



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra psychologie a speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Model psychické krize u jedinců se získaným tělesným
postižením

Vypracoval: Kateřina Šmolíková
Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová
České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá modelem psychické krize u jedinců se získaným tělesným postižením. Získané tělesné postižení vzniká náhle a jedinec se musí vypořádat s velmi náročnou životní situací. Jedinec většinou prožívá krizi identity, kdy se mu mění vztahy s okolím, ale i se sebou samým. Zpravidla prochází určitými fázemi vyrovnání, které mu pomáhají se s novou životní rolí ztotožnit.

Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole je definován pojem a klasifikace tělesného postižení, kde jsou vymezena získaná i vrozená tělesná postižení. Dále pojednává o osobnosti jedince se získaným tělesným postižením řešící především otázky profesní, partnerské a rodičovské role. Druhá kapitola se zabývá pojmem psychické krize, její typologií a průběhem. Pozornost je zde především věnována modelům psychické krize podle autorů Kübler-Ross, Vágnerové, Říčana a Caplana. Třetí kapitola se zmiňuje o psychické odolnosti jedince, aktivních a únikových obranných mechanismech a strategii copingu, které jsou nezbytné při procesu vyrovnání. Poslední, čtvrtá kapitola, je věnována psychologické pomoci, která zahrnuje neformální pomoc, tedy svépomoc a vzájemnou pomoc a psychoterapii, především rogersovskou, podpůrnou a kognitivně-behaviorální psychoterapii. Obsah teoretické části byl vytvořen na základě analýzy odborných a internetových zdrojů.

Cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem se jedinci se získaným tělesným postižením vyrovnávají s náročnou životní situací, a odhalit fáze psychické krize. Dílčím cílem bakalářské práce je také zjistit, zda jedinci při procesu vyrovnání využili psychologickou pomoc. K naplnění cílů byly realizovány rozhovory s lidmi, kteří mají osobní zkušenost se získaným postižením.

Výzkumná část obsahuje cíl práce, výzkumné otázky a charakteristiku výzkumného souboru. Podrobně se zmiňuje o metodice výzkumu, technice sběru dat a samotném výzkumu, tedy o výsledcích. V rámci kvalitativního výzkumu byly zvoleny metody otevřeného zúčastněného pozorování a narativního rozhovoru, který je zvláštní formou hloubkového nestrukturovaného rozhovoru. Před samotným výzkumem byli respondenti osloveni písemnou žádostí o spolupráci. Rozhovory s respondenty proběhly

během ledna 2014 až března 2015. Následným získáním dat a analýzou rozhovorů byly naplněny cíle výzkumu a výzkumné otázky.

Výsledky výzkumu poukazují na to, že každý člověk je individuální bytost a každý si adaptaci na své postižení prožíval různým způsobem. Jelikož výzkumný soubor je rozmanitý, nelze s přesností učinit jeden závěr. To je možné ověřit porovnáním získaných dat, která se liší v délce trvání rozhovorů, způsobem, ale i náplní vyprávění daného respondenta. Každý respondent si jistým způsobem procházel modelem psychické krize. U všech respondentů je zaznamenána fáze agrese a zloby, která se samozřejmě projevovala odlišnými způsoby. Všichni respondenti se shodli na tom, že bez pozitivního přístupu k životu a opory rodiny a blízkých se s postižením vyrovnává velice těžko.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako vhodný informační materiál pro studenty a pracovníky v pomáhajících profesích a pro rodiny jedinců se získaným tělesným postižením k objasnění toho, co si člověk nacházející se v této situaci prožívá. Dále by mohla být podnětem pro zdokonalení a zkvalitnění služeb, například v oblasti psychoterapie a poradenství pro osoby se získaným tělesným postižením, které se vyrovnávají se svojí novou identitou.

Klíčová slova:

Získané tělesné postižení

Psychická krize

Obranné mechanismy

Psychologická pomoc

Abstract

This thesis explores the model of psychological crisis of people with post natal physical disabilities. A post natal disability, which is gained after birth, can be a result of a sudden and unexpected incident and the individual is often left with no choice but to deal with the newly acquired difficult situation. In most cases an identity crisis sets in short after the accident during which most of personal, social and family relations are greatly redefined.

The theoretical part has altogether four chapters. First chapter defines terms and classifications of physical disabilities and distinguishes between acquired disabilities and congenital or hereditary disabilities. It focuses on the character of an individual with an acquired disability and his or her professional, personal and parental role. The second chapter is focused on the psychological crisis as a result of an acquired disability, its typology and internal mental processes related to it. The models used for this part of the thesis are the ones of Kübler-Ross, Vágner, Říčan and Caplan. Third chapter mentions the psychological immunity of an individual – the various necessary coping mechanisms and strategies. The last fourth chapter is concerned with the psychological help which includes an informal support; self-help, mutual help and psychotherapy (esp. person-centered approach of Carl Rogers, supportive psychotherapy and cognitive behavioral therapy). The content of theoretical part of this thesis was based on internet resource analysis.

The goal of this study is to determine which coping mechanisms individuals use to deal with the difficult situation and what are the different stages of personal crisis. Another major objective of this thesis is to establish to what extent the individuals have sought professional psychological help. Data for this study were obtained through interviews with people who have a personal experience with acquired physical disabilities.

The research part of this thesis includes the aim, the research question and the characteristics of the entire research set. It analyses the methodology used for this research, the approach used for collecting the data and the research itself and its results. Participant observation and narrative interview were the methods used for the purpose

of qualitative research. The respondents were asked to participate through a written request for cooperation. The interviews were then being carried out from January 2014 to March 2015. The goals of this research were met through collecting the necessary data and analyzing the interviews.

The results suggest that every person is an individual being and everyone copes with their disabilities in a unique way. Due to the variety of the research set it is not possible to summarize all results into one uniform conclusion. Simple observation of the data collected reveals that lengths of interviews and narrative manners of each respondent vary greatly. Each individual experienced the model of psychological crisis in their unique way – all subjects experienced some level of anger and aggression. All subjects were also in unison about the fact that optimism and family support are crucial elements in successfully coping with an acquired disability.

This study might serve as an informative source for students and people in assisting professional practice as well as for families of disabled individuals. Furthermore it might offer valuable suggestions for improving specific services, for instance in the fields of psychotherapy or assistance for people with acquired physical disabilities who are facing the challenge of coping with their difficult situation.

Key words:

post natal physical disability

psychological crisis

psychological immunity

psychological help

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

Kateřina Šmolíková

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Vlastimile Urbanové za užitečné rady a odborné vedení práce. Dále děkuji všem respondentům za jejich vstřícnost a ochotu spolupracovat.

Obsah

Obsah

Obsah	8
Úvod.....	10
1 Teoretická část.....	11
1.1 Tělesné postižení.....	11
1.1.1 Klasifikace tělesného postižení	13
1.1.2 Osobnost jedince se získaným tělesným postižením.....	17
1.2 Psychická krize	19
1.2.1 Typologie psychických krizí	20
1.2.2 Průběh psychické krize.....	21
1.2.3 Modely psychické krize.....	22
1.2.3.1 Model psychické krize podle Kübler-Ross	22
1.2.3.2 Model psychické krize podle Vágnerové	24
1.2.3.3 Model psychické krize podle Říčana a Krejčírové	25
1.2.3.4 Model psychické krize podle Caplana	26
1.3 Psychická odolnost	28
1.3.1 Obranné mechanismy	29
1.3.2 Coping	31
1.4 Psychologická pomoc	33
1.4.1 Psychologická první pomoc	33
1.4.2 Neformální pomoc.....	33
1.4.3 Psychoterapie.....	35
2 Cíl práce a výzkumná otázka.....	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Výzkumná otázka	38
3 Metodika.....	39
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40

3.3 Průběh výzkumu	41
4 Výsledky výzkumu.....	42
4.1 Respondent 1.....	42
4.2 Respondent 2.....	45
4.3.Respondent 3.....	48
4.4 Respondent 4.....	51
4.5 Respondent 5.....	53
5 Diskuze.....	56
6 Závěr.....	60
7 Seznam použitých zdrojů	62
7.1 Tištěné zdroje.....	62
7.2 Internetové zdroje	65
8 Příloha.....	66

Úvod

V dnešní společnosti se počet osob se získaným tělesným postižením neustále zvyšuje. Mezi nejčastější důvody vzniku získaného postižení patří dopravní nehody, úrazy a pády. Získané postižení na rozdíl od postižení vrozeného vzniká náhle a nečekaně zasahuje do života. Během okamžiku se život lidí výrazně mění. Člověk se získaným postižením ztrácí již nabytou funkci, něco, na co byl celý život zvyklý, proto si prochází velmi psychicky náročným obdobím svého života.

K výběru tématu bakalářské práce mě inspirovala kniha Černobílé příběhy od Ivany Karáskové, kterou jsem četla již před lety. Kniha popisuje příběhy lidí, kteří se s nemocí nebo postižením vyrovnali a dokázali žít plnohodnotný život. Téma bakalářské práce jsem si také zvolila z důvodu zájmu o problematiku získaného postižení a jejím psychologickým chápáním, tedy vyrovnáním se s postižením.

Cílem bakalářské práce je zhodnotit přijetí a odhalit fáze psychické krize u jedinců se získaným tělesným postižením různého druhu a typu.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola vymezuje pojem a klasifikaci tělesného postižení a charakterizuje osobnost jedince se získaným tělesným postižením. Ve druhé kapitole je definována psychická krize, její typologie a průběh. V závěru druhé kapitoly je popis několika modelů vyrovnání se s psychickou krizí podle různých autorů. Třetí kapitola je věnována psychické odolnosti jedince, jeho obranným mechanismům a strategii copingu. Poslední, tedy čtvrtá kapitola, je věnována oblasti psychologické pomoci.

V praktické části bakalářské práce jsou vymezeny cíle, výzkumné otázky, použitá metodika, technika sběru dat, charakteristika respondentů a samotný výzkum. Výzkumná část se zabývá tím, jakým způsobem se daní respondenti dokázali vyrovnat se svým postižením. Obsahuje analýzu rozhovorů s lidmi, kteří mají osobní zkušenost se získaným tělesným postižením. Pro naplnění cíle byla použita kvalitativní metoda výzkumu. Data byla získávána pomocí narativního rozhovoru.

1 Teoretická část

1.1 Tělesné postižení

Průcha (2013, s. 310) v Pedagogickém slovníku definuje, že tělesně postiženým se rozumí „osoba postižená defekty pohybového a nosného ústrojí (kostí, kloubů, svalů aj.) nebo poruchou či poškozením nervového ústrojí, jestliže se projevuje porušenou hybností. Hlavním znakem těchto osob je celkové nebo částečné omezení hybnosti, které jim způsobují velké obtíže v běžných činnostech, ve škole i v denním životě.“

Renotiérová a Ludíková(2005) uvádí, že tělesná postižení jsou trvalé nápadnosti a snížené pohybové schopnosti, které mají dlouhodobý vliv na emocionální, kognitivní a sociální výkony. Pipeková (2006, s. 168) uvádí podobnou definici, že člověk s tělesným postižením je omezen „v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození.“

Pipeková (2006) i Jankovský (2006) tvrdí, že jedinci s tělesným postižením jsou heterogenní skupina a jejich společným znakem je omezení pohybu. Z tohoto hlediska můžeme rozdělit poruchy hybnosti na primární a sekundární. Primární poruchou hybnosti bývá důsledek určitého poškození pohybového aparátu v souvislosti s vadným vývojem, úrazem nebo nemocí. Sekundární porucha hybnosti znamená, že pohyb je pouze omezen nebo znemožněn nemocí či poruchou jiného orgánu.

Renotiérová a Ludíková (2005) dělí jedince s postižením hybnosti na osoby tělesně postižené, osoby s nemocí, osoby se zdravotním oslabením a osoby zdravotně znevýhodněné.

Vítková (2006) a Pipeková (2006) se shodují, že na termín tělesné postižení lze nahlížet ze čtyř různých modelů. **Model medicínský** navazuje na medicínsky zaměřenou péči. Zaměřuje se na organické příčiny jevu a cílem je překonání a léčba postižení. **Model prostředí** se zabývá především hledáním změn ve školním prostředí ve prospěch žáka s postižením. Model prostředí řeší, jakým způsobem má instituce

změnit podmínky, aby vyšla vstříc žákům se zdravotním postižením. Vyžaduje optimální materiální a personální zajištění. **Model antropologický** vychází především z respektování individuality. Souvisí s realistickým hodnocením a nalezením potenciálu daného jedince. **Model sociálně patologický** klade důraz na problémy sociální povahy. V centru zájmu zde stojí socializace a diskriminace podmíněná postižením.

Důležité pojmy definující termín postižení uvedla v roce 2001 Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, 2008). Jedná se o pojmy impairment, disabilita a restringovaná participace.

Impairment se do českého jazyka překládá jako vada, poškození nebo porucha. Impairment znamená abnormalitu nebo ztrátu ve funkcích a strukturách fyziologických, anatomických a psychických. Tato porucha má za následek změněnou funkci pohybového a podpůrného aparátu.

Disabilita znamená chybění, omezení, neschopnost, invaliditu a zdravotní postižení, které má za důsledek snížení výkonu. Jedná se o kvantitativní změny, které snižují pohybový výkon.

Pojem **restringovaná (omezená) participace** nahradil pojem handicap, který byl dříve spojen s termínem znevýhodnění a postižení. Handicap znamenal trvalé působení na emocionální, kognitivní a sociální výkony, které zabraňují jedinci naplňovat roli, která mu v závislosti na jeho věku, pohlaví a sociokulturním prostředí náleží. Pojem restringovaná participace se týká hodnocení funkčních schopností konkrétní osoby. Při restringované participaci dochází ke snížení aktivity dané osoby, což má za následek omezení v činnostech důležitých ve vztahu k prostředí.

1.1.1 Klasifikace tělesného postižení

Renotiérová a Ludíková (2005) rozdělují tělesné postižení podle doby vzniku na postižení vrozená a získaná, zatímco Pipeková (2006) rozděljuje tělesné postižení podle postižené části těla na obrny centrální a periferní, deformace, malformace a amputace.

Vrozená tělesná postižení

Vrozená postižení mohou vzniknout v průběhu prenatálního, perinatálního či postnatálního vývoje. Vrozená tělesná postižení jsou centrální a periferní obrny, vrozené vady lebky a páteře, vrozené vady končetin a růstové odchylky.

