kde kompetenci má v rukou „odborník“ překročila a mentální znevýhodnění a duševní nemoc se staly běžnou součástí „veřejného“ života. Byly definovány jako „normální“. Toto prizma dělení na „soukromé“ a „veřejné“, kde jsem identifikoval hlavní linii odporu, kterou je třeba překročit, jsem se pokusil vztáhnout ke všem axiálními kódům.

V této perspektivě dělení na „veřejné“ a „soukromé“ a se pak jeví jako „přirozená“ reakce, že do této oblasti právo nepatří. Odpůrci lůžek jsou označováni jako „právaři“ (kapitola 4.2.) a je zpochybňována jejich racionalita a kompetence tím, že jsou odkazováni do sféry „snovosti“ a označováni jako „pseudohumanisté“ (ibid.), tedy jako někdo, kdo se pohybuje mimo realitu a jehož morálka je falešná (označení „pseudo“). Moc by měla být oficiálně vrácena do rukou „odborníků“, maskulinizovaných hyper-racionálních a hyper-kompetentních aktérů (také kapitola 2.10. a 5.5.6.). Celá kauza je totiž od počátku právě o zpochybnění kompetence „odborníků“.

První axiální kód „Prostor a izolace“ (kapitola 5.1.) rozebírá základní bod současné praxe, který spočívá v izolaci lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Fungující systém ústavů

má za úkol primárně oddělovat dva světy, racionální a iracionální. Hlavním argumentem, o který se toto rozdělení opírá, je bezpečí a ochrana společnosti i lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, před vzájemným setkáním (viz kap. 5.1.5. a 5.1.6.). Obě skupiny musí zůstat odděleny. Úsilí o změnu systému se setkává se snahou řešit problém na úrovni pouhé „humanizace“ (5.1.3.), to znamená pouze na povrchové materiální rovině. Pokud by totiž mělo dojít k celkové změně, vnímají to diskutující tak, že by byla překročena hranice mezi státem a jedincem, mezi soukromím a veřejným. Člověk by se z klecového lůžka přesunul k nim domů (5.1.6.). „Odpovědnost“ (uvozovky protože tu myslím odpovědnost jeden vůči druhému, jako něco přirozeného a běžného v komunitě a ne odpovědnost, jako kladoucí povinné nároky) za podporu člověka s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí by musela převzít komunita. Nejde jen o to, že se diskutující snaží zachovat bariéru mezi sebou a lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí. Ukazují se tu i mantinely systému, který neumožňuje diskutujícím si vůbec představit život s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí v komunitě za podpory terénní sociální služby.

Diskutující si nedovedou představit jiný alternativní prostor vůči ústavu, než prostor soukromí svého domova, prostoru kam patří „péče“. To mimo jiné ukazuje i na feminizované vnímání „pečovatelské práce“, ta může být vykonávána buď v ústavu, anebo jako (neplacená) práce doma (viz níže). „Veřejné soukromí“ je pojem spojující dva protikladné pojmy. Tímto pojmem se snažím definovat způsob přemýšlení, který se zde vyjevuje. Samotný ústav je jakési „veřejné soukromí“, ovšem v jiném smyslu. Lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jsou tu majetkem státu, tedy veřejné instituce ústavu (Barša, 2002: 36), protože nejsou shledáni schopnými participovat na občanském životě společnosti (kapitola 2.7). Znevýhodnění a nemoc ale patří do soukromí, tedy do sféry skrytého, temného, neoficiálního (Bourdieu, 2000). Umístění lidí označených jako „postizení“ do ústavu má speciální účel ve fungování symbolického řádu. Jak popisuje Carlson (2005), ústav veřejně odhaluje znevýhodnění jako znevýhodnění a nemoc jako nemoc, a to právě aktem uzavření a izolování od společnosti. Tady začíná hra na „nápravu“, hra na „reálný“ světě, je to ale jen hra, která nemá nikdy skončit. Lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jsou definováni jako kvantitativně nedokonalý (musejí usilovat o zlepšení a „nápravu“) a zároveň kvalitativně odlišní (jsou definováni jako jiný „druh“ lidí) (srov. Carlson, 2005: 144 - 148). V této perspektivě jsou lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí umísťováni do soukromí, tj. do izolace ústavů demonstrativně a veřejně. Jsou viditelně fixováni v diskursu jako z podstaty nekompetentní, jako zrcadlo kompetence a právě proto jsou skrýváni do ústavů a klecí a činění v praxi běžného života „neviditelnými“.

V kódu s názvem „efektivita“ (kapitola 5.2.) ukazují, propojení mezi racionálním a ekonomickým uvažováním. V konceptu teorie smlouvy je racionální úzce propojeno s ekonomickým, s efektivním skrze zájem racionálního individua. Ten vždy přirozeně a správně kalkuluje své zisky, čímž obohacuje v důsledku celou společnost (kapitola 2.6.). Tento princip se



v diskusi objevuje ve dvojí podobě. Jedna kritizuje plýtvání s penězi, které jsou „iracionálně“ utápěny v „beznadějných případech“. Podle tohoto principu by peníze neměly být investovány do „péče“ o lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, jak po tom volají někteří diskutující (srov. 2.5.). „Péče“ je tak definovaná jako něco, co je nutné racionálně řídit. Tento princip také podporuje exkluzivní koncept občanství, který je postaven na „pilířích“ autonomie, racionality a kompetence. Pokud je člověk definován jako nemající tyto tři „schopnosti“ ztrácí i své práva, pokud neexistuje šance na jeho návrat mezi „občany“, tedy pokud neexistuje šance, že se jeho stav změní, což u mentálního znevýhodnění a duševní nemoci z definice neexistuje. Jiní diskutující obhajují péči jako něco nekvantifikovatelného, co nejde přepočítávat na peníze. Proto tvrdím, že neefektivita a nenávratnost ekonomických prostředků je důvodem extrémní pasivizace lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, která vede v konečném důsledku až k diskursu beznaděje, marnosti a nakonec smrti (5.4.3.). V kódu, který jsem nazval „efektivita“ se tedy řeší vztah mezi „penězi“ a „citem“. Racionální kalkulace tu stojí proti (neomezené) péči. Pokud výše uvedené vztáhneme k centrální kategorii „veřejného soukromí“, „veřejné“ je tu propojeno s racionální administrací financí v systému „péče“. Tato „péče“ je definována jako privátní „iracionální“ oblast, která bez patřičné kontroly podporuje iracionální neekonomické a neefektivní plýtvání.

Kód s názvem „odpovědnost“ (5.3.) popisuje způsoby polemiky nad otázkou odpovědnosti. Jako jediné dva činitele odpovědnosti vidí stát, nebo rodinu. Opět se tu objevuje dichotomie veřejné (stát) a soukromé instituce (rodina). Jedinec je buď majetkem státu (Erevelles, 2002: 19), nebo v soukromí. Oba prostory jsou opět nástroji jeho pasivizace, prostory, kde je mu poskytována péče jako forma kontroly (srov. Foucault, 1994a). Užití kategorie „veřejné soukromí“ v tomto kontextu znamená úsilí o popsání toho, co zde chybí. Poprvé se zde snažím definovat jiný alternativní koncept. Opírám se při tom o „koncept podpory“ (srov. Johnová, 2006; O'Brian, s. d.) a opět analyzuji „tradiční“ koncept občanství. Uvádím zde koncept „přirozené podpory“, který vidím jako jeden z důležitých konceptů spojených s komunitním konceptem podpory. Tento přístup se snaží o propojení veřejného (oficiální sociální služby) se soukromím (přirozenou podporou ze strany okolí). Přirozená podpora, jako většinou neplacená činnost může být (a v ideálním případě i je) vykonávána všemi od rodiny, přes sousedy po kolegy na pracovišti, prodavačky v krámu apod. (srov. Johnová, 2006). To co je vnímáno jako primárně soukromá záležitost a soukromá zodpovědnost, tedy „péče“, se tady proměňuje na něco běžného, veřejného a přirozeného všem. Z pohledu koncepcí občanství se vůči modelu autonomních aktérů, kteří své „problémy“ řeší v soukromí za podpory neplacené, nebo podhodnocené práce, objevuje model vzájemné interdependence, kdy je přirozené chovat se „nezištně“ a „iracionálně“ podporovat druhé bez viditelného konkrétního benefitu. Soukromé znevýhodnění, může být podle tohoto konceptu přirozeně veřejnou záležitostí.

Axiální kód „stigmatizace“ (5.4.) pak ukazuje, jak ústav a „klec“ stigmatizuje své obyvatele. Příčina tu přechází následek (Bourdieu, 2000: 11). Také se tu ale odhaluje další „bariéra“ na linii mezi soukromým a veřejným. Tato „bariéra“ se nazývá morálka a s ní spojena vina. Koncept lidských práv v rukou odpůrců klecových lůžek umožňuje vnímat lidi v „kleci“ jako nevinné, neprovinili se přece nijak proti právu, neporušili sociální smlouvu, přesto jsou drženi v „kleci“ (5.4.). Odpovědí zastánců lůžek ale je, že lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí přece nepatří do oblasti práva, nepatří do oblasti, kde fungují smluvní pravidla. Patří do oblasti mimosmluvní, do oblastí soukromí (srov. kapitola 2.10.). Vina je paradoxně následně uvalena na novináře, kteří narušují systém viditelnosti/neviditelnosti (kapitola 2.3.). Jejich úsilí je označováno za honbu za senzaci, jsou obviňovány z tendenčnosti a dokonce i za porušování etiky, protože narušili soukromí paní umístěné v „kleci“ a ukázali její fotku v tisku. Paní tak ponížili, protože jí zbavili možnosti (a povinnosti a i jakési „morálnosti“) skrýt svoje znevýhodnění (srov. kapitola 2.5.). Opět se jedná o projev resistance proti míchání dvou separátních sfér. V rámci kapitoly je ještě rozebírán aspekt kontextu tragiky a prázdnoty života v „kleci“. Tady se silně opět propojuje koncept genderu a neschopnosti (disability). Prostor v „kleci“ je prostorem marnosti, protože bezpodnělnosti, jakési všednosti (srov. Bourdieu, 2000: 14).

Posledním axiálním kódem je kód „Práce“ (5.5.). Jedná se tu o „pečovatelskou“ práci<sup>51</sup>, silně feminizovaný obor (kapitola 5.5.). Má všechny s tím spojené atributy připisované na základě genderového řádu. Je to práce finančně málo oceňovaná, označovaná jako neproduktivní, založená v tradičním pohledu na rutinně a opakování, bez perspektivy reálného hmatatelného výsledku atd. Problematiku genderované práce vnímám jako jednu z nedoceněných a přitom klíčových témat kauzy okolo klecových lůžek. V tomto textu se na problematiku snažím podívat v kontextu úsilí o změnu. Opět je tu linie střetu mezi soukromým a veřejným. Opět je tu „bariéra“ a spor o to, jak má být tato práce chápána

V kapitole 5.5. jsou rozlišeny čtyři typy přístupu k práci s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jak se objevují v kontextu diskuse. Jeden z nich popisuje práci jako duchovní a posvátnou. Objevují se i přímé odkazy na řádové sestry, které tuto práci tradičně vykonávaly v minulosti. Duchovnost je ale alibistickým argumentem, který, jak ukazují, má sloužit k uchování statusu quo (5.5.2). Velebení této práce jako náročné a posvátné je zdá se účelovou snahou jak „pochválit“ současný stav. Tento přístup počítá s marností znevýhodnění, která právě skrze sebeobětování dodává práci duchovní rozměr. Jiný typ přístupu definuje práci jako nutně profesionální. Kompetence je podle tohoto přístupu získávána nutně skrze vzdělání, i když pracovník musí disponovat nezbytnou femininní citlivostí (5.5.4.). Tu už nepotřebuje podle

---

<sup>51</sup> Podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách je definovaná tato pozice jako „pracovník v sociálních službách“ (viz. příloha 4.2.3).

posledního přístupu, který vnímá práci, jako každou jinou práci. Podle toho přístupu by jí měl dělat ten, kdo si ji vybere. Tento přístup opomíjí strukturální prvky, které jsou základem symbolického řádu (srov. Bourdieu, 2000: 12; Erevelles, 2002: 18).

V ČR se se vznikem zákona o sociálních službách usiluje o profesionalizace této oblasti práce, tento zákon definuje nutně požadované vzdělání (viz. příloha 4.2.2 a 4.2.3.). Tím do oblasti, kde kompetence byla tradičně spojena s „citem“, vstupuje nově požadovaná kompetence „vzdělání“ a „profesionalita“ (5.5.6.). Z genderového hlediska je unikátní koncepce pečujícího pracovníka/pracovnice. Je to profesionál/ka školený/á k soucitu, musí mít profesionální maskulinní racion – znalost - i femininní dispozice. Mění se tu tradiční koncept pečovatelek disponujících citem a vnitřní přirozenou motivací k péči, které řídí maskulinní postava lékaře. Ta má autoritu i v oblasti sociálních služeb (srov. kapitola 2.8.; 4.3.1.). Vzniklé tenze kolem klecových lůžek se táhnout po linii, která se snaží předat moc z rukou medicíny (a lékařů) do rukou komunity (Johnová, 2006). V tradičním pojetí může výkon péče, nebo podpory, může pouze rodina, nebo profesionál (0390) (5.5.6.). V komunitním pojetí může pak pracovník poskytovat odbornou podporu lidem, kteří pak podporují samotné lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí (Johnová, 2006), může být onou protézou kyberobčana, o kterém píše s odkazem na Donnu Haraway Nirmala Erevelles (2002).

Rozboru problematiky práce s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí z hlediska genderu by se dala věnovat celá samostatná práce. V tomto textu se v tuto chvíli spokojme s tím, že zamyslíme nad pojetím této práce v jiném, alternativním systému poskytování „podpory“. Posledním bodem, který bych rád zmínil je pohled na sociální služby, na poskytování podpory, nebo jak se bohužel stále často říká „péče“ lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí v perspektivě dělení na soukromou a veřejnou sféru. Neschopnost, nebo neochota diskutujících představit si život lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí v běžné společnosti za podpory sociální služby, vůbec nepředstavitelnost komunitní sociální služby jako takové, vnímám jako klíčový bod celé problematiky. Tato neschopnost je živena a zároveň živí předpoklad o nekompetentnosti a ne-schopnosti lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, podporuje fungování celého ústavního systému, vyvolává a podporuje argumenty o neefektivitě a také je příčinou rozporuplného statusu práce v této oblasti jako takové.

Důležitou debatou se stává vyjednání pozice tzv. sociálních služeb. Lidé si péči často spojují se zdravotnictvím – zajištění základních potřeb, nebo školstvím – výchovou. Zdá se, že si stále nedokážou představit nic příliš konkrétního pod pojmem sociální služba. Sociální služba jako veřejná služba vykonává v podstatě činnosti tradičně patřící do sféry soukromí, do rodiny, doplňuje tam, kde rodina nestačí, nebo nefunguje. „Proto je profesionální pomoc v životě člověka neobvyklá situace, neboť běžně své problémy řeší sám za přispění svého okolí, přátel a dalších neprofesionálů“ (Úlehla, 2005: 9). Je to veřejná instituce, vykonávající činnost patřící do

soukromé sféry. Pro pochopení lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí a jejich přijetí do společnosti se zdá být klíčové přijetí a etablování sociální služby, jako něčeho běžného, „normálního“ a zároveň nezbytného a potřebného.

Statut sociální práce (se svými specifiky a nutnými nároky na osobnost pracovníka) úzce souvisí se statutem sociální služby. Sociální služba potřebuje získat postavení profesionální služby z hlediska statusu, jako profesionální zajišťovatel podpory v soukromí i na veřejnosti, podpory člověka v integraci do komunity a nalezení nového zázemí mimo ústav a třeba i bez vlastní rodiny. K tomu je potřeba překonání dichotomie soukromého a veřejného, citového a distancovaného. Vstup lidí s mentálním znevýhodněním a duševní nemocí do komunity, byť třeba zatím jen jako téma, přináší odpor právě díky překračování hranice soukromého a veřejného. Absence soukromí, nebo umělé soukromí lidí v ústavech, nepřiznávání soukromí lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí i nucené kompletní soukromí pro ně, hraničnost sociální služby na pomezí obou sfér odrážející se v aspektech popisu sociální práce, to jsou místa která je potřeba analyzovat. Tyto oblasti mohou mnoho věcí vypovědět o společnosti a fungování principu dělení zodpovědnosti a kompetencí v ní.

