

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**ROK: 2007**

**AUTOR : ILONA LÍSKOVCOVÁ**

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Analýza výchovných problémů u klientů střediska výchovné péče  
z hlediska zdravotního, psychologického a sociálního**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jméno autora : Ilona Lískovcová  
Vedoucí práce : Mgr. Milan Habrda

Datum odevzdání práce: 16. 04. 2007

## **Upbringing problems analysis of the upbringing centre's clients from the perspective of health care, psychology care and welfare.**

Performed research was set to the upbringing center's clients analysis. The study has the quantitative character. Subjects of the research were children's and youth's upbringing problems and possibilities of their affection using multilateral care or elimination factors, which causes their development. The object of the research was the set of upbringing center's in České Budějovice clients with the diagnosis of behaviour disorder in period from May to the November in 2006. The ratio of those clients according to sex was 4 : 1 (men : women). I used several methods for the research and confirmation of hypothesis. The most important were the secondary data analysis, the observation, the questionnaire of chosen informants and the conversation with the clients. All collected data provided me with lot of stuff to processing for confirmation or negation of hypothesis and helped to reach the aim of the research.

The aim of the study was the upbringing problems analysis of the upbringing center's clients from the perspective of health care, psychology and welfare, examination of the effectiveness of care and the cooperation of family, view of its economics rear, the culture and the education of parents and those factor's effect on the development of the behaviour disorder. The first hypothesis confirmed, that the interconnection between health care, psychology care and welfare is more effective. The second hypothesis cogitated about probability of negative influences of the family with higher economics rear on the rising of the behaviour disorder. Last hypothesis proved, that higher effectiveness of remedy of behaviour disorder could be supposed by parents with higher economic rear.

It can be claimed lastly, that the aim of the research was achieved. The first hypothesis (the higher effectiveness of versatile care) was confirmed. The second hypothesis was not confirmed. It can't be said, that the higher economics rear has some negative influence over the development of behaviour disorder. At the same time was estimated, that the parents with higher economics rear are capable to cooperate better than the others and the positive change of condition occurred in higher number with these informants. The third hypothesis was confirmed as well. The higher education of

parents, the better is the cooperation with them and well- educated parents have positive influence over the improvement of respondent's behaviour disorder. There is demonstrably higher effectiveness of care in these families. There occurred many interesting findings in the course of the research dealing with a divorce rate, a period of breastfeeding and the select of future occupation. These findings were not a subject of the research and they are mentioned only in the study.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma analýza výchovných problémů u klientů střediska výchovné péče z hlediska zdravotního, psychologického a sociálního vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 26. 02. 2007

Ilona Lískovcová

Podpis studenta

## Obsah

Úvod .....	7
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>8</b>
<i>1.1 Vývoj péče .....</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Speciální pedagogika .....</i>	<i>14</i>
<i>1.3 Etopedie .....</i>	<i>16</i>
<i>1.4 Pedagogika a sociální pedagogika .....</i>	<i>19</i>
<i>1.5 Chování a sociální chování .....</i>	<i>21</i>
<i>1.6 Poruchy chování .....</i>	<i>22</i>
<i>1.6.1 Patogenní činitelé .....</i>	<i>23</i>
<i>1.6.2 Klasifikace dle MKN-10 .....</i>	<i>24</i>
<i>1.6.3 Konkrétní projevy problémového chování .....</i>	<i>33</i>
<i>1.7 Charakteristika dítěte s problémovým chováním .....</i>	<i>37</i>
<i>1.7.1 Sebevražednost u dětí a mládeže .....</i>	<i>38</i>
<i>1.8 Osobnostní charakteristiky speciálního pedagoga – etopeda .....</i>	<i>39</i>
<i>1.9 Speciálně pedagogická diagnostika etopedická .....</i>	<i>41</i>

<i>1.9.1 Reeducace, resocializace a terapeutické metody</i> .....	45
<i>1.9.2 Instituce pečující o jedince s poruchami chování</i> .....	45
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	53
<b>3. Metodika</b> .....	55
<b>4. Výsledky</b> .....	60
<b>5. Diskuse</b> .....	73
<b>6. Závěr</b> .....	103
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	108
<b>8. Klíčová slova</b> .....	119
<b>9. Přílohy</b> .....	120

## Úvod

Během studia jsem se seznámila s řadou institucí zajišťujících depistáž, diagnostiku, reedukaci a resocializaci obtížně vychovatelných, delikventních dětí a mládeže. Práce s těmito jedinci, mě velmi zaujala a to nejen z profesního hlediska, ale i z pohledu ženy – matky. Sama jsem matkou dvou dětí v období mladé dospělosti a pubescence. Při rozhodování, jaké téma práce si vyberu, jsem přemýšlela o těchto setkáních s jedinci, kteří nejsou ochotni respektovat morální zásady, tradice a právní normy. Následkem svých názorů a postojů se často ocitají mimo zákon a jsou umístováni ve speciálních výchovných zařízeních, kde s nimi pracuje tým specialistů. Domnívala jsem se, že takováto práce může pomoci mě i ostatním rodičům v pochopení této problematiky a zamyšlení se nad výchovou vlastních dětí. Výchově mladé generace se věnuje velká pozornost a patří stále k aktuálním otázkám života. Právě z těchto důvodů jsem prostudovala tuto problematiku z několika stránek. Preventivní výchovná péče pomocí terapeutických a výchovných prostředků chce dosáhnou jejich reedukace, resocializace a pomoci jim nalézt životní cíl a jistotu.