Centrální a periferní obrny zasahují centrální a periferní nervovou soustavu. Liší se rozsahem a stupněm závažnosti. Člení se na parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí). (Renotiérová, 2005)

V důsledku postižení mozku vzniká **dětská mozková obrna** (dále jen DMO), která je nejčastěji definována jako porucha hybnosti a vývoje hybnosti. Může vzniknout poškozením mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství. U DMO je zasažena nejen hybnost, ale i řeč, rozumové schopnosti a psychomotorika. DMO mohou doprovázet epileptické záchvaty, neklid a celkový vývoj dítěte je výrazně opožděn. DMO se dělí na formy spastické a nespastické. Mezi spastické formy se řadí forma diparetická, kde jsou postiženy zejména dolní končetiny, dále forma hemiparetická, projevující se postižením jedné poloviny těla, a forma kvadruparetická, kde jsou postiženy všechny čtyři končetiny. Mezi nespastické formy DMO patří forma dyskineticko-dystonická (extrapyramidová), která je provázána mimovolnými pohyby, hypersalivací a není zde postižen intelekt. Dále forma cerebellární (mozečková) a forma hypotonická, která má centrální původ. (Jankovský, 2006)

Dalšími vrozenými tělesnými postiženími podle Renotiérové a Ludíkové (2005) jsou vrozené vady lebky, poruchy velikosti lebky (makrocefalus, mikrocefalus), rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, růstové odchylky a vrozené vady končetin

neboli malformace. Mezi malformace se řadí dysmelie, což je porucha zárodečného vývoje končetin, která zahrnuje amelie (vrozené chybění končetin), fokomelie (zakrnělé končetiny) a mikromelie, které se vyznačují neúměrně malou velikostí hlavy vůči tělu. Malformace řadíme do skupiny vrozených vývojových vad a v současné době se dají úspěšně odhalit screeningem.

Získaná tělesná postižení

Získaná postižení jsou většinou způsobena úrazem, různými chorobami a jejich negativními následky. Úrazy se nejčastěji stávají při pádech, dopravních nehodách, živelných katastrofách a při sportu. Trvalé následky výrazně ovlivní mobilitu člověka a ztěžují jeho výchovu, vzdělání a celkovou kvalitu života.

Získané deformace jsou charakteristické neobvyklým tvarem některé části těla. Příčinou bývá nesprávné držení těla. Tyto deformity bývají stálé a trvalé. Příčiny vadného držení těla dělíme na vnitřní a vnější. Do vnitřních příčin patří vlivy dědičné a růstové, výživa a nerovnoměrnost ve vývoji a růstu dítěte. Na vnější příčiny má vliv prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Deformity mohou vzniknout v důsledku nedostatku pohybu, dlouhotrvajícím sezením, obezitou, spaním na příliš měkkém lůžku s vysokým podhlavníkem, předčasnou sportovní specializací anebo předčasným posazováním kojence. (Renotírová a Ludíková, 2005)

Deformace páteře vznikají v rovině sagitální, zahrnující hyperlordózu neboli zvětšenou krční lordózu, hrudní kyfózu (tzv. kulatá záda), dále plochá záda a bederní lordózu. Avšak deformace páteře se častěji vyskytují v rovině frontální, projevující se vychýlením od středové roviny. Jedná se o různé druhy skolióz. Dělí se podle místa vzniku na krční, hrudní a bederní. Jankovský (2006) dělí skoliózy na idiopatické (vznikají bez známé příčiny), infantilní (projevující se v dětském věku) a skoliózy juvenilní (v období dospívání). Skoliózy jsou buď vrozené, anebo způsobené onemocněním páteře, zádových svalů nebo nervů. Jsou pravostranné nebo levostranné podle vybočení ze středové osy.

Každá odchylka od správného držení těla je považována za vadné držení těla. Při vadném držení těla dochází k nerovnoměrnému zatěžování nosného systému. Také je narušen nervový rozvoj celého těla, který může vést k bolestem hlavy, zad a dalších částí těla.

Mezi nejzávažnější tělesná postižení po úrazu patří onemocnění mozku. **Traumatické obrny** vznikají při úrazu hlavy a způsobí otevřené nebo uzavřené poranění mozku. Otřes mozku (komoce) je nejběžnější uzavřený typ traumatických obrn a je klasifikován jako lehký, střední a těžký. Je to přechodný stav doprovázený ztrátou vědomí a bolestmi hlavy. Těžším typem je stlačení mozku (komprese) a nejtěžším zhmoždění mozku (kontuze). (Vítková, 2006)

Následky jsou závislé na tom, která část mozku byla poškozena a jak bylo poškození rozsáhlé. Závažnost těchto stavů je různá, od lehkých kognitivních poruch, ataxie, poškození hlavových nervů až po hemiparézu, kvadruparézu a poúrazovou epilepsii. Poškození mozkové kůry v důsledku úrazu nazýváme apalický syndrom, který je spojený s poruchou vědomí. (Jankovský, 2006)

Obrny míchy jsou nejčastějším následkem úrazu páteře. Tyto úrazy se okamžitě projevují poruchou hybnosti. Celkový stav postiženého závisí na tom, jestli byla mícha poškozena částečně nebo úplně. Čím je mícha zasažena výše, tím je stav závažnější. (Vítková, 2006)

Pokud dojde k úplné spinální lézi, nastává míšní šok, který se projeví ochrnutím a ztrátou reflexů. Pokud dojde k úplné lézi pod úrovní 1. hrudního segmentu (Th1), dochází k paraplegii dolních končetin. Ke kvadruplegii dochází tehdy, když je poškození nad hranicí Th1. Přerušování míchy doprovázejí další komplikace, například porucha močení, porucha sexuálních funkcí a porucha citlivosti. (Jankovský, 2006)

Kudláček a Ješina (2013) rozdělují poranění míchy v závislosti na výšce léze, tedy poškození míchy na následující:

- Poúrazová chabá paréza, při které dochází k neúplnému poškození dolních končetin. Osoba s tímto typem postižení většinou dokáže chodit pomocí francouzských holí.

- Poúrazová paraplegie, při které dochází k úplnému poškození dolních končetin. Poranění míchy se nachází v oblasti hrudní a horní bederní páteře.
- Poúrazová kvadruparéza, která je charakteristická neúplným ochrnutím horních i dolních končetin. Tento typ postižení se vyskytuje zřídka.
- Poúrazová kvadruplegie, která vzniká po poranění míchy v krční partii. Dolní končetiny jsou většinou úplně ochrnuté. Ochrnutí horních končetin je od paréz až po praktickou plegii. Ochrnutí je vždy horší v prstech a zápěstí než v horní části horní končetiny.

V případech, kdy poúrazové nebo chorobné změny končetin zhoršují postiženému kvalitu života a není jiná šance na uzdravení, se provádí amputace. **Amputace** je umělé odnětí části nebo i celé končetiny od trupu. Stává se tak v důsledku úrazu, příčinou cévního onemocnění, zhoubného nádoru na končetinách nebo sepse, kterou nebylo možné odstranit jinak (Renotírová, 2005). K amputaci se přistupuje pouze tehdy, když není jiné východisko a amputace se jeví jako jediná možnost. Pokud k amputaci dojde, je nutná spolupráce s protetickým oddělením, které navrhne kompenzační a technické pomůcky, které mohou ztracené části těla nahradit.

Podle Renotírové a Ludíkové (2005) se amputace dělí na primární (časnou), ke které dochází ihned při úrazu nebo těsně po úrazu. Rána a pahýl se poté ošetří na chirurgickém oddělení. K sekundární (volené) amputaci dochází až po určité době od úrazu či vzniku nemoci, kdy bylo zapotřebí vyčkat na průběh léčení. Amputace, která se provádí kdykoliv později, se nazývá terciální neboli pozdní. Dále se amputace dělí na amputace horních a dolních končetin.

Kromě amputací v důsledku úrazů dochází k amputacím v důsledku cévního onemocnění, tzv. Burgerova-Winiwarterova choroba. Nemoc je charakteristická zánětem žil a tepen, při kterém dochází k trombóze. Další příčinou amputací jsou zhoubné nádory na končetinách. (Vítková, 2006)

Získaná postižení vznikají i vlivem dalších faktorů. Mezi ně patří **mozkové záněty a nádory**, které mohou po operaci zanechat následky.

1.1.2 Osobnost jedince se získaným tělesným postižením

Tělesné postižení nebo nemoc nevytvářejí samy o sobě vlastnosti člověka, ale přinášejí mu do života náročnější životní situace, se kterými se musí vypořádat. Postižení pro něj znamená obrovský zásah do kvality života a omezení aktivit a příležitostí. To se negativně promítá do osobní, rodinné, sociální a profesní stránky jeho života a vynucuje si změnu postojů k životu.

U převážné většiny jedinců se získaným tělesným postižením došlo ke změně, tedy k danému traumatu, v produktivním věku, kdy náhlá ztráta nejen pracovní schopnosti, ale i soběstačnosti, rovnováhy, sexuální aktivity, vlády nad vyměšováním znamená zhroucení dosavadních jistot a životních plánů, které byly člověku i jeho blízkým vlastní. Vždy záleží na osobnosti daného člověka s postižením, na jeho zázemí, závažnosti stavu, temperamentu, odolnosti nervového systému a schopnosti adaptace. Adaptace je vždy individuální a proměnlivá. Pro někoho může být daná situace nepřekonatelnou životní komplikací, pro jiného to může znamenat jen drobný problém na jeho životní cestě.

Jedinec s tělesným postižením se dostává do určité sociální role, kterou od něj společnost očekává, a on si může vůči těmto projevům vytvářet způsob obrany. Chování a postoje společnosti mohou zkomplikovat proces akceptace na své postižení. Člověk s tělesným, ale i jiným druhem postižení potřebuje přiměřenou emoční podporu, respekt a přijetí.

Získané tělesné postižení ovlivňuje všechny oblasti života, počínaje mezilidskými vztahy a pracovními povinnostmi konče. Člověk stěží dokáže zastoupit své sociální role jako dříve. Jedincům s postižením se většinou mění vztahy s jejich blízkými. Rodiče většinou zaujmou pečovatelský postoj a chtějí postiženého vmanipulovat do role závislého na pomoci ostatních. Partneři se mohou dostat do sporu související se změnou hodnot. Vedle změn ke druhým lidem se především mění vztah k sobě samému. Jedincům se získaným tělesným postižením se vlivem adaptace většinou mění identita a celkový pohled na svět. (Novosad, 2011)

Profesní role člověka s postižením je silně narušena. Řada z nich byla nucena změnit dosavadní zaměstnání kvůli získání postižení. Jedinci s postižením obtížněji hledají vhodné zaměstnání, protože je jejich pracovní schopnost omezena. Člověk se získaným postižením je postaven do situace, kdy by se měl včlenit do společnosti, a tím si může znovu uvědomovat svoji odlišnost. Nástup do nového zaměstnání s sebou přináší určitou zátěž, která se může projevit krizí identity. Pracovní uplatnění přináší člověku pocit samostatnosti, užitečnosti a sebeúcty, zároveň rozvíjí jeho dovednosti a sociální kompetence. Naplnění této role je důležitým aspektem při začleňování člověka s postižením do společnosti.

Postižení mění mezilidské vztahy a naplnění **partnerského vztahu** není vždy jednoduché. Vágnerová (2014, s. 171) uvádí, že „*získání partnera funguje jako důkaz normality.*“ V případě postižení získaného v dospělosti jde o to, aby člověk svého partnera neztratil. U zdravého partnera mohou převládat pocity soucitu a neustálá potřeba pečovat o svého postiženého partnera. Další překážkou se stává skutečnost, že postižení je dominantním znakem. Lidé nejdříve vnímají postižení člověka a poté ho teprve dokáží vnímat jako ženu nebo muže.

Stejně jako naplnění partnerského vztahu, tak i naplnění **rodičovské role** jsou potvrzením normality člověka s postižením a pozitivně ovlivňují jeho sebejistotu a sebehodnocení.

1.2 Psychická krize

Hartl a Hartlová (2009, s 272) popisují krizi jako „*extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav schopný vyvolat selhání dosavadních regulativních mechanismů, nefunkčnost v oblasti biologické, psychické nebo sociální.*“ a dále jako „*rozhodující životní událost, obrat v léčbě, období přechodu mezi vývojovými stadii*“.

Krize představuje vnitřní stav nerovnováhy, který byl způsobený kritickými událostmi nebo náročnou životní situací. Krize by se neměla zaměňovat za pojem deprese, i když může mít s depresí spoustu společných znaků - smutek, ztrátu motivace a pocit beznaděje. Špaténková (2004, s. 17) tvrdí, že krize je „*normální reakce na nenormální situaci.*“

Vodáčková (2012) uvádí, že krize je subjektivně vyhodnocená situace, která má velký dynamický náboj a potenciál určité změny.

Kastová (2000) považuje krizi za šanci a příležitost k rozvoji osobnosti. Krizi lze chápat jako výzvu pro náš pohled na sebe samé a příležitost k prověření vlastních možností a hranic. Také Vymětal (2003) vidí v krizi pozitivní potenciál. Popisuje krizi jako zdroj možného osobnostního růstu a vývoje. Tím, že krizi správně vyřešíme a překonáme, zraje naše osobnost. Díky vyřešeným krizím dochází k přehodnocování hodnot. Tento pozitivní úhel pohledu může usnadnit krizovou situaci.

Psychickou krizí se podle Vágnerové (2012, s 53) rozumí „*narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhrocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů*“. Typickým znakem psychické krize je selhání adaptačních mechanismů, které člověk považuje za funkční, a vytváření nových adaptačních mechanismů. Psychickou krizi doprovázejí nepříjemné citové prožitky, pocity ztráty bezpečí a jistoty, úzkosti, strach a beznaděj. Reakce na tuto krizi probíhají většinou v určitých fázích.

1.2.1 Typologie psychických krizí

Krize dělíme podle příčin vzniku, obsahu, stupně závažnosti nebo způsobu jejich řešení. Z pohledu výčtu konkrétních situací dělíme krize na **individuální** (autonehoda, zneužití, úraz, smrt blízké osoby, pocit ohrožení sebe sama nebo osoby blízké, sexuální útok) a **komunitní** (živelné pohromy, mnohočetné úrazy nebo úmrtí při nehodách, terorismus). (Špatenková, 2004)

Špatenková (2004) rozděluje krize na **vývojové krize**, které jsou neodmyslitelnou součástí lidského života. Vždy s sebou přinášejí změnu a přijetí nových rolí a úkolů, většinou jsou doprovázeny emočním napětím a obavami. Vývojová krize nezačíná náhle, ale rozvíjí se během několika dnů nebo týdnů. K vývojovým krizím řadíme nástup do školy, ukončení školy, odchod z domova, založení vlastní domácnosti, sňatek, nástup do práce a odchod do důchodu. **Situační krize** nebo také epizodické a traumatické jsou důsledkem vnějších a neočekávaných situací. Jsou vyvolány intenzivními, silnými stresory, na které jedinec není připraven. Tyto krize ohrožují jedince identitu, pocit bezpečí a zdraví. Za situační krize lze považovat smrt blízké osoby, ztráta zaměstnání, náhle ohrožené partnerství a náhlá ztráta zdraví (např. diagnóza vážného onemocnění, vzniklá invalidita). **Kumulované krize** nastávají tehdy, pokud nebyla vyřešena vývojová krize a byl přijat maladaptivní způsob řešení, nebo pokud v případě situační krize nedošlo k vyřešení problému. Předešlé nevyřešení krize pak zintenzivňuje prožívání a komplikuje řešení aktuální krize.

