

SOUROZENCI POSTIŽENÉHO DÍTĚTE

Marie Vágnerová

Velmi mnoho bylo řečeno i napsáno o problémech rodičů, kterým se narodí postižené dítě, ale velmi malá pozornost byla věnována sourozencům takového dítěte. Přitom nelze pochybovat o zátěži, kterou tato situace přinese celé rodině, tedy i dalším, zdravým dětem, které v takové rodině žijí. **Rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu, je něčím vyjímečná.** Tato vyjímečnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů. Zdravé dítě může nést stigma rodiny jako svoje vlastní, zvláště tam, kde je veřejné mínění nějak zdůrazňuje.

Sourozenec je stabilní součástí života dítěte. Sdílí s ním značnou část zkušeností a nelze od něj odejít, i kdyby nebyl z nějakého důvodu vyhovující. Dítě s ním žít musí. Pokud je sourozenec něčím vyjímečný, např. je nemocný či postižený, musí si zdravé dítě vypracovat určité strategie, které mu pomohou zvládnout tento vztah přijatelným způsobem. Obyčejně jde o postupné přijetí dominantně-ochranné role.

Sourozenec je pro dítě významný z mnoha hledisek. Jedním z nich je jeho referenční funkce, to znamená, že projevy sourozence slouží jako kritérium, podle něhož je druhé dítě posuzováno a hodnoceno. Pokud je jedno z dětí nějakým způsobem postižené, není takové srovná-

ní možné. **Handicapované dítě je hodnoceno jiným způsobem,** často bývá i více privilegováno, jeho projevy jsou ve větší míře, s ohledem na jeho možnosti, tolerovány apod. Zdravé dítě si dost brzy uvědomí rozdíl v přístupu rodičů a chápe i příčinu odlišnosti rodičovského chování: když je někdo nemocný, tak potřebuje větší ohledy od těch, co jsou zdraví. Taková zkušenost přispívá i k rozvoji ohleduplnosti a k ochotě pomáhat slabším. Na druhé straně může být zátěží relativizace požadavků, k níž zcela logicky dochází. Skutečnost, že se od každého dítěte očekává něco jiného a také je něco jiného považováno za úspěch, může být matoucí, zejména pokud je dítě malé. Může se cítit znevýhodněno a může se mu zdát, že jsou rodiče nespravedliví. (K podobným problémům dochází i v případech, kdy jsou mezi sourozenci větší věkové rozdíly, a mají tudíž i odlišné kompetence.)

Porozumění problému postiženého sourozence je závislé na aktuální vývojové úrovni dítěte. Děti mladšího školního věku akceptují jeho odlišnost stejně realisticky jako cokoliv jiného. Jeho odlišnost je danost a je třeba ji brát takovou, jaká je. Dítě středního školního věku, které se začíná čím dál víc vázat na vrstevnickou skupinu, posuzuje všechny děti – včetně svého sourozence – podle

sebe sama. V této době nabývá na významu potřeba stejnosti, která usnadňuje vzájemné porozumění. Postižené dítě do této kategorie nezapadá, a proto se mohou objevit určité problémy. V době puberty se mění uvažování dospívajících, a v důsledku toho i postoj a hodnocení čehokoliv, včetně ostatních členů rodiny i sebe sama. Pubescent dovede uvažovat hypoteticky, tj. i o tom, co reálně neexistuje, ale nelze vyloučit, že by existovat mohlo. Jeho postoj k handicapu vlastního sourozence se může měnit pod vlivem představy jiných možností. Jeho nejistota, kterou posilují všechny proměny spojené s dospíváním, se může projevat kolísáním vztahu k takovému sourozenci. Výkyvy v postoji k handicapovanému bratrovi nebo sestře bývají obvykle jen dočasné, i když se mohou jevit občas velmi negativně. V průběhu dalšího vývoje dochází ke stabilizaci definitivní vztahové varianty.

Sourozenci bývají soupeři i spojenci, ale postižené dítě nemůže být soupeřem, protože tomu neodpovídají jeho kompetence, a navíc rodiče takový projev zdravého dítěte klasifikují jako špatné chování, jako přestupek. Handicapované dítě nemůže být ani modelem, s nímž by se mladší sourozenec ztotožnil. Je jiné, výjimečné, a proto neposkytuje obvyklou sociální zkušenost. Vytvoření skutečné vztahové symetrie, která je mezi zdravými sourozenci běžná, je v tomto případě většinou těžko dostupné. Děti vědí, že postižený sourozenec musí být ochraňován a nelze se k němu chovat jako ke které-

mukoliv jinému, zdravému dítěti. Takový postoj má však i svoje negativní důsledky: postižený, který potřebuje neustálou pomoc a ohledy, není považován za zcela rovnocenného.