„Veřejné soukromí“ je pojem, který odkazuje k snaze o propojování dvou oddělených světů, soukromého a veřejného. Užitečným modelem pro tento proces může být právě sociální služba. Koncept přirozené komunitní podpory, jako přirozené a ideálně negenderované podpory, ne „práce“, nebo „péče“ by mohl být dobrým vzorem alternativního modelu občanství.

## **6. ZÁVĚR**

Mým cílem v této práci bylo popsat způsoby, jakými „zdravá“ a „normální“ společnost udržuje distinkci mezi sebou a lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, a naznačit jejich původ a vzájemné propojení.

V průběhu textu jsme mohli sledovat různá argumentační rozhraní, od kterých se odvíjí vytváření a udržování, nebo popírání odstupu na základě definování lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jako „odlišných“. Nejdříve jsme se zaměřili na srovnání „klece“ a ústavu jako izolujícího odlehleho prostoru. Hledali jsme důvody a prameny této odlehlosti a odsouvání. Zjistili jsme, že mezi „klecí“ a ústavem existuje podobnost. Oba jsou, zdá se, symbolem specifického názorového systému a s ním spojené praxe. Axiální kód s názvem „efektivita“ se ukázal být pevně propojený s dalšími kódy, zejména s axiálním kódem „odpovědnost“. Diference mezi znevýhodněnými a „normálními“ se udržuje pomocí argumentů, které zpochybňují, respektive odkazují na neplnění nutných „zásluh“ pro společnost, a zdůrazňují nedostatečnou (zejména materiální) prospěšnost pro ostatní. V další části práce byla pozornost zaměřena na

konotační potenciál „klece“. „Klec“ působí jako stigmatizující symbol. Na to navázali kódy zabývající se otázkami viny a nevin, zabývající se otázkou práva ve vztahu k znevýhodnění/nemoci. Dalším tématem byl pocit tragiky a soucitu, které „klece“ vyvolávají. V návaznosti na téma stigmatizace, byl rozebrán kód „klece“, jako hraniční identity, symbolu určujícího normalitu a anormalitu.

Fatalita znevýhodnění/nemoci jako zdroj iniciace do problému a také do diskursu, kterou slibují zastánci lůžek, posloužila jako přemostění k dalšímu tématu. Koncepty prostoru, efektivity, odpovědnosti a stigmatizace byly doplněny důležitým konceptem práce. V závěru bylo naznačeno v kapitole o argumentaci, jak funguje propojení výše zmíněných rozhraní do ucelených argumentů, s nimiž pracují diskutující. V rámci těchto „logických“ argumentů se jednotlivé odlišené aspekty navzájem spojují, podporují a doplňují. Ukázalo se také, že si linie, po kterých jsou vedeny jednotlivé argumenty hájící tu samou věc, tedy v naznačeném případě obhajobu užívání klecových lůžek, mohou do určité míry i odporovat. Ať je člověk s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí definován jako permanentně „hyper-agresivní“, nebo naopak bezbranný a potřebující podporu, ať je potřeba chránit společnost před lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, nebo lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí před společností, výsledkem je ta stejná izolace a odstup. To opět ukazuje na hlubší podtext debaty nad klecovými lůžky, který jsem se pokusil poodhalit v této práci.

Výše zmíněná témata byla nakonec všechna vztažena k centrální kategorii nazvané „veřejné soukromí“. Jako klíčový a možná opomíjený bod odlišující dva přístupy k lidem s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí se ukázala být schopnost představit si komunitní sociální službu jako podporu, umožňující běžný život v komunitě. Tento klíčový bod byl analyzován v perspektivě dělení na soukromou a veřejnou sféru.

Spíše než na osoby s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, nebo diskusi o samotném znevýhodnění či nemoci, se tato práce zaměřila na materiální a procesní aspekt celé problematiky „péče“ o lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí, konkrétně na prostor a jeho stigmatizační účinek, čas a jeho vnímání v různých kontextech, pozadí celkového společenského uspořádání a jeho odraz v přístupu k problematice a také na práci, propojující svým způsobem materiální a symbolické. Vycházel jsem přitom z postulátu, že materiální svět je ve společnosti vysvětlován a následně organizován podle „uznávaného“ symbolického systému (srov. Bourdieu, 2000).

V praxi se často ukazuje, že lidé si na lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí ve svém okolí zvyknou, že jsou většinou schopni s nimi vytvářet funkční vztahy. Pokud je takový člověk například jejich sousedem a pravidelně se setkávají, často se stává, že mizí stereotypizované bariéry očekávané „odlišnosti“ a lidé pochopí, že člověk s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí má stejné lidské potřeby jako „normální“ člověk. Prosazení na úrovni materiální a procesní

by mohlo uspišit a podpořit změny v myšlení lidí. Existence služeb a jejich funkčnost může přesvědčit veřejnost o možnosti tohoto řešení a může také přiblížit lidi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí blíže do normální společnosti a běžných mezilidských vztahů. Tento krok může výrazně pomoci uspišit nejdůležitější změnu, která musí nastat, aby mohlo dojít k plné inkluzi lidí s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí do společnosti. Jedná se o změnu v myšlení lidí. O té hovoří experti z jiných zemí, kde už podobné procesy proběhli, nebo probíhají, jako o klíčovém bodu obratu (Singelton, 2011). Hovoří o něm i lidé účastníci se vzdělávacích kurzů a jiných transformačních aktivit, se kterými se setkávám v rámci svého zaměstnání. Tato změna je totožná se změnou diskursu, který lidem umožní identifikovat se s lidmi s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí jako se „stejnými“ a patřícími do veřejného života v komunitě. Se změnou způsobu poskytování služeb směrem od „péče“ k podpoře se změní i definice znevýhodnění a nemoci lidí (srov. Paleček, 2010).

V době počátku kauzy v roce 2004 platilo, že „ze států EU je to již pouze Česká republika, která klecová lůžka v ústavech sociální péče používá (v psychiatrických léčebnách je to např. také Slovensko nebo i Rakousko)“ (Záhumenský, 2006). Dnes jsou v České republice tato lůžka stále používána v psychiatrických léčebnách. I když se zdá, že klecová lůžka už nejsou zneužívána, a používána jen minimálně. Přesto stále v téměř nezměněné podobě přetrvává systém „péče“, jehož symbolem může být právě kauza, jejímž ústředním bodem byl spor o klecové lůžko. Tento systém „péče“ se zaměřuje izolaci a v praxi odsuzuje člověka k této izolaci na doživotí. Důvodem je to, že definuje člověka jako *zcela* „odlišného“. Alternativní přístup, který pracuje s pojmem „podpora“, vnímá člověka jako *zcela* „stejného“ majícího jako každý specifické individuální potřeby „podpory“ v konkrétních běžných životních situacích. Je totiž přece těžké předem odhadnout životní trajektorii člověka, ať už s diagnózou mentálního znevýhodnění/duševní nemoci, nebo bez ní. Kromě biologických faktorů, jsou totiž další velice důležité faktory, jakými jsou sebepojetí, rodinné, či širší společenské prostředí (O'Brien, 2001). Domnívám se, a výsledky této práce můj názor posilují, že je třeba oprostít se od zobecněných debat a řeči diagnóz. Život každého člověka a jeho vývoj i jeho chování ovlivňuje mnohem více faktorů.

K tomu je ale za potřebí i změny myšlení v měřítku celé společnosti. Mezi hodnoty „veřejné sféry“ se musí dostat interdependence, vzájemná provázanost a solidarita. Celá problematika by měla být řešena co nejtransparentněji a měla by narůstat informovanost veřejnosti. Lidé s mentálním znevýhodněním/duševní nemocí by se měli dostávat do normálního systému (Cháb, 2004: 28). V současné době se v ČR začaly rozvíjet slibné projekty zaměřené na změny zejména v oblasti sociálních služeb. Zdravotnictví a psychiatrické léčebny na svou velkou chvíli stále čekají. Přesto je potřeba být optimistický. Po realizaci analýzy diskusí a po dvou letech práce v oblasti transformace sociálních služeb musím říci, že změny dělat lze a jsou potřeba. Co se týče klecových

lůžek, podepisují se virtuálně zpětně pod „Otevřeny dopis ministři práce a sociálních věcí“ ze dne 31. 1. 2008 (Johnová et. al., 2008).

## **7. ZDROJE**

### **Primární zdroj:**

Internetové fórum. 2006. [online] Dostupné z:

<<http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/forum.phtml?id=116581&op=text&showall=true>> [naposledy navštíveno 23. června 2011].

### **Literatura:**

Bártová, Eliška, Ludvík Hradílek. 2006. „Ústavy stále zavírají lidi do klecí“. *Aktuálně.cz*.

*Domáci. Kauzy* [online] [7. dubna 2006] [cit. 25. listopadu 2007]. Dostupné z:

<<http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzy/clanek.phtml?id=116581>>.

Barša, Pavel. 2002. *Panství člověka a touha ženy. Feminismus mezi psychoanalýzou a poststrukturalismem*. Praha: SLON.

BBC. 2008. „Q & A: Cage beds.“ *BBC NEWS* [online] [cit. 23. února 2008]. Dostupné z: <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7181854.stm>>.

Beckett, Angharad E. 2005. „Reconsidering Citizenship in the light of the concerns of the UK disability movement“. *Citizenship Studies* 9 (4): 405-421.

Bednář, Radomír. 2011. „Individuální domácnosti v bytech – zkušenosti, komplikace, situace.“ *Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb*. 28. 2. – 1. 3. 2011. Hradec Králové: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb.

Bodnár, Jan. 2009. *Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: FSV UK.

Bourdieu, Pierre. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.

Campbell, Fiona Kumari. 2005. „Legislating Disability: Negative Ontologie and the Government of Legal Identities“. In Shelley Tremain (ed.). *Foucault and the Government of Disability*. Ann Arbor: University of Michigan Press, s. 108-130.



- Carey, Allison C. 2003. „Beyond the Medical Model: a reconsideration of ‘feblemindness’, citizenship, and eugenic restrictions“. *Disability and Society* 18 (4): 411-430.
- Carlson, Licia, *Docile Bodies*,. 2005. „Docile Minds: Foucauldian Reflection on Mental Retardation“. In Shelley Tremain (ed.). *Foucault and the Government of Disability*. Ann Arbor: University of Michigan Press, s. 133- 152.
- Český statistický úřad. 2008. *Zaostřeno na ženy a na muže 2008*. [online] [cit. 24. dubna 2010]. Dostupné z: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/1415-08-2008>>.
- Coffey, Jane Amanda, Paul A. Atkinson. 1996. *Making Sense of Qualitative Data. Complementary Research Strategies*. London: Sage.
- Davis, Lennard J. „Constructing Normalcy. 1997. „The Bell Curve, the Novel and the Invention of the Disabled Body in the 19th Century“. Lennard J. Davis (ed.) *The Disability Studies Reader*. NY/London: Routledge, s. 9-27.
- Dohnalová, Hana. 2011. „Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby“. *Med. Pro Praxi* [online] 8 (2) [cit. 1. března 2010]. Dostupné z: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/02/10.pdf>>.
- Durecová, Katarina. 2008. „Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků“. QUIP – společnost pro změnu. *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha: QUIP – společnost pro změnu, s. 41 – 50.
- Erevelles, Nirmala. 1996. „Disability and the Dialectics of Difference“. *Disability & Society* 11 (4): 519 – 537.

- Erevelles, Nirmala. 2002. „(IM)Material Citizens: Cognitive Disability, Race, and the Politics of Citizenship“. *Disability, Culture & Education* 1 (1): 5-24.
- Foucault, Michel. 1994a. *Dějiny šílenství v době osvícenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny.
- Foucault, Michel. 1994b. *Diskurz, autor, genealogie*. Praha: Svoboda.
- Foucault, Michel. 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.
- Foucault, Michel. 2009. *Zrození biopolitiky*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Fraser, Nancy. 2007. *Rozvíjení radikální imaginace. Globální přerozdělování, uznání a reprezentace*. Praha: Filosofia.
- Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Homoláč, Jiří. 2006. Diskurz o migraci Romů na příkladu internetových diskusí. *Sociologický časopis* 42 (2): 329 – 351.
- Cháb, Milan. 2004. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP – společnost pro změnu.
- iDNES.cz, MF DNES, ČTK. 2004. „Svaz pacientů chce vrátit Blairovi `klece`“. *iDNES.cz*. Zprávy [online] [cit. 27. května 2008]. Dostupné z: < [http://zpravy.idnes.cz/svaz-pacientu-chce-vratit-blairovi-klece-ffu-domaci.aspx?c=A040715\\_153909\\_domaci\\_jpl](http://zpravy.idnes.cz/svaz-pacientu-chce-vratit-blairovi-klece-ffu-domaci.aspx?c=A040715_153909_domaci_jpl)>.
- Johnová, Milena. 2006. *Přirozená podpora obecně*. Projekt Správná volba [online] [cit. 17. května 2009]. Dostupné z: < <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/010/001265.pdf>>.
- Johnová, Milena et. al. 2008. “Otevřený dopis ministrovi práce a sociálních věcí. Stanovisko k používání klecových lůžek a k ústavní péči a nabídka spolupráce”.

- QUIP – společnost pro změnu* [online] [cit. 12. května 2009]. Dostupné z: <  
<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/003/000413.pdf>>.
- Kocman, David. 2008. „Klecová lůžka jako diagnóza české sociální péče“. *Literární noviny* [online] 2008 (13) [cit. 25. listopadu 2008]. Dostupné z: <  
[http://www.literarky.cz/index\\_o.php?p=obsah&rok=2008&cislo=13](http://www.literarky.cz/index_o.php?p=obsah&rok=2008&cislo=13)>.
- Kopřiva, Karel. 2006. *Lidský vztah jako součást profese. Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál.
- Lečbych, Martin. 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Longmore, Paul K. 1987. „Screening Stereotypes: Images of Disabled People in Television and Motion Pictures“. In Alan Gartner, Tom Joe (eds.). *Images of the Disabled, Disabling Images*. New York: Praeger Publishers, s. 65 – 78.
- Macek, Jakub. 2009. Poznámky k teorii virtuálních komunit. *Biograf* (50): 60 odst. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v5001>
- Makovcová, Stanislava. 2011. „Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a její Opční protokol“. *Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb*. 28. 2. – 1. 3. 2011. Hradec Králové: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb
- Mann, Chris, Fiona Stewart. 2000. *Internet Communication and Qualitative Research. A Handbook for researching online*. London: Sage.
- Marks, Deborah. 2001. „Disability and cultural citizenship“. In N. Stevenson, (ed.) *Culture and Citizenship*. London: Sage, s. 153-166.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2007. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online] [cit. 25.

- listopadu 2008]. Dostupné z:  
<[http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)>.
- Nussbaum, Martha. 2006. *Frontiers of Justice: Disability, Nationality. Species Membership*. Cambridge, Mass: The Belknap Press.
- Nagl-Docekal, Herta. 2007. *Feministická filosofie*. Praha: SLON. s. 273-301 (Občanky aneb proč by měla být přeformulována teorie smlouvy).
- O'Brian, Connie Lyle, John O'Brian. s. d. „Kořeny plánování zaměřeného na člověka“. *QUIP – kvalita v praxi* [online] [cit. 23. listopadu 2009]. Dostupné z:  
<<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/013/001593.pdf>>.
- O'Brien, Greg. 2001, „Adult outcome of childhood learning disability“. *Developmental Medicine and Child Neurology* 43 (9): 634-638.
- Paleček, Jan. 2010. „Opakujte po mně: duševní nemoc - říkáte to stejně?!? O překládání duševní nemoci.“ In: P. Hejzlar (ed.), *Na cestě ke komunitní psychiatrii...*, s. 18-54, Péče o duševní zdraví, Theo, Pardubice.
- Psychiatrická společnost ČLS J. E. P. 2008. *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS J. E. P [online] [cit. 15. dubna 2011]. Dostupné z: < <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>>.
- Robinson, Laura. 2009. Sebe-utváření online: O symbolické interakci v digitální éře. *Biograf* (50): 40 odst. Dostupné na adrese  
<http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=5002>
- Seale, Clive, Jonathan Charteris-Black, Aidan MacFarlane, Ann McPherson. 2010. „Interviews and Internet Forums: A Comparison of Two Sources of Qualitative Data“. *Qualitative Health Research* 20 (5): 595-606.