Získané tělesné postižení lze s jasností zařadit do situačních krizí. Na tuto náročnou životní situaci se jedinec nikdy nemůže připravit a vždy ho překvapí a šokuje. Nemožnost situaci ovlivnit a připravit se na ni může člověk vnímat o to více jako traumatizující a bezvýchodnou.

1.2.2 Průběh psychické krize

Lidé se od sebe odlišují svými vlastnostmi, dovednostmi, životními zkušenostmi a schopnostmi řešit náročné životní situace, proto je velmi složitý průběh psychické krize popsat. Každý jedinec prožívá krizi odlišným způsobem.

V následujících odstavcích jsou popsány určité determinanty podle Špaténkové (2004) a Říčana (2006), které mohou ovlivňovat průběh a možné reakce na krizi.

- Věk – pro danou vývojovou etapu je typické určité očekávání od sociálních vztahů a rizika pojící se s krizí (např. v adolescenci a rané dospělosti je zvýšené riziko poškození zdraví, jelikož mladí lidé rádi zkoušejí adrenalinové aktivity). Hermanová (in Psychologie dnes, 2005) uvádí, že u mladých pacientů při vyrovnávání se s omezením nebo ztrátou tělesné hybnosti dochází k dramatičtější reakci než u starších pacientů.
- Pohlaví – obecně platí, že ženy jsou více emotivní a častěji vyhledávají psychologickou pomoc, zatímco muži jsou uzavřenější a hledají útěchu v maladaptivních řešeních, např. v alkoholu. Muži jsou chorobou či ztrátou hybnosti zasaženi více a reagují intenzivněji.
- Etiologie nemoci nebo postižení – k přijetí faktu vždy napomůže, že porozumíme všem možným příčinám vzniku onemocnění.
- Individuální charakteristika jedince – zde hraje roli temperament, charakter, emoční stabilita nebo naopak labilita, adaptabilita a odolnost vůči zátěžím.
- Individuální charakteristiky dalších členů rodiny – významnou roli zde hraje, jestli se členové rodiny již někdy v minulosti setkali s lidmi s postižením a jaký k nim zaujímají postoj. V rodině je nejvýznamnějším faktorem dostatek vzájemné pomoci a možnost otevřené komunikace.
- Styly zvládání – obranné mechanismy a zvládání náročných životních situací.
- Prostředí – důležité je, v jakém prostředí se člověk s postižením doposud pohyboval.
- Náboženské přesvědčení a sociální podpora dodávají pocit jistoty a orientace.

Hermanová (in Psychologie dnes, 2005) tvrdí, že lidé žijící v manželství se při procesu vyrovnávání přizpůsobují lépe.

1.2.3 Modely psychické krize

Jsou známy určité fáze vyrovnání se s krizovou situací, které jako první popsala americká psycholožka Elisabeth Kübler-Ross. Její teoretické rozčlenění je nejznámější. Kübler-Ross (1993) přehledně charakterizovala jednotlivé fáze, jimiž si zpravidla prochází vážně nemocný člověk. Vymezila pocity a psychické odezvy jedinců, kterých se tyto fáze bezprostředně týkají, ale také jeho rodiny a nejbližších členů. Ti všichni nesou tíhu onemocnění společně s nemocným. Další autoři zabývající se psychickou krizí vycházejí z modelu Kübler-Ross.

1.2.3.1 Model psychické krize podle Kübler-Ross

Šok je odezvou na nástup nemoci a většinou velmi rychle odezní. Je to silná emocionální a iracionální reakce. V této fázi je přirozené, že se dostavuje tíseň, strach a obavy. Pacient může reagovat slovy „Proč se to stalo zrovna mně?“.

Popírání. V této fázi pacient popírá svoji nemoc, myslí si, že se jedná o omyl. K úplnému nebo částečnému popírání se uchýlí téměř všichni pacienti. K popírání může docházet i v pozdějších fázích. Odmítání nebo popírání reality může sloužit jako jakýsi nárazník, který tlumí šokující zprávu, kterou se pacient dozvěděl. Lze se setkat s větami typu „Ne, to nemůže být pravda“, „Určitě se to nějak vysvětlí“.

Po fázi popírání přichází nepřehlédnutelná **fáze zlosti a agrese**. Pacientův hněv se obrací na všechny strany, jak na příbuzné, tak na zdravotnický personál. Pacient vnímá své onemocnění za nespravedlivé a ke svému okolí se může chovat hrubě. Velmi časté jsou výčitky a slovních výpady „Vám se to mluví, vy jste zdraví“. V této fázi je zapotřebí hodně trpělivosti a porozumění s pacientem. Když lidé v okolí nedokážou reagovat trpělivě a vlídně, jen tím přispívají k nepřátelskému chování nemocného. Uvolněním agrese klesá frustrace a napětí, které v sobě pacient do této doby nesl.

Fáze deprese je přirozenou reakcí na zátěž a krizi. Pacient má strach z nových skutečností a prožívá úzkost ze ztráty, neznáma a problémů. Tato fáze pacienta psychicky velmi vyčerpává a vyžaduje od okolí hodně trpělivosti a pochopení.

Fáze smlouvání trvá většinou jen krátký čas. Nastává tehdy, pokud se člověk dokáže vyplakat. V této fázi si postupně pacient upravuje svůj žebříček hodnot. Může se poptávat po alternativní medicíně, zahraniční léčbě nebo se obracet na Boha.

Závěrečnou fází je **fáze akceptace**. Přijetí pravdy většinou probíhá dvojitým způsobem. První způsob má podobu přijetí a vyrovnání se se skutečností. Druhý způsob má naopak podobu rezignace a zoufalství. Předpokládá se, že po určité době od kritické události se člověk se situací vyrovná, ale nemusí tomu být vždy tak. Pacienti mohou zůstat stále ve fázi deprese, a dokonce se uchýlit i k suicidálnímu jednání.

Haškovcová (2002) doplnila model Kübler-Ross o tzv. **nulitní (nulovou) fázi**, která se řadí před fázi šoku. Jedná se o období, kdy si člověk začíná uvědomovat, že s ním není něco v pořádku, a rozhoduje se, zda vyhledat lékaře, nebo počkat až obtíže odezní samy. Tato fáze je velmi významná a nejčastěji se vyskytuje u maligních onemocnění. Nulitní fázi si neprocházejí jedinci s náhle získaným postižením.

Dále doporučuje, aby bylo období od fáze zloby až po fázi akceptace pravdy označováno jako období tápání. Na konci období tápání by měl být člověk psychicky připraven přijmout dané informace, začít si reorganizovat život a nalézt vnitřní rovnováhu.

1.2.3.2 Model psychické krize podle Vágnerové

Vágnerová (2014) tvrdí, že reakce na získané postižení vždy záleží na věku jedince. U dětí vždy záleží, jak se s tímto faktem vyrovnají rodiče. Dítě není schopno pochopit význam svého postižení a spíše reaguje na aktuální nepříjemnost a omezení. Reakce dospělých jsou ovlivněny skutečnostmi, že dovedou pochopit situaci a jsou si vědomi důsledků postižení pro další život.

V adolescenci a rané dospělosti je zvýšené riziko poškození zdraví, jelikož mladí lidé rádi experimentují s nebezpečnými aktivitami. Postižení, které vznikne v tomto vývojovém období, je zásahem do emancipačního vývoje, má špatný vliv na rozvoj identity a může vést k regresi. Člověk může být traumatizován vznikem postižení, ale většinou má již osvojené kompetence, které mu pomáhají s procesem akceptace.

První fáze zvládnání získaného postižení je podle Vágnerové (2014) **fáze latence**, resp. nedostatečné informovanosti. Člověk ví, že utrpěl úraz, leží v nemocnici, ale zatím přesně neví, co se mu stalo a jaké to bude mít následky. Pokud je při vědomí, věří, že se jedná o přechodný problém a že se brzy uzdraví. Nepřipouští si možnost, že by byl trvale postižen, a proto neuvažuje o změně svých životních plánů. Jeho postoj k životu se nemění a jeho cíl je úplné uzdravení.

Druhou fází je **fáze pochopení traumatizující reality**. Pacientův stav se nemění a on pomalu začíná chápat, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví. Po tomto zjištění nastává **šok** a nemocný popírá, že by něco takového mohlo být možné.

Po šoku a popírání nastupuje **fáze protestu a smlouvání**, kdy pacient neguje vše, co není návratem k původnímu stavu. Odmítá kontakt s lidmi, rehabilitaci a na své okolí je nepříjemný. Nedokáže snést myšlenku, že by mohl být trvale postižený. Teprve po určitém vzteku si začíná pomalu připouštět svůj stav, avšak stále si uchovává naději na úplné uzdravení. V této fázi se mohou objevit různé maladaptivní obranné strategie, např. pocity hořkosti, obviňování ostatních, ale i hledání možností řešení.

Konečnou fází je **fáze postupné adaptace**, kdy se jedinec s postižením učí pracovat s kompenzačními pomůckami, začíná s nácvikem sebeobsluhy a orientace v prostředí. Až v této fázi si většina postižených připouští, že došlo k zásadní změně v jejich životě, a snaží se přizpůsobit realitě. Adaptace je spojena s návratem do zaměstnání, mezi blízké a přátele. Člověk se vrací do svého původního prostředí a společnosti, ale za jiných podmínek a okolností.

1.2.3.3 Model psychické krize podle Říčana a Krejčířové

V publikaci Dětská klinická psychologie (2006) lze nalézt model vyrovnání, čerpající z modelu Kübler-Ross, který je spíše upraven na rodiče dětí s vážným onemocněním. Jako první nastupuje **šok**, který se projeví iracionálním myšlením a nepřiměřenými reakcemi. **Fáze popření** nebo také útěku ze situace je typická tím, že se rodiče ohánějí větami typu „Není to pravda“, „Lékaři nám nic neřekli“. Na přechodu k další fázi se uvádí **stadium kompenzace**, kdy se rodiče mohou poptávat po magii, ezoterice a snaží se smlouvat s Bohem.

V prvních dvou fázích rodiče většinou nejsou schopni vnímat a zpracovávat informace o nemoci a možnostech léčby. Sdělení faktu, že jejich dítě je vážně nemocné, je velmi náročný úkol. Nejdůležitější zásadou při sdělování těchto informací je ponechat dostatečné množství času na zodpovězení všech otázek rodičů. Lékař musí být vždy připraven na prudkou emoční reakci ze strany rodičů.

Po fázi popření nastupuje **fáze smutku, úzkosti a pocitů viny**, kdy rodiče hledají viníky a mají vztek na celý svět, ale i na sebe. Agrese je většinou namířena proti partnerovi nebo zdravotnickému personálu. U 25 % rodičů bývají časté pocity viny. Je důležité dát rodičům prostor, aby otevřeně vyjádřili všechny své pocity. Následuje **stadium rovnováhy**, kdy dochází ke snižování deprese a narůstá přijetí skutečnosti. Rodiče se aktivně zapojují do léčby. **Reorganizace** je typická tím, že se rodiče s faktem nemoci dítěte pomalu vyrovnávají a dokážou ji přijmout.

Když rodiče překonají tuto krizi, většinou je to posílí i v jiných oblastech. Dochází ke změnám v hodnotovém žebříčku a zkvalitnění sociálního porozumění. Může nastat situace, že rodiče nedosáhnou stadia reorganizace. Tím se může narušit celý rodinný systém a dítěti se nedostává takové péče, kterou potřebuje. Rodiče se například mohou stále poptávat po zázračném léku anebo mají přetrvávající pocity viny, které mohou vést k izolaci rodiny.

1.2.3.4 Model psychické krize podle Caplana

Psychická krize se podle Caplana (citovaného Peškou, 2004) vyvíjí ve čtyřech fázích. První fáze je tzv. **srážka** nebo **expoze**, kdy je osoba konfrontována s nepředvídatelnými okolnostmi a není schopna na ně reagovat svými adaptačními mechanismy. V této fázi narůstá napětí a úzkost a jedinec si myslí, že situace je neřešitelná. Další fáze je **fáze pokusných řešení**, kdy se jedinec pokouší vzdorovat situaci a hledá různá řešení. Kromě svépomoci hledá pomoc u blízkých a může kontaktovat i odbornou pomoc – lékaře, krizové centrum nebo psychologa. Mohou se zde objevit sklony k alkoholu, drogám nebo jiným krátkodobým pseudořešením. Třetí fází je **fáze mobilizace vnitřních a vnějších zdrojů**. Krize může být vyřešena pouze tehdy, jestli se jedinci podařilo uskutečnit konstruktivní kroky k řešení. Je zde patrné uvolnění, ustupuje tíseň a obavy. Jedinec si uvědomuje, že získal vhledy do jiných problémů, a je zda patrný nadhled. Pokud se však jedinci nepodaří touto fází projít, dochází k prohlubování jeho negativních pocitů a k rezignaci. Jestliže je krize překonána, nastupuje **fáze rezoluce**, která vytváří nový pohled na svět. Jedinci hodnotí ztráty a zisky a proběhlou krizi hodnotí jako pozitivní životní zkušenost.

Jankovský (2003) ve své knize uvádí šest fází, které již popsala Kübler-Ross. Dále upozorňuje na fakt, že průběh vyrovnání není lineární a jednotlivé fáze se mohou opakovat, překrývat nebo chybět úplně.

Tyto modely jsou platné pro osoby vážně nemocné, osoby se získaným postižením a pro rodiče, kterým se narodí dítě s postižením.

V případě narození dítěte s postižením dochází u rodičů ke **krizi rodičovské role**. Prochází si fázemi psychické krize, od fáze šoku až po fázi vyrovnání. Vágnerová (2004) uvádí, že rodiče, ve většině případů, víceméně dosahují realistického postoje k postižení svého dítěte a jsou ochotni ho rozvíjet v mezích jeho možností. V některých případech může dojít k zafixování nevhodných výchovných postojů, např. hyperprotektivní či nekritické výchovy, anebo právě naopak přetrvávání nepřiměřeně náročných výchovných postojů, které nerespektují omezení dítěte.

Jankovský (2006) uvádí, že ne všichni rodiče se s faktem, že se jim narodilo dítě s postižením, vyrovnají. Mohou v nich stále přetrvávat pocity rozčarování, smutku a zloby, které mohou vést k ambivalentnímu vztahu k dítěti nebo v horším případě k jeho odmítnutí.

Jestliže dojde k postižení nebo onemocnění dítěte později, reakce rodičů bývá jiná. Později vzniklé postižení nepůsobí na znehodnocení rodičovského postavení. Rodiče vycházejí z předchozí normality dítěte. Spíše se snaží ochránit dítě než vlastní rodičovskou identitu. Vágnerová (2004, s 87) uvádí, že *„z hlediska postojů široké veřejnosti je získaný defekt či pozdější onemocnění akceptovatelnější než vrozená vada, protože je srozumitelnější, příčina není tak tajemná.“*

Zásadní význam v procesu vyrovnání má postoj jedince k postižení. Jde o to, jestli se vůbec považuje za postiženého. Velký význam má také postoj rodiny a nejbližších. Různí lidé prožívají své postižení různým způsobem.