Je obecně známo, že narození postiženého dítěte, resp. jeho závažné onemocnění, nějakým způsobem extremizuje vztahy rodičů k tomuto dítěti. Méně je už známo, že **existence postiženého dítěte v rodině může být příčinou extremizace postojů a očekávání rodičů i ve vztahu ke zdravým potomkům.** V důsledku toho se zvyšuje riziko, že ani k nim nebudou mít rodiče přiměřený vztah a přijatelné nároky.

1. Jednou krajností může být koncentrace pozornosti a zájmu na postižené dítě a odsunutí zdravého sourozence do pozadí. Na oba není dost času ani energie. Rodiče zdravému dítěti nevěnují potřebnou pozornost a očekávají od něho zralejší chování, než by odpovídalo jeho vývojové úrovni. Důvodem není opravdový nezáměr o toto dítě, ale zahlcení problémy postiženého potomka. Tito rodiče si zpravidla vůbec neuvědomují, že by zdravé dítě nějak ochuzovali. Protože je toto dítě z hlediska všech předpokladů v normě, očekávají, že s nimi bude spolupracovat na společném rodinném úkolu: podpoře postiženého sourozence. Rodiče oceňují bezproblémovost, nenáročnost a omezení požadavků zdravého dítěte, jeho ochotu podřídit svoje potřeby ve prospěch postiženého. Někdy mu jednoznačně vymezí i jeho budoucí roli garanta péče o postiženého sourozence.

Rodiče nejsou vždycky dostatečně empatičtí a citliví ve svých představách, jak by měl zdravý sourozenec s postiženým pomáhat, co všechno by měl zvládnout a ve vztahu k němu tolerovat. Zdravé děti nejsou vždycky dostatečně zralé a schopné takové nároky zvládnout, aniž by tím byly samy nějak znevýhodněny. Dítě není na takové vývojové úrovni, aby kladlo na první místo potřeby nemocného. Navíc může mít v určité vývojové fázi ke svému handicapovanému sourozenci ambivalentní vztah, nebo se za něj bude stydět. Rodiče mohou svými požadavky značně zkomplikovat socializaci i rozvoj identity zdravého potomka. Např. tím, že si budou přát, aby zdravý sourozenec bral svého postiženého bratra nebo sestru všude s sebou, a jestliže to neudělá, tak jej hodnotí jako špatného. V chování zdravého dítěte se pak mohou objevovat různé obrany, které vznikly proto, aby mu pomohly zvládnout pro něj obtížně řešitelnou situaci a zachovat si pozitivní sebehodnocení.

Příkladem může být situace 15letého zdravého chlapce, který dostával často na starost svou mentálně a zrakově postiženou 17letou sestru. Rodiče si neuvědomovali, že syn se za její chování stydí a snaží se této povinnosti zbavit. Popřípadě se brání zlehčováním problémů, které ho trápí. V této době se vztahy sourozenců značně zhoršily. Rodiče přičítali vinu jednoznačně zdravému synovi, protože očekávali, že bude mít větší nadhled a bude tolerovat chování mentálně postižené sestry, od níž nelze něco takového očekávat.

Přecenili ovšem zralost adolescenta. Ten je stále ještě zranitelný, zejména v situaci, kdy nemůže sám příliš zasahovat a kde byl ztrapněn a ponížen, protože se nevhodně chovala jeho vlastní sestra (byť postižená a neschopná adekvátního hodnocení situace).

Vědomí odlišnosti rodinné konstelace může nějakým způsobem ovlivnit postoje a chování zdravého dítěte. Mnohdy je to změna pozitivní, např. větší tolerance k lidské rozmanitosti, větší citlivost k potřebám jiných. Avšak někdy se projeví nepříznivě, zdravý jedinec může získat pocit vlastní bezvýznamnosti a z toho vyplývající nejistotu, kterou si přenesení i do jiných sociálních vztahů. Může mít pocit viny za své zdraví a stejně tak mohou být jeho prožitky ambivalentní, protože handicapovanému sourozenci pozornost rodičů závidí. Nedostatek zájmu rodičů může stimulovat obranné mechanismy, např. snahu upoutat pozornost svým chováním (mnohdy i nevhodným). Na druhé straně mnohé děti přijímají rodiči předurčenou roli a usilují o naplnění rodičovských představ. Shoda předpokladů a skutečnosti je uspokojuje, protože potvrzuje platnost určitého řádu a naplňuje tak jejich potřebu jistoty.