*Cílem práce byla analýza výchovných problémů u klientů střediska výchovné péče z hlediska zdravotního, psychologického a sociálního, posouzení efektivity péče a spolupráce rodiny, pohled na ekonomické zázemím rodiny, vzdělanost rodičů a vliv těchto veličin na rozvoj poruch chování. Zajímalo mne, zda propojení zdravotní, psychologické a sociální péče o klienta je efektivnější, než jednostranná péče o jedince s poruchou chování.*

*V první hypotéze jsem tvrdila, že právě propojení péče je efektivnější, neboť péče o jedince po stránce bio-psycho-sociální musí vést k rychlejší nápravě poruchy chování.*

*Ve druhé hypotéze jsem uvažovala o pravděpodobnosti negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím, tím mnohdy vyšším pracovním vytížením rodičů, na vznik poruch chování u klientů střediska. Domnívám se, že vyšší ekonomické zázemí na děti působí negativně a pracovním vytížením rodiče nemají dostatek času na výchovu svých dětí. Děti z rodin s dobrými finančními poměry si mohou více věcí dovolit,*



nejsou finančně limitováni a to může mít negativní vliv na rozvoj jejich osobnosti, na vztahy mezi vrstevníky a na utváření jejich hodnotového systému.

V *poslední hypotéze* jsem chtěla dokázat, že vyšší efektivitu nápravy poruch chování lze předpokládat u dětí rodičů s vyšším vzděláním. K této domněnce mě vedl fakt, že vzdělanější rodiče mají větší zájem o nápravu svých potomků. Pohybují se v běžné společnosti a chtějí, aby jejich děti žily běžný život a nesklouzly na okraj společnosti. Dle toho usuzuji, že vzdělaní rodiče budou lépe spolupracovat a dojde k vyšší efektivitě nápravy poruch.

Pro výzkum a předpokládané potvrzení hypotéz jsem použila sekundární analýzu dat, pozorování, dotazník u vybraných respondentů, rozhovor s klienty a pracovníky střediska výchovné péče. Jednalo se tedy o kvantitativní výzkum. Výzkum byl prováděn od května do listopadu roku 2006 na souboru vybraných klientů s poruchami chování Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích. Výzkumu se celkem zúčastnilo 93 respondentů, 18 dívek a 75 chlapců. Všechna sebraná data mi poskytla mnoho materiálu ke zpracování. Výsledky práce by mohly zajímat nejen odborníky, ale i laickou veřejnost, tedy rodiče dětí s poruchami chování. Mojí snahou bylo, aby si uvědomili, jak s takovýmto dítětem či mladistvím pracovat, co a jak mohou sami ovlivnit či změnit. Během výzkumu jsem se dotkla i s řady jiných podnětů, které by stály za další a podrobnější prostudování.

## **1. Současný stav**

V současnosti se určité nedostatky v chování dětí přehlížejí, je uplatňována liberální výchova, volná výchova, často se objevuje diktát dětí. Děti například rozhodují o chodu rodiny, vybírají si v jídlu a chtějí pouze značkové oblečení. Dále se setkáváme s nedostatky v citové a morální výchově, nesoulady v rodinách, vysokou rozvodovostí, záškoláctvím, šikanou a s mnoha dalšími faktory, které ovlivňujícími rozvoj odchylek v chování. Příznaky odchylek v chování se projevují již v předškolním věku a právě přehlížení a nenáležitě působení může odchylky v chování zbytečně nadměrně rozvinout. Podle policejních statistik, z dlouhodobého hlediska, vzrůstá podíl dětí

i mladistvých na trestné činnosti. Dlouhodobým trendem trestné činnosti mládeže je zvyšující se brutalita a kvalifikovanost páchání prakticky všech druhů trestné činnosti. Jsou používány stále rafinovanější formy k jejímu zakrývání. Kriminalita dětí a mládeže je obecně považována za jeden z nejzávažnějších sociálně-patologických jevů (45).

Společnost se snaží o řešení tohoto problému, vyhlašuje různé programy na podporu aktivit v oblasti prevence společensky nežádoucích jevů dětí a mládeže a podporuje rozvoj preventivních a poradenských institucí (34). Eliminace sociálních příčin je předmětem širokého pojetí sociální politiky. Sociální prevence se orientuje na pachatele a omezení příležitostí k páchání trestné činnosti. Jsou podporovány projekty k prevenci kriminality mládeže. Preventivní politika se zaměřuje na eliminaci kriminogenních faktorů a rizikových jevů a na pomoc obětem trestných činů (33).