Člověk se získaným postižením musí především najít nový smysl života a nový cíl svého směřování. Musí pochopit, kým nyní opravdu je, a vymezit si svou novou identitu. V této nové roli překonává řadu překážek a jen na něm záleží, jak je bude vnímat. Aby všechny problémy, které mu postižení přináší, zvládl, musí si vybudovat novou sebedůvěru. Měl by své postižené vnímat jako výzvu a pobídku k hledání nových řešení. (Vágnerová, 2014)

1.3 Psychická odolnost

Psychická odolnost jedince podle Vymětala (2003) záleží na třech faktorech - osobnostní výbavě, zdroji vnější jistoty a typu samotné situace.

Za **osobnostní výbavu** je považována komplexní charakteristika člověka, do které patří emoční stabilita, temperamentové vlastnosti, úroveň mentálních schopností, psychické obranné mechanismy a strategie zvládnání náročných životních situací. Do **zdrojů vnější jistoty** s určitostí patří pevné rodinné zázemí. Za pevné rodinné zázemí je považováno místo bezpečné, jisté, s bezproblémovými vztahy, kde se jedinec cítí přijat a pochopen. Druhým zdrojem vnější jistoty je smysluplná činnost, která má podobu určitého způsobu trávení volného času. **Samotnou situací** je myšlena událost, která bezprostředně souvisí s prožívanou krizí a vede nás k následné silné reakci. Odolnost vůči krizi může ovlivnit i dřívější zkušenost.

U člověka s vážným onemocněním nebo trvalým postižením přinášející omezení kvality života charakterizuje Vymětal (2003) určité změny psychiky. **Zúžení horizontu vědomí** se projevuje tím, že pacient žije jen svou nemocí a neustále o ní přemýšlí, nedokáže se soustředit na nic jiného. Dalším projevem je **regrese**, kdy člověk vnímá svou nemoc nebo postižení jako trest. U regrese se často objevuje pasivita, negativismus, egocentrismus, závislost a sestup na úroveň vývojově mladšího období. **Snížení sebevědomí a ztráta sebeúcty** souvisí s horším zvládnáním krizové situace, faktickou závislostí a uvědoměním si vlastního omezení. Ztráta sebeúcty se často objevuje u sebevědomých lidí, kteří dosud žili bezproblémově a najednou se musí potýkat s náročnou životní situací.

1.3.1 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou dispozice jedince reagovat určitým způsobem na náročnou životní situaci. Funkcí obranných mechanismů je vyrovnání psychiky a zajištění psychické rovnováhy. (Špaténková, 2004)

Vymětal (2003) definuje obranné mechanismy jako „*vnitřní strategie, jimiž řešíme rozpory a vyrovnáváme se se skutečnostmi, které jsou neslučitelné s naším sebepojetím.*“

Mezi nejčastější obranné mechanismy patří útok a únik, které popsala Špaténková (2004) a Křivohlavý (2003). **Útok** je aktivní způsob obranné reakce a patří mezi časté reakce na náročnou životní situaci. Jedinec dává najevo, že se snaží s nepříjemnou situací bojovat. Útok může být zaměřen přímo na zdroj ohrožení, na náhradní objekt nebo také na sebe, tzv. sebeobviňování. **Únik** lze obecně charakterizovat jako rezignaci na dosažení cíle či řešení situace, kdy jedinec chce utéct od problémů. Jedná se o pasivní obrannou reakci. Únik může být fantazijní (představy „Jaké by to bylo, kdyby...“), faktický (například útěky z domova u adolescentů), dále se může jednat o únik do nemoci, alkoholu, drog nebo i únik ze života (sebevražda).

Následující obranné reakce nejsou plně uvědomované a vycházejí ze základních mechanismů – útoku a úniku. Jednotlivé mechanismy se liší mírou zkreslení skutečnosti.

Útočné techniky, techniky aktivního řešení

- *Přímé agresivní řešení*, které má podobu verbální agrese – urážky, nadávky, jízlivost a ironie.
- *Agresivita přenesená na jiné objekty* – na věci, lidi, které neznáme, nebo na naše blízké. Agresivita se může obrátit i vůči sobě, kdy jedinec sám sebe vnímá jako zdroj frustrace.

- *Upoutávání pozornosti*, které je doprovázeno egocentrismem. Jedinec sám sebe vysouvá do popředí, aby zakryl hlubokou frustraci. Tato technika se velmi často objevuje u deprivovaných dětí.
- *Negativismus*, který je u dětí spojen s vývojovými stádii, kdy prosazují svou osobnost. Za nepříznivých okolností se může objevit i v dospělosti.
- *Hledání viníků*, technika přenášející vlastní problémy na okolí a následné obviňování.
- *Identifikace* je jedním z mechanismů socializace, kdy se jedinec ztotožňuje s určitou osobností, skupinou nebo institucí.
- *Kompenzace* je technika, která pomáhá jedinci vyrovnat deficit v jedné oblasti zvýšenou aktivitou v oblasti jiné. U jedinců s postižením může přesun zájmů v oblasti, která je mu dostupná, zvýšit jeho sebevědomí a překonat postižení.

Únikové techniky

- *Izolace*, kdy se jedinec fakticky nebo vnitřně izoluje od okolního světa. U lidí s postižením je tato reakce častá, především v prvotních fázích psychické krize. U jedinců upoutaných na invalidní vozík může být tato tendence zesílena vnějšími podmínkami, např. architektonickými bariérami.
- *Únik do nemoci*, kdy jsou u jedince patrné psychosomatické problémy.
- *Racionalizace* je další únikovou metodou, která rezignací nad řešením problémů „racionálně“ vysvětluje. Tato metoda je častá u rodičů postiženého dítěte, kdy se mu snaží zdůvodnit, proč některé věci nemůže dělat.
- *Regrese*, která je typická náhlou změnou v chování, které neodpovídá věku a náleží spíše k vývojově mladšímu období. Obvykle se tím vyjadřuje nutnost podpory a péče ze strany okolí.
- *Popření* nebo *potlačení skutečnosti* je technika, která odráží vztah člověka s postižením k sobě samému. Člověk si nepřipouští existenci svého postižení. Tato

technika může vést k opačnému reagování, tzv. *inverzi*, kdy jedinec při jakékoliv zmínce nebo narážce reaguje neadekvátně k situaci. (Vymětal, 2003; Vágnerová, 2004)

Bouchal (1993 citovaný Zacharovou, 2007) uvádí podobné obranné mechanismy jako Vymětal a Vágnerová.

- Pasivní rezignace, která se projevuje netečností a nezájmem.
- Únik do vzpomínek, kdy pacient přemýšlí, jaké to bylo před sdělením diagnózy nebo před úrazem.
- Únik do fantazie.
- Negativní kompenzace, která zahrnuje propadnutí návykovým látkám, přejídání aj.
- Pozitivní kompenzace – zaměření na jinou užitečnou činnost.
- Smíření a vyrovnání, kdy se jedinec se svou diagnózou nebo postižením dokáže vyrovnat.

Každý jedinec disponuje různě silnými obrannými a adaptačními mechanismy a mírou frustrační tolerance, a proto se každý jedinec vyrovnává s náročnými životními situacemi svým vlastním jedinečným způsobem. Nelze s přesností stanovit jeden způsob zvládnání za správný a ohodnotit některou techniku za dobrou či špatnou. Každá technika má určitý potenciál pomoci člověku vyřešit jeho náročnou životní situaci.

1.3.2 Coping

Pro zvládnání náročných životních událostí se v psychologické literatuře používá výraz coping. O copingu lze hovořit jako o adaptaci na skutečnost nemoci. Adaptace je obecná vlastnost, proces postupného přizpůsobování se určitým podmínkám. Přizpůsobuje se naše chování, myšlení, vnímání a postoje. (Hartl; Hartlová, 2009). Součástí adaptace je nemoc překlenout a zvládnout toto období. Coping se děje záměrným a uvědomělým jednáním, snaží se o vyřešení zátěžové situace.

Lazarus a Folkmanová (in Špatenková, 2004) definují coping jako „*behaviorální, kognitivní a sociální reakci jedince, jejímž cílem je regulace vnitřních nebo vnějších tlaků pramenících z interakce jedince s prostředím.*“

Vágnerová (2012) a Křivohlavý (2003) rozlišují dvě základní strategie zvládání. **Zvládání zaměřené na řešení problémů**, kdy se jedinec snaží ovlivnit svoje prostředí, hledá adekvátní informace a způsoby řešení situace. Jedinec vyvíjí svoji vlastní aktivitu a snaží se vhodně situaci řešit. Druhou strategií je **zvládání zaměřené na sebe**, kdy se jedinec soustřeďuje sám na sebe a na vlastní emoce. Jedinec se snaží ovlivnit svoje obavy a strach. Tato strategie může vyvolat únikové mechanismy.

Vymětal (2003) rozděluje coping podle převládajících aktivit ze strany jedince na vnější a vnitřní, které jsou velmi podobné strategiím podle Vágnerové a Křivohlavého. **Vnější coping** znamená, že se jedinec a jeho rodina zaměřují na problém a řeší ho aktivním hledáním pomoci. Lékaři by měli podávat potřebné informace a učit jedince a rodinu potřebným dovednostem (např. obsluze ležícího pacienta). **Vnitřní coping** je strategie, kdy jedinec a rodina hledají oporu sami v sobě. Snaží se náročnou životní situaci řešit vlastními silami na základě vlastního rozhodnutí.

Jedinec uplatňuje coping ve třech fázích. Během první fáze dochází k aktivaci psychických obranných reakcí a jedinec si uvědomuje, že se nachází ve stresové situaci. Ve druhé fázi se snaží vyhledat vhodné strategie ke zvládnutí situace. Pokud se mu to nepodaří, nastupuje fáze třetí, ve které se rozvíjí stres.

Volba copingu závisí na předchozích zkušenostech. Jedinec musí správně vyhodnotit situaci a odhadnout význam kritické události. V případě akutních stresů (po sdělení diagnózy) patří k neadaptivnějším aktivní typ zvládání, který je zaměřen přímo na řešení problémů, získávání informací a akci. (Říčan, Krejčířová, 2006)

1.4 Psychologická pomoc

1.4.1 Psychologická první pomoc

Psychologická první pomoc bývá většinou uskutečňována lékařem v nemocnici. Hlavním cílem psychologické první pomoci je dosáhnout u pacienta vnitřní stabilizace a pomoci mu vstřebat šok, který prožil sdělením diagnózy. Psychologická první pomoc nastupuje pouze tehdy, když je pacient schopný hodnotné komunikace. Pro lékaře je sdělení velmi obtížné, a proto by měl postupovat určitými kroky, aby byla pro pacienta pomoc užitečná. Důležité je zajištění podmínek pro nerušený rozhovor. Lékař by měl projevit osobní zájem, snažit se pacienta pochopit a aktivně mu naslouchat. Lékař během rozhovoru tvoří opatření vedoucí k psychické stabilizaci pacienta a snaží se eliminovat pacientovy obavy. Aby se pacient dokázal alespoň částečně vyrovnat se svou situací a byl schopen ji začít řešit, musí jí především porozumět. Lékař při rozhovoru analyzuje situaci, definuje hlavní problém a navrhuje první možnosti řešení. Lékař by měl dát najevo, že pacient se na něj může kdykoliv obrátit. Pacient by měl být po rozhovoru s lékařem klidnější a měl by vědět, na koho se se svým problémem obrátit dále. Ne vždy je lékař schopen kvalifikovaného vedení, které si situace vyžaduje, proto by měl zajistit návaznou péči jinde. Podle situace může pacientovi doporučit klinického psychologa nebo psychiatra. (Vymětal, 2003)

1.4.2 Neformální pomoc

Krize a její zvládnání je nejen zkouškou pro člověka, kterého se krize nezbytně týká, ale i jeho nejbližších - rodiny, příbuzných a přátel. Nejbližší okolí má významný potenciál pomoci lidem v krizi. Tato pomoc se odborně nazývá **neformální pomoc** a zahrnuje v sobě **vzájemnou pomoc** a **svěpomoc**. V souvislosti se svěpomocí lze

hovořit o obranných mechanismech, kterými si člověk buď vědomě, nebo nevědomě snaží vyrovnat svoji psychiku. Peška (2004) uvádí několik svépomocných řešení, která mohou jedinci v krizi uplatňovat. Těmi jsou zaměření na náhradní aktivity, kdy se jedinec snaží uniknout od problému, změna prostředí, toxikomanické návyky, různé formy naturální léčby a magické praktiky s fantazijním spoléháním na zásah zvenčí. Některá řešení mají adaptivní potenciál, některá mohou danou situaci zhoršit.

Vzájemná pomoc znamená pomoc od blízkých osob nebo institucí (dobrovolnické a charitativní spolky, organizace snažící se vytvořit přechod k profesionální pomoci), které dodávají emocionální podporu, praktické rady a informace. Neformální pomoc má pro člověka v krizi obrovský význam a zlepšuje jeho celkový stav. Řešení krize s rodinou a přáteli je důležitou součástí modelu vyrovnání. Pokud tato pomoc chybí, může dojít ke snížení psychické odolnosti a jedinec si s krizí nemusí poradit. (Špaténková, 2004)

Obvykle se předpokládá, že člověk v krizi podporu uvítá, bude za ni vděčný a využije ji, ale také se může stát, že člověk v náročné životní situaci pomoc odmítá, ignoruje ji a odhání od sebe lidi.

Mareš (2002) uvádí, že v některých případech může jedinec očekávat podporu, ale bohužel se mu jí nedostává. Jedná se selhávající sociální oporu, anebo její mírnější formu – nepomáhající nebo neužitečnou oporu. Dále definoval pět funkcí sociální podpory. **Emocionální podpora**, která v sobě zahrnuje oporu poskytovanou od partnera, rodičů, kamarádů, se kterými má jedinec možnost si popovídat a bez obav ventilovat svoje obavy a pocity. Tato pomoc může vést ke zvýšení sebehodnocení, redukci úzkosti, strachu a deprese. **Instrumentální opora** v sobě zahrnuje hmotnou, materiální pomoc a rady, které jedinci pomáhají řešit praktické věci a vracejí ho zpátky do běžného způsobu života. Vyžádané rady, doporučení a možnosti řešení daného problému nazýváme **informační oporou**, která se jedince snaží nasměrovat správným směrem a poskytuje mu informace k potřebným službám, které by mohl v budoucnu potřebovat. **Opora poskytovaná (sociálním) společenstvím** umocňuje pocit sounáležitosti a sociálního začlenění. Další důležitou oporou je **opora potvrzující**

platnost, která dává člověku pocit, že to, co prožívá, ostatní lidé dokáží akceptovat. Jedinec by měl dosáhnout náhledu nad svou situací.

