

**Klady a zápory integrace z pohledu psychologa**  
**PhDr. Jaroslav Šturma Dětské centrum Paprsek, Praha**  
**Katedra psychologie Filosofické fakulty UK, Praha, 2010**

### **Vývoj péče o děti s postižením**

Patří k povaze lidské existence – „conditio humana“ – že vedle výšin a vzepětí ducha zakoušíme i jeho omezení, deficity a poruchy vývoje. Aniž bychom zde podrobně probírali vývoj postojů společnosti k osobám s postižením a historii péče o ně, můžeme shrnout, že díky křesťanství se v průběhu věků lidstvo naučilo pociťovat odpovědnost i za slabé členy své rodiny a přistupovat k nim jako k těm, kdo si zaslouží lásku a péči. Péče o osoby s postižením byla záležitostí lásky k bližnímu – charity.

Přesto trvalo celá staletí, než např. Komenský jasně prohlásil, že „z výchovy se nevylučuje nikdo, leč nečlověk“. Teprve však s rozvojem moderní empirické, experimentální vědy, ve větší míře pak až v 19. století, podařilo se vytvořit speciální metody, které umožňovaly výchovu a výuku postižených dětí. Z těchto nových možností vznikala speciální zařízení a ústavy. Na začátku tohoto úspěšného úsilí byl v oblasti péče o děti s mentálním postižením zejména Jean Marc Gaspard Itard (1774 – 1838), který proslul jako vychovatel „vlčího dítěte“ – dvanáctiletého chlapce pojmenovaného Viktor, nalezeného kolem r. 1800 v lesích v okolí jihofrancouzského města Aveyron. Jeho žákem byl Edouard Seguin (1812 – 1880), jenž v r. 1839 založil první ústav pro „idioty“ – vzor pro mnohé ústavy další. V USA, kam odešel v r. 1848, založil 11 takových zařízení. Jeho žáci a následovníci přenášejí jeho principy do dalších zemí (Švýcarsko, Prusko, Anglie, 1852 Dánsko). U nás první ústav pro mentálně postižené „Ernestinum“ založil r. 1871 Karel Slavoj Amerling (1807 – 1884). Prvá pomocná třída (dnes bychom řekli zvláštní) vznikla u nás v Praze v r. 1896. V oblasti speciálního školství pro mentálně postižené máme tedy za sebou vývoj nejméně stoletý, podobně tomu je v oblasti péče o tělesně postižené (ústav pro nevléčitelně nemocné a zmrzačené Vincentinum byl založen v r. 1889, v r. 1913 pak Jedličkův ústav pro tělesně postižené děti). V oblasti péče o smyslově postižené je naše tradice ještě úctyhodnější: Klárův Hradčanský ústav pro slepé, založený r. 1807, byl pátým svého druhu v Evropě. R. 1829 vychází příručka „Postup psaní slov, hudby a zpěvu pomocí bodů k potřebě slepců“, jejímž autorem je od dětství osleplý Louis Braille (1806 – 1852). Pražský ústav pro hluchoněmé (neslyšící) z r. 1786 byl pátým svého druhu v Evropě (údaje citovány podle L. Monatové, 1998).

Na počátku našeho století se začaly rozvíjet i alternativní pedagogické přístupy k postiženým dětem, jež vedly ke vzniku dalších zařízení. Jmenujme v této souvislosti zejména Marii Montessoriovou, italskou lékařku a vychovatelku (1870 – 1952), či waldorfské školy vycházející z konceptů švýcarského filosofa (antroposofie) Rudolfa

Steinera (1861 – 1925) a nebo aplikace navazující na hnutí mateřských škol duryšského pedagoga Friedricha Fröbela (1782 – 1852).

### **Přehled historické cesty k integraci**

My všichni asi známe etapy na cestě lidstva ke konceptu integrace dětí a osob s postižením. Úzce souvisí s obrazem, který ta která historická lidská společnost má o člověku. Dá se říci, že každý z nás má v sobě implicitní pojetí člověka, vícevrstevné nebo redukovatelné, podle toho, jak zahrnuje do svého přístupu jednotlivé komponenty lidství. Souvisí to také s hodnotovými systémy jedince a společnosti.