Riziko psychického ohrožení zdravých sourozenců postižených dětí potvrzuje i slovenská výzkumná sonda. Rodiče těchto dětí měli sklony k extrémnějšímu hodnocení sourozeneckých vztahů svých dětí. Častěji udávali, že se zdravé dítě chovalo k postiženému sourozenci špatně, žárlilo, vztekalo se a nebo zdůrazňovalo

pocit křivdy. Hůře snášely konkurenci postiženého sourozence dětí, které byly ve srovnání s ním mladší. Rodiče dost často zdůrazňovali nutnost jednostranné pomoci a podpory postiženého potomka všemi členy rodiny, tedy i zdravým dítětem, které muselo v případě potřeby ustoupit. Tito rodiče toho o zdravém dítěti ani příliš mnoho nevěděli, protože jeho problémům nevěnovali dostatečnou pozornost. V takových rodinách byla zřejmá tendence k určitému zanedbávání zdravého dítěte. Šlo však s největší pravděpodobností pouze o důsledek velkého zatížení rodičů péčí o handicapovaného potomka (Prevendárová 1996).

Příkladem může být příběh dobře nadaného, těžce zrakově postiženého chlapce a jeho mladšího, zdravého bratra. Jejich rodiče, zejména otec, se soustředili především na pomoc handicapovanému synovi a mladší dítě bylo po celou dobu svého dětství vždycky až na druhém místě. V tomto případě nešlo jen o míru pozornosti, ale i o způsob hodnocení handicapovaného chlapce. Rodiče velmi rádi a velmi často zdůrazňovali jeho schopnosti, jeho školní úspěšnost, která se stala kompenzačním prostředkem jeho zdravotního handicapu. Mladší chlapec ve škole prospíval jen průměrně a nikdo od něho ani nic jiného neočekával. Rodiče byli spokojeni, že s ním nejsou potíže a že nic zvláštního nevyžaduje. Ve srovnání s ním byly úspěchy staršího syna ještě markantnější. Problémy se objevily až ve středním školním věku, kdy mladší, zdravý syn začal trpět úzkostmi a pocity nejistoty,

které rodina v první fázi bagatelizovala a podle svého zvyku zdůrazňovala kvality jeho staršího bratra, který je sice postižený, ale co všechno navzdory tomu dokáže. Důsledky takového postoje se projeví i po ukončení školní docházky. Mladší syn rezignoval na další studium a vybral si učební obor. Ani zde nenabyl potřebnou sebejistotu a po vyučení střídal zaměstnání. Signifikantní bylo, že se velmi brzy odstěhoval. O své rodině nikdy nemluvil špatně, ale vždycky trpěl skutečností, že byl pro rodiče na druhém místě.

2. Druhou extrémní variantou je koncentrace jednostranného zájmu na zdravé dítě. To může sloužit jako prostředek kompenzace neuspokojení, které rodičům přináší postižený potomek. Dítě se dostává do role toho, kdo by měl rodičům vynahradit strádání a potíže, které mají s postiženým dítětem. I tato situace je charakteristická většími nároky a očekáváním rodičů, které nemusí být přiměřené věku a možnostem dítěte. Takový přístup lze interpretovat jako jeden z možných obranných mechanismů. Podporuje sebevědomí rodičů a usnadňuje jim zvládnutí rodičovské role. Kompenzuje nepříznivé podmínky, které přineslo narození handicapovaného potomka. Jedno výborně prospívající dítě potvrzuje dospělému, že jeho rodičovská kvalita není úplně špatná.

Příkladem takového postoje, zvyšujícího riziko přetížení a vzniku neadekvátních požadavků ke zdravému sourozenci, je rodina 9letého chlapce a jeho mladší, 4leté, mentálně postižené sestry. Rodiče věnují mnoho pozornosti tomuto děvčeti,

ale od syna vyžadují výborný prospěch, protože vědí, že jejich mladší dítě takové očekávání splnit nemůže. V tomto případě je problém v rozporu mezi úrovní požadavků a úrovní péče, resp. pozornosti věnované tomuto dítěti. Chlapec je průměrně nadaný, dobře prospívat by mohl, ale brání se v dané situaci tendencí upouštět pozornost nejrozličnějšími způsoby, velmi často i agresivními projevy, zaměřenými na ostatní děti. Cílem jeho jednání je přitáhnout pozornost dospělých – rodičů i učitele. Mnohdy si sám neumí vysvětlit, proč se takto chová. Uznává, že mu děti nic špatného nedělaly. Ke své sestře má zjevně ambivalentní vztah, ale ví, že k ní rozhodně nesmí projevit nic negativního. Pozitivní a ochranný postoj k tomuto dítěti je pro rodinu nejvyšší hodnotou. Problémem tohoto chlapce se postupně stává prožitek generalizovaného odmítání. Ve škole je odmítání obvykle důsledkem jeho chování, učitelé mají tendenci jej přeradit do jiné školy, a tak se ve třetím roce školní docházky ocitá v třetí škole, kde se opakuje totéž. Rodiče brání svůj výchovný postoj a vinu za selhání jejich syna přičítají jednoznačně jemu.