Vzájemná pomoc však často operuje s povrchními přístupy a řešeními, které situaci komplikují. Pomáhající laici se často dopouštějí nevhodné bagatelizace a generalizace a jejich rady mohou mít až direktivní povahu. Z těchto rad pak mohou vzniknout nepřirozená a maladaptivní řešení. Nicméně vzájemná pomoc, pokud je správně poskytována, má obrovský pozitivní význam pro jedince, který se nachází v krizi. Měli bychom ji chápat jako předstupeň pomoci odborné.

1.4.3 Psychoterapie

Vedle neformální pomoci funguje i formální pomoc, která bývá nejčastěji označována za krizovou intervenci. **Krizová intervence** je odborná metoda práce s klientem v náročné životní situaci. Snaží se definovat klientovo prožívání a zaměřuje se na prvky minulosti nebo budoucnosti. Krizový pracovník podporuje klienta v jeho řešení problému tak, aby aktivně využíval všechny své schopnosti. Odehrává se v rovině klientových problémů, snaží se o překonání konkrétních překážek a většinou s sebou přináší změny. Nejčastěji bývá poskytována profesionály – pracovníky v pomáhajících profesích, psychology, psychiatry a sociálními pracovníky. (Vodáčková, 2012)

Klient, který vyhledá odbornou pomoc, se často nachází v napětí a jeho psychická stabilita je silně narušena. Krizový pracovník by měl fungovat jako ten, který dodá a vnese do klientova života strukturu a oporu. Snaží se o to, aby zpřehlednil klientovu situaci. Může využívat aktivního přístupu, kdy krizový pracovník drží konzultace v pevném řádu, radí mu, odrazuje a doporučuje určitá řešení.

Jednou z možností krizové intervence je **psychoterapie**. Vymětal (2004, s. 20) uvádí, že psychoterapie je „*především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, které se*

uskutečňuje psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.“ Mezi psychologické prostředky patří slova, rozhovor, podněcování emocí, neverbální chování a vytváření si terapeutického rozhovoru. Využívání těchto prostředků je plánované a záměrné. Psychoterapie se snaží zmírnit nebo zcela odstranit potíže a příčiny problémů. Měla by vést k naplnění životních cílů, pocitům seberealizace, vyrovnanosti a spokojenosti. V průběhu psychoterapie u klienta dochází ke změnám jeho prožívání a chování, při kterém se uplatňuje terapeutický vztah, konfrontace s problémy, získávání náhledu, nových informací a zpětná vazba.

Psychoterapii vždy provádí kvalifikovaná osoba. Provádění jednodušší podpůrné psychoterapie mohou poskytovat osoby s ukončeným lékařským nebo psychologickým vzděláním, vyškolené zdravotní sestry nebo sociální pracovníci. K provádění odborné a systematické psychoterapie se vyžaduje speciální psychoterapeutický výcvik. Tato forma psychoterapie je součástí léčebné činnosti ve zdravotnictví.

Podle Kratochvíla (2006) jsou v psychoterapii dva výrazně odlišné formulace cílů. Jako první cíl je odstranění chorobných příznaků, kdy se pacient potýká s jistými obtížemi a terapeut se ho snaží těchto potíží zbavit. Snaží se obnovit jeho pracovní schopnost, schopnost prožitku, naděje a schopnost radovat se ze života. Cíl je naplněn tehdy, když vymizí symptomy, které tomu bránily. Druhým cílem je reedukace, resocializace, reorganizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti. Zde je cíl naplněn tehdy, když klient dosáhne osobnostních změn.

Podpůrná psychoterapie poskytuje porozumění, pomoc a nesnaží se změnit klientovu osobnost. Za účinné prvky podpůrné psychoterapie lze považovat podporu sociálních kontaktů a pozitivní podporu. Jejím cílem je podpořit klienta v jeho aktuálních problémech, navrátit mu psychickou vyrovnanost a podporovat jeho adaptaci v běžném prostředí. Podpůrná psychoterapie klade důraz na edukaci, reálný vztah a posílení kladných stránek klienta. Tento druh terapie mohou poskytovat osoby bez speciálního psychoterapeutického výcviku a nelze ji považovat za terapii zaměřenou na člověka, i když má několik společných znaků. *„Utěšováním či obracením pozornosti k pozitivním či úspěšným momentům klientova života již nenaplňujeme podmínky*

nedirektivnosti, a tudíž je nelze považovat za terapii zaměřenou na člověka.“ (Faixová, 2014, s 36)

Velmi vhodná pro osoby se zdravotním postižením je rogersovská psychoterapie, terapie empatickým rozhovorem nebo také **terapie zaměřená na člověka**. Tento přístup je zařazován do oblasti humanistické psychologie. Terapie zaměřená na člověka je založena na respektu a důvěře v individualitu a možnosti jedince. Hlavní myšlenkou terapie je vytvoření důvěrného vztahu s terapeutem, který je sám sebou, vytváří naslouchající a nehodnotící atmosféru, a díky tomu se klient pomocí svých vnitřních sil začne rozvíjet pozitivním směrem. Terapie se soustředí na současnost a současné prožitky klienta a odhalení jejich významů. Rogersovský terapeut je upřímný, otevřený a pokouší se vytvořit pozitivní terapeutický vztah. Jeho reakce jsou empatické, nedirektivní, nehodnotící, velmi konkrétní a realistické. Akceptuje klientův způsob myšlení, prožívání a jeho volbu řešení. (Vymětal, 2004; Šiffelová, 2010)

Další účinnou psychoterapií pro osoby se zdravotním postižením, která následuje po rogersovské, je **kognitivně-behaviorální terapie (KBT)**. KBT je v současné době nejrozšířenějším psychoterapeutickým směrem. Vznikla v druhé polovině 20. století spojením behaviorální a kognitivní terapie. Vymětal (2004, s. 186) uvádí, že kognitivně-behaviorální terapie *„nepopírá roli prostředí a zkušeností, ale za hlavní determinantu chování považují způsob, jak člověk vnímá a interpretuje to, co se v něm a kolem něj děje.“* KBT se především snaží ovlivnit kognitivní procesy klienta a dosáhnout změny jeho přesvědčení, které se poté projeví ve změně jeho chování. Příliš neřeší minulost klienta, ale jeho aktuální prožívání a chování. Terapie je krátkodobá (od jednoho po dvacet sezení), strukturovaná, direktivní, zaměřená na řešení konkrétních problémů a dosažení dohodnutých cílů. Terapeut je zpočátku terapie velmi aktivní, avšak postupně přenáší odpovědnost na klienta a svoji aktivitu snižuje. Charakteristickým znakem KBT je zaměření se na přítomné, konkrétní a ohraničené problémy. (Česká společnost KBT)

Psychoterapie může probíhat individuálně, skupinově nebo hromadnou formou. Na sezení mohou být přizváni rodinní příslušníci, partneři a blízké osoby daného klienta.

2 Cíl práce a výzkumná otázka

2.1 Cíl práce

Pro účely výzkumné části bakalářské práce byly zvoleny následující cíle. Hlavní cíl je popsat průběh psychické krize a adaptaci na získané tělesné postižení. Dílčím cílem je zjistit, jestli jedinci s tělesným postižením využili psychologickou pomoc.

2.2 Výzkumná otázka

1. Jakými fázemi psychické krize si jedinci se získaným tělesným postižením procházeli při procesu vyrovnání, dosáhli akceptace svého postižení?
2. Využili jedinci se získaným tělesným postižením psychologickou pomoc?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

V bakalářské práci byla použita kvalitativní metoda výzkumu. Kvalitativní výzkum „je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje se o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Creswell, 1998 citovaný Hendlem, 2005, s 50)

V rámci kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda hloubkového nestrukturovaného rozhovoru. Zvláštní formou nestrukturovaného rozhovoru je tzv. **narativní rozhovor**, který je charakteristický tím, že se nejedná o přímé dotazování respondenta, ale spíše o vyprávění životního příběhu. Tazatel se snaží vyprávění respondenta podněcovat vhodnými otázkami a případně se doptávat a žádat o upřesnění. Neměl by vypravěče zbytečně přerušovat. Cílem narativního rozhovoru je získat autentické vyprávění, u kterého je zajímavé pozorovat, jak respondent příběh strukturoval, zdůraznil nebo naopak upozadil určité pasáže svého příběhu. Narativní rozhovor v sobě nese cenné informace, zkušenosti a prožitky dotazovaného respondenta. (Mioviský, 2006)

Hendl (2005) uvádí, že narativní rozhovor se dělí na čtyři fáze - stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností a zobecňující otázky. První fází je fáze stimulace, kdy se respondentovi prezentuje téma a význam. V této fázi je důležité získat si respondentovu důvěru. Následuje vlastní vyprávění, které popisuje celý život respondenta nebo určitý časový úsek. Ve třetí a čtvrté části rozhovoru, po ukončení vyprávění, se tazatel doptává na dosud nejasná vyjádření.

Další metodou, která byla během výzkumu uplatňována, bylo **otevřené zúčastněné pozorování**. Při otevřeném zúčastněném pozorování respondenti vědí o výzkumu a jsou si vědomi, že se provádí pozorování a záznam. (Švaříček, 2014)

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen pěti respondenty se získaným tělesným postižením – třemi ženami a dvěma muži. Všichni respondenti se nacházejí v produktivním věku. Výběr respondentů je nahodilý a z hlediska typu postižení rozmanitý. Jediným společným znakem respondentů je trvalé bydliště nebo zaměstnání v okolí Benešova a uplynutí od získání postižení alespoň pět let.

- Respondent 1 je žena ve věku 35 let s diagnózou deformace pravé horní končetiny (pažní kosti) v důsledku onkologického onemocnění a následné zlomeniny.
- Respondent 2 je žena ve věku 48 let s primární částečnou amputací levé horní končetiny v důsledku pracovního úrazu.
- Respondent 3 je muž ve věku 67 let trpící praktickou nevidomostí se zachovaným světlocitem a amputovanými prsty na pravé horní končetině. U respondenta je dominantnější zrakové postižení než tělesné postižení, které je hlavním tématem práce. Avšak respondent sám projevil zájem vyprávět svůj příběh, přímo mě kontaktoval, proto byl zařazen do výzkumného souboru.
- Respondent 4 je žena ve věku 40 let, které byla ve 23 letech diagnostikována spinální muskulární atrofie - typ III. Respondent je upoután na invalidní vozík. Přestože se jedná o vrozené postižení, zařadila jsem respondentku do výzkumného souboru. Jelikož se postižení projevilo až v rané dospělosti, respondent si procházel stejnou psychickou krizí jako člověk s náhle získaným postižením.
- Respondent 5 je muž ve věku 58 let upoutaný na invalidní vozík od svých 25 let v důsledku vážné dopravní nehody.

3.3 Průběh výzkumu

Před zahájením výzkumu byla respondentům zaslána písemná žádost o spolupráci. Po jejich souhlasu jsem je telefonicky kontaktovala a domluvili jsme se na osobní schůzce. Se všemi respondenty jsem se snadno domluvila na termínu a místě schůzky.

Jednotlivé rozhovory byly realizovány v poměrně klidném prostředí. Tři z rozhovorů proběhly přímo v zaměstnání respondentů, čtvrtý v domácím prostředí respondenta a pátý rozhovor na veřejném místě, v kavárně. Rozhovory se uskutečnily během prosince 2014 až března 2015. Před zahájením rozhovoru byli respondenti blíže seznámeni se vším potřebným, co se k práci vztahuje, a upozorněni, že rozhovor je anonymní v souladu se zachováním osobních údajů. Všichni dotazovaní souhlasili se zvukovým záznamem. Doba jednotlivých rozhovorů trvala v průměru 30 minut.

4 Výsledky výzkumu

Uvedené výsledky jsou již analyticky formulované. Z daného rozhovoru jsou uvedeny jen podstatné informace, které naplňují cíle výzkumu a potvrzují fakta teoretické části práce. Výsledky výzkumu, tedy popsání průběhu psychické krize a hodnocení míry akceptace tělesného postižení, jsou uvedeny na konci každého rozhovoru.

4.1 Respondent 1

Respondentka se narodila 16. února 1980 v Poličce, kde „vznikl veškerý problém, který se se mnou táhne celým životem.“ Do šesti let byla naprosto zdravé a živé dítě, které se aktivně věnovalo sportu. V šesti letech upadla na topení a zlomila si pravou horní končetinu. Následně bylo na rentgenu zjištěno, že pažní kost, zlomená při pádu, je napadena aktivním nádorovým onemocněním – osteosarkomem. Po mnoha vyšetřeních byla respondentce a její matce potvrzena diagnóza, že je vážně onkologicky nemocná a je ohrožena na životě. Hned byla zahájena léčba ve fakultní nemocnici v Motole, kde byl v té době zaznamenán sto procentní nárůst onkologických onemocnění. Respondentka se domnívá, že to mohlo souviset s výbuchem atomové elektrárny v Černobylu. (pauza) Pokud by nedošlo k úrazu, respondentka ani její rodina by se nedozvěděly o vážném onkologickém onemocnění. Před úrazem nebyly patrné žádné symptomy onemocnění.

Lékaři v Motolské fakultní nemocnici oznámili matce, že šance na přežití jsou minimální a že respondentce zbývá šest týdnů života. „Ale moje maminka je neuvěřitelná bojovnice. Oznámila, že v žádném případě nepojede domů, aby se koukala, jak její dcera umírá.“ Respondentka strávila v motolské nemocnici dva a půl roku, kde procházela drastickou léčbou. V té době se nepodávalo tolik utišujících léků na zmírnění bolesti, proto pacientka omdlávala po každé dávce chemoterapie. V důsledku

pádu na umyvadlo má promáčknuté čelo. Postupně metastáze ustupovaly, ale nádor v pravé zlomené ruce byl stále rozsáhlý. Matce bylo oznámeno rozhodnutí o amputaci pravé ruky. Po letech léčby to pro pacientku a její matku nebyl zásadní šok, který by otřásl jejich životy. Matka se opět nechtěla se situací smířit, prosila lékaře, aby se pokusili alespoň o nějakou operaci. *„Nejdříve vypadalo, že se nebude nic dít. Ve čtvrtek jsem měla jít na amputaci, ale ve středu volali mamince, že máme okamžitě přijet do Motola, že přijely ortopedické kapacity ze světa a že zkusí udělat první operaci tohoto typu u nás.“* Jednalo se o operaci, kdy se transplantoval štěp matčiny lýtkové kosti do pažní kosti pacientky, kterou předtím úplně odstranily. Operace proběhla úspěšně a pacientka se léčila bez problémů. Během léčby měla respondentka možnost jezdit na letní a zimní onkologické pobyty, které pořádala motolská nemocnice. *„Přátelství, která jsem tam navázala, trvají dodnes. Ve společnosti stejně nemocných dětí jsem se nebála prozradit svoje touhy, přání, ale i obavy. Jsem za tu možnost, jezdit na tyto pobyty, nesmírně vděčná.“* (přerušeni rozhovoru – zvonění telefonu)

Ve 12 letech respondentka upadla a zlomila si transplantovanou kost. Od té doby je pažní kost horní končetiny pohyblivá a může s ní otáčet o 180 stupňů. Jemná motorika horní končetiny je zachována. Lékaři se snažili o zavedení šroubů a štěpů, ale nebylo to možné, protože kost není pacientčina a tělo by cizí předmět nepřijalo. *„V důsledku toho, že maminciny kosti nerostly, paže mi zůstala stejně dlouhá, jako jsem jí měla ve dvanácti letech.“*

Dětství u respondentky proběhlo jako u zdravého dítěte. Byla integrována do běžné základní školy, kde měla pouze omezení v tělesné výchově. Navrženou možnost vzdělávání ve speciální škole pro tělesné postižené její matka odmítla. Po základní škole se respondentka rozhodla pro studium na střední zdravotnické škole, jelikož toto prostředí znala od dětství a chtěla pomáhat lidem, protože jí bylo také pomoheno. *„Měla jsem pocit, že se musím nějakým způsobem odvděčit nebo že jsem spjatá s tímto prostředím.“* Dokonce ve třetím ročníku svého studia měla možnost absolvovat odbornou praxi v motolské nemocnici. Během své praxe navštěvovala děti na onkologickém oddělení. Spjatost s motolskou nemocnicí přetrvávalo i po skončení

střední školy. Respondentka zde pět let pracovala v biochemické laboratoři a nadále se stýkala ve svém volném čase s onkologicky nemocnými dětmi.