Výchovou, převýchovou, vzděláním a pracovní přípravou tzv. mravně narušených jedinců se zabývá etopedie. Její význam spočívá ve snaze o začlenění těchto jedinců do společnosti. Jednou ze součástí sítě institucí preventivně výchovné péče, které nahrazují i některé funkce rodiny, jsou střediska výchovné péče pro děti a mládež. Ta poskytují všestrannou preventivní výchovnou péči o děti a mládež s negativními jevy chování, pokud ještě nenastal důvod pro výkon ústavní či ochranné výchovy.

### ***1.1 Vývoj péče.***

Postavení sociálně patologického jedince ve společnosti i vztah společnosti k němu se v každém historickém období vyvíjel spolu s vývojem vědomí, myšlení a politiky dané společností. Během vývoje byly uplatňovány různé metody a formy péče o sociálně narušené jedince. Dvojí pohled je i na trest. Trest je používán jako nástroj represe a nebo jako výchovný prostředek (50). Péče o mravně narušené, etopedická péče, byla zahájena daleko později než péče u jedinců s jiným postižením.

Na samém počátku docházelo u takovýchto jedinců k *represi*, ve smyslu likvidace, a poté k segregaci. Represivní metody byly ve vztahu k jedincům s různými problémy uplatňovány od prvobytně pospolné společnosti až po období raného kapitalismu. *Segregace* je vyloučení jedinců s asociálním či antisociálním chováním ze

společnosti, tedy vyhnanství. Likvidace znamená usmrcení defektního jedince. Používalo se hlavně bití a jiné tělesné tresty. Trest zde fungoval jako nástroj represe.

Od patnáctého století začíná *etapa rehabilitace*, kdy jsou mravně narušení jedinci zapojováni do pracovního procesu, na člověka se začíná pohlížet jako na pracovní sílu, z důvodu získat z něj co největší zisk (50). Vznikají dobrovolné spolky, objevují se první reformátoři a také první nárysy pedagogické a výchovné práce. Metoda rehabilitace je charakterizována snahou o výchovu a převýchovu jedince a jeho integrace. Obecně jde o obnovení původního stavu a souhrn činností zaměřených na zmírnění handicapu. V tomto smyslu je používána dodnes. Spočívá především v úpravě společenských vztahů, optimálním pracovním zařazení jedince a ve snaze o jeho sociální adaptaci (51).

Součástí rehabilitace je reedukace. Jedná se o soubor speciálních pedagogických metod, které své působení zaměřují na defektní orgán, rozvíjejí a upravují porušené funkce jedince v oblasti postižení. V etopedii je reedukace zaměřena na odstranění negativních vlivů a jevů v životě sociálně patologických jedinců. Zabývá se nejen osobností jedince, ale i snahou odstranit negativní motivace a podněty vedoucí k poruchám chování. Dále se podílí na vytváření nového hodnotového systému, který by byl v dané společnosti akceptovatelný. Důležité je, aby tento systém byl jedincem přijat.

V etopedii je dále používána kompence a to převážně v případech, kdy byla neúspěšná reedukace, nebo jí nebylo možné použít vzhledem k závažnosti poruchy. Z hlediska etopedie se kompenzace skládá z několika základních činností. Jedná se o náhradu patologického prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal, jiným vhodným výchovným prostředím. Životem v kolektivu se snaží odstranit citového strádání nebo nedostatku citových vazeb a také je snaha o změnu negativní, patologické činnosti v činnost prospěšnou, jak pro narušeného jedince, tak i pro společnost. Rozvoj náhradních funkcí má pozitivní vliv na jedince, neboť ho vede k samostatnosti a zlepšování výkonu (51). Bez úspěšné kompenzace není v podstatě možná úspěšná převýchova.

V současné době probíhá *etapa prevence*. Vychází se z předpokladu, že je lepší zabránit a předejít vzniku defektu či narušení jedince, než ho následně odstraňovat a léčit. Součástí prevence je poradenská činnost, která by měla včas podchytit a diagnostikovat možnost vzniku poruch chování (50). Nejdůležitější je snaha o zlepšení podmínek člověka s postižením v rodině i ve společnosti. Výchova dětí po všech stránkách, vliv školní výchovy, dobrá škola a působení učitele na každého žáka s přihlédnutím k jeho individuálním odlišnostem ušetří peníze za terapii, pobyty v ústavech a nápravných zařízeních.

V péči o jedince s poruchami chování se pomalu ustupovalo od tělesných trestů a tvrdé represe. Z ekonomických a pedagogických důvodů vyvstával problém, jak zaměstnat chudé a obtížně vychovatelné děti. V roce 1784 byla tedy pro tyto děti založena průmyslová škola v Göttingenu (40). V roce 1816 je otevřena vychovatelná v Overdyku (20).