- Sheakespeare, Tom. 1999. „The Sexual Politics of Disabled Masculinity“. *Sexuality and Disability* 17 (1): 53 – 64.
- Singelton, Sir Roger. 2011. „European perspectives on transforming social services: lessons learned and planned actions across the EU“. *Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb*. 28. 2. – 1. 3. 2011. Hradec Králové: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb.
- Slowik, Josef. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál.
- Sontagová, Susan. 1999. *Nemoc jako metafora. AIDS a jeho metafory*. Praha: Mladá fronta.
- Sparks, Justin. 2004. „Ordeal of the caged Czech children“. *The Times. The Sunday Times*. [online] [13. červen 2004] [cit. 29. listopadu 2009]. Dostupné z: <<http://www.timesonline.co.uk/tol/news/world/article444781.ece>>.
- Strauss, Anselm, Juliet Corbinová. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: ALBERT.
- Sullivan, Martin. 2005. „Subjected Bodies: Paraplegia, Rehabilitation, and the Politics of Movement“. In Shelley Tremain (ed.). *Foucault and the Government of Disability*. Ann Arbor: University of Michigan Press, s. 27-44.
- Šmatová, Nataša. 2011. „Chebský zastupitel přirovnal integraci k Otíkovi z filmu“. In *Chebský deník. Moje Chebsko*. [online] [cit. 17. dubna 2011]. Dostupné z: <[http://chebsky.denik.cz/zpravy\\_region/chebsky-zastupitel-prirovnal-integraci-k-otikovi-z.html](http://chebsky.denik.cz/zpravy_region/chebsky-zastupitel-prirovnal-integraci-k-otikovi-z.html)>
- Tremain, Shelley. 2005. „Foucault, Governmentality, and Critical Disabled Theory: An Introduction“. In Shelley Tremain (ed.). *Foucault and the Government of Disability*. Ann Arbor: University of Michigan Press, s. 1-24.

- Turkle, Sherry. 1999. „Cyberspace and Identity.“ *Contemporary Sociology* 28 (6): 643 – 648.
- Uhde, Zuzana. 2006. „Kořeny genderové nespravedlnosti: kritický přístup“. In Křížková, Alena, Hana Maříková, Zuzana Uhde (eds.), Marie Čermáková, Radka Dudová, Barbara Havelková. 2006. *Sexualizovaná realita pracovních vztahů. Analýza sexuálního obtěžování v České republice*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, s. 13 - 24.
- Úlehla, Ivan. 2005. *Umění pomáhat. Učebnice metod sociální praxe*. Praha: SLON.
- Veřejný ochránce práv. 2009. *Zpráva z návštěv Domovů pro osoby se zdravotním postižením* [online] [cit. 25. května 2011]. Dostupné z: <<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/zprava-z-navstev-mentalne-postizeni-cerven-2009/>>.
- World Health Organisation. 2008. *International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10, 1*. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: 2008. Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci\\_1644\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci_1644_3.html)>.
- Wendell, Susan. 1989. „Toward a Feminist Theory of Disability.“ *Hypatia* 4 (2): 104-124.
- Young A. Damon, Quibell, Ruth. 2000. „Why Rights are Never Enough: rights, intellectual disability and understanding“. *Disability and Society* 15 (5): 747-764.
- Záhumenský, David. 2006. „Jsou klecová lůžka nelidská a ponižující?“. In *Bulletin pro právo ve veřejném zájmu* [online] [cit. 17. listopadu 2010]. Dostupné z: <<http://www.viaiuris.cz/index.php?p=msg&id=22>>

### **Webové stránky:**

Internetové fórum. 2006. [online] Dostupné z:

<<http://aktualne.centrum.cz/domaci/kauzu/forum.phtml?id=116581&op=text&showall=true>> [naposledy navštíveno 23. června 2011].

<http://en.wikipedia.org/> Wikipedia, the Free Encyclopedia, [cit. 29. května 2007].

Pravidla diskuse na Aktuálně.cz, dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/kodex-diskutujcich.phtml> [citováno 25. května 2011]

<http://news.bbc.co.uk/>

<http://sociologielucienne.bloguje.cz>

### **Zákony:**

Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách.

Zákon 218/2005 Sb. O sociálním zabezpečení.

## **8. PŘÍLOHY**

### **Příloha 1 Seznam citovaných výroků číslovaných podle programu ATLAS.ti:**

**0047** SKORO JAKO NA QUANTANAMU!!!

**0056** Eliško Bártová a Ludvíku Hradílku, oba tomu rozumíte jako koza petrželi. Co to je za titulek, nevinní za mřížemi, píšete snad o Kájínkovi? Nebo o lidech co jsou v base kvůli tomu že byli pro hlavouny nepohodlní tak se na ně něco našilo aby šli do báně? Sami běžte pracovat a starat se o takto postižené lidi bez možnosti je částečně v případě potřeby pacifikovat. Nacpat lidi práškama a to jim dělat celý život je možné řešení aby nemuseli do klecí? Jste normální? Odpovím sám, nejste! Běžte na týden dělat tuto práci a sami se nakopete do prdele za to co jste napsali. Vím že o něčem psát musíte když je to vaše práce, ale udělejte to formou diskuse odborníků, kde necháte stejný prostor všem stranám. Co to je za móresy v této době psát tak jednostranně. Nejste náhodou taky pro ty úchylné zelené šílence? Extrémismus je škodlivý v jakékoliv formě, proto si budu na Vás dávat pozor!

**0066** NA CIVILCE SEM BYL V USTAVU ... STAČI SE OTOČIT A S KLIDEM V DUŠI TI PŘERAZÍ O HLAVU ŽIDLI .... BEZ POCITU VINY ... NECHAPE ŽE TO NESMÍ ... A CO S NIM ... KLEC NEBO PRÁŠKY.

**0086** No , doporučila bych paní redaktorce aby si stříhla měsíc na místě persnálu v takovém ústavu . Pak by ji ty líbivé chytré kecy přešly . Nikdo personálu nezaručí ani bezpečnost , ani odpovídající plat , zato mají zaručenou psychicky i fyzicky velikou dřinu . Prostě je nutno se smířit s tím , že ty klece jsou nejmenší zlo a ty prášky koneckonců taky .

**0106** Nikdo jistě nezpochybňuje problémy spojené s péčí o takto postižené lidi. Ale na druhou stranu je třeba vzít v úvahu, že se tito lidé ničím neprovinili - a zachází se s nimi stejně, ba možná hůře, než s vězni v nápravných zařízeních. Pokud se někdo domnívá, že klec je optimální řešení, ať si jen na chvíli představí, že by tak mohl skončit někdo z jeho nejbližších.... nebo on sám!

**0111** Jste ještě lidi? To jste opravdu tak hluboce přesvědčeni, že duševně zaostalý člověk nepotřebuje k životu nic víc než klečat celý den v rohu klece, najíst se a vykoupat? Celý život? Tak to bychom je rovnou možná mohli popravovat, ne? hezky injekcí, to je taky humánní, no ne? Co myslíte?



**0118** Možná by to chtělo každému mentálovi koupit luxusní střešní byt,vybavit ho elektronikou a nábytkem v současném trendu,slušné auto a odborně vyškolená sestřička.K tomu várnici dobrého čaje a čas od času objednat nějakou specialitku na zub.To by byla inovace,že ano?

**0123** Zavřít všechny magory. Kdo se o sebe neumí postarat, kdo si pod sebe jenom sere a chčije a neumí se ani sám nažrat, nemá v přírodě - natož mezi lidma - co dělat. Já bych je eliminoval úplně a totálně.

**0128** Bohužel jsem stejného názoru. Možná se to zdá nehumální, ale tyto případy bych vůbec nenechal zajít tak daleko. Se svolením rodiny injekci, bez svolení klec + příspěvek rodiny. Ale je to můj názor, každéj má vlastní.

**0133** Uvědomte si, že každý z nás by časem mohl takovou injekci dostat.V jednom takovém ústavu žije člověk, který ještě nedávno snil o své skvělé budoucnosti.Srazilo ho utržené kolo nákladního auta....Dnes je s titulem inženýra v kleci.Taky mu pomůžeme z tohoto světa?Je mi z Vás smutno!

**0148** No ja mam pomateneho dedy doma a musim rict, ze tohle dela taky. Musime ho na noc zamikat nebo by nam vsechno rzflakal, pokousel by se utect, vsechno rozlil, pomocuje a sere klidne i na podlahu na chodbe. Zvani nesmyly a obcas se s nami chce i prat. Bohuzel moc o sobe nevi a nepoznava ostatni lidi. Takze to, ze jsou tihle blazni zavirani do kleci plne chapu. Kdo nezazil, neuveri...

**0153** Byla jsem se podívat v takovémto ústavu pro děti. Jedna věc jsou osobní práva, ale druhá věc je péče o tyto lidi a kdo to nezná zblízka, tak by vůbec neměl soudit... Nikde jsem například nazaslechla zmínku o tom, že díky klecím jsou tito lidé chráněni, stejně tak jako jejich okolí. šla jsem okolo klece a kdybych si nedávala pozor, tak mě "dítě" s neuvěřitelnou silou skalpuje... Vůbec si netroufám odsuzovat klece a zajímalo by mě, jak se to řeší jinde, protože 1 ošetřovatel na 1 klienta je málo...

**0168** Jestli tomuhle říkáš péče, tak s takovouhle péčí běž do luhových hájů. Snad každý člověk má právo, alespoň na základní slušné zacházení, bez ohledu na to jestli je mentálně postižený, vrah nebo člověk dle společnosti v normě. Je sice pravda, že práce s takovými lidmi je nesmírně psychicky náročná, často i fyzicky, to však neznamená, že si ji budeme ulehčovat i když to mnozí lidé pochopí. Pokud tamní zaměstnanci nejsou schopni zvládat

svou práci a je jedno jestli je to lékař, lékař-psychiatr nebo ošetřovatel nemohou být na tomto místě zaměstnáni. I když je jasné, že vzhledem k náročnosti práce by měla být úplně jinak placená a s větším počtem personálu. Takže i když nemusím souhlasit se vším co je v článku napsáno, je velmi prospěšné, aby se o této problematice psalo, jako o extrémním problému. I když vás se to možná netýká, tak mě běhá mráz po zádech, když si představím co se mnou může být, když takto onemocním.

**0178** oni to pochopí, kdyby se psalo o tom, az tyto pacienty uvolni a oni si ublizi natolik, ze zemrou

**0198** Naprostý souhlas, ať si ji vezme pisatel článku domů a stará se o ni. Co může takový člověk komu dát?

**0209** Klece tam nemají, zato tam pro změnu mají pacienty přivázané k lůžku a nacpané do izolované místnosti odkud není slyšet řev onoho pacienta. To ty klece u nás jsou podle mého názoru lepším řešením. No a pokud se to někomu nelíbí, má možnost jít pracovat do Kosmonos nebo do jiné léčebny a sám na vlastní kůži poznat o co jde. Je nutné chránit nejenom okolí před pacienty, ale především pacienty před sebou samými.

**0219** Absolutně souhlasím! Tento problém se vrací každoročně jako bumerang. Společnost je vždy pobouřena i když všichni tak nějak tuší, že se to děje. Já se ptám: bylo by lepší tyto lidi neumísťovat do klece a raději je připoutávat? Jistě ne! Bylo by lepší tyto lidi nadopovat tolika zklidňujícími látkami, aby nemuseli být umísťovány do oněch klecí? Jistě také ne! Prostě takto kritizovat postupy v ústavech může jen člověk, který k tomu není kompetentní a nesetkává se s každodenními problémy v takových zařízeních.

**0220** Ačkoliv "zavírání člověka do klece" jistě zní otřesně a znamená to nepochybně porušení nezczitelných lidských práv, není zatím lepší způsob, jak se o tyto potřebné postarat.

**0256** Neverim, ze by se zadna ziva bytost natoz clovek (nejchytrejsi bytost na planete) mela byt v kleci. Ja s lidmi podobneho postezeni pracuji jiz 8let. Starat se o lidi mentalne postizene neni zadna veda a muze to delat kdokoliv kdo ma srdce a rozum na pravem miste. Odbornici? Staci pouze psychiatr ktery predepise program pro individualniho klienta a ten posleze budou zamestnanci nasledovat bez jakych koliv zmen. Zmenu tomuto programu muze opet udelat jen psychiatr. Kazdy znas muze byt mentalne postizeny i kdyz

ted je zdavy (deprese, virové onemocnění mozku, nehoda atd.) a jak by někdo z vás chtěl být v kleci? Lidi co říkají "to bych chtěl vidět, kdo se o ně bude starat, když nebudou v kleci" jsou dosti primitivní a malomilní a možná by si měli vyzkoušet nějaký den v kleci a mluvili by jinak.

**0281** souhlasím, kdo se o takové lidi bude starat když ne rodina. A kdo ty lidi bude platit? Tito postižení lidé jsou na sto procent chudáci a je mi jich líto. Ale podle mě, je jim určitě úplně jedno, co se kolem nich děje a pokud u nich nejsou vyhlídky na změnu jejich stavu, jediné smrt (je to hrozné já vím) je jejich vysvobození.

**0312** A proč by se mělo starat zdravotnictví? Kde mají ti postižení rodiče?

**0380** Musím říci že mi také schází slova. Proberte se lidi, nikdy nevíte co by se mohlo stát a v takové kleci by jste mohli zkončit třeba zrovna vy a pak by o vás nějaký alibistický pokrytec prohlásil, že stejně nevíte co se svými děje, tak je to jedno, ano a málem bych zapomněla na otázku: „Kdo to má platit?“ Mohl by to platit ten, kdo není zavřený v kleci, tedy zatím!!

**0385** To co dělají je nelidské. Je tolik nezaměstnaných, proč neposílí stav lidí, kteří by o takové případy pečovali a slušně je zaplatí. Tak by se mohla starat rodina a stát by mohl na péči přispívat. Jenže já si myslím, že si ústavy někdy tímto jednáním usnadňují život.

**0390** Ale kde máš jistotu, že ti nezaměstnaní se budou o ně pořádně starat? Na práci s takto postiženými (a i se starými) lidmi musí mít člověk nějaké zkušenosti, vzdělání a trpělivost. A pokud to není nikdo z tvé rodiny (což taky není pravidlem) nebo někdo kdo se této práci věnuje profesionálně nepřála bych ti zůstat v jeho péči.

**0397** Souhlasím s Vámi. Chtěla bych vidět dnešní nezaměstnané, jak se starají o mentálně/tělesně postižené. Tohle není práce pro každého, je to náročné fyzicky i psychicky. Může to dělat jediné člověk, kterého to doopravdy baví a vidí v tom smysl svého života.

**0447** Nebylo by asi od věci kdyby rodinám různě postižených lidí stát platil stejné peníze jaké platí za každého podobného pacienta ústavu. Rodina by se v klidu mohla starat o vlastního postiženého člena a nemusela by pracovat aby se užívala. Existenční problémy by ta rodina měla vyřešené. Stát by tím zabil dvě mouchy jednou ranou, aniž by zchudl a

přítom by se zbavil většiny problémů souvisejících s podobnými zařízeními a s jejich provozem.

**0462** tak takové lidi pusťte ven a uvidíte, co vám provedou. až nevedomky ublíží vašim dětem, budete mluvit jinak

**0467** Milá Simono - tento ústav znám a tu dotyčnou v kleci také a přeju Vám se o tyto lidi tak týden starat (za peníze které sestry dostávají) a možná pochopíte a ráda dotyčnou a další podobné lidi ráda necháte v kleci.

**0477** ty co byli te postizene tak zvani rodice jiz neziji,ale co to bylo za zmrdy,ze jedenctiletou postozenu dali do ustavu,proc se ji nevenovali s timto svedomim mohli zit,to je stejne jako zabity cikank ve Svedsku co jeho "matka" ta by mela byt trestana....

**0482** V článku nezminili, jaké má paní Nováková vlastně postižení. Jestliže se rodiče snažili o ni postarat celých jedenáct let je dost možné, že dokud měli síly a možnosti, tak to dělali. Není dobře někoho odsoudit, když nevíme jaká byla jeho situace a jaké měl volby. Pochopitelně přivést na svět postižené dítě jistě nebyla jejich volba a nebyli dopředu připraveni na takový závazek. Faktem je, že péče o mentálně postiženého člověka v domácím prostředí (bez fungující pradelny, kuchyně, výměny personálu...) je velmi náročná.

**0495** Ale víš co...byl bych pro jiné řešení. Klece jsou nehezky a zmráci, kteří na to přišli nad tím pořád onanují a snaží se z toho nadojit jen svou popularitu.