Díky své matce respondentka nikdy nevyužila psychologickou pomoc. Tím, jak její matka přistupovala k její nemoci a celkově k životu, psychologickou pomoc nepotřebovala. *„Za to, jakou mám povahu a jak jsem se dokázala vypořádat s léčbou a následným postižením, mohu poděkovat jen své mamince, která mi opravdu byla ve všech ohledech největší oporou.“*

Psychická krize u respondentky nastala v období puberty, kdy si začala plně uvědomovat svojí odlišnost. Avšak se všim se mohla svěřit své matce nebo kamarádkám, se kterými se stýkala díky pobytům. V období puberty stále přemýšlela, jestli by přece jen nebyla možnost operace. Respondentka sice nad svým postižením stále přemýšlela, ale nikdy se neschovávala v koutě. Plně se věnovala svému zaměstnání, které ji naplňovalo. V roce 2000 měla možnost vycestovat do Austrálie a podílet se na interaktivním projektu určeném pro děti na onkologických odděleních. V Austrálii strávila jeden měsíc a setkala se s lékařem, který jí nabídl možnost operace. Operace byla vyčíslena na vysokou částku a pravděpodobnost úspěchu operace byla pouze padesátiprocentní. *„Tak jsem si řekla, že raději budu žít s touhle rukou, než abych neměla ruku žádnou.“*

I když je u onkologicky vyléčených žen vysoká pravděpodobnost neplodnosti, respondentka má dvě zdravé děti a milujícího partnera, který se s jejím postižením vyrovnal velmi snadno. *„On byl do mě tak zamilovaný, že nějaká ruka mu v tu chvíli byla úplně jedno.“* (smích) Respondentka je v životě šťastná. Děti jí odrůstají, pracuje jako vrchní sestra a celkově se v životě cítí naplněná. K její spokojenosti před několika lety přispělo získání řidičského průkazu, o kterém snila již od svých 18 let. Vůbec by nevěřila, že by mohla někdy v životě řídit automobil. Vyhledala si autoškolu pro tělesně postižené v Přelouči, kterou úspěšně absolvovala, a nyní řídí s automatickou převodovkou.

Na konci rozhovoru byla respondentce položena otázka, co by vzkázala lidem, kteří se nacházejí v podobné situaci jako ona před lety. *„Musí se na všechno nahlížet optimisticky. Jinak se to nedá zvládnout. Musí mít oporu v nejbližších lidech kolem*

sebe. Když se nemáte komu svěřit a o koho se psychicky opřít, mohou vás tyto okolnosti sejmout a už se s tím nevyrovnáte. Důležité je neschovávat se před ostatními lidmi, chodit do společnosti a přijmout svůj osud jako výzvu. Hlavní je zbytečně se nelitovat a nepřemýšlet, co by se stalo kdyby. Dívat se dopředu a nežít minulostí.“

Z vyprávění je zřejmé, že psychickou krizí si v prvních letech léčby procházela spíše matka, než respondentka. Svoji vytrvalostí a vůlí se nevzdávat, zachránila své dceři život. Sama respondentka uvádí, že z léčby si pamatuje jen několik okamžiků. „Myslím, že tyto věci si člověk nechce uchovávat v paměti.“ Až v období puberty nastala fáze smlouvání a pokusy znovu zahájit léčbu. Po zjištění, že operace by se nemusela zdařit a následovala by amputace, se respondentka smířila s faktem, že její postižení je trvalé. Vzhledem k tomu, že respondentka uvedla, že se přihlásila na zdravotnickou školu z důvodu spjatosti s nemocničním prostředím, můžeme popsat obranný mechanismus – identifikace a pozitivní kompenzace. Díky matce, která jí byla celoživotní oporou, nevyužila psychologickou pomoc. Vlivem podpůrné dětské skupiny a matky se respondentka vyrovnala se svým postižením. V současné době bez problémů zvládá partnerskou, rodičovskou i profesní roli.

Rozhovor proběhl u respondentky v zaměstnání v prvních prosincových dnech. Během rozhovoru respondentka mluvila nahlas a zřetelně. Vzhledem ke vzniku postižení v dětském věku, respondentka mluvila o celém svém životě. Vyprávění bylo dobře strukturováno. Na doplňující otázky bylo ochotně odpovězeno. Respondentka již podobný typ rozhovoru poskytovala, je tedy zvyklá mluvit o svém postižení.

4.2 Respondent 2

Respondentka se narodila v roce 1967. Pochází z malé vesnice na Vlašimsku, kde po absolvování střední školy pracovala v blízké pekárně na výrobu slaných tyčinek. Ve věku 36 let se jí přihodil pracovní úraz. Stroj, u kterého pracovala, nebyl

z bezpečnostního hlediska v pořádku a vtáhnul jí část horní končetiny do lisu. „*Stroj mě strhl a ruku mi prostě rozemlel.*“ Respondentka byla plně při vědomí, ale vzhledem k šoku, který prožila, si od okamžiku úrazu až do příjezdu do nemocnice na nic nevzpomíná. Až zpětně se ptala kolegů, co se stalo. Bylo jí vyličen, že hned po úrazu sešla s krvácející pahýlem horní končetiny po schodech dolů, křičela na ostatní kolegy, ať zavolají záchrannou službu. Záchraná služba přijela až po dlouhých dvaceti minutách, jelikož nemohla danou pekárnu najít. „*Až v nemocnici mi došlo, co se stalo a že nemám ruku.*“

Vzhledem k tomu, že část horní končetiny již byla amputovaná, nedošlo k dramatickému sdělení diagnózy. Lékaři pahýl očistili a upravili. Po propuštění z nemocnice byla respondentka předána do péče rehabilitačnímu ústavu Kladruby. Do Kladrub na rehabilitační cvičení respondentka dojížděla ambulantně po celý jeden rok. Rekonvalescence v Kladrubech měla na respondentku významný vliv především z hlediska jejího psychického stavu. Nejen že se seznámila s lidmi, kteří prožívali obdobné životní situace, ale uvědomila si, že částečná amputace horní končetiny není tak závažné postižení. „*Když tam člověk je, tak si říká, co mu vlastně chybí. Mně chybí jen ruka. Hlavní je, že můžu chodit.*“ (důrazně)

Po delší pracovní neschopnosti se respondentka vrátila do předchozího zaměstnání, kde se ovšem necítila dobře. „*Po psychické stránce mi vadilo, že nemohu dělat, co jsem dělala předtím.*“ Stále přemýšlela nad úrazem, který se jí tam přihodil. Respondentka rozvázala pracovní poměr a rozhodla se podat na zaměstnavatele žalobu pro porušení bezpečnosti práce zaměstnanců. Zaměstnavatel jí nejdříve nabídl dohodu zahrnující proplacení nemocničních výdajů a zhotovení protézy, ale respondentka odmítla. „*Mně přece nešlo o protézu, ale já měla celý život v háji.*“ (rozčileně) Nad podáním žaloby respondentka dlouho přemýšlela, protože neměla finanční prostředky na zaplacení soudních výloh, avšak její manžel našel advokátku, která se zabývala problematikou pracovních úrazů. Respondentka měla svědky, kteří dosvědčili, že stroj byl špatně zabezpečen. Po dvou letech soud rozhodl ve prospěch respondentky. „*Byla jsem nesmírně šťastná, že jsem vyhrála. Sice jsem z toho skoro žádné peníze neměla, ale mně šlo o ten pocit zadostiučnění.*“

Po dobu dvou let soudních sporů respondentka nepracovala. Procházela obtížným obdobím svého života. „*Někdy jsem opravdu měla pocit, že se na to můžu vykašlat.*“ V této době jí byl největší oporou manžel a tři synové, kteří jí neustále dodávali optimismus a chuť do života. Postupem času se začínala se svým postižením sžívat. Naučila se všemu, co k životu potřebuje. Největší zásluhou na získání psychické rovnováhy mělo rozhodnutí soudu ve prospěch respondentky, které jí přineslo pocit uspokojení.

Na doporučení advokátky navštívila psychologa. Po třech sezeních respondentka spolupráci ukončila. „*Já bych tam sama od sebe nikdy nešla. Nechtěla jsem si o tom povídat s cizím člověkem. To se raději svěřím manželovi.*“

Respondentka byla po celý život aktivní řidičkou a obávala se, že po úrazu nebude moct řídit. Po několika kondičních jízdách jí bylo řečeno, že postižení nemá vliv na řízení a nevyžaduje přizpůsobení automobilu. Respondentka se rekreačně věnuje cyklistice, po úrazu jí manžel musel přizpůsobit bicykl tak, že obě brzdy přesunul na pravou stranu řídicího. „*Mě ta ruku vůbec neomezuje. Já na zahradě vozím i kolečko s listím.*“ (smích)

Rok po úrazu navštívila protetické oddělení, kde jí byla zhotovena protéza, kterou nosí jen do zaměstnání, aby - jejími slovy - „*neměla prázdný rukáv*“. Protéza jí při běžných činnostech překáží. Prvních pět let navštěvovala Centrum technické ortopedie v Českých Budějovicích, ale po finančních nejasnostech přerušila spolupráci. Nyní si nechává protézu upravovat v Praze.

Po letech pobírání částečného invalidního důchodu a hledání práce našla vhodné zaměstnání, které jí plně vyhovuje. Pracuje jako obsluha telefonní ústředny v nemocnici. Zaměstnání ji baví a postižení jí ve výkonu práce neomezuje.

„*Musela jsem se svým postižením naučit žít. Co jiného jsem také měla dělat. Přece nehodím všechno za hlavu. Sice jednou rukou, ale udělám si vše, co potřebuji.*“ (úsměv)

Než se respondentka smířila se svým postižením, procházela si určitým modelem psychické krize. Jelikož postižení vzniklo v okamžiku úrazu, fáze latence neproběhla.

Bezprostředně po úrazu si procházela fází šoku, který trval jen krátkou dobu. Již v nemocnici si uvědomila nevratnost procesu, což je charakteristické pro fázi pochopení reality. Nepřehlédnutelnou fází je fáze zlosti, která vyvrcholila podáním žaloby na zaměstnavatele, a fáze deprese, která trvala po dobu průběhu soudního jednání. Pozitivní vliv na její psychiku měl ambulantní pobyt v rehabilitačním ústavu, kde si uvědomila, že její postižení, na rozdíl od jiných, není tak závažné. V podání žaloby na zaměstnavatele lze nalézt obranný mechanismus hledání viníků, které končí rozhodnutím ve prospěch respondentky. Během soudního procesu, na popud své advokátky, využila odbornou psychologickou pomoc, ale nebyla s ní spokojená. Její největší oporou byl její manžel a synové. Postupně si uzpůsobovala život svému postižení a získáním zaměstnání se její život vrátil do „normálních“ kolejí.

Rozhovor proběhl u respondentky v zaměstnání v polovině prosince 2014. Prostředí nebylo klidné a vyprávění bylo neustále přerušováno vyzvánějícími telefony, které měly vliv na roztržitost rozhovoru. Respondentka se často opakovala. Nejdéle hovořila o průběhu soudního jednání a návštěvách protetického oddělení. Nerada mluvila o svém psychickém rozpoložení. V tomto ohledu byla respondentka velmi uzavřená.

4.3. Respondent 3

Respondent se narodil roku 1948 v Benešově. Úraz se mu přihodil ve 22 letech, v roce 1970. V té době pracoval v Blanických strojárnách ve Vlašimi. Jeho kolega přinesl do zaměstnání časovanou rozbušku. Respondent tento typ rozbušky dobře znal a věděl, že vybuchne až za určitou dobu. Vzal ji kolegovi z rukou, chtěl ji odhodit, ale v tu chvíli mu vybuchla v rukou. „*Udělal jsem hloupost. Kdybych na to hodil bundu, nic se nestane, ale to všechno člověk ví až potom.*“

Hned po výbuchu respondent přestal vidět na levé oko. Ztrátu zraku přirovnal k rozpuštění inkoustu ve vodě. „*To bylo, jako když kápnete červený inkoust do vody. Tmavlo to, tmavlo, až to ztmavlo úplně.*“ Po příjezdu do nemocnice mu lékaři amputovali prsty pravé končetiny a poté ho převezli na oční kliniku, kde mu odebrali

levou oční bulvu. Několik týdnů strávil na 2. oční klinice v Praze. V době hospitalizace se dozvěděl, že přišel o zaměstnání. Velice ho to pobouřilo, ale zároveň vyburcovalo začít si hledat nové zaměstnání. Jeho matka přišla s nápadem, že by mohl pracovat jako telefonní operátor. Tento rekvalifikační kurz zrovna probíhal v tehdejší Ústavu pro mládež s vadami zraku v Krči. *„Tam to bylo fajn. Potkal jsem tam dobré lidi, naučil se sebeobsluhy. Čas strávený tam mi hodně pomohl.“* Po úspěšném absolvování rekvalifikačního kurzu začal pracovat v nemocnici jako obsluha telefonní ústředny, kde pracuje dodnes.