Přelétněme stručně tuto dlouhou cestu:

- 1/ Období fyzického vyloučení, např. svržením postiženého novorozence ze skály ve staré Spartě.
- 2/ Období vysmívání: ve středověku sloužili postižení všeobecné zábavě, bývali dvorními šašky, trpaslíky apod.
- 3/ Období institucionalizace – na jedné straně přineslo pokrok, soucit, péči, na druhé straně vytvářelo ghetta.
- 4/ Období nástupu pedagogiky, speciální pedagogiky, medicíny v novověku, zvláště v 18. a 19. století, s pokusy o pracovní začlenění. Zde ovšem dochází ke sváru dvou tendencí: specializace spojené s redukcionismem oproti celostnímu přístupu. Bylo to období jisté scientifikace či medicinizace problému.
- 5/ Od 60. let minulého století snaha o co největší společenské začlenění a později integraci, jež ovšem u nás nastoupila se zpožděním. Defektologie se postupně stále víc stává aktivním oborem zaměřeným na podporu vývoje a terapeutickou a nápravnou pomoc, tj. proměňuje se v pedagogiku speciální a léčebnou.

Postupně se vytváří vějíř vzdělávacích a výchovných opatření, jež zahrnují varianty od úplné segregace a institucionalizace k plné integraci. Vyjdeme-li od ní, pak tento systém můžeme naznačit v podobě, kterou např. v péči o dyslektiky sledovali a rozvíjeli Matějček se Žlabem v 70. a 80. letech 20. století:

- 1/ Žák s lehkým deficitem navštěvuje běžnou třídu bez zvláštních opatření, toliko se sensibilizací rodičů a učitelů.
- 2/ Žák navštěvuje běžnou školu, vedle toho se mu však v rámci školy dostává zaměřené pomoci např. ve formě doučování či dodatečné speciální či metodické pomoci.
- 3/ Žák navštěvuje běžnou školu, vedle toho však dochází na pravidelnou terapii či nápravu do pedagogické-psychologické poradny, event. do speciálně pedagogického centra či ke klinickému logopedovi či psychologovi.

4/ Žák navštěvuje plně či částečně specializovanou třídu v běžné škole, např. určenou pro dyslektiky.

5/ Žák navštěvuje speciální či prakticky orientovanou základní školu anebo v jejím rámci ještě speciální třídu (např. pro autisty).

6/ Žák má domácí vyučování, pedagog za ním dochází domů v určeném rozsahu (např. v případech, kdy to vyžaduje jeho zdravotní stav, třeba při nezbytnosti trvalého zavedení sondy nebo dýchacího přístroje).

7/ Žákovi se dostává domácího vyučování s výhodou rodinné integrace a s nevýhodou neintegrovánosti školské, a to tak, že metodickou pomoc a vedení včetně přezkoušení poskytuje k tomu určená škola.

8/ Žák je pro svůj zdravotní a mentální stav příjemcem služeb denního či pobytového zařízení sociální péče anebo zdravotnického zařízení (např. dětského psychiatrického oddělení), kde se mu podle jeho stavu a možností dostává individuální výuky anebo výuky ve školní třídě při zařízení).

### Východiska a podmínky integrace

Právě výše přiblížený koncept je základním východiskem snah o integraci. Zařazením dítěte se speciálními potřebami do prostředí běžné školy, např. mateřské, můžeme přispět k tomu, aby se rozvíjelo v běžném, „normálním“ prostředí, jež by nabízelo a zajišťovalo naplňování všech zmíněných potřeb dítěte, počínaje oněmi společnými a konče těmi speciálními. V tom ovšem je i veliká náročnost záměru dítěte integrovat: dosáhnout obojího je jistě věcí žádoucí a záslužnou, ale cesta k tomu není snadná.

Předpokladem integrace, jež má mít naději na úspěch a která má dítěti v jeho komplexním vývoji prospět, je ovšem vytvoření náležitých podmínek, jež musí být zajištěny předem, nikoli až „za pochodu“.

**Integraci** v moderním pojetí chápeme tedy jako společný život (v případě školy společný pobyt, společný program, společnou výchovu a výuku). K podmínkám patří **přípravenost a ochota všech zúčastněných**: Nejen přání rodičů samotných, ale i součinnost učitelského popř. vychovatelského sboru (někdy se to týká i pomocnic, školníka apod.), dále připravenost a spolupráce spolužáků, ostatních dětí a v neposlední řadě i jejich rodičů. V praxi se stále setkáváme s některými předsudky, jako že dítě s postižením by mohlo mít nepříznivý vliv na chování a vývoj zdravých dětí či že by je zdržovalo v postupu. Výjimečné nejsou předsudky toho druhu, že by se zdravé děti mohly „nakazit“, výhrady hygienické a estetické.