**0496** V zahraničí tito idioti dostali převahu a tak se našlo řešení, aby se koza nažrala a vlk zůstal celý. Prostě je našlehnou a ti chudáci se pořádně ani neproberou. Takže rezignace na jakýkoliv postup nebo výchovu. Je to stejný jako je někde v díře postřílet, protože z toho života mají akorát kulový. V kleci je +/- střízlivej a dá se s ním pracovat. Jenže to na růžovo natření, politicky korektní zmráci nechtějí vědět. Upřednostňují formu nad obsahem...a ty mříže jsou přece tááák hrozný.)

**0504** na to aby takoví lidé, kteří vlastně ani nejsou schopni vnímat svou existenci, byl humánně usmrceni, na to přešel již jeden před tebou, jmenoval se Adolf Hitler. A skutečně to udělal. Teprve pak se euthanasie poskytovala nejen méněcenným lidem, ale i méněcenným národům.

**0521** Taky si uvědomte, že mohli mít další a zdravé dítě a situace pro ně mohla být neúnosná. Vždyť nevíme, jak byla nebezpečná sobě a svému okolí už v 11 letech. Autorka článku neuvedla podstatné věci. Jen se tzv. "šťourá" v něčem a sama o tom nemá ani páru!!!

**0526** Je snadné nadávat někomu do zmrdu, ale zkusil jste se někdy starat o nesamostatného člověka?! Jednou jedinkrát jsem se naivně nabídl mému kolegovi a jeho ženě, že jim jeden den pohlídám jejich těžce mentálně a tělesně postiženého syna (14 let, 55 kg, neobejde se bez plen, nemluví - pouze vydává různé pazvuky, leze po čtyřech - zatraceně rychle, kouše, škrábe, neumí si hrát, neumí se sám najíst, vše co najde strčí do pusy, zdemoluje na co přijde, občas dostane epileptický záchvat). Po této nepatrné zkušenosti říkám: "Nikdy více!". Otevřeně přiznávám, že na to nemám. A to mám děti ráda. Představte si, že máte takového tvorečka na krku 24 hodin denně. Mj. jste zbaven kontaktu s okolním světem, nemůžete chodit do práce, vzdělávat se, chodit do společnosti, kromě nepřetržitého skákání kolem dítěte musíte zvládat běžné domácí práce plus každý den prátky pokakaného oblečení. A nekončí to 2. nebo 3. narozeninami dítěte - trvá to 5, 10, 20 let. Zkuste to, a pak kritizujte!

**0551** Nemluvte o jednom drobném detailu, bez kterého to ale bohužel nejde - jmenuje se peníze. Víte, kolik je v tomto mizerném státě sociální příspěvek v takovémto případě? Přesně tolik, že se z toho nedá ani žít ani chcípnout. Kamarádka má dost nemocného tátu, který ani není duševně postižený, ale má po několika mrtvicích, takže se velmi špatně pohybuje a hlavně koordinace jeho pohybů je mizerná tak, že by si mohl ublížit i pouhou chůzí po schodech nebo natahováním se pro talířek do linky bez dozoru. Chtěla s ním zůstat doma, jenže zjistila, že by za těchto okolností (i s jeho důchodem) měli sotva na nájem a jinak by se nejspíš museli pást. Tak jí sám navrhl ústav.

**0584** stavební problém. Jak chcete zabezpečit budovy podle nejmodernějších standartů když jsou to zařízení většinou odlehlá ve starých budovách, daleko od lidského zraku. A ruku na srdce, kdo z těch rozhněvaných a konec konců i např. mě by ctěl mít za souseda takové zařízení?

**0595** je na tom lepe. Ma za den urcite vic podnetu a vjemu nez chudak pani Novakova. Kdybych ho drzela 23 hodin denne v kleci asi by tez pri prvni prilezitosti z klece vystrelil a

zacal divocit. Veci se kterym nesmi prijít do styku proste nesmi byt v jeho dosahu. Stejne tak je to s desinfekci v ustavu. Pokud klient s temito vecmi nesmi prijít do styku, musi to byt zamcene. Taky nechapu proc, je problem v zime pani Novakovou ustrojít a i v teto rocni dobe ji vzít na prochazku k brance. Nechapu tu vymluvu. Skutecne v techto ustavech klient není stredem zajmu. Jsou veci, které zaujmou i velmi mentalne postizeneho clovek a nemusí byt pro neho nijak nebezpecne. Tito lidé jsou stale schopni smysloveho vnímaní. Muze je zaujmout vune, veci, které jsou zajimave na dotek, pry jsou i videa, která nachvíli zaujmou klienty s mentalnim postizením. V ustavu socialni pece jsem pracovala a vim, ze to je narocna i nebezpecna prace. Problem je v tom, ze jsou tam skutecne stale nastavene praktiky jako byli za komunistu. Stale jsou tam zamestnanci se stejnym pristupem jako byl za komunistu. Tedy personal je autorita a klient je podradny. Od te doby sel vyzkum o znacnou vzdalenost do predu, ale personal není poslan, aby si obnovil vzdelání, aby se zajímal o možnosti, jak poskytnout příjemnejsi a efektivnejsi peči, jak zmenit pristup a pochopit, ze ma práci díky klientum a tedy je tam pro ne. Zajímalo by mne, proc musí mít pani Novakova tak otresne ostrihane vlasy. Kdo jí to dela?

**0601** Aspon jí tu klec natreli na ruzovo. To nema ani tvuj pes. Verim tomu, ze kdyby do te klece zavreli nekoho z toho personalu na tu dobu jako pani Novakovou tak taky zlbne natolik, ze bude mít chut vypít hektolitry desinfekce jen aby vnesl do sveho zivota nejakou zmenu. Toto resení vyhovuje jen a jen personalu, protoze je to pro ne jednodussi mít lidi pod zamkem. Psychicky stav pacientu to spis zhorsi. Personal lici pacienty jako nejake zrudy, kterych se vsichni musí bat a stranit namisto, aby verejnosti podal objektivni pohled a vnesl do problematiky vetsi pochopení. Jak potom muze mít nekdo vubec odvalu se o takove lidi postarat, kdyz se zde neustale predklada tak extremne negativni pohled na tyto lidi postizene nejakou psychickou nemocí.

**0616** Problém je p. Pavlo,že Vy jste nikdy v žádném ústavu nepracovala,součastní i minulí zaměstnanci by nikdy podobný nesmysl nenapsali,zároveň i další názory převážně vycházejí z pohledu lidí kteří by nebyli schopni v takovim ústavu vydržet ani 24h.Váš pes funguje na úplně jiných vjemech a reflexech! jinak "může zaujmout i vůně" tak to je perla,,kolik času předpokládáte že zabere tato aktivita mimo běžný provoz jako je uspokojení základních životních funkcí a potřeb pacientů? Určitá kritika je možná na místě ale tase týká "Jaká suma p.na to směřuje"Lidé pracující v tomto oboru v současne době to je směs osob u nichž osobní soucítění dalece převyšuje komerční pohled na svět.(proto jich

tam zcela dobrovolně nikdy nebude dost)Až v naší zemi bude vycházet na jednoho pac.taká suma jako v V.B nebo FR možná že bude na tolik"drog" aby to uspokojilo i toho posledního humanistu-vždyť není hezčí pohled na zdrogovanou zcela klidnou ve svých výkalech spojkojně sedící a usmívající ret.osobu-což na západ od naší hranice je oblíbené řešení

**0643** Neumím si představit, že by byl celé roky v kleci bez jakékoli možnosti rozvoje jeho osobnosti (bez ohledu na případný právní statut svéprávnosti). Ale jak je vidět, dostat se tam může každý, např. po úraze, kdy není schopen třeba jen komunikovat a jeho chování není zcela podle představ ošetřujícího personálu. Velice lituji paní Novákovou a jí podobné. Proto tleskám snaze nadřízeného úřadu o zásadní změny.

**0649** Musím říct, že jste buď frajer nebo blázen žít a starat se o někoho, kdo v životě stejně nic nedokáže, natož aby se to najedlo samo. Já osobně bych jako otec se tohoto dítěte vzdal a nebo bych ho vlastníma rukama udusil, z mého pohledu by to byl skutečný akt humanity.

**0700** Ale vyzít má pravdu. Peče o ty postižené prostě stojí peníze, jestli to chceš jít dělat zadarmo, tak klidně muzeš, třeba se pár lidí přida. Pokud ale bude muset zdravotnictví rozhodovat jestli posílit peči o tyto "lidi" nebo zaplatit cukrovkari inzulin, tak jsem pro ten inzulin, protože cukrovkar je jinak zdravěj clovek, kterej má společnosti co nabídnout, narozdil od nejakýho tvora prezivaliciho ve vegetativním stavu, nebo na úrovni dvouletýho dítěte bez možnosti naprawy stavu.

**0701** Co tady píšu není moc hezka věc, ale je bohužel třeba zamyslet se nad pseudohumanismem, kdy jsou prostředky vynakládány na prezítí beznadelných případů a lidem, kteří by mohli žít relativně normálním životem je toto odpiráno.

**0711** Panebože, Ty jsi tak omezena, až to bolí. Tím víc, že děláš ostudu mému jménu... Zajímalo by mě, jestli by jsi měla podobný názor, kdyby šlo o Tvoje dítě.

**0716** No a co proboha s takovým xindlem? Vzít ho do Národního?....

**0726** pokud bych byl někdy natolik poskozen že bych už nebyl osobností a člověkem volil bych raději odchod z tohoto slzaveho údolí, nebo co navrhuje ? vypreparovat mozek, zamrazit a počkat na vedu či ufony než přijde s řešením ? život je zvířecí...

**0751** Jinde ve světě opravdu klece nemají ale kurtují je na pevně k posteli třeťovaný tak ,že se ani nemůžou najít taky tam rychle tito lidé umírají v kleci má alespoň trochu pohybu a nemusí ležet.

**0756** Milá Ilno! Klece mohou zrušit a jistě u tebe doma mohou tito nebozí postižení strávit část života. Jen nevím jak dlouho to vydržíš!? ZKUS TO !!!

**0761** Milá Ilno, také nesouhlasím se všemi ošklivými názory, které tu jsou, ale co kdyby sis vzala pár těch lidí domů, nebo ještě lépe zvedla svůj zadek a šla tu paní osobně hlídat, stříhat, oblíkat a vodit na procházky?? Co nebo kdo ti brání, když jsi takový bijec za lidská práva? Akorát tady machruješ, ale sama pro to nic neděláš!!

**0771** jaky utlacovani ? jeste nikdy v historii lidstva nebylo takto dobre o tyto lidi postarano, driv by proste chcipli nebo by to byly bezdomovci z ktorejch by si vsichni (hlavne decka) delali srandu a stouchali je klackem, jak to asi bylo v dobe kamene kdyz se narodilo nepodarene dite ? ja vam to reknu, proste ho ponechali svymu osudu nebo obetovali "bohum"...

**0783** Premyslim nad tim, ze pani Libuse ma asi porad zizen, kdyz maji obavy, ze by vypila vsem caj a navic jeste desinfekci. Asi by se o ni museli vic starat-kdyz se pomocuje. Je to strasne, ale ti mentalne postizeni jsou take jenom lide a bez jakekoliv stimulace zblbne uplne kazdy, natoz jeste pod sedativama. Ty zdravotni sestry a personal si to prece vybrali jako povolani, vedeli do ceho jdou. Nikdy nikdo z nas nevi jak dopadneme a o lidi, jako jsou tito, ze prece spolecnost-stat-musi postarat. Pokud by rodiny s posizenymi detmi (nebo rodinnymi prislusniky) dostali financni prispevky (alespon priblizne tolik, kolik stojí pobyt v ustavu), tak by ten ustav asi ani nepotrebovali, protoze by si mohli financne dovolit se o ne starat-full time. A pote samozrejme terapie, moznost setkani s ostatnimi rodici, atd.....Ale to bude jeste asi hodne dlouho trvat.

**0813** Zním ten ústav a vidím v tom jedině.Ty ženský který tam žijí jsou spokojený, občas s nima prohodím slovo když jdu okolo, nebo na ně zamávám s auta. Dle mého odhadu jich tam je něco okolo 50 a s toho je cca. "10 ležáků". Jsou usměvavé a moc milé, řekl bych že jsou spokojené. To místo kde se tento ústav nachází je krásné a pro lidi které v něm žijí je podle mého názoru zcela ideální. Někomu na kraji se ale tato nemovitost líbí, nebo jeho známému či jeho příbuznému a proto poukazuje na toto ošidné téma klecových lůžek. Když kolem procházím, tak těm ženám až závidím, jaký tam mají klid a jak v



pohodě si tam žijí. Až půjdu okolo za rok, dva, tak tam bude nevěstinec nebo penzion, ale už s toho nebude čišet ta pohoda, už to nebude okolo krásně upravené a už tam nevidim ty spokojené ženy. Je mi moc líto že se někdo uchyluje k něčemu tak zákeřnému a podlému a útočí takovými zbraněmi. Těm lidem přeci vůbec nejde o Libuši Novákovou!

**0843** Třisměnný provoz, soboty, neděle, 365 dní v roce zaplatí to KDO ? Pracovat tahle chce KDO? Má vůbec smysl udržovat při životě a v naprostém rozporu s přírodou takového chudáka, který nemá šanci "na svobodě" přežít jediný den? Pseudohumanisté budou řvát, ale milosrdná euthanasie je lepší řešení .

**0853** No ... Možná by to nechtělo 4 ošetřovatele, ale k takovému člověku dát jednoho kriminálního, co si má odsedět vraždu .. Jednak by se naučil chápat, co znamená zdravý lidský život a taky by tím prospěl společnosti i sobě mnohem více, než jen se vyvalovat v base, nudit se a vymýšlet prasárny za peníze nás všech .. Takový postižený člověk by s ním asi taky pěkně mával ;o) Jasně, že je to vtip ... Ale třeba by to stálo za zamyšlení, ne? Ty lidi v klecích držet, je sice bezpečné, ale i přes jejich postiženost je jasné, že tohle není život. A na druhou stranu není personál .. Možná, že mříže přitahují jiné mříže ... kdo ví? Za úvahu by to stálo. Aspoň by kriminálníci mohli částečně napravit to, co napáchali na jiných .. I když některé věci se napravit nedají .. Moje heslo dne - Každému takto postiženému dát k ruce jednoho kriminálního :o)

**0858** 100% souhlas - jsou to chudáci, co lidské společnosti nikdy nic nepřinesou, živoří prostě úplně marný život...

**0879** Ale pokud ho vyléčí, tak bude prospěšný sám sobě i společnosti, narozdíl od nějakých kryplů. :)

**0884** Ona by je ta lítostivost a "ochrana nespravedlivě utiskovaných" brzy opustila a změnili by velmi rychle názor. Dát těm EU debilům ještě český plat za takovou práci, tak nás prohlásí za nacisty a zemi za koncentrák. Jenže za tyhle platy tady žije 98% lidí a nikde zastání nemají. Jen se pitomečci zabývají klecemi na ochranu nezvládnutelných.

**0887** Souhlasim ze jsou lide kteri musi byt v izolaci ale v tak malem prostoru ???

**0888** To by neslo mit mistnost 4x4 metry s posteli a televizi ve zdi za nerozbytnym sklem nebo plexisklem aby mela nejakou spolecnost ?

**0919** Doporučil bych novinářům trochu poctivé práce, aby poukazovali na opravdové problémy a hlavně na jejich podstatu. Naříkat nad tím že je pár duševně nemocných chudáků v kleci aby si neublížili je trapné. Proč neukážou na ty duševně nemocné ve vládě (Rathus), kteří soustavně škodí našemu státu a klec by si zasloužili víc než ta výše zmíněná chuděra. Proč se nezeptají lékařů, kolik by potřebovali personálu pro zrušení klecí. Proč se neptají tzv. socialistů jak to myslí(resp. nemyslí) s občany tohoto státu, když nám berou možnost starat se o své bližní. Raději bych se staral o své příbuzné (nemohoucí, přestárlé) než je strkal do lágrů a díval se jak naše daně prošustruje a rozkrade ta socanská chátra. Levičáci jsou stejní jako pravice - jsou u moci tak kradou (já bych nebyl jiný:-) ale pravičáci jsou schopní aspoň něco vytvořit - aby bylo co krást. Levice je podle mne výborná opozice, tak ať tam táhne a neotravuje život schopným a pracovitým

**0933** Není to o tom ,že by nea ně byli zlí oni na ně nemají tolik času a tak musí být zavření aby se jim něco nestalo.