Tři roky po úrazu se respondent oženil a založil rodinu. Zrak na pravém oku se mu stále zhoršoval. Po zjištění, že nebude již nikdy v životě vidět, respondent podal žádost o rozvod. *„Myslel jsem si, že alespoň na jedno oko budu vidět, ale když mi ho vzali, nechtěl jsem manželce bránit. Nechtěl jsem, aby se o mě starala. Prostě jsem nechtěl blokovat život další osobě.“* (smutně) Rozvod proběhl bez problémů, manželka se odstěhovala do svého rodného města. Avšak dcera, které v té době bylo 8 let, chtěla zůstat se svým otcem. Proběhl soud o opatrovnictví, který rozhodl ve prospěch respondenta, a dcera mu byla svěřena do péče. Byl šťastný, že mohl dceru vychovávat. Po pár letech mladší syn odešel od matky a nastěhoval se zpět k otci. Respondent se v té době zcela samostatně staral o dvě dospívající děti. *„Bylo to náročné. Co jsem nemohl udělat já, musely děti. Jsem rád, že jsem z dětí vychoval dobré lidi.“*

Respondent se podruhé oženil po odchodu dětí ze společné domácnosti. Dcera ho pravidelně navštěvovala a seznámila ho se svou přítelkyní. *„Jsem vděčný, že jsem svou ženu poznal a že nejsem sám. Máme se moc rádi a hezky se o mě stará.“*

Před úrazem se respondent aktivně věnoval trampování. Každý víkend vyrážel s partou přátel objevovat nová místa a trampské osady, kde hráli na kytaru a zpívali. Po úrazu se respondent nechtěl stýkat s přáteli, styděl se za svoje postižení. Dokonce se přiznal k tomu, že měl vtíravé sebevražedné myšlenky. Tento stav trval několik měsíců. (Přerušeno - do rozhovoru se přidává respondentka 2 a říká, že období, kdy se člověk nechce stýkat s přáteli, také prožila. *„Myslím, že tím si člověk musí projít, aby dokázal jít dál.“*) Přátelé ho přemluvili, vzali ho mezi sebe a respondent si pomalu začal zvykat na nové situace, které mu život s postižením přinášel. *„Musel jsem se naučit požádat*

o pomoc. Ze začátku to bylo nepříjemné, nechtěl jsem se stále někoho doprošovat, ale postupem času jsem si zvykl.

Respondent má již dvě vnoučata a svěřil se, že teprve nyní opravdu lituje toho, že postižení má. Přiznal, že závidí svým přátelům, že mohou vidět svá vnoučata a mohou je vzít ven na hřiště. *„Je mi to líto vůči vnoučatům, že nejsem ten dědeček, jakým jsem vždycky chtěl být.“* (smutně)

Za největší přínos považuje získání trpělivosti a životního nadhledu. O jeho trpělivosti svědčí, že si sám od základů postavil dřevěnou chalupu. Za pomoci svého bratra se učil zatloukat hřebíky, řezat na cirkulární pile a ostatní kutilské dovednosti. *„Takhle jsem jednou zatloukal hřebíky a praštil jsem se kladivem do prstu. Já to kladivo vzal a zahodil ho do lesa! Pak ke mně přišel bratr a říká: tak a teď si to kladivo jdi najít. A od té doby jsem nikdy nic nezahodil.“* (nahlas se směje)

Na konci rozhovoru byla respondentovi položena otázka, co by vzkázal lidem, kteří se nacházejí v podobné situaci jako on před lety. *„Všechno má svá pro a proti. Hned po úraze všichni vnímají jen ta proti, ale postupem času se to srovná, a když lidé přijmou sami sebe takové, jací jsou, mohou vidět i ta pro. Také záleží na lidech, které má člověk kolem sebe. Já jsem měl v životě štěstí na dobré lidi. Mezi dobrými lidmi mi ani nepřišlo, že nevidím.“*

U respondenta je zřejmá fáze popírání, kdy se i přes svůj zhoršující se zrak stále domníval, že nedojde k praktické nevidomosti. Tato fáze končí přiznáním si, že tomu tak nebude. Suicidální myšlenky, izolace od přátel a rozvod značí fáze zlosti a deprese. Nalezením nového zaměstnání, péčí o děti a společností přátel se respondent psychicky stabilizoval. Nyní se opět opakuje fáze deprese, kdy respondent přemýšlí nad svou novou sociální rolí dědečka.

Rozhovor proběhl u respondenta v zaměstnání v polovině prosince 2014. Jak již bylo naznačeno, ve stejném prostředí jako u respondentky 2, tedy v prostředí telefonní ústředny v nemocnici. Respondentovo vyprávění bylo plynulé a dobře strukturované.

Nebylo potřeba pokládat doplňující otázky. Respondent byl velmi otevřený a prokládal vyprávění vtipnými historkami ze svého života.

4.4 Respondent 4

Respondentka se narodila v roce 1975. Její nemoc (spinální muskulární atrofie) se naplno projevila až ve 23 letech. Symptomy nemoci se objevovaly již dříve, ale respondentka jim nevěnovala pozornost. Domnívala se, že je to důsledek přísných diet, které v té době držela. Po zkolabování a hospitalizaci jí bylo lékaři oznámeno, že „něco není v pořádku“. Následovalo mnoho vyšetření, konečná diagnóza jí byla sdělena až po několika měsících. *„Ze začátku jsem neprožívala šok v pravém slova smyslu. Stále jsem nevěděla, co se mnou je. Neznala jsem tu nemoc. Až když jsem si začala zjišťovat informace, došlo mi, jaké to má následky.“* Potvrzení diagnózy byl šok nejen pro respondentku, jejího partnera, ale i pro její rodiče. Respondentčini rodiče zjištění, že jejich dcera trpí trvalým závažným onemocněním, nesli velice těžce. (dlouhá pauza, respondentka mlčí)

Na dotaz, jestli existovaly nějaké otázky, které si v té době respondentka kladla, bylo odpovězeno: *„V temnějších dnech jsem si říkala, proč zrovna já? Proč ne tahle nebo tahle? Měla jsem myšlenky i na sebevraždu. Říkala jsem si: má vůbec cenu žít tenhle život?“* (pláč, dlouhá pauza)

Tři roky po stanovení diagnózy, již v době, kdy byla respondentka upoutána na invalidní vozík, se vdala za svého dlouholetého partnera a za další tři roky se jim narodila zdravá holčička. Respondentka narození dcery považuje za dar, ve který vůbec nedoufala. S dítětem přišla zásadní změna života, vše podřizovala jen jemu. Nemyslela na své postižení a snažila se uspět v roli matky. Její život se stabilizoval. *„Teď je dceři 14 let, je v pubertě. Už mě tolik nepotřebuje. Musela jsem si hledat jiné zájmy než jen pečovat o ni.“* Mezi své zájmy uvedla vaření, malování, vyšívání a internet.

Respondentka několikrát navštívila psychologa, ale podle jejích slov jí nepomohl. *„Byla jsem u psychoše, ale já si jedu po svém. Občas brečím, občas se vztekám. Když se o tom bavím, tak začnu brečet.“* (pláč) *„To si raději popovídám s manželem, maminkou*

nebo s kamarádkou. Vyzpovídám se, uleví se mi a jedu dál. Nechci, aby mě někdo konejšil.“ (pláč) Za největší psychickou oporu považuje svého manžela. V době zjištění diagnózy ještě nebyli sezdáni. *„To by jen tak někdo neudělal, aby zůstal s postiženou ženskou. Manžel je formát a zlatý člověk. Ve všem mi velmi pomáhá.“*

Respondentka nechodí do zaměstnání. Domnívá se, že by práci nezvládala. *„Nikdo mě nikam nevezme a stejně bych si žádné zaměstnání nesehnala. S tímhle postižením se dá těžko něco dělat.“* Při zmínce o rekvalifikačních kurzech nebo pomoci asistenta na pracovišti reagovala respondentka negativně. Většinu času tráví v domácnosti nebo na zahradě. Vše potřebné mimo domácnost, například nákupy a pochůzky, obstarává manžel a dcera. (pauza)

Na konci rozhovoru respondentka přiznala, že si do dnešní chvíle nedokáže říci o pomoc cizímu člověku a nejraději by si vše udělala sama. Nesnese myšlenku, že by jí cizí člověk musel pomáhat. O pomoc dokáže poprosit jen manžela. *„Někdy ho možná až využívám. I v nemocnici nepožádám sestru, ale manžela.“*

Na otázku, jak postižení změnilo její život a jestli lze najít pozitiva, respondentka dlouho přemýšlí. *„Nevidím nic pozitivního.“* (pauza) *„Možná mám větší pochopení k lidem?“* (pauza) *„Ne, asi není nic zcela pozitivního.“*

Respondentka zažila nulitní fázi, kdy se symptomy nemoci již projevovaly, ale nevěnovala jim pozornost. V době hospitalizace procházela fází latence, kdy si nebyla jistá, co nemoc obnáší, a nepřipouštěla si možnost trvalého postižení. Po nastudování všech dostupných informací a následků nemoci respondentka prožila šok. Potvrzení diagnózy byl šok i pro respondentčiny rodiče, kteří se s postižením své dcery těžko vyrovnávali. Fáze agrese je zřejmá otázkami typu: *„Proč zrovna já, a ne někdo jiný“*. Psychicky se respondentka stabilizovala během výchovy své dcery. Nyní se musí potýkat se změnou, že její pubescentní dcera o matčin zájem příliš nestojí. Odmítání a bagatelizování psychologické pomoci může být určitou svépomocnou technikou, kterou se respondentka snaží vyrovnat svoje psychické rozpoložení. U respondentky je patrný pasivní přístup k zaměstnání a určitá izolace od vnějšího světa.

Domnívám se, že respondentka se s postižením zcela nevyrovnala. Stále převládají pocity beznaděje, litování se a pláč. Respondentka nezískala nadhled na život s postižením („*nevidím nic pozitivního*“), který by jí v adaptaci mohl pomoci.

Rozhovor proběhl v domácím prostředí respondentky v lednu roku 2015. Prostředí bylo poměrně klidné, vyprávění narušovala jen nahlas zapnutá televize. Zpočátku rozhovoru respondentka nebyla komunikativní, často byla pobízena otázkami. Po prvních otázkách se více otevřela, což mělo za následek respondentčin pláč, který provázel téměř celé vyprávění. „*Já jsem to věděla, že až přijdete, budu plakat.*“

Zde pravidla narativního rozhovoru nebyla dodržena. Rozhovor byl koncipován jako polostrukturovaný. Respondentka čekala na otázky, sama nedokázala o svém životním příběhu vyprávět.

4.5 Respondent 5

Respondent se narodil v roce 1957. Ve svých 25 letech, v roce 1982, havaroval v podnapilém stavu na motorce. Následkem nehody došlo k poranění míchy, které mělo vliv na úplné ochrnutí dolních končetin. „*Byl jsem hloupý, zavínil jsem si to sám. Nikoho nemůžu vinit.*“ Z nehody si téměř nic nepamatuje. Probral se až v nemocnici, kde strávil dva měsíce. Po potvrzení diagnózy od lékařů prožil šok, kdy prožíval obrovský strach a tíseň z budoucího života. Po dvou měsících byl převezen do rehabilitačního ústavu Kladruby.

Během času stráveného v nemocnici prožíval určitou krizi. V té době byla jeho manželka těhotná a měl rozestavěný dům. „*V nemocnici jsem měl asi takovou menší krizi, ale navenek jsem se tvářil, jako že vše zvládám, abych jim zbytečně nepřidělával starosti. Ale upřímně, moc jsem to nezvládal.* (smutně) Během rehabilitace si postupně respondent uvědomoval, že již nikdy nebude moci chodit. Po ukončení pobytu v rehabilitačním ústavu se respondent přestěhoval do domu svých rodičů, jelikož jeho rozestavěný dům byl bariérový. Rodiče postižení svého syna nesli těžce, ale postupně se s ním smířili. „*Maminka o mě až přehnaně pečovala, až jsem jí asi i trochu zneužíval.*“

Postupně mu matčina péče začala vadit a po roce stráveném u rodičů se rozhodl odstěhovat se a podat žádost o rozvod. S manželkou v té době již řadu měsíců nežil, neunesla tíhu postižení svého manžela. *„Manželka ode mě odešla. Řekla, že mě miluje, ale že se mnou nedokáže žít.“* Po přestěhování do svého bezbariérového bytu si naplno uvědomil, jak je život na invalidním vozíku těžký. Během pobytu v rehabilitačním ústavu a roku stráveného u rodičů respondent nepracoval a až po osamostatnění si pomalu začínal hledat nové zaměstnání.

Ze začátku pro něj byl nejhorší nedostatek informací. Nikdo mu nesdělil, že bude moci někdy v budoucnu řídit auto, sportovat nebo pracovat. *„Kdyby mi to někdo řekl už na začátku, asi bych neměl takový strach z budoucnosti.“*

Respondent měl určité výčitky, že si své postižení zavínil sám. Hodně mu pomohl psycholog, kterého v té době často navštěvoval. *„Jsem vděčný panu doktorovi za jeho pomoc. Díky němu jsem si uvědomil, že co můžu změnit, změním, a co nemůžu, to raději neřeším.“*

Před nehodou se respondent věnoval mnoha sportovním aktivitám a vadilo mu, že nyní nemůže. Velkou motivací do života pro něho bylo mistrovství světa handicapovaných sportovců, o které se aktivně zajímal, a na popud toho začal i sám sportovat. Díky sportu si našel i nový okruh přátel mezi vozíčkáři. *„Dřívější přátelé mi nabízeli pomoc, ale já nechtěl. Chtěl jsem si vše vyřešit sám. Postupně se tato přátelství utlumovala, až jsem se s některými přestal vídat úplně.“*

V současné době je respondent podruhé ženatý. Jeho druhá žena je na tom zdravotně hůře než on. Trpí epilepsií a nemůže pracovat ani na částečný úvazek. On sám pracuje jako prodavač. V současné době mu nejvíce vadí, že nemůže pomoci svým stárnoucím rodičům. *„Rodiče mi pomohli v nejtěžších chvílích a já jim to teď nemůžu oplatit tak, jak by si zasloužili.“*

Nedělá mu problém pohybovat se v cizím prostředí a požádat někoho o pomoc. *„Zdraví lidé většinou neví, jak pomoci. Vždy je vstřícně požádám a vysvětlím, co potřebuji.“*

„Nehoda převrátila můj život naruby a udělala mi obrovskou čáru přes rozpočet, ale tohle nikdo nemůže předpokládat a předem se připravit.“ Respondent chápe

postižení jako relativní pojem. Tvrdí, že pro někoho může být daleko větší problém bolavé koleno, než je pro něj jeho ochrnutí. Postižení nezměnilo jeho životní priority. Před nehodou i po nehodě pro něho byla nejdůležitější rodina. Se svou bývalou manželkou a synem se pravidelně stýká, za což je velmi vděčný.