Specifickou situaci vytváří odchod postiženého dítěte do internátní školy, který významným způsobem mění všechny vztahy v rodině, tedy i vztahy sourozenecké. Dítě, které žije v internátě, postupně přestává být samozřejmou součástí rodiny a stává se spíše hostem. V této situaci má sice mnoho privilegií, které potvrzují jeho vyjimečnost, ale musí žít mimo domov. Zdraví sourozenci zůstávají

doma ve zcela odlišné pozici. Za těchto okolností se cítí opomíjeni spíše ti, kteří žijí v internátě. Umístění do takového typu školy mohou chápat jako další z nespravedlivostí, která je potkala, protože i postižené děti se srovnávají se svými sourozenci, a čím jsou mladší, tím obtížněji chápou důvody těchto rozdílů. Pokud dítě prožije celý školní věk v internátní škole, vztahy mezi sourozenci se rozvíjejí jen minimálně. Obvykle mezi nimi sice nejsou konflikty, ale nemají ani mnoho společných prožitků. Postižené dítě tak symbolicky odchází z rodiny, tj. i ze sourozeneckých vztahů ještě v době svého dětství.

Příkladem může být názor těžce zrakově postižené dívky, prostřední ze tří dětí. V době středního školního věku chápala jako nepravdivost, že ona špatně vidí a ještě musí každou neděli jet do internátu a ostatním nic nechybí a nadto mohou zůstat doma. Domnívala se, že by se o případné nevýhody mohla se sourozenci podělit, aby každý měl nějakou.

Existence postiženého sourozence, která mění rodičovské požadavky, se nemusí projevit jen negativně. Pokud rodiče sice mají větší nároky, ale prezentují je přijatelným způsobem, mohou tak podporovat socializační rozvoj zdravého dítěte. Mohou urychlit dosažení schopnosti převzít zodpovědnost, podpořit větší toleranci a samozřejmost i ochotu pomáhat (Blažek – Olmrová 1988). Zdraví sourozenci se za těchto okolností naučí chápat variabilitu lidských možností a tolerovat odlišné jedince. Handicapovaní lidé jim nebudou na základě jejich zkušenost

připadat příliš zvláštní. Budou si uvědomovat, že takoví lidé byli vždycky součástí lidské společnosti a že je třeba jim pomoci, aby se i oni mohli v mezích svých možností uplatnit. Podobná zkušenost zvyšuje dětskou citlivost, která by za běžných okolností zůstala nerozvinuta, protože by k tomu nebyl žádný viditelný důvod. **Předpokladem k pozitivnímu využití takové zkušenosti je, aby dítě samo nebylo významněji znevýhodněno.** Záleží především na rodičích, jakým způsobem takovou zátěž zvládnou, aby žádné z jejich dětí nebylo přehlíženo, nepřiměřeně zatěžováno a vystavováno nesplnitelným nárokům. Záleží i na tom, jak rodina přijme postižené dítě a co bude jeho existence pro rodinný život znamenat. Z tohoto postoje bude vyplývat jako komplementární reakce i vztah k dalším, zdravým dětem. Potřebnou radu i faktickou pomoc mohou rodině poskytnout speciální pe-

dagogové. Učitel může prospět oběma: svému postiženému žákovi i jeho zdravému sourozenci, který může být za těchto okolností znevýhodněn jinak, psychosociálními důsledky handicapu jednoho člena rodiny.

Literatura:

- BLAŽEK, B. – OLMROVÁ, J.: *Světy postižených*. Praha, Avicenum 1988.
- PREVENDÁROVÁ, J.: *Situácia zdravých súrodencov v rodinách s postihnutým dieťaťom*. *Psychol. a patopsych. dieťaťa*, 1996, XXXI, č. 4, s. 326–332.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha, Karolinum – 1995.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1998.
- VÁGNEROVÁ, M. – HADJ-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. Praha, Karolinum 1994.