V historickém pohledu proběhlo několik etap ve vývoji péče o jedince s poruchami chování, tzv. výchovných systémů.

- Tradiční systémy:

- *Filadelfský systém* – je systém malých cel, byl založen na úplné izolaci chovance v samostatné cele, kde měl sebekriticky hodnotit situaci. První takové vězení vzniklo ve Filadelfii 1829, pak v Kanadě a Anglii.

- *Augburnský systém* – je systém, kde chovanci přes den pracovali společně a tím vznikla možnost hromadného výchovného působení. V noci byli v malých celách. První ústav byl založen roku 1832 ve státě New York.

- *Lensburský systém* – kde byl výchovný princip založen na splnění postupných cílů hierarchicky upořádaných. Poprvé se zde přihlíží k pedagogickým a psychologickým aspektům, důvěřuje se v člověka. První ústav vznikl ve Švýcarsku roku 1855.

- Rodinné systémy:

- koncem 18. století Johann H. Pestalozzi zakládal domovy pro chudé, ponížené, postižené a bezejmenné děti a nahrazoval jim rodinu. Tvrdil, že výchova odkryje zárodky dobra (50). Jeho metody a postupy při výchově mají svou platnost i dnes. Pokračovatelem Pestalozziho se stal Christian H. Zeller, který otevřel v zámku Beuggen

v Bádensku výchovný dům, tzv. Dům záchrany (40). Počátkem 19. stol. se začal projevovat zvýšený zájem řešit péči o narušené děti a mladistvé. Vzniká mnoho zařízení a ústavů tohoto druhu s názvem výchovna či vychovatelna. V Německu Johann H. Wichern rozpracoval teorii přijetí mladistvých s poruchami chování v širším výchovném společenství a chtěl, aby ve výchovných domech při pedagogickém působení tvořila škola, rodina a práce organickou jednotu (40). Myšlenku postupné metody ve výchově a výchovu žáka žákem propagoval „apoštol opuštěné a zanedbávané mládeže“ Giovanni Bosco, který byl odpůrcem tělesných trestů a prosazoval osvětovou činnost ve výchově a převýchově.

- Systémy s vnitřní sociální strukturou:

- zde byla propagována samospráva umístěných jedinců. Nejvýznamnější odborník byl Anton Semjonovič Makarenko, tzv. „revolucionář v pedagogice“, který se zabýval všestranným výzkumem v praxi se sociálně narušenou mládeží. Experimentoval v praxi, vybudoval originální pedagogickou koncepci a teorii kolektivní výchovy (20). V roce 1920 vybudoval kolonii pro mladistvé provinilce, kde při výchovné práci uplatňoval principy humanismu, pedagogického optimismu a samosprávy kolektivu. V USA založil Wiliam Georg první „Republiku mladých provinilců“ ve věku 14 až 25 let, kterou řídila samospráva chovanců. Pobývali zde chlapci i dívky, což bylo na tu dobu velmi odvážné, a nebyli dotováni státem (50).

V českých zemích byly také zaznamenány snahy o řešení poruch chování. Zpočátku převažovala péče charitativní, později se zdůrazňovala nutnost výchovy a speciálního přístupu, již v 17. století Jan Ámos Komenský poukazuje na to, že všechny děti mají právo se vzdělávat, tedy i postižené. Již v roce 1839 v Praze fungovala Vychovatelna Jednoty pro blaho mladistvých káránců - Dobrý pastýř (50). Ve čtyřicátých letech 19. století vznikají první převýchovné spolky. M. Riegrová – Palacká založila roku 1841 „Spolek pro blaho nuzných dívek“ v Praze a spolek paní sv. Ludmily. 1847 vznikl v Brně „Moravsko – slezský ochranný spolek“ (50). V Brně také zahájila činnost Ochránovna pro zpustlou mládež v roce 1848 (25). V Praze Libni byla otevřena roku 1883 Vychovatelna pro obtížně vychovatelné jedince. Na založení se podílel Josef Šauer z Augenburgu, byl i prvním inspektorem, a Vojtěch Náprstek, který

v Praze založil „Americký klub dam“ s úkolem všestranné péče o mládež a osiřelé dívky. Zde byly učiněny první pokusy o diagnostikování a o vyšetřování mladistvých, kteří byli po propuštění nadále sledováni. Prvním ředitelem libeňské vychovatelny a pak vychovatelny v Říčanech, otevřené roku 1884, byl Leopold Pek. Vychovatelna Říčanech, zvaná Olivovna, byla pro děti od 6 do 10 let, jako venkovský výchovný ústav z nadace manželů Olivových. V druhé polovině 19. století se začaly zřizovat pro morálně narušenou mládež ochrannovny a polepšovny.

Ochrannovna byl termín pro sociálně výchovné instituce, kam byly umísťovány děti osiřelé, opuštěné, žebrající, ale i zpustlé a mravně narušené, zčásti se překrývaly s polepšovny, do kterých se mohla dostat mládež zanedbaná, mravně vadná, ale i zločinná. V Rakousku – Uhersku upravil vybudování polepšoven a současně zakládání donucovacích pracoven zákon č.106 z roku 1885.