Na konci rozhovoru byla respondentovi položena otázka, co by vzkázal lidem, kteří se nacházejí v podobné situaci jako on před lety. *„Aby se člověk dokázal vyrovnat s postižením, musí svůj život naplnit. Musí si najít nějakou činnost, koníček, nebo se věnovat rodině a dětem. Člověk musí být povahou bojovník, ale také záleží na podpoře rodiny a známých. Osobně si myslím, že lépe se s postižením a nemocí dokáží vyrovnat lidé, kteří byli před nehodou mladší, měli nižší postavení a byli v životě aktivní. Protože - jak říkal pan doktor - z čím větší výšky člověk padá, tím tvrdší je dopad.“*

Respondent si procházel krátkou fází latence, kdy nevěděl, jestli bude moci znovu chodit, či ne. Po potvrzení diagnózy byl šokovaný a objevily se obavy a strach z budoucnosti. Respondent si proces vyrovnání prožíval spíše vnitřně. Nechtěl tím obtěžovat okolí. Během roku stráveného u rodičů se nacházel ve fázi agrese a deprese, kdy se potýkal s rozvodem a izoloval se od přátel. Respondentovi rodiče jeho postižení nesli těžce a jeho matka k němu zaujala pečovatelský postoj, kterého plně využíval. Důležitý moment při procesu vyrovnání byl okamžik, kdy si respondent uvědomil, že se musí odstěhovat od rodičů a začít žít samostatně. Velmi účinná při procesu vyrovnání byla sezení s psychologem, která ho dokázala psychicky stabilizovat a nasměrovat v životě dál. Velký vliv na celkové adaptaci byla možnost opět se věnovat sportu, získání zaměstnání a druhé manželství, které vrátilo respondenta do plnohodnotného života. Největší zásluhou v procesu vyrovnání měla podpora za strany rodičů a osobní přístup respondenta.

Rozhovor proběhl v březnu roku 2015 v kavárně. Respondent byl velmi otevřený a komunikativní. Již vícekrát se zúčastnil podobného typu rozhovoru, což mělo vliv na odříkání příběhu jako „básničky“. Pravidla narativního rozhovoru byla dodržena. Rozhovor byl plynulý a dobře strukturován. Na doplňující otázky mi bylo odpovězeno částečně.

5 Diskuze

Získané postižení vzniká většinou náhle a během okamžiku se život lidí výrazně mění. Postižení znamená obrovský zásah do kvality života a omezení aktivit a příležitostí. Novosad (2011, s. 114) uvádí, že postižení se „*negativně promítne do sociální, osobní, rodinné a profesní stránky jejich života a vynutí si změnu postojů k životu, může vést k rozpadu rodiny, ztrátě existenčního zajištění plynoucí z práce nebo ke změně postojů sociálního prostředí k člověku s postižením.*“ Jedinci se získaným tělesným postižením si většinou procházejí psychickou krizí, která je charakteristická určitými fázemi.

V práci jsou uvedeny čtyři modely psychické krize podle různých autorů. Za prioritní lze uvést model podle Elisabeth Kübler-Ross, která ho jako první rozpracovala do jednotlivých fází. Uvádí šest fází – šok, popírání, zlost, depresi, smlouvání a akceptaci, která může mít podobu přijetí nebo rezignace. Další autoři zabývající se tématem psychické krize a jejího zvládnutí vycházejí z tohoto modelu. Za velmi důležitou fázi, kterou Kübler-Ross neuvádí, lze považovat nulitní fázi Haškovcové (2002), která model Kübler-Ross vhodně doplnila. Nulitní fáze má velký potenciál předejít nebo alespoň zmírnit dané onemocnění. Do výzkumného souboru byla zařazena respondentka zmiňující se o nulitní fázi. Řadu měsíců nevěnovala pozornost symptomům nadcházejícího onemocnění. Kdyby jim věnovala pozornost, mohla se o své nemoci a možnostech řešení dozvědět dříve. Je tedy zřejmé, že se jedná o velmi důležitou fázi, která by se neměla podceňovat. Jak již bylo v práci zmíněno, u jedinců se získaným tělesným postižením k nulitní fázi nedochází.

Vágnerová (2014) ve své nejnovější knize aplikuje model psychické krize přímo na jedince se získaným postižením. Jako první uvádí fázi latence, tzv. neinformovanosti, o které se zmiňuje respondent 5, a uvádí, že během rehabilitace a prvního roku stráveného na invalidním vozíku mu nikdo nesdělil, jaké jsou jeho možnosti, že bude moci například řídit, sportovat nebo pracovat. Kdyby byl více informovaný o těchto možnostech, měl by větší motivaci a nepociťoval by takový strach z budoucnosti.

Vágnerová (2014), Říčan (2006) a Caplan (2009) ve svých modelech uvádějí téměř totožné fáze jako Kübler-Ross, jen jsou některé uvedeny pod jinou terminologií. Například Caplan místo fáze šoku uvádí srážku či expozici, místo akceptace a vyrovnání fázi rezoluce, která vytváří nový pohled na svět a hodnotí ztráty a zisky postižení. Říčan konečné fáze psychické krize popisuje jako fáze rovnováhy, kde ustupuje deprese, a reorganizaci života, která je totožná s akceptací.

Jankovský (2003) uvádí, že průběh psychické krize nemusí být lineární. Jednotlivé fáze se mohou opakovat, překrývat nebo chybět úplně. Což potvrzují respondenti 3 a 4, kteří si nyní procházejí opakovanou fází deprese, kdy se musí potýkat s rolí dědečka a matky vychovávající dospívající dceru.

Za velmi podstatné lze považovat tvrzení Vágnerové (2014), že reakce na získané postižení vždy záleží na věku jedince. To souhlasí s respondentkou 1, u které postižení vzniklo v dětském věku. Psychickou krizí si spíše procházela matka respondentky, která se musela vyrovnat s vážným onemocněním své dcery. Sama respondentka si nástup nemoci a léčbu téměř nepamatuje a krize se u ní objevila až v průběhu puberty, kdy si začala uvědomovat svoji odlišnost.

Lze souhlasit s Novosadem (2011), že získané tělesné postižení ovlivňuje všechny oblasti života. Za nejdůležitější oblasti lidského života lze považovat profesní uplatnění, rovnocenný partnerský vztah, naplnění rodičovské role, zájmy a koníčky.

Profesní uplatnění je důležitým aspektem pro člověka v produktivním věku. Tři z pěti respondentů přišli o původní zaměstnání v důsledku svého postižení. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že získání nového zaměstnání, které se svým postižením zvládnou, jim přineslo pocit užitečnosti, samostatnosti a znovunabyté sebevědomí.

Postižení mění mezilidské vztahy a především vztahy s partnerem, který si může fázemi psychické krize procházet také. U partnera mohou převládat pocity soucitu a neustálá potřeba pečovat o postiženého partnera. Z pěti respondentů mohu uvést dva případy, kdy došlo k rozpadu manželství, jak ze strany respondenta, který nechtěl ztěžovat život dalšímu člověku, tak ze strany partnerky, která neunesla tíhu postižení svého manžela. Zde platí tvrzení Vágnerové (2004, s. 224), že „*v procesu adaptace na získané postižení je jedinec přecitlivělý na projevy soucitu a útrpnosti a tak často je to*

postižený sám, který vyvolá rozpad vztahu...“ U dvou případů se manželství udrželo a následovalo reorganizování partnerského života. Respondentka 1 si našla partnera v době, kdy již sama byla se svým postižením vyrovnaná. Souhlasím s Vágnerovou (2004, s. 223), že *„u postižených jedinců je většinou schopnost založit si vlastní rodinu považována za důkaz úspěšného začlenění do společnosti.“* Vždy záleží, jak se člověk s postižením i jeho partner se situací vyrovnají a uspořádají život.

Další nedílnou součástí života je naplnění rodičovské role. Z rozhovorů s respondenty 3 a 4 vyplynulo, že během výchovy dětí se psychicky stabilizovali, příliš nepřemýšleli nad svým postižením a věnovali se rodičovské roli, která je plně zaměstnávala.

Vodáčková (2012), Kastová (2000) a Vymětal (2003) se shodují, že psychická krize má pozitivní potenciál a dává příležitost k rozvoji osobnosti. To potvrzují i dotazovaní respondenti, kteří, až na jednoho, dokážou na životě s postižením vidět klady a přijmout svůj osud jako výzvu.

Z pěti respondentů většina využila odbornou psychologickou pomoc, ale pouze jeden respondent v ní dokázal nalézt pozitivní prvky. Tento jev může být obecně vysvětlen tak, že ve společnosti stále přetrvávají předsudky vůči profesím psychologa a psychiatra. Dalším vysvětlením může být, že dotazovaní respondenti se opravdu raději svěří blízké osobě než cizímu člověku.

Za limitující faktor bakalářské práce lze považovat příliš rozsáhlý výzkumný soubor, který má jen málo společných znaků. Výzkumný soubor byl natolik široký, aby bylo možné vyvodit platné závěry. Kdyby byl výzkumný soubor specifitější, mohlo dojít k lepší komparaci průběhu psychické krize. Jelikož se jedná o velmi citlivé a osobní téma, které člověk s postižením většinou nechce sdílet s cizím člověkem, velkou výzvou bylo získání důvěry respondentů. Po písemné žádosti, následném setkání, vysvětlení všech okolností ohledně bakalářské práce a získání důvěry jsem teprve mohla přistoupit k jednotlivým rozhovorům.

Výsledky výzkumu poukazují na to, že čtyři z pěti respondentů se dokázali se svým postižením vyrovnat a uzpůsobit mu svůj život. Z rozhovoru s respondentkou 4 se domnívám, že se zcela se svým postižením nevyrovnala a stále v ní přetrvávají pocity

litosti a beznaděje. Výsledky mě utvrdily v tom, že opravdu každý jedinec je individuální bytost, která se liší svým temperamentem, charakterem, mírou frustrační tolerance, rodinným zázemím a okolnostmi, které se váží k jeho postižení. Adaptace je velice individuální záležitost každého jedince. Každý člověk své postižení a míru omezení vnímá odlišným způsobem. Zde souhlasím se Špaténkovou (2004, s. 21), která tvrdí, že „*krize je taková situace, kterou jedinec za krizi považuje.*“

6 Závěr

Téma bakalářské práce se zabývá modelem psychické krize u jedinců se získaným tělesným postižením. Téma je velice zajímavé a jistě najde praktické uplatnění.

Teoretická část se zaměřuje na teoretická východiska, na pojem tělesného postižení, klasifikaci a osobnost jedince s tělesným postižením. Je zde definována typologie, průběh a modely psychické krize podle různých autorů. Dále se zabývá psychickou odolností jedince, jeho obrannými mechanismy a způsoby copingových strategií. Poslední kapitola je věnována neformální i formální psychologické pomoci.

Ve výzkumné části je vymezen cíl práce, výzkumné otázky, použité metody, charakteristika respondentů a samotný výzkum. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem se jedinec po psychické stránce vyrovnává se získaným tělesným postižením a odhalit fáze psychické krize. Součástí výzkumné části jsou analýzy jednotlivých rozhovorů, které vedly k naplnění cíle a výzkumných otázek. Data byla získávána formou narativního rozhovoru, který je charakteristický tím, že respondent sám vypráví svůj životní příběh.

Vzhledem k citlivosti daného tématu byl uplatňován empatický přístup a bylo nezbytné získání důvěry respondentů. Po získání důvěry byla setkání s respondenty příjemná a všichni byli ochotni poskytnout potřebné informace. Rozhovory s respondenty utvrzují v tom, že každý člověk je individuální bytost a každý se s postižením vyrovnával svým vlastním jedinečným způsobem. S určitostí lze poukázat na skutečnost, že u každého respondenta se v určité míře objevila fáze agrese a fáze deprese.

Za obrovský osobní přínos považuji prohloubení teoretických znalostí a aplikování těchto znalostí do praxe. Bylo povzbudivé, když mě respondenti svým vyprávěním „pustili“ do svých životů. Avšak rozhovory s respondenty byly pouze vzhledem do životních příběhů dotazovaných respondentů.

Tato bakalářské práce by mohla sloužit jako vhodný informační materiál pro studenty a pracovníky v pomáhajících profesích a pro rodiny jedinců se získaným tělesným postižením. Dále by mohla být předlohou pro další, širší výzkum, který by

mohl vést ke zkvalitnění služeb, například v oblasti psychoterapie a poradenství pro osoby se získaným postižením.

7 Seznam použitých zdrojů

7.1 Tištěné zdroje

1. HARTL, P., H. HARTLOVÁ a J. MAREŠ. *Psychologický slovník: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-691.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-726-2132-7.
3. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
4. HERMANOVÁ, Kateřina. *Když je záchod nekonečně daleko*. *Psychologie dnes*. 2005, roč. 11, č. 10. ISSN 1212-9607
5. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4329-6.
6. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4730-5.
7. KARÁSKOVÁ, Ivana. *Černobílé příběhy*. 1. vyd. Brno: ERA, 2004. ISBN 9788086517919.
8. KASTOVÁ, V., H. HARTLOVÁ a J. MAREŠ. *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8365-X.

9. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7122-0.
10. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8774-4.
12. KUDLÁČEK, Martin a Ondřej JEŠINA. *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3964-8.
13. MAREŠ, Jiří. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus, 2002. ISBN 80-862-2536-4.
14. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 9788024713625.
15. NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
16. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-731-5120-0.
17. PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

18. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1073-7.
19. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ a kol. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 4. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.
20. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.
21. ŠPATENKOVÁ, N., H. HARTLOVÁ a J. MAREŠ. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0888-4.
22. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206446.
23. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206965.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6202-257.
25. VÁGNEROVÁ, M., Z. HADJ-MOUSSOVÁ a S. ŠTĚCH. *Psychologie handicapu*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
26. VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-731-5134-0.
27. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

28. VYMĚTAL, J., H. HARTLOVÁ a J. MAREŠ. *Lékařská psychologie: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál., 2000. ISBN 80-717-8740-X.
29. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál., 2003. ISBN 80-717-8740-X.
30. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.
31. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-685.

7.2 Internetové zdroje

31. Citace. In: Česká společnost KBT [online]. [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.cskbt.cz/>
32. FAIXOVÁ, Kateřina. *Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2014, roč. 1 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>
34. PEČ, Ondřej. *Psychoterapie u psychóz*. Psychiatrie v praxi [online]. 2009, roč. 2 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>
35. PEŠKA, Ivan. *Jak můžeme pomoci lidem v psychické krizi*. Interní medicína pro praxi [online]. 2004, roč. 3 [cit. 2014-12-15]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/03/08.pdf>

8 Příloha

Žádost o spolupráci

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Kateřina Šmolíková. Jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích oboru Speciální pedagogika – vychovatelství.

Touto cestou se na Vás obracím s prosbou pomoci při psaní mé bakalářské práce. Téma mé bakalářské práce zní *Model psychické krize u jedinců se získaným tělesným postižením*. Podrobněji se zabývám, jak člověk se získaným postižením prožíval tuto náročnou životní situaci.

Všechny údaje, mně sdělené, budou uvedeny v praktické části mé bakalářské práce.

Uvědomuji si, že má prosba může být troufalá, jelikož se jedná o téma velmi osobní, ale opravdu Vás chci ujistit, že informace, které mi budou sděleny, použiji jen k účelům sepsání bakalářské práce.

Naše setkání by mohlo proběhnout pouze jednou a jednalo by se o tzv. narativní rozhovor, kde bych poslouchala váš životní příběh. Po vyprávění bych se doptala připravenými otázkami, které navazují na cíl mé bakalářské práce.

S pozdravem,

Kateřina Šmolíková

Email: smolikova-katerina@seznam.cz