**0939** opravdu mi přijde děsivý název tohoto článku...přijde mi, jako by všichni chtěli házet vinu na pracovníky ústavů, kteří se o tyto lidi starají...nikdy jsem si nemyslela to, že lidé v postelích s mřížemi by tam byli jen tak z lidského rozmaru, nedaávno se mi to potvrdilo, když jsem měla možnost jeden z těchto ústavů navštívit. Ty lidičky tam jsou z nějakého důvodu(sebepoškozování, ubližování ostatním, ničení majetku),při volném pohybu by musela být věnována neustálá pozornost jen této jedné osobě, na to však není dostatečný počet pracovníků, jelikož v ústavu je větší počet postižených osob. Kdyby to bylo nějaké ubližování či podobně, tak nevěřte, že by to dovolili, chce, aby jste se nad tím trochu zamysleli a nebo takový ústav navštívili, on vás přivítá a mile rád vám to vysvětlí.

**0946** jako student sociální práce a zároveň pedagogiky musím ostře protestovat proti tomuto článku. Je velmi těžce neobjektivní, považuji ho navíc za zcela manipulativní!!!

**0948** Nejsem rozhodně, stejně jako vy (což z článku jednoznačně vyplývá?!), přívržencem "klecí" pro mentálně retardované. Každému z nich se musí věnovat maximální péče. Tento případ je určitě ojedinělý, ale rozhodně nezastupuje všechny důvody, proč v Česku "klece" jsou. Jak jsem se sám přesvědčil, v ústavech sociální péče jsou používány především pro přespání mentálně retardovaných. Klece, jak vy je ostatně nazýváte, jsou ve své podstatě velkou napodobeninou dětských postýlek, které jsou

mimořádně stejně OMŘÍŽOVANÉ!! Důvody pro přespání v těchto "klecích" jsou pak naprosto shodné jako u dětí.

**0950** Ne protestuji ani tak proti tomuto problému, který je skutečně občas v ústavách zneužíván, jelikož na místech pečovatelek většinou pracují bývalé učitelky mateřské školky, jež přišly o práci a své nové zaměstnání dělají většinou bez chuti a možností ústavu zneužívají, ale protestuji proti stylu, jakým byl tento článek napsán.

**0952** Je naprosto jednostranný, neprofesionální, nevyvážený, neobjektivní! Toto nazýváte žurnalistikou?! Myslím, že redaktoři odpovědní za tuto práci by si měli zopakovat základy psaní článků.

**0954** Velice mě Váš server zklamal kvůli svému necitlivému přístupu k tak citlivým kauzám. V honbě za "kauzami" jste to, vážení, přepískli!

**0972** Souhlas, zajímalo by mě, kdo tyhle lidi, co píšou proti nám, platí!

**0989** Mentálně postižený člověk má stejné právo na život jako zdravý, a pokud má fungující mozek, žije plně ve svém světě, který je pouze jiný než ten náš. Nelze jeho právo na život posuzovat kritériem užitečnosti pro společnost.

**0998** Také jsem si hned vzpomněla, jak jsem moje malé zlobivé děti dávala do postýlky, což je de facto také klec. Jsou prý rodiny, které postýlku považují za vězení a pro dítě ji odmítají, i "oblbováky" typu dudlíku, ale já bych si to neuměla představit. Kdyby dítě nebylo v postýlce, musela bych se mu věnovat neustále, hlídat i ve spánku. A co ostatní práce, další dvě děti, moje vlastní zájmy. Ovšem dítě musí mít i jiný program, postýlka je jen na část dne.

**0990** Myslím, že je třeba dívat se na svět jeho očima a snažit se mu umožnit být šťastný. Postýlka pro něj nemusí být vězení, ale bezpečný úkryt, ze kterého pozoruje okolní svět.

**1028** Souhlasím s Vámi jen v tom, že článek je napsán zběsile. Dá se ale snad o zběsilých tématech psát jinak? Nevím, jak jste si vy vytvořila svůj názor, ale objektivní se jen zdá. V článku se mluví o zanedbávání práv, omezování svobody, zaměňování devastace lidských bytostí s péčí (navíc sociální) o ně. A Vy mluvíte o finanční situaci institucí. Víte, že trvalé zneschopňování člověka držením ho v nestimulujícím prostředí a bez možnosti uplatnit své potřeby a přání vede k jeho pasivitě nebo agresivitě (to by se stalo i Vám) a že doživotní péče o toho člověka je opravdu, ale opravdu velmi drahá?

**1033** Jen doufám, že po zrušení ústavu si tyhle "lidi" a "svobodné občany České republiky" vezme autor článku nebo "odbor ochrany menšin" domů, když je to s nima tak v pohodě:-))

**1034** Do 24 hodin by jim takovýhle dement zdemoloval celý byt, nechal jim kudlu v zádech a ještě by se na to pitomě usmíval...:-(( Proč má asi zdravotnický personál z těchto ústavů vypěstovaný tik nikdy se neotáčet k pacientovi zády? Nejhorší mor lidstva je fakt pseudohumanismus:-((

**1055** Zrusit klece je samozřejmě libivá proklamace. Ti lidé jsou tam z určitých důvodů a je otázkou, zda je lepší aby ublížili druhým nebo sobě. Já se domnívám, že ne.

**1092** Je podivné, že se nikdo nepohorsuje nad tím, když rodiče umístí svého potomka do dětské ohrádky, kde leží nebo si hraje. Myslím, že ti lidé jsou na stejné mentální úrovni, jako ty malé děti. Jenže jsou dospělí, tak to vypadá divně a citlivý jedinec ten pohled špatně nesou.

**1102** No právě, o to jde, asi jste nepochopila ironii původního příspěvku. Zavírat některé pacienty je zřejmě nutné ze stejných důvodů, ze kterých občas odkládáme své děti do "mřížovaných" postýlek. Jediné, co bych v takových případech řešil je případné nadužívání nebo zneužívání takových řešení, ale paušálně odsoudit "klece" považuji jen za populistický pseudohumanismus.

**1113** Já si myslím, že problém je v tom, že tato paní tráví celé dny a noci již několik let v ohrádce a nemá žádné podněty k životu, i když je zjevné, že si věci pamatuje a vnímá je ... vzhledem k tomu, že zároveň dostává silné sedativa, tak argument buď ohrádka nebo sedativa také jaksi neplatí ... je mi z toho příběhu hodně smutno. Myslím, že stát by měl investovat do péče o tyto lidi. I když se to zdánlivě nevyplatí ... ale to ty lidi, kterých se to týká a pro jejich rodiny se to vyplatí velmi, že ? Nicméně, tento argument, že porušují se tam lidská práva, zrušme ústav, mi přijde poněkud podezřelý ... Co to je za přístup ? Jak bude o tyto lidi postaráno ??? Je pro ně nějaká lepší alternativa ? Nehraje tam výraznou roli přece jen zájem o pozemky ? Jak to, že ředitel se může beztrestně chlubit tím, že se v jeho ústavu porušují lidská práva ??? Tyto otázky nebyly v článku zodpovězeny ...

**1118** Souhlasím s tím, že retardovaný člověk nemůže být zcela ponechán se pohybovat volně, v zájmu svého bezpečí i bezpečí druhých. Ale jsou jisté hranice. Dítě v ohrádce také

není ponecháno po celé dny beze změny na témže místě. Zde bych to nesrovnávala. Zaměstnanci obdivují, že pracují s těmito lidmi a nemůžou za to, že zdravotnictví nemá dostatečné prostředky na zpříjemnění života těchto nemocných lidí. Jsou vězni vlastní duše a my jim nedokážeme porozumět zcela, jejich potřebám, jistě mají také své touhy a přání, které nám nedokáží sdělit. Rozhodně jsem proti celodennímu uzavírání do klecí. Pokusit se i těmto jedincům dopřát více pohybu, světla a vůní. alespon větší ohrádky a zahrady venku. Lepší ležet venku, poslouchat ptáky a být na čerstvém vzduchu. Takže zde snad je to problém nápadů, zájmu a peněz...

**1123** Nechápu kde je problém, klece jsou nejlepším způsobem, jak tento problém řešit. Až někdo vymyslí lepší způsob, ať pak klece vesele zmizí. A nejhorší je, když takovými články manipuluje veřejnost někdo, kdo o tom ví prd.

**1128** Problém není v kleci, ale daleko častěji v absolutní absenci snahy stav zněnit = léčit.

**1150** jeden člověk nestačí! Nedokáže být 24 hodin denně ve střehu! Jsou potřeba tři kvalifikovaní potřebným oborem vzdělaní lidé, které navíc musí někdo slušně zaplatit :o(

**1185** Pokud bohužel se bude na zdravotnictví dávat stále tak málo prostředků, at už pro pacienty, ale i pro personál, nedá se nic lepšího vymyslet.

**1214** Jsi ubozak, dej si prasek na spaní a plenky.

**1217** Vzhledem k tomu, že výše zmíněný pan Hradílek je nejspíš jen novinář, určitě mu může připadat, že jsou omezováni pacienti. Ale vzhledem k tomu, že není v české republice dostatek kvalifikovaných pracovníků, a navíc tito pacienti by potřebovali aspoň dva ošetřovatele na osobu, není v mlžnostevh těchto ústavů aby zaměstnávali tolik pracovníků. Určitě se o ně starají jak nejlíp můžou. Co uděláte s lupičem, který vyloupil banku? Zavřete za mříže. Co uděláte s postiženým? aby neohrozil svým jednáním sebe a okolí?? Zavřete někam, nebo si ho přivážete na špagátek??? k Pasu???

**1258** Ta paní na 130 kg nevypadá a nacpaná plegomazinem těžko bude agresivní. Ekonomika ve zdravotnictví je trochu jiná. Chcete aby Vás léčili jen pokud bude stoprocentní jistota návratnosti vynaložených prostředků?

**1263** Mela jsem za to, že lidé v klecích jsou agresivní a neberou silná sedativa. Asi by se klece nemeli vůbec rusit, třeba na noc nebo pro případ zúřivosti by byli vhone,ale az takova marnost ziti v kleci se mi nelibi.

**1268** tak co teda navrhuješ petro?Mohla by ses přihlásit jako dobrovolník a být 24 hodin s takto postiženými lidmi a starat se o ne,ne?!

**1273** Přečetl jsem si článek i celou diskusi a nestačím se divit. Začnu u paní Novákové, která je v ústavu od svých 11-cti let. Napadlo někoho to, že v jejích 11-cti letech vůbec nemuselo jít o mentální postižení, ale dejme tomu o opožděný vývoj? Napadlo zde někoho to, co se stane, když někomu budu od jeho 11-cti let cpát denně plegomazin a další sračky a jak asi ten člověk za 40 let dopadne? Neudělali z té paní dementa naši milí psychiatři po vzoru slavné paní doktorky, psychiatřky z Prahy ze sedmdesátých let, Ekrtové, proto, že v dětství pouze "více zlobila"? Uvědomte si tyto varianty, prosím. Co se týká házení mrzáků ze skal a jejich zavírání do klecí, mám na to jasný názor. Tito lidé mají právo na život, byť by nás to stálo nemalé finanční prostředky. Oni si svůj úděl nevybrali, nemohou za to. Jsou ale postižení, kteří si svůj osud vybrali, například prasáckou jízdou po silnicích a ti se pak mají lépe, než ti chudáci, co si svůj stav dobrovolně nepřivodili. Vše je tedy otázkou priorit a o lidském přístupu. Řešit něco únikem a máváním rukou je zavrženíhodné, být součástí řešení, ne problému v dnešní době umí málokdo. Na konec posílám obdiv těm, kdož vykonávají sociální práci a pečovatelsví ne pro peníze, ale pro svoje přesvědčení.

**1283** „jak, proboha, můžete uvadět jméno té paní? to nestaci křestní? i ty fotky jsou výsmechem lidskosti. to nemáte ani špetku rozumu? nemluve o tom, že celý ten článek je jen účelový.“

**1294** Většinou se jedná o případy lidí s takovou poruchou, že jsou nezvladatelní, nebezpeční okolí a hlavně sami sobě.Samozřejmě,že pobývání, chcete-li izolace ve zmíněných klecích nevypadá důstojně, ani lidsky, ale proti alternativním způsobům jako je kurtování k lůžku, nebo používání tlumících léků jsou klece způsobem asi tím nejmenším zlem.

**1312** 2) je hezký ukazovat na to, že chudáci lidé musí být v kleci nebo síťových lůžkách. Někdy to ale bohužel nejde. Když je pacient v raptu a je nebezpečný sobě i okolí, když se probouzí ve stavech zmatenosti, tak síť slouží především k jeho ochraně. Přál bych

autorům i kritiků pracovat alespoň týden v takovém zařízení. Planně kritizovat něco, co znám z krátké návštěvy nebo novinového článku je velice jednoduché, ale realita je bohužel jiná.

**1322** Tak vymyslete lepší, náhradní variantu ;) Nebo by jste si je snad chtěli vzít domů ?

**1367** lepší klece než vymazat mozek léky

**1408** Klece se už dávno ve většině ústavů nepoužívají. Ale 1-2 zdravotní sestry na např.10 pacientů není přiměřené. Mezi pacienty jsou např. vrazi čekající na soud, alkoholici apod. Všem jde důchod apod. na účet a ten většinou vesele používá rodina, která nemocného odložila. Mám se více obávat o osud těchto pacientů (často velmi agresivních) nebo své matky, která by jiné zaměstnání na malém městě nesehnala?

**1423** se dokáže sám o sebe postarat a zabezpečit si každodenní rutinní potřeby. Bohužel ta paní stejně jako jiní v ústavech tyto schopnosti nemají. Proto se o ně musí někdo starat. A když jsou to lidé, ke kterým se nemůžete na pár vteřin obrátit zády, jak se o ně starat? Kdybychom se na to podívali z hlediska rozumnosti těch jedinců, jsou vlastně zvířaty v lidském těle. Můj pes toho umí víc a je poslušnější, než někteří "lidé" z klecí a přesto ho také zavírám. Proč? U psa si tu otázku asi každý nepoloží, ale odpověď je stejná. Je to pro bezpečí jeho i okolí... Nic není černobílé a rozhodně si poslechnu názor člověka, který s takovými denně pracuje, než senzacechtivého reportéra...

**1429** Jak by se ti líbilo, když by jsi se nemohl napít před jídlem? A kolik toho čaje asi dostávají, když hrozí nebezpečí, že "by vypila čaj ostatním pacientům"? A jak by si strašně ublížila, kdyby dostala polštář a deku i ve dne? .....

**1449** Dost mě překvapuje, že ji tam jen tak zavrou a jedinou zábavou je jídlo. Kdo by to vydržel? Pak je logické, že bere vše z okolí, když nemá celý den přístup k ničemu jinému než hladkým mřížím a matraci. Proč nemůže dostávat hračky - plyšáky, nebo něco čím si neublíží? To bych brala jako humánní - dávat jim nějaké podněty na zabavení, pro radost, i když toho hodně nechápou a mají vnímání a rozlišování horší než malé dítě, tak potřebují podněty a jejich nedostatek je to nejdestruktivnější. Mříže chápu jako ochranu jejich i druhých, když by se měla alespoň čím zabavit, tak by to bylo humánní.

**1454** Pokud bude zaveden kvalitní bezpečnostní systém na ochranu klientu před vlastním sebepoškozováním a zároveň ochrana personálu před klienty-tělesná i právní, tak proč

ne...jenže z vlastních zkušeností vím, že náš stát na toto není ještě zcela zralý a v mnoha případech jedná velmi ukvapeně a nedomyšleně!!! Mám zkušenosti např. z Anglie či ze Skotska kde těžce postižení klienti mají výbornou důstojnou péči založenou na vyšších duchovních hodnotách-na dokonalosti poznání svých klientu a sami sebe. K zajištění ochranně zdraví svých klientů přispívá nespočet nejrůznějších zařízení-(které nejsou levnou záležitostí), mezi ně patří i spec.rehabilit.postele či spací koje s průhlednou a vypoistřovanou ochrannou či vestavěným diskmenem a monitorem při promítání terapeutických programů-pohádek, obrazců...atd.Dále kamerový samohybný systém, prostředí ve kterém se nachází klienti je max.bezpečné a zamezující případné poškození zdraví následkem pádu,smeknutí či dušení..atd-k tomu naponáhají i různé vřstavěné senzory. Zaměstnanci v tomto zařízení jsou různé národnosti-Černoši,Korejci,Číňané,Angličané...a každý nějak pozitivně přizpívá svými tvůrčími schopnostmi, vědomostmi a hlavně láskou!!Tak z toho plyne jedno...pokud se nezmění naše myšlení a vztah člověka k člověku, ale i k přírodě.....budeme si pouze jen hrát na to, jak jsme dobří a zároveň se utápět ve vlastní blbosti!!!:)Krásný den\*\*\*\*\*

**1464** starali církevní organizace,tak jak tomu bývalo i v minulosti.Matka mi o tom vypravovala ( bývalá zdravotní sestra ),jak řádové sestry byly k těmto lidem citlivé a laskavé.Braly to jako poslání.Myslím si ,že jich je v naší zemi dostatek,a konečně by sestry Boha měly nějakou vyšší životní náplň,samozřejmě s odborným lékařským personálem.