V Čechách vznikla první polepšovna pro chlapce i pro děvčata v Opatovicích nad Labem, Králíkách a Kostomlatech pod Milešovkou. Ředitelem odborné školy pokračovací při zemské vychovatelně v Opatovicích nad Labem byl Alois Zikmund. Ten se soustředil na výchovu a sledování péče o mládež sociálně narušenou a užíval pro ni název „mládež mravně vadná“.

Polepšovna byla pro mladistvé do 18 let za přestupek či přečin a pro další mladistvé, od 14 do 18 let, kteří by byli v dospělosti pravděpodobně zařazeni do donucovacích pracoven. Polepšovny pečovaly i o děti mladší 14 let, pokud se dopustily takových činů, jež se u dospělých trestaly jako zločiny. Postupně bylo přijetí upravováno změnami právních norem, rozhodovaly o něm soudní instituce, věková hranice propuštění nebyla nejprve určena, pak byla stanovena do 18 let. Úkolem polepšoven byla výchova chovanců, zejména výchova mravní, výcvik v zaměstnání a pracovních dovednostech. Byly rozděleny podle věku, pohlaví a národnosti. Počáteční záměry v péči o provinilé děti a mladistvé, jež byly na svou dobu pokrokové, se později staly hrozbou pro umístěnou mládež (20).

V roce 1920 byl Josef Zeman jmenován ústředním inspektorem pro úchylnou mládež a zasloužil se o rozvoj speciálního školství. Spolu s Karlem Herfortem začínají vydávat odborný časopis „Úchylná mládež“ (1925 – 1944). Zákon z roku 1931 stanovil,

že polepšovny budou určeny pro mladistvé, kteří byli odsouzeni k trestu ve vězení trvající déle než 6 měsíců. Od roku 1948 byly zavedeny dětské domovy se zvýšenou výchovnou péčí pro děti od 9 do 14-15 let a domovy mládeže pro převýchovu 15-18 let a školský zákon o jednotné škole zahrnul všechny školy pro postižené žáky do jednotného školského systému.

Od roku 1990 začínají vznikat soukromá speciální výchovná a vzdělávací zařízení. Původně byla problematika poruch chování zahrnuta v oboru psychopedie. Pro značnou rozdílnost problematiky osob s mentální retardací a osob mravně narušených došlo v roce 1969 k vyčlenění etopedie z psychopedie (25). Od počátku utváření tohoto vědního oboru se etopedie do značné míry překrývala s oborem léčebná pedagogika, která byla definována jako obor zaměřený na problematiku výchovně léčebné práce se sociálně nepřizpůsobivými a emocionálně narušenými dětmi. V osmdesátých letech došlo k terminologickému sjednocení. Mluvíme o obtížné vychovatelnosti, sociálně patologických jevech a poruchách chování. V roce 1977 je vydán Defektologický slovník, který byl podkladem pro vytvoření slovníku etopedického, pod názvem Speciálně pedagogická terminologie etopedická, autorů Pohunkové a Vocilky (63). V roce 1989 položil Kuja základy etopedické terminologie (24).

## ***1.2 Speciální pedagogika***

Speciální pedagogika je jednou z oblastí pedagogiky, kam spadá i sociální pedagogika, která se zabývá výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny lidí (53). Pomáhá rodinám s problémovými dětmi, rizikovým skupinám ohroženým závislostí, jedincům propuštěným z vazby a dalším. Speciální pedagogika má speciální úkoly a speciální cíle. Jedná se o humanitní vědu zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s různým postižením tělesným, smyslovým, duševním či jedinců s poruchami chování, tedy se zdravotně a společensky znevýhodněnými (postiženými) osobami dětského i dospělého věku.

Předmětem speciální pedagogiky jsou jedinci postižení defektem a jeho společenskými důsledky. Podle rozsahu a hloubky defektu se řídí metody a cíle

speciální pedagogiky, tedy výchovy a vzdělávání. Speciální pedagogika má své zvláštní, speciální metody zkoumání, diagnostiky a přístupy. Má svůj odlišný předmět péče, své specifické úkoly a cíle. Dále má speciální vzdělávací a výchovná zařízení a je zde i specifická příprava odborných pracovníků, tedy učitelů, vychovatelů a terapeutů.