Vzhledem k tomu, že zajištění speciálních potřeb dítěte vyžaduje **odborné znalosti a dovednosti** z příslušných oblastí speciální pedagogiky a dalších oborů, je zapotřebí, aby učitelé a vychovatelé těchto dětí měli náležitou odbornou přípravu.

Některá pedagogická či speciálně pedagogická centra, vysoké školy anebo některá občanská sdružení pořádají v tomto směru kursy a semináře. V každém případě je třeba mít zajištěnu spolupráci a možnost konzultace s dalšími odborníky. Je ideální, pokud mohou sledovat začlenění dítěte přímo ve škole či zařízení a tam řešit společně s pedagogy případné problémy. Tyto kroky a konzultace je samozřejmě třeba dělat v úzké součinnosti s rodiči.

Platí-li nezbytnost **spolupráce s rodiči** při výchovném vedení každého dítěte, u dětí se speciálními potřebami je pravidelný častý kontakt a konzultace nezbytností. Je třeba počítat s jejich časově rozsáhlejší účastí např. v období adaptace dítěte na počátku docházky do mateřské školy, stejně jako s tím, že tato adaptace může trvat déle než u zdravého dítěte.

Před začleněním dítěte do běžné mateřské školy musí být vytvořeny i předpoklady **materiálně technické**, a to s přihlédnutím k rázu postižení dítěte. V případě dítěte tělesně postiženého je samozřejmostí odstranění architektonických zábran v přístupu do budovy a pro pohyb v areálu. Zvláštní pozornost je třeba věnovat toaletě, která musí být dost prostorná, aby umožnila přístup dítěte na vozíku, a bezpečná (madla), aby dítě mohlo toalety užívat. V případě nevidomého mějme na paměti nebezpečí úrazu (hrany, hroty, uspořádání místností). Sem patří i vybavení případnými speciálními pomůckami, např. pro rehabilitaci.

Neméně významným aspektem je **zabezpečení organizační a personální**. Prvou podmínkou je zajištění dopravy resp. doprovodu. Některé děti se neobejdou bez dovážení osobním autem. Zmínili jsme se již o nezbytnosti **spolupráce s odborníky**. V některých zařízeních se daří zajistit některé prvky odborné pomoci přímo na místě (logopedická péče, rehabilitace), to však bývá spíše silnou stránkou zařízení speciálních (speciálních mateřských škol). V případě běžné školky půjde spíše o to, aby dítě, přestože není ve speciálním zařízení, mělo v potřebné míře zajištěny všechny formy potřebné speciální péče či terapie. Bývá to pak obvykle na rodičích, aby tuto péči s dítětem absolvovali. Učitelky mateřské školy by však měly vědět, jaké **formy speciální péče či terapie** se dítěti dostává, i to, jak zásady a specifika z toho plynoucí uplatnit a respektovat v běžné každodenní péči o dítě (např. jakých druhů činností či pohybů by se dítě mělo vyvarovat, jaké činnosti jsou naopak prospěšné a žádoucí). Škola by měla být podrobně informována o **zdravotním stavu** dítěte a o úskalích či nebezpečích z něho plynoucích. Patří sem informace o lécích, které dítě bere (někdy je třeba podávat je i v průběhu dne, někdy se aplikují, nastane-li akutní zhoršení stavu, např. při dechových obtížích). V případě dítěte trpícího záchvatovým onemocněním je samozřejmostí obeznámenost se zásadami **první pomoci** při případném záchvatu. Dítě se závažným postižením je ovšem zvýšeně náročné na individuální péči a pomoc i v celé řadě běžných úkonů každodenní rutiny, ať při stolování, převlékání či na toaletě. Někdy tak na sebe vlastně váže jednu osobu. Řešením v takových případech bývá **osobní asistence**, kterou někdy zajišťuje matka dítěte. Matka sice své dítě nejlépe zná a v období počáteční adaptace či readaptace při návratu do školy po nemoci anebo delší nepřítomnosti je přítomnost její či někoho z

rodinných příslušníků nezbytná. Obecně to však nebývá nejvhodnější řešení, protože pobyt ve školce má mj. matce přinést i určitou několikahodinovou přestávku v jinak nepřetržité náročné péči o dítě. Nemyslím si, že by asistenci měl vykonávat přímo odborník. Dobré zkušenosti máme se studenty (např. pedagogiky či speciální pedagogiky), kteří i takto mohou vykonávat praxi.