**1469** Při popisu v článku jsem si vybavila opičku, všetečnou, přátelskou i zlomyslnou, neposednou a problematickou. Nechci tím srovnávat s konkrétní paní ani nikoho urazit. Ale s opicemi máme mnoho společného, a někteří postižení lidé mohou být mentálně i pod jejich úrovní. Kdyby ale někdo vlastnil opici a zavřel ji celodenně do malé klece bez vybavení, a poskytl jí tutěž aktivitu jako má ta paní, ochránci zvířat by oprávněně protestovali. Nemůže ale tu nezvladatelnou opičku ani volně pustit po bytě, protože by se chovala asi tak, jako se v článku popisuje. Správné řešení je tedy poskytnout té opičce přiměřené prostředí, umožnit aktivity,které jsou jí přirozené. Skoro to vypadá,že by se ošetřovatelé takového typu postižených lidí měli radit s primatology. Učit se jim rozumět a vyhovět jejich potřebám, a respektovat jejich odlišnost.

**1479** Ach můj ty světe, je tohle vůbec možné?? Takové omezování svobody, proboha vždyť ta paní by byla mnohem šťastnější někde venku, na svoji půdě, na svoji zahrádce.



Ano, potřebuje péči ale proč ji nedopřejete trochu radosti z kousku vlastní země?? Vy snad chcete být zavření celý život v kleci? Jak se na to ty zdravotní sestry mohou jen tak koukat? Kdybyste dali každému ať už lehce ti více postiženému kousek vlastní země o který by se mohl starat, svět by byl hned krásnější a veselejší a lidé šťastnější!!!! Chci vidět ty šéfy těch ústavů, kteří si hoví doma ve svých vilkách a cpou se od rána do večera, jak by přežili byť jediný den v kůži téhle paní!!!! styďte se a hleďte něco dělat, ať jednou neumřete s pocitem viny v srdci nad tím, jak jste zmařili byť i jeden lidský život.....

#### **1516 MY NEMŮŽEME SOUDIT**

**1520** S čím nesouhlasím je psaní těchto článků s jedním názorem. Ať už kladným či záporným. Lidé potřebují číst obecné články a stejně si pak neudělají ten správný názor. Asi bychom si to museli zkusit takovou práci. Z vlastní zkušenosti vím, že pro některé klienty jsou klece nutné. Ikdyž to vypadá "zvenčí" surově, často to pomáhá i samotným klientům (o personálu nemluvě) A proto by bylo dobré, aby každý, kdo začne jednu či druhou stranu odsuzovat, aby si to šel zkusit a pak teprve svůj názor řekne.

#### **1522 Nejsem odborník**

**1531** nemohu jako naprostý laik rozhodnout, zda klece ano či ne. Ale než to někdo kompetentní rozhodne, co třeba zkusit kompromis. Část dne v kleci a část venku. Povinná procházka i v zimě určitě neuškodí, jen přidá práci personálu s oblékáním. Když už tu bylo to přirovnání ke psovi, tak ten na procházky také denně chodí. Člověk by na to měl tedy mít nárok také.

**1532** A pak ty zlořečené klece. NESTÁLO BY ZA ÚVAHU DODRŽET VELIKOST PROSTORU NA 1 OSOBU ALESPŇ JAKO VE VĚZNICÍCH? Než se nahoře dohodnou zda klece ano či ne, tak probiha aspoň zvětšit jejich prostor.

**1537** Zvecsit klietky by minulo ucinok. Tak si pacient najlahsie ublizi. Rozbehne sa proti mrezi a.....

**1544** Existují i polstrované mříže ..... plně souhlasím s tím, že by jsme se k těmto lidem neměli chovat hůře než k vězňům či zvířatům .....

**1545** I ta rozbitá hlava je etapou poznání a výsledkem svobodné volby

**1555** to co delaji v ustavech ze davaji lide do klece je humus zavrel bych tam ty zdravotni sestry aby vedeli jaky to je i kdyz je clovek mentalne postizeny tak preci za to nemuze je to preci jenom clovek jako my.

**1570** ty karavo koho urazis ja vim co to je se starat opostizenyho ja mam sam postizenou segru a vim co to je za praci,ale uvedom si ze to jsou jenom lidi a ne divoka zver a jestli si stezujes ze toho mas plny kecky tak tu praci nedelej preci za to beres plat zavrel bych tam tebe takovy lidi jako jsi ty mam rad.

**1593** Už jsi viděl ZOO, kde by drželi gorilu v prostoru 1x2 metry? Nebo kde by měli na každé nebezpečné zvíře jednoho ošetřovatele?

**1600** nevím proč mi tu píšeš o zvířatech v zoo jestli ty přirovnáváš postizeny lidi ke zvířatům tak to jsi peknej hnup ja sam mam postizenou sestru a vim ocem mluvím tobe by se taky nelibilo kdyby te někdo zavrel do klece to jsou taky lidi a ne divoka zver oni preci za to nemuzou.

**1623** A jak byste chtěla daný problém řešit? Přikurtováním? Pak dotyčnou osobu zbavíte možnosti si hrát, otáčet se za zvuky, alespoň trochu se hýbat. Nadopováním tlumícími medikamenty? Uděláte z nešťastníka apatickou živou mrtvolu.

**1629** Když nebudou tito lidé zavřeni v klecích, budou silně nadopováni praskama, aby byli klidní a spali. Klece jsou pro to, aby jim neutíkali a něco si neudělali, jinak jim není nijak ubližováno (alespoň v to verím). Sester je málo a musí se starat o více pacientů, nemají na starosti jen jednoho a četla jsem tady názor, že je spousta nezamestnaných lidí....na tohle je potřeba vhodně vzdělání a taky chut to dělat. Nahnat je tam, to by si ti pacienti moc nepomohli. Tuhle práci nemůže dělat každý, hlavně umíte si představit, jak je placena? Pro mě stále zůstává otázka co je lepší, nadřogovat lidi praskama nebo je nechat zavřené.....? Můj dědeček byl v takovém ustavu kde nepoužívají klece asi čtrnáct dní. Do té doby vnímal co se kolem něj děje a mohl i sám trochu jíst. Když se vrátil už jenom seděl aabsolutně na nic nereagoval.... uřel zahy po návratu.... kdo ví.

**1664** Potřebujeme potraty a eutanázie

**1678** ... tohle je humáč, nechápu ty její rodiče, proč si teda dělali děti když je pak odloží ... tyhle klece jsou fakt moc, to bych jí radši dal kulkou mezi oči ať má aspoň klid a pohodu.

**1698** Je sice hrozné, že tyto lidi musí žít zavření v klecích, ale co jiného s nimi dělat?? Rodina je nechce, ústavy nejsou schopné se o ně jinak postarat.. To ty lidi mají vyndat z klecí a poslat je žít normální život? Nebo je nadopovat práškama a nechat je prožít život v naprosté nevědomsti??

**1759** Když mi před lety řekli, že můj syn-mentálně postižený se značným neklidem- by v ústavu skončil právě v dané kleci, neboť pracovníků je zde málo, odvezla jsem si ho domů. Pár poznatků z mého dalšího života: rozvod a takřka zhroucení se z vyčerpání, poznání, že syn potřebuje i něco jiného než mou lásku, nalezení vhodného stacionáře, spoustu skvělých a obětavých lidí. Věřím, že druhý syn si do života odnáší "něco" navíc - v tom dobrém slova smyslu - i když ne všechny chvíle byly pohodové..v současnosti mám dobrou práci, řadu přátel, lásku přítele i svých synů - OBOU! Ten pocit, když vás obejmě takhle nemocné dítě..nelze popsat ani srovnat s ničím.

**1771** nejsem Matka Tereza a umím si život užívat a vím, o čem píšu.

**1776** Voda klesla, CzechTek už také není in, bojovní psi vyšli z kurzu a hon na kuřáky a pedofily novinářům k obživě nestačí. Rozjíždí tedy další mediální rádobytéma, které má vyvolat mezi pitomcema rozruch. Skutečně někdo z nich v těchto ústavech byl? Má vůbec představu, jak to tam chodí? Pánové a dámy, jinak to prostě dělat nejde. A pokud si myslíte že ano, prosím... seberte veškerou svoji chytrost a nastupte se předvést. Můžeme být vůbec rádi, že jsou mezi námi tací, co tuto práci vykonávají. Z osobních zkušeností vím, že obdobně nemocného člověka neuhlídá ani celá rodina doma, i kdyby se rozkrájela. Natož pak slabá sestra ve dvě ráno. Takto je chráněn jak personál, tak postižený sám. Je smutné, že novinářská spodina rozpitvává téma, o kterém ví to stejné ho\*no jako paní chytrá čarodějka Rowlingová.

**1791** Vzhledem k Tvým drivejším komentarum kde hystericky vyvolavas slavu Lukasekovi a Milosevicovi jsem ani jiné názory z Tve dílny nečekal. Komunista se nezapre. Možná ti je smutno po době kdy za totalitního režimu do tech klecí zavírali vsechny nepohodlné lidi.

**1796** Jako studentka před 3 léty jsem se seznámila s těmito zařízení a pod. Uchvělo mě to, že mezi tělesně a mentálně postiženými pracovali jako hlavní pracovníci lidi 10 let před důchodem, kteří měli profesi jako "družinář"- 1. systém- odpracovat si někde něco....Pak jsou dobrovolníci- nejvíce bylo na delší dobu civilkářů,2.Civilkáři už nejsou.....3.Když

někdo by chtěl asistenta, stačí podat inzerát a myslím si že student se přihlásí a má to jako zároveň praxi, Jou to jen výmluvy.

**1797** Jestli je v čele člověk bez sociálního citění, tak jeho argumenty nejsou argumentama ale anegnotama. S tím jsem se nejen setkávala jako studentka na praxi, ale i už v profesi. Systém je na hovno, ale průser je že si všichni zakládaj na VŠ papírově - to je móda..1 polovina - to dělá, že je to hezké a módní se věnovat v tomto oboru,ale ve volném času už nemají čas - stává se to takovou formalitou, vyčistit zuby-utřít zadek-nakrmit-zakrýt a vykládat si večer u piva jak je to zodpovědné apod. 2. půlka....mají opravdový záměr, protože nastoupili do práce a kvůli výplatě či na žádost zaměstnavatele se v oboru musí více vzdělávat- praxi mají, ale zas ten papír.....Já mám 22, mám SŠ odbornou humanitního směru a když to srovnám tak studijně a v praxi jsem na tom stejně jak gymplák na pajdáku co dělá bakaláře. Praxi - zájem - zkušenosi - vědomosti těch mám, nemám papír z toho všeho vyplývá že kdo má papír bez duše má větší šanci - než duše bez papíru.....Politika je jen papírová a o papíru to bude vždy - čím ví

**1817** Hodně lidí s agresivními sklony vůči sobě nebo ostatním, kteří jsou zavíráni v ústavech v klacových lůžkách, jsou autisté. Tito lidé vyžadují speciální přístup a pokud se s nimi zachází neodborně, jsou agresivní. Mohou těžce poškodit i sami sebe. Někdy to vypadá jako by byli posedlí. Náš stát nemá ANI JEDNO specializované zařízení pro tyto lidi. ANI JEDNO. Tito lidé jsou rozptýleni po různých zařízeních, kde jen málokdo ví, jak k nim přistupovat!!! Co s tím???

**1827** Tito pacienti mají právo na důstojný život, ale někteří tady v diskusi jsou mimo, například Terka, která by dala "každému kousek své země" a podobně další: místnost 4x4 metry...ano, to by bylo krásné, vás asi živí rodiče, že? Já si taky myslím, že mám právo na důstojný život, ale s cenami nemovitostí, pozemků, nájmu - ani já nemám místnost 4x4 metry a chodím každý den do práce... takže si myslím, že takto to řešit nepůjde. Myslím, že je normální, že ve vyspělých zemích dávají bohatí na charitu a z toho se mimo stát dofinancovávají tyto instituce. A taky lidé kteří na to mají, platí za pobyt svých příbuzných v těchto ústavech, anebo je mají doma a platí si ošetřovatele.

**1832** Copak nekdo nekoho nuti, aby pracoval s psychicky postizenymi? Zil jsem doted v tom, ze si tuto praci lidi vybiraji sami a tak by se meli i prizpusobit novym poznatkum vedy a novym pracovnim postupum, ktere jsou v souladu s lidskymi pravy. Co brani

takove nejake nespokojene osetrovatelce, aby zmenila zamestnani a sla treba uklizet hajzliky do restaurace nebo bufetu? Treba bude chtit i tam hosty zavirat do kleci, aby to mela jednodussi.

**1862** Docela umím pochopit obě z vás, matku od postižené dcerky, i sestřičku Efku. Stále ale narážím na fakt, jestli si všichni uvědomujeme to, že ti postižení jsou zbaveni, ať již jakýmkoliv způsobem, či našimi zásahy do jejich života, radostí z tělesných, citových i materiálních požitků a prožitků. Možná tu budu hrát roli někoho, kdo je mužem i ženou dohromady, vybočuje z řady, ale to mně je jedno. Jak jsem již psal, jedná se sice o postižené lidi, ale hlavně o lidi, ne o experimentální tvory, kteří si nezaslouží pozornost. Trocha sociální práce s nimi by určitě prospěla. Nikdo se nemůže vymlouvat na to, že na lidský přístup nejsou finanční prostředky a dostatek kvalitních pracovníků, všechno je v lidech a cit k nim se na žádných školách neučí, to musíte mít v sobě, vážení. Analyzer

**1887** Mam jednu otazku pro ty prispivajici v debate, kteri pisi, ze s temito psychicky positzenymi lidmi pracuji... no tak by mne zajimalo jak se divate na to, ze v nekterych zemich klece vubec nepouzivaji a kdyz tak na co nejkratsi dobu (tim se myslí HODINY - nikoliv cele DNY nebo MESICE ci ROKY!!!!) a jen ve vyjimecných pripadech (musí o tom rozhodnout patricne urady). Takovito lide mají vetsinou sva krizova obdobi, která trvají ruzne dlouho - ne vsak cele mesice ci roky vkuse. A taky kdybyste mi vysvetlili jak je mozne, ze vlastne toto "opatreni" je v Evrope jinak zakazano. Jen prosim neargumentujte nedostatkem financi, protoze napr. Svedsko ma velke economicke problemy ve zdravotnictvi, ale zavirat pacienty do kleci je v teto zemi zakazano. Taky se mi nelibi jak se nekteri vyjadruji o techto lidech jakoby to byly male zrudky bez osobnosti, zajmu, citu, fantazie, jejichz zivot nema zadny smysl a cekajici jen na smrt - namisto lidska bytost se vsim vsudy. Privital bych sirsi debatu ve sdelovacich prostredcich na toto tema, aby se verejnost dozvedela neco i z pozitivni stranky o techto lidech. Jak myslí, jak cití, jake mají sny a touhy a jine - mozna by se potom nekterym vice otevrela oci, protoze ono je preci jen jednodussi zahnat sve svedomi do kouta a zavrit do klece nekoho o kom je vseobecne rozsireno, ze je to "nebezpecny jedinec bez osobnosti, který v podstate jen ceka na smrt a v podstate skoro ani nevnima svet kolem sebe". Zavrit vsak do klece premyslivou bytost, která umí

**1897** No tak já vám mohu odpovědět docela jasně: V ostatních zemích je nadopují tlumícími léky a pacienti o sobě neví. Takhle to je.