Speciální výchova se zaměřuje na potlačení nebo odstranění příčin a důsledků defektivity a na formování osobnosti člověka. Základní myšlenkou speciálně pedagogického přístupu je rozvoj narušené funkce či složky osobnosti, zahájení kvalifikované péče v optimálním období života jedince, odstranění nebo kompenzování důsledků postižení, umožnění odpovídajícího způsobu vzdělávání a systému péče (**51**). Hlavním cílem je vypracování společenských návyků, dovedností, souborů vědomostí a znalostí. Jde o záměrné vytváření nejvýše možných rozumových, etických, estetických nebo morálních kvalit člověka a hlavně o pracovní, osobní a společenské uplatnění. Tímto se jedinec stává nezávislým, samostatným a dokáže se vyrovnat se svou vadou. Chce se takto dosáhnout co nejvyššího a nejvšestrannějšího rozvoje jedince s handicapem, jeho **integrace**, včasného a vhodného zapojení do společnosti a **adaptace**, přizpůsobení se prostředí. Není-li možná adaptace, je tu **utilita**. Utilita je sociální upotřebitelnost, zařaditelnost jedince s omezenými možnostmi, při vedení. Jedinec se může zapojit do společnosti pouze za dohledu a řízení jiných osob, může pracovat v chráněných dílnách. Pokud se nepodaří žádný z předchozích stupňů socializace, mluvíme o **inferioritě**, nesamostatnosti či sociální nezařaditelnosti (**51**).

Podle příčin defektivity se speciální pedagogika členění na:

- etopedii, zabývající se sociálně narušenými dětmi, dětmi obtížně vychovatelnými zejména v mravní sféře, s poruchami chování
- psychopedii, speciální pedagogika osob mentálně postižených
- somatopedie, pedagogika osob tělesně a zdravotně postižených, nemocných a oslabených
- oftalmopedie, tyflopédie, péče o zrakově postižené
- logopedie, pedagogika osob s narušenou komunikační schopností
- surdopedie, speciální pedagogika osob sluchově postižených (**39**).



### ***1.3 Etopedie***

Vědní obor etopedie se vyděluje jako relativně samostatný obor speciální pedagogiky. Zkoumá morální formování osobnosti mravně narušeného jedince v obecné rovině, etiologii vzniku mravní narušenosti, otázky prevence a profylaxe, determinologické otázky oboru a jednotlivé převýchovné instituce. Etopedie je tedy neoddělitelnou součástí speciální pedagogiky. Je to nejmladší pedie speciální pedagogiky. K vyčlenění etopedie z psychopedie došlo až v roce 1969, pro značnou rozdílnost problematiky osob mentálně retardovaných a osob mravně narušených (24). Také celá síť etopedických zařízení byla natolik odlišná, že vyžadovala specifické přístupy a urychlila tak osamocení etopedie. Etopedie je nauka zabývající se výchovou, vzděláním a výzkumem sociálně narušené mládeže – obtížně vychovatelné. Étos je mravní základ, charakter, charakternost či morálka (38). Podle Vocilky se etopedie zabývá výchovou, převýchovou, vzděláváním a pracovní přípravou mravně narušených jedinců (63).

Cílem péče jsou jedinci a skupiny, kteří se vymykají přiměřenému chování dané věkové a sociokulturní skupiny. Jde o takové projevy obtížné vychovatelnosti, které jsou zapříčiněny sociální či výchovnou narušeností nebo výchovnou zanedbaností. Snaha etopeda je začlenění těchto jedinců do společnosti. Výchova má charakter převážně pedagogický, ale vyžaduje spolupráci dalších oborů. Etopedie používá speciální metody převýchovy, speciální didaktické postupy a psychoterapeutické ovlivňování jedince. Úkolem etopeda je vyhledat jedince s poruchou chování, který má problém, přemístit ho do vyhovujících podmínek, diagnostikovat ho, navozovat u něj žádoucí návyky, přizpůsobovat ho k životu v ústavní péči, vzdělávat ho, motivovat, začleňovat ho do mimoškolní činnosti a nabízet adekvátní pracovní uplatnění (20).

Význam etopedie spočívá v tom, že chrání společnost před sociálně narušenými jedinci, snaží se o jejich socializaci a reedukaci. Speciální pedagog řeší situace postižených osob pomocí řady vědních oblastí. Každá z těchto oblastí je unikátní svým přístupem k postiženým a to se odráží ve specifčnosti diagnostických přístupů a výsledcích diagnóz.

Existuje několik přístupů péče.

- *Medicínský přístup* vychází z biologicko-organických změn nebo funkčních příčin, což vede k medicínsky orientované péči. Cílem je překonání a léčba postižení.
- *Přístup psychologický* je zaměřen na sledování chování, studuje vnější projevy a psychické jevy v organismu.
- *Sociologický, sociálně patologický přístup a antropologický* respektuje identitu a jedinečnost postižených. Má základ sociální povahy. Otázkou je socializace a diskriminace podmíněná postižením. Zabývá se skupinovým chováním, sociálními institucemi, meziskupinovými vztahy. Výchovný přístup sleduje rozdíly ve schématech výchovně vzdělávacích služeb, hodnotí, zda se jedinci chovají podle zavedených schémat, zda splňují výchovná očekávání a požadavky. Podle druhu postižení vyžadují jednotlivci zcela specifické formy výchovy, vzdělání a přístup k jejich socializaci. V současném školském systému nabízí kurikulum všem žákům výuku podle jejich vzdělávacích potřeb (25).