**1912** Bože můj, potkat autora článku, tak mu nejspíš jednu vrazím. To ste lidi všichni tak natvrdlý. Ty řeči o tom, že chtějí, aby žily plnohodnotný život... Tyhle lidi jsou nebezpeční sami sobě i okolí a co je lepší, být zavřený v kleci, nebo nadopovaný tlumivými léky a ležet na místě, nevědět o sobě??? To je plnohodnotný život. Dělán ve zdravotnictví a s jakýmikoliv protinázory se rád setkám na svém e-mailu. Ale probůh, otevřete oči!!!!

**2008** Do klecí zavíráme, i děti aby si sami neublížily. Stejně je to s mentálama.

**2045** A už poslední reakce a dost ostrá a s nadsázkou, snad to redakce nesmaže. Ukázat jí, co je to sex, co vy na to? Mohla by si dost dobře užít, třeba to vůbec nezná.

**2060** A ještě dost závažná otázka na redakci, pro obhajobu článku. Pane redaktore, přinesl jste nám velmi dojemnou fotografii paní Libuše v kleci. Dotaz: Pokusil jste se paní Libuše, přes růžové mříže, zeptat na to, jak se paní jmenuje? Pokud ano, napište nám, prosím, jaké byly vaše vzájemné reakce a jak rozhovor probíhal. Nerad bych totiž obhajoval ztracené případy, však si můžete vyjet mojí historii v tomto fóru. Děkuji.

**2085** My to chapeme. Jen to vysvetli cele zbyvajici Evrope, aby take pochopila, ze my v tom Cesku vlastne mame ojedinely humanisticky system, ktery pacienty chrani. Meli by opet zridit klece i v jinych zemich. Pekne nahnat skolni mladez na srotiste, do muzei, na hrady a archeologicka naleziste z doby stredoveku, vykopat a oprasit vsechny klece na lidi a pekne je natrit na ruzovo a nainstalovat do vsech ustavu zemi cele Evropy. Chceme preci ochranit pacienty pred navykem na silne prasky a tak je radeji zavreme do klece. Nacez pacientum zamichame o to vetsi davku Plegomazinu do kase, aby si toho nevsimli. Podle zasady: Co oko nevidi - na to si telo nemuze vypestovat navyk. Oko v tomto pripade vidi jen tu klec a tak at si pekne zvykaji na klece. Cest praci a se Sovetskym Svazem na vecne casy a nikdy jinak!

**2160** Ale my tady jsme pochopili, že ty mříže mají chránit ty, kteří se o ně starají. Proto správně chápu, že ty mříže nemůžete oddělat. Protože ti postižení by pak asi těm, kdo je tam z péče zavírali, ublížili.

**2175** Nebudu rozebirat, jestli je spravne nebo ne, ze jsou lidi v klecich... ale toto neni klec, ale klicka! Proc kdyz uz to musi byt nejsou ty klece vetsi, aby se tam mohli aspon

prochazet nebo neco takovyho? Vzdyt jsou tam 24h denne... A kdyby jim tam dali treba nafukovací macek nebo nejake podobne veci, tak by se nejak zabavili, ne?

**2180** A víte, co by mohl způsobit takový nafukovací míček??? Je možné, že by si k němu pacientka vytvořila určité city a při ztrátě by docházelo k obrovské citové labilitě. Stačí i jednoduchý příklad. Hodí ho z té klece jenom na zem, ale protože tam nebude zrovna nikdo, kdo by jí ho podal, dostane záchvat.

**2203** něco jste přehlédli:).Já cestoval hlavně v Anglii a ve Skotsku....neříkám že to mají všude,ale kde jsem byl tam to mají-ale tady nejde o Ty kamery..to je to poslední-to už začíná i unás...ale hlavně o celý bezpečnostní systém pro klienty i personál..a hlavně dokonalejší komunikaci mezi klienty a personálem....také jde o to že mnozí lidé už pochopili zákonitosti přírody a vztah člověka k člověku-jde tu o vyšší duchovní poznání-což dokonale napomáhá porozumět lidem z těžkou mentální retardací, nebo různým stádiím schizofrenie....atd. Na toto mi tady zdaleka nejsme zcela zralý:.)Ale dá se začínat postupně a dělat změny kde to má opravdu opodstatněný smysl....co se týče klecí-nemusí být-mohou je nahradit spec polstrované ohradníky s blanitou průhlednou ochrannou-ale ochrana alespon na noc je opodstatněná!!!a velmi důležitá!!!Mám s tím letité zkušenosti s různými případy-například někteří pacienti se v noci z ničeho nic probouzejí a různě se vyjadřují-ohledně svých potřeb...pokud se jim do určitého časového limitu nedostává zpětné vazby, tak začínají pracovat na jiné strategii-která mnohdy může mít i sebepoškozující účinky s následkem smrti a léky vše bohužel nezachrání...které mají i vedlejší účinky, které zase vyvolávají i jiné reakce a mnohdy i závažnější-jak se bohužel i stává!Pokud organismus nedotane uspokojující odpověď-nejrůznější cestou...může se stát za určitých podmínek, že si vytváří svou vlastní odpověď-vyustující až v amok. S pozdravem John

**2208** Ten macek byl jen příklad nejake zabavy... Vzdyt jsou v te kleci na tom hur nez vezni v base. Proc tedy misto te klece nema pro sebe cely pokoj se zamcenymi dvermi a zamrizovanymi okny, kde mi mohla mit svoje veci - ktere nebudou nebezpecne a nebude je mit kam zahodit... Jinak by me taky zajimalo kam chodi na WC apod.

**2213** Je to k pláči ta beznaděj, když za vás rozhodují jiní, chápu personál, že nezvládne tolik dospělých "dětí" uhlídat, vždyť to většina ví kolik úsilí stojí uhlídat takové batole, jen se otočíte a už je ve skříňce a vytahuje nádoby a musíte být jak ostříž, abyste odstranily

všechny nástrahy, které mu můžou ublížit, chvilku klidu máte, když to batole šoupnete do ohrádky kde je v bezpečí a má dost prostoru k pohybu, ale co Libuše Nováková, prostor nikde, hrozná představa co ona za těch 40 let po ústavech musela zažít, neumím si vůbec představit, že bych se napila jen po jídle třikrát denně odporným čajem, který se vaří v nemocnicích a ústavech, přitom lékaři nabádají, abychom dodržovali pitný režim, ta Libuše bude mít za nějakou dobu problémy s ledvinami nikomu to vadit nebude, je mi smutno, ovšem to smutno si nepřipouští Ti co to vidí každý den, mají práci a budou se bránit, aby o ni nepřišli, na úkor lidí, kteří nemohou za to, že se je postihnul takový osud.

**2224** Tak jak vyzněl případ paní Libuše z vašeho článku - odborník by jí jistě v kleci nenechával. Jsou pak však jiné případy klientů, kteří se sebepoškozují životu nebezpečným způsobem a trpí nezvladatelnou agresivitou vůči svému okolí. Zde je pak otázka, zda takového člověka přiotrávit zklidňujícími léky za cenu toho, že se bude bezvládně "kynklat", aniž by byl v kleci, nebo bude většinu času právě v takové kleci? - ač já osobně myslím, že síťované klece se dnes již užívají mnohem více a jsou samozřejmě pro takové jedince méně nebezpečné.

**2236** pro Petra: Konecne par rozumnych slov v cele te absurdni debate. Jsem rad, ze existuji takovi lide jako pan Petr. S tou neochotou u zamestnancu zdravotnictvi prijimat nove poznatky a hledat radeji vymluvy je to opravdu katastrofalni. Predstavme si treba IT-technika, ktery by se vzpiral kazde zmene a pokroku, ktera by prisla v jeho oboru. To bychom tady ani dnes nesedeli u internetu. Predstavme si inzenyra v automobilce, ktery by se zacal hadat pokazde, kdyz by firma u ktere pracuje prisla s nejakou novinkou v oblasti technicke. To bychom dnes jezdili ve starych Drabantech a Skodulach. Proc bychom meli akceptovat takovyto neflexibilni postoj v oborech zabyvajicich se zivymi lidmi, kdyz v oblasti nezive techniky to neakceptujeme?

**2256** Je mi divne, ze si tohoto ten tvuj znamy vubec neviml. Nijak jsem netvrdil, ze bych toto chtel zavadet do Ceska - opakuji, ze jsem to nazval "detailem - mozna nedulezitym". Na dulezite otazky neodpividas. Kdyz ctu ty tvoje argumenty tak vsechny vychazi z toho si vytvorit jako personal co nejpohodlnejsi prostredi. Nikde nevidim pacienta jako stred zajmu.

**2261** Precti si ten clanek poradne. "My vam ji pustime a uvidite"... "Chcete videt co dela?"... Uz ten zpusob jak s tou zenou a o ni mluvi je nedustojny. Jakoby pousteli ven z



klece nejake nebezpecne zviratko. V clanku je uvedeno, ze Libuse rozumi co ji rikaji. Asi bych ocekaval, ze osetrovatelka rekne "Pujdu se zeptat Liby jestli chce jit ven z klece, kdyz si to tedy prejete" a ne "My vam ji pustime a uvidite co dela". Asi bych ocekaval, ze se nekdo za ta leta mohl snazit jeji komunikativni schopnosti rozvijet tim, ze by s ni denne pravidelne komunikoval. Zpocatku jednostranne, pozdeji mozna oboustranne. I malym detem, ktere neumi mluvit se ctou pohadky. I lidem v komatu se ctou dopisy a treba je clovek drzi pri tom za ruku. Pocit lasky a pece neni treba nejak tlumocit a ucit se mu rozumet. Kazdy nejakym zpusobem komunikuje - existuje tisice zpusobu komunikace - verbalnim zpusobem komunikuji i zdravi lide jen z 30% - zbytek je komunikace neverbalni (cili bez pouziti slov). Kazdemu se muze stat, ze nekdo z nasich blizkych nejak onemocni nebo se dostane do takovehoto ustavu v dusledku treba nehody, stari apod. Nikdy bych nedovolil, aby s mym blizkym pribuznym nekdo takto mluvil bez respektu at uz je jeho nemoc jakakoliv.

**2271** Hm, tak to dava odpoved na nejednu otazku. Nicmene osobni setkani asi az za dlouho, protoze jak jsem uz psal, neziji v CR. Podle IP si muzes zjistit, ze pisu ze Svedska. Na druhe strane mi nepripada seriozni psat, ze tvymi rukami proslo mnoho spokojenych pacientu a vydavat se zde za odbornika a z teto pozice ochranovat pouzivani kleci v ustavech. Uvedom si, ze tady se jedna o debatu o zivych lidech, o jejich osudu a budoucnosti a kdovi, treba kolo osudu muze zpusobit, ze se to v budoucnu muze tykat i tobe velice blizkych osob - nemoc a smrt si nevybira. A pokud budes studovat psychologii tak po skonceni tvych studii, ktera jsou dosti narocna, se s touto realitou budes muset poprat tak ci tak. Muzu jen doufat, ze nez ta studia ukoncis tak uz bude svet zase o par kroku dal a s nim i situace lidi o kterych je ten clanek. Mej se fajn.

**2313** Ahoj,jsem zdravotní sestra.Když jsem chodila ještě do školy,tak jsem chodila na brigády,vždy jsem si vybírala jen ÚSP.Zacila jsem také necelé dva měsíce práci v ÚSP Mařenice.Moc se mi tam líbilo.Chtěla jsem jen říci,že Libušku Novákovou také moc znám,jelikož právě u ní jsem dělala.Když pustíte Libušku z klece,tak nenáte čas ohlídat ostatní dívky.Libuška je moc velký "plašan".Chtěla jsem právě s touto dívkou navázat nějaký kontakt,ale moc to nešlo.Byla bych ráda,kdyby byla mimo klec,ale jak říkam,to musíte mít na starosti jen jí.A jelikož je v té kleci už tolik let,tak si myslím,že by jí život mimo klec nejspíš i ublížil.Jak psaly sestřičky z ústavu,mohla by se opařit,nebo vypít něco škodlivého.

**2314** Můj závěr je ten, že by právě ty sestry, které jsem skoro denně s těmito lidmi, měly rozhornout zda mít právě tyto lidi, jako je Libuška, někde mimo klec. A né nějaký lidé, kteří se ani na ty lidi nejdou podívat....

**2329** Místře Thomasi Halle, jste opravdu ubohý... Za nikoho jsem se nevydával. Ošetřovatel jsem a když plácnu, tak takové stovce pacientů jsem už určitě pomohl. A ze své pozice to můžu označit jako spousta. Čím dál víc si začínám myslet, že z toho písečku z bábovičkami píšete z notebooku VY. Nashle

**2380** Na to jsem prave uz nekolikrat uvedl, ze ty penize treba ve Svedsku taky nejsou a presto nikdo neni drzen v kleci. Problem je jinde. A kdyz tak by se mely penize uvolnit odjinud jak uvedl v debate Petr. Co je dulezitejsi nez se postarat o nase spoluobcany, kteri to nedokazi sami? Vyspelost zeme se pozna podle toho jak se dokaze postarat o ty slabsi. Asi jako rota vojaku v boji. Taky nenecha lezet sve ranene na pospas jen aby si ulehčila svůj vlastní osud. Neni lepsi usilovat o to, aby politici zacli prioritovat peci o zive lidske bytosti a vyhradili na ten ucel financni castky na preskoleni zdravotniku a jine, nez se zde zastavat protilidskych zarizeni jako jsou lidske klece? Proc se tady my dva budeme dohadovat? Neni lepsi jit spolu jednotne proti tem, kteri jsou za to odpovedni?

**2428** Není lehké se o tak postižené lidi starat, ale vždy se dá najít spousta řešení, když je k tomu ochota. Takoví lidé sice musejí být svým způsobem izolovaní- pro ochranu sebe a druhých- ale KLECE?!!! To zamřížovaná cela je lepší- tam se dá alespoň chodit! A je jistě spousta způsobů, jak takové pacienty zabavit a nebezpečné předměty (viz. dezinfekce) mají být pod zámekem! Jenže to vše vyžaduje od personálu trochu víc + dobrou kvalifikaci i dostatek financí. A samozřejmě kontroly nadřízených orgánů. A za to samozřejmě zodpovídá vláda- jak je schopna vytvořit podmínky pro to aby byla společnost schopná se důstojně o tyto lidi postarat! Ti, kteří se o tak postižené občany starají doma, jsou na to úplně sami a nezavírají je do klecí- taky vymýšlejí způsoby, jak se postarat co nejlíp a přitom neublížit! Navíc u té paní její stav trestuhodně zanedbali už dávno- kdoví na jaké by byla úrovni, na jiném místě a za jiných podmínek!?

**2438** Sice to není adresováno mě, přesto bych si dovilil reagovat. Ano, s tímhle souhlasím. Vyměnit klece za něco pohodlnějšího, přest prakticky stejného účelu. To je řešení. Mě se nelíbí už jen to, že pacient je postižen, ani způsoby léčby, ale v této situaci se musí vykonat ono pověstné "menší zlo". Jinak pane Johne, myslím si, že vaše stanovisko,

kteře jste popsal v diskuzi takto nevyznělo v samotném článku. Možná právě proto některé ostřejší diskuze. S úctou Jakub Valta

**2471** Spíše se přikláním k ojedinělým názorům v jinak jalové diskusi, že si článek zaplatila nějaká farmaceutická firma (ono na lůžku se musí pacientovi ty dávky podstatně zvýšit) nebo nějaký zájemce o lukrativní nemovitost. Nikde v článku není ani náznak, jak se bude alternativně postupovat v jiném ústavu, až ten stávající zruší. Na nějakou změnu není přece třeba se stěhovat jinam, na to je třeba hlavně nějaká nosná myšlenka a ta tady evidentně chybí.

**2498** mam dve kamaradky, ktore pracuji v psychiatricke lecebne. Opravdu neni moc prijemne chodit z prace s modrinami, skrabanci, monokly... to kdyz vas jen tak napadne nejakej volne pobihajici "schýzouš". A to pracuji jen s lehcimi pripady. Ja ty holky obdivuju. Byl jsem se tam nekolikrat podivat, musel jsem se porad otacet, hlidat se. Ty lidi dokaze rozhodit i male gesto popř. pohyb. Byt zamestancem takoveho ustavu, ta po vypusteni tech "chudáčků" z kleci, shanim se hned po tezkoodenecke policejní vstroji. Jinak bych tam nevlezl.