Etopedie je multidisciplinární věda, vychází ze všech věd, zabývajících se člověkem. Objektem péče je člověk. Vychází z vědy lékařské a z filosofie, která ovlivňuje postoje společnosti k člověku, stojícího mimo normu, nahlíží na koncepci života, světa a čerpá z humanistické filosofie, kde se věří v možnost převýchovy člověka. Spolupracuje s vývojovou psychologií, která specifikuje zvláštnosti ve vývojových obdobích, určuje požadavky na normální vývoj. Pedagogická psychologie určuje normy vztahů ve výchovně vzdělávacím procesu. Sociální psychologie studuje sociální procesy a určuje normálnost v sociální interakci. Psychopatologie sleduje všeobecné příčiny duševních poruch a projevů těchto poruch. Patopsychologie určuje hraniční stavy mezi normalitou a patologií. Analyzuje psychické jevy, mající podíl na vzniku nedostatků, tedy na příčině vzniku etopedického problému. Axiologie se zabývá problémy hodnot a vztahu jedince k hodnotovému systému. Etika, jako jedna z nejstarších věd, zkoumá morálku. Sleduje historický vývoj lidské mravnosti. Sociologie je věda o zákonitostech a fungování sociálních systémů. Právních vědy mají význam normativní, určují způsoby převýchovné péče. Kriminologie zkoumá stav

a příčiny trestné činnosti, zabývá se metodami zkoumání kriminality jako společenského jevu a dále způsoby a prostředky předcházení trestné činnosti (24). Penologie je nauka o výkonu trestu a úlohách v boji proti kriminalitě. Poměrně malá spolupráce je i s genetikou. Hlavní spolupráce je s pedagogikou (25).

Základní metody etopedické péče v zařízeních pro reedukaci jsou převýchova, systémem odměn a trestů, zpevňování kladných a žádoucích návyků, pracovní převýchova, získávání pracovních návyků a dovedností, rekvalifikace a kvalifikace, psychoterapie a práce s psychoterapeutickými komunitami. Převýchovný proces je realizován po stránce etopedické, léčebné a sociální. Etopedická péče je zajišťována ve speciálních školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, v preventivní péči a ve věznicích pro výkon trestu odnětí svobody. Léčebnou péči zajišťuje resort zdravotnictví v léčebnách, poradnách a prostřednictvím terapeutických komunit. Na úseku sociální péče poskytuje poradenskou pomoc sociální pracovníce, kurátoři, streetworkers, centrum sociální prevence a pobytové terapeutické komunity.

V etopedické péči se zaměřujeme na osoby s disociálním chováním, asociálním chováním a antisociálním chováním. Z hlediska věku jde o dětskou prekriminalitu, juvenilní delikvenci mladistvých, kriminalitu dospívajících a dospělých nad 18 let. Krizovým obdobím z hlediska vzniku poruch chování vstup do základní školy a puberta. Vznik poruchy souvisí s velkými městy, kde je větší anonymita. Činy dětí ve věku 6-15 let se vyznačují skupinovostí, nepřipraveností, nepromyšleností a spontánností. Většinou se jedná o prvopachatele. Začínají se vyskytovat i taková jednání, která by ve vyšší věkové kategorii byla posuzována jako trestný čin. Narůstá brutality a toxikomanie. Ve věku 15-18 let se formují rysy osobnosti, probíhají sociální změny a jedince silně ovlivňují vrstevníci. Činy se blíží kriminalitě dospělých, často se objevuje recidiva, opilství, výtržnictví, neoprávněné užívání motorového vozidla, rozkrádání, trestné činy v souvislosti s toxikomanií, gamblerství a prostituce. Většinou se jedná o osoby s ukončenou povinnou docházkou, ale bez kvalifikace nebo dělnické profese. Kategorie dospělých nad 18 let se vyznačuje rozsáhlou trestnou činností a častostí recidiv. Na mladé dospělé, 18 až 24 let, by se mělo ještě působit speciálně pedagogicky a ne jen represivně. Cílem etopedické péče jsou všichni jedinci a skupiny

s poruchami chování, které se vyskytují i u nemocných a zdravotně postižených, mentálně retardovaných, neurotiků, psychoticky nemocných, u jedinců s poruchou příjmu potravy, s LMD, u závislých, u deprivovaných a dětí trpících CAN, u emigrantů, lidí z odlišného sociokulturního prostředí, u jedinců ze sekt, nezaměstnaných, bezdomovců, jedinců ve vazbě, trestaných a propuštěných z výkonu trestu, u kterých se více vyskytuje disociální, asociální a antisociální chování (20). Žádoucím výsledkem výchovy je rozvinutá harmonická osobnost. Tohoto ideálu však velká část dětí nedosahuje. U významného procenta dětí a mládeže dochází k problémovému vývoji chování a osobnosti pod vlivem mnoha různých faktorů. Vědy o výchově musí hledat cesty, jak účinněji pracovat s psychickými předpoklady a osobností dítěte, aby dosahovaly dobré adaptace a úspěšnosti v životě. Pojem problémové děti pouze vymezuje určitou skupinu dětí, neříká však nic o podstatě problémovosti. Z psychologického hlediska tvoří problémové děti různorodou skupinu (39).

#### ***1. 4 Pedagogika a sociální pedagogika***

Pedagogika je věda zabývající se vzděláváním a výchovou ve společnosti, vzděláváním mimo školské instituce, vzděláváním dospělých, tedy vším tím, co vytváří nějaké edukační prostředí. Je to věda o člověku v situaci výchovy. Výchova je proces, ve kterém si člověk vytváří aktivní vztah ke světu. Souhrn teorií vyučování se nazývá didaktika. Základní pedagogické kategorie jsou výchova, vzdělání, vyučování a sociologie výchovy. Moderní pedagogika využívá vědecký výzkum jako zdroj objektivního poznání a neomezuje se jen na školské prostředí. Termín pedagogika pochází z antického Řecka, kde byl slovem paidagógos nazýván otrok, který pečoval o syna svého pána a doprovázel ho na cvičení a do školy (43).

Výchova je základní kategorie. Jde o cílevědomé rozvíjení osobnosti, sociální skupiny a jejich vztahů ke světu pomocí vnějších i vnitřních faktorů. Je to proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji v souladu s individuálními dispozicemi. Výchova by měla být systematická,

záměrná, komplexní a cílená. Cíle jsou blízké, střednědobé a vzdálené. Rozlišujeme tři výchovné procesy. Za prvé *integraci*, kde jsou naučené formy chování zpevňovány zvenku. Druhý proces je *adaptace*, zde převažují vnitřní podněty. Jedinec má vlastní názor, vnitřně jej zpevňuje a přizpůsobuje se prostředí. Třetím procesem je *distribuce*. To je moment, kdy se mění role, kdy z vychovávaného se stává vychovatel. Výchova je v raném dětství rodinná, ta uvádí dítě do života společnosti, umožňuje mu získat základní orientaci v daném kulturním prostředí a poznávat společenské mravní hodnoty. Školní vzdělávání je záměrná a nejvýznamnější aktivita zprostředkovaná vzdělávacími institucemi a průběžná výchova je zprostředkována působením prostředků hromadné komunikace a sociálními interakcemi. Má být dlouhodobá a jedná se o sebevzdělávací aktivitu. Cílem vzdělávání je celistvý rozvoj osobnosti. Vzdělání je výsledek procesu vzdělávání, procesu osvojování si poznatků. Vyučování je hlavní prostředek výchovy a vzdělávání. Jedná se o komplexní didaktickou kategorii, která zahrnuje cíl, obsah, metody, organizační formy, způsoby řízení a komunikaci ve vyučování.

**Sociální pedagogika** se zajímá o práva dítěte, sociální patologie, negativní vlivy a projevy dítěte. Dítě jako každá lidská bytost má svou hodnotu, důstojnost a základní práva, navíc vzhledem ke svému tělesnému a duševnímu vývoji, bezbrannosti a zranitelnosti potřebuje zvláštní péči, pomoc, porozumění, lásku a ochranu (55). Sociologie výchovy zkoumá společenské podmíněnosti edukace, vliv komunity na školu a výchovu, vliv výchovy a vzdělávání na společnost a vliv na pracovní zapojení občanů. Sleduje sociální jevy a procesy, k nimž dochází v průběhu edukace. Zkoumá socializaci a status učitelské profese. Hlavním činitelem ve výchově dětí je sociální prostředí. Rodina je primární socializační skupina se svými bohatými a intimními citovými vztahy. Děti ovlivňuje škola a další instituce, jako jsou domovy dětí a mládeže, hromadné sdělovací prostředky, delikventní a drogová subkultura, sekty, vrstevnické skupiny a extremistické skupiny - sociální patologie. Pojem sociální patologie je shrnující pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí hromadné jevy, které jsou společensky nebezpečné a jsou to negativně sankcionované formy deviantního chování. Od přelomu 20. století byly mezi sociální patologie zařazeny tyto fenomény: kriminalita, sebevražednost, alkoholismus, sexuální odchylky, prostituce,

rozvodovost, nezaměstnanost, válka, drogy, sexuální promiskuita a další (64). Dospívající je často ovlivněn názorem svých vrstevníků a nedá na rady dospělých. Všechny činitele vývoje a všechny oblasti výchovy se navzájem prolínají, doplňují a ovlivňují. Nedostatky v kterémkoliv z těchto činitelů se mohou projevit negativně i v jiné oblasti (43).

### ***1. 5 Chování a sociální chování***

*Chování* je, dle psychologie, celková reakce organismu realizovaná v dynamickém sepětí fyziologických, neurofyziologických a psychických procesů a funkcí, objektivně pozorovatelná a registrovatelná