**2508** Neda mi to a napisu ti neco o tech "schizousich" chces? Na rozdíl od kulturních stereotypu existuje jen malá spojitost mezi nemocí schizofrenie a sklony k agresivitě. Verejne rozšířený názor spojuje schizofrenii s agresivitou a nasilím. Je však jen velice malý počet schizofrenků, kteří jsou násilní a opravdu jen malá část, která byla odsouzena za kriminální čin násilí celosvětově. Což je statisticky podchyceno. Naproti tomu to bývá dost často opacně, že člověk, který má diagnózu schizofrenie se stává dost často obětí násilí! Opet podchyceno statistikou. Přestože žádné definitivní důvody proč tato nemoc vznikne nebyly identifikovány, je jedním z velkých faktorů PROSTŘEDÍ, stres, diskriminace může také vyvést psychoepizody. Sociální podmínky hrají také velkou roli. Z čehož vyplývá, že zavírání do klece schizofrenikovi spíše přitíží než naopak. A na závěr pár jmen těch hrozných "schizousů":

**2532** Pracuji ve zřetelství už 4 roky a vím že u nás na oddělení občas máme pacienty po operaci hlavy a jsou zmatení, občas agresivní atd. ano, oni za to nemůžou a hlavně si to neuvědomují, ale jsou nebezpeční pro sebe i okolí a opravdu jen zřídka je kurtujeme, ale co je moc to je moc. Sice je pravda, že tito lidé jsou opravdu rychlí a v mžiku něco udělají nebo seberou. Ale at mi nikdo neříká, že se nemůže najít v jídelně s ostatními, vždyť tam aspon

musí jedna být a dohlížet a ty klece by se opravdu měli používat jen ve výjimečných případech. Konkrétně v tomhle případě si myslím, že klec je zbytečná. A to, že polštář a deku dostane až večer, tak za to bych je hnala!!!!!!

**2602** jo? tak to bych vás teda chtěla vidět jak se o ty lidi staráte! když je tak chcete dostat ven! stejně si ani neuvědomují kde jsou a nikdy nebudou víst normální život! je to smutný, ale je to tak

**2622** Myslím si, že tady není prostor pro názor lidí "z venku" diskutovat o tomto problému mohou zasvěceně pouze lidé, kteří v podobných ústavech pracují a nebo se o podobně nemocné lidi starají doma. Pracuji v jednom takovém ústavu a všechno je to o nedostatku lidí a o penězích. Já pracuji s dětmi, což je úplně něco jiného, ale i děti si mohou vzájemně ubližovat. Je tam holčička, kterou když chytíte za ruce, tak vám neuvěřitelnou silou a rychlostí chytne vlasy, ruku cokoliv a kousne vás až do krve. Chlapeček vše co najde sní-, další se mlátí do hlavy o cokoliv, jsme tam jedna sestra na dvanáct takových dětí v jedné místnosti a teď at mi poradí paní reportérka jak to mám prakticky udělat aby si vzájemně neubližily a mohly se dejme tomu vyspat, najíst, hrát si... a to si opravdu nedovedu představit dospělé lidi, kteří váží např. 80kg???! Panebože když o něčem chcete napsat reportáž, tak si to zkuste at víte o čem píšete!!!!!!!!!!!!!!

**2697** Myslím si, že tento článek je jednostranně zaměřený a je to velmi sprosté!!! Tak si tam zkuste jít pracovat - co budete dělat s člověkem, který bude ohrožovat zdraví okolí i to své vlastní? Domluvíte mu? to asi těžko, můžete ho buď zdrogovat, přikurtovat nebo dát sem. Je to sporné, ale je to často jediné možné řešení. Tak to nekomplikujte za každou cenu!!!

**2721** i v českém ústavu lidé nadopováni jsou dost. Kdyby to byla moje volba, tak bych asi brala o sobě nevědět, než sedět víc než 9 let neustále v kleci.

**2727** To je pro mě něco jako, že devianty kastrují, aby předešli tomu, že někoho znásilní. Život v klecích je podle mě hlavně kvůli bezpečí těch lidí samotných.

**2732** Jen jsem se nikde nedočetl, co s těmito lidmi bude, až z humanitních důvodů tato zařízení zruší (a jak tu někdo trefně podotkl, nejspíš z nich udělají něco lukrativního). Nejspíš je prostě "propustí na svobodu", kde rozšíří řady nespočetných bezdomovců.

**2797** A jak ošetřujícímu personálu i ostatním chovancům zaručíte, že onen mentálně retardovaný člověk nikomu neublíží?

**2817** Je mi jich líto... stejně třeba jako vám, ale asi je opravdu těžké starat se o ně. Přebalovat, krmit, uklízet pro 40 cizích lidech... Myslím, že to je záhul a nikdo z vás se do toho nehrne. Pokud nesouhlasíte s klecemi, tak se staňte zdravotníci, nebo soc.pracovníci!!! Myslím, že je to jako s dětmi... Představte si dvě matky a x dětí, které jsou volně... Myslím, že to může být až nebezpečné pro ně samotné. Představte si co se jim může stát, kdyby byli svobodní - okradou je, zbijou, znásilní, zabijí... A v ústavech být spousta z nich volně prostě nemůže... Kdo je bude hlídat, když se do téhle práce nikdo nehrne!

**2802** Když si myslí, že místo klecí je humánnější toho chudáka přivázat k posteli, tak ať ty klece zruší nadobro.

**2807** Od 1.1.2007 bude v platnosti Zákon o sociálních službách, a to všichni uvidí správný "nářez"- některé rodiny si, pod vidinou peněz, budou brát domů své rodinné příslušníky, kteří dosud žili v zařízeních, kde jim byla poskytována odpovídající péče. Tito různě postižení lidé těžce nesou jakoukoliv změnu a někteří navíc budou ohrožovat své nové okolí. Samozřejmě to neplatí pro všechny případy, ale pro drtivou většinu jedno či druhé určitě. Ono je něco jiného přijet se jednou za čas podívat na těžce mentálně postiženého člověka a pohoršovat se, že je v kleci a něco jiného zajistit mu každodenní péči. Všem pracovníkům, kteří se starají o postižené, a to za směšný plat, by měl patřit obdiv.

**2828** Navrhuji velmi jednoduché a poměrně levné řešení, stačilo by totiž vyměnit klec za oddělený kout tvrzeným plexisklem o tloušťce 10-15 cm kde by neměl možnost ubližovat sobě a hlavně druhým. Co vy na to?

**2855** ty zaměstnanci ústavů, které tak litujete a prokazujete jim úctu, vykonávají jen svou práci, jako dělník, lékař, právník... přece si neodepřeme právo jejich práci a systém v kterém pracují kritizovat jen proto, že pracují s postiženými lidmi? zavání to alibismem, něco jako, já bych tu práci nikdy neděl, je dobře že jí dělají jiní at jí dělají jakýmkoli způsobem já se o to nemusím dál starat. To není jejich sebeobětování, sami se k tomu rozhodli. A co chceme řešit? To že má někdo špatně ohodnocené zaměstnání, nebo to, jestli nežijeme náhodou ve společnosti, kde jsou omezována základní lidská práva?

**2865** Mně je těch lidí taky líto,ale jinak to s nimi není možno dělat.Tito lidé by zase ublížili druhým nemocným nebo ošetřovatelům.Je to složité,ale kdyby takový to nemocný člověk třeba zabil spolubydlícího,kdo by za něho nesl zodpovědnost?

**2882** Kdyžse jí zastáváte tak si jí vemte domů a starejte se. ona vám to všem ukáže.

**Příloha č. 2 Seznam použitých kódů (počet citací z textu):**

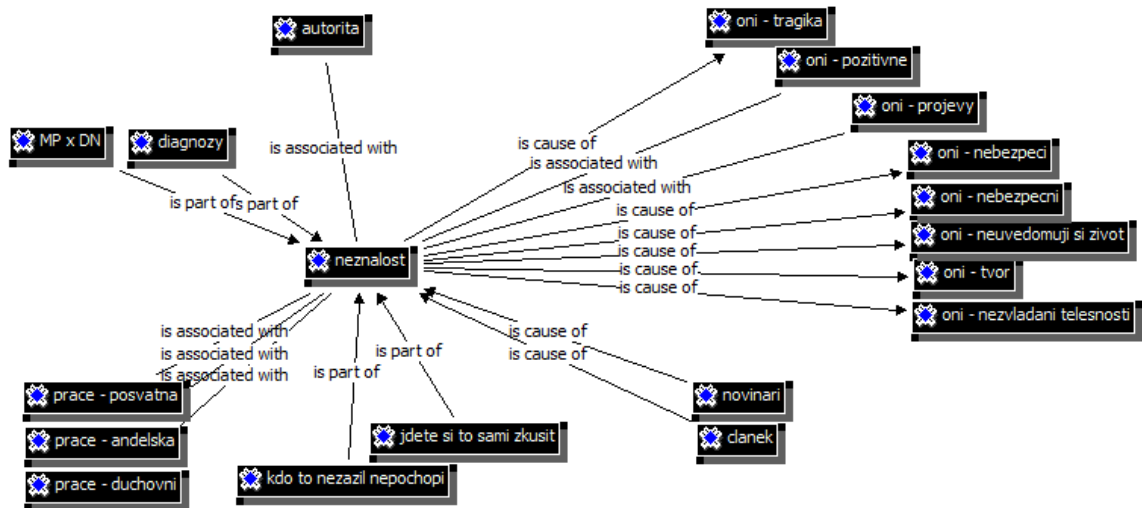
1. autorita (35)
2. čas – dynamika (7)
3. čas – minulost (11)
4. čas – neměnnost (3)
5. čas – přítomnost (13)
6. čas – vždycky (10)
7. činy x slova (9)
8. článek (59)
9. diagnózy (5)
10. efektivita – lidský kapitál (12)
11. finance (20)
12. finance – komodifikace péče (13)
13. finance – nejsou argument (9)
14. identifikace – může se to stát blízkým (30)
15. jděte si to sami zkusit (27)
16. kdo nazažil nepochopí (22)
17. klec (31)
18. klec – „klec“ (12)
19. klec – horší než smrt (4)
20. klec – hranice (9)
21. klec – inovace (13)
22. klec – lidský fujtajbl (11)
23. klec – nejlepší řešení (32)
24. klec – ochrana (16)
25. klec – vězení (5)
26. konečné řešení (11)

27. kulturní obrazy (6)
28. Libuše Nováková (41)
29. lidské práva (4)
30. lidství (4)
31. MP x DN (3)
32. návrh na změnu (10)
33. nevyhnutelnost – pokrok (7)
34. neznalost (6)
35. nick (15)
36. novinari (3)
37. odpovědnost – my (4)
38. odpovědnost – personál (2)
39. odpovědnost – politici (4)
40. odpovědnost – rodina (10)
41. odpovědnost – stát (11)
42. odpovědnost – ústav (2)
43. odpovědnost – zdravotnictví (3)
44. oni (48)
45. oni - jako děti (14)
46. oni - jako my (14)
47. oni – kvalita života (18)
48. oni – lidská práva (3)
49. oni – mimo přírodu (3)
50. oni – mimo vinu (7)
51. oni - nebezpečí (3)
52. oni - nebezpeční (9)
53. oni – neuvědomují si život (2)
54. oni – nevinna (9)
55. oni – nezvládání tělesnosti (6)
56. oni - pozitivně (4)
57. oni - projevy (77)
58. oni - skupina (4)
59. oni - tragika (22)

60. oni - tvor (17)
61. oni – uvědomují si život (8)
62. osobní zkušenost (28)
63. osobnost ošetřovatele (13)
64. práce (14)
65. práce – málo peněz (4)
66. práce – andělská (10)
67. práce – dřina (10)
68. práce – duchovní (10)
69. práce – lenost (15)
70. práce – málo lidí (8)
71. práce – nebezpečná práce (8)
72. práce – posvátná (1)
73. práce – pozice x personál (5)
74. práce – prostě práce (8)
75. práce – školení (17)
76. pseudohumanismus (16)
77. realita (3)
78. svoboda – nebezpečí (9)
79. teorie spiknutí (9)
80. ústav (15)
81. vina – finance (9)
82. vina – odborníci (7)
83. vina – personál (7)
84. vina – systém (8)
85. vina – ústavy (8)
86. vina – vulgární lidé ČR (6)
87. vina – zaostalost (3)
88. vina – neochota (2)
89. vizualita (20)



### **Příloha č. 3 Ukázka grafického práce s grafickým propojení kódů v programu ATLAS.ti**



### **Příloha č. 4 Výňatky ze zákonů**

#### **4.1. Zákon 218/2005 Sb. O sociálním zabezpečení.**

1 § 89

Opatření omezující pohyb osob

§89 (1) Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.

§89 (2) Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb.

§89 (3) Před použitím opatření omezujícího pohyb osob je zapotřebí souhlasu lékaře, kterého je poskytovatel sociálních služeb vždy povinen přivolat, pokud nepostačuje postup podle odstavce 2.

§89 (4) Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě na základě ordinace lékaře lze použít léky.

§89 (5) Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob.

§89 (6) Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, které jsou poskytovány sociální služby, nebo jde-li o nezletilou osobu, která byla svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné osoby, tuto osobu.

§89 (7) Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu a) jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby,

b) datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob,

c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,

d) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila,

e) souhlas lékaře,

f) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,

g) popis bezprostředně předcházející situace,

h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 6,

i) popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití opatření omezujícího pohyb osob,

a umožnit nahlížení do této evidence zákonnému zástupci osoby nebo osobě jí blízké nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím příslušného orgánu do péče, zřizovateli zařízení, lékaři a Veřejnému ochránci práv.

## 4.2. Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách – výňatky

### 4.2.1.

#### § 89

### Opatření omezující pohyb osob

(1) Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.

(2) Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb.

(3) Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky.

(4) Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob.

(5) Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, které jsou poskytovány sociální služby, nebo jde-li o nezletilou osobu, která byla svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné osoby, tuto osobu, anebo fyzickou osobu, kterou osoba, které jsou poskytovány sociální služby, s jejím předchozím souhlasem určí.

(6) Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu

a)

jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby,

b)

datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob a druh tohoto opatření,

c)

důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,

d)

jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila,

e)

podání léčivého přípravku jako opatření omezujícího pohyb osoby,

f)

datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,

g)

popis bezprostředně předcházející situace před použitím opatření omezujícího pohyb osob, popis průběhu situace při použití tohoto opatření a její zhodnocení a popis bezprostředně následující situace,

h)

záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 5,

i)

popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití opatření omezujícího pohyb osob,

j)

popis způsobu informování osoby podle odstavce 2,

a umožnit nahlížení do této evidence osobě, u níž bylo použito opatření omezující pohyb osob, fyzické osobě, kterou osoba s jejím předchozím souhlasem určí, zákonnému zástupci osoby nebo osobě jí blízké nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím příslušného orgánu do péče, zřizovateli zařízení, lékaři, členům inspekčního týmu při provádění inspekce poskytování sociálních služeb a Veřejnému ochránci práv.

(7) Poskytovatel sociálních služeb, který v průběhu kalendářního pololetí použil opatření omezující pohyb osob, je povinen písemně sdělit registrujícímu orgánu ve lhůtě

do 15 dnů po skončení kalendářního pololetí počet osob, u kterých byla tato opatření použita, a četnost jejich použití podle druhů těchto opatření.

#### 4.2.2.

### ČÁST OSMÁ

#### PŘEDPOKLADY PRO VÝKON POVOLÁNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

(4) Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je

a)

vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu<sup>40</sup>) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b)

vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu<sup>41</sup>),

c)

absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),

d)

absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998.

(5) Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu<sup>42</sup>).

(6) Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu<sup>31</sup>).

## § 116

### 4.2.3.

#### **Pracovníci v sociálních službách**

(1) Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává

a)

přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviu jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,

b)

základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c)

pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

d)

pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(2) Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

(3) Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2 a odst. 3 věty první až třetí.

(4) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává praktický lékař a u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče.

(5) Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách

a)

uvedeného v odstavci 1 písm. a) je základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu<sup>45</sup>) způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

b)

uvedeného v odstavci 1 písm. b) je střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu<sup>46</sup>) způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

c)

uvedeného v odstavci 1 písm. c) je základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu<sup>45</sup>) způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u

fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

d)

uvedeného v odstavci 1 písm. d) je základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitní zkouškou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110.

(6) Obsah kvalifikačního kurzu podle odstavce 5 a jeho minimální rozsah stanoví prováděcí právní předpis.

(7) Podmínku absolvování kvalifikačního kurzu podle odstavce 5 je třeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

(8) Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu<sup>31</sup>).

(9) Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Účast na dalším vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu<sup>43</sup>). Další vzdělávání se uskutečňuje formami uvedenými v § 111 odst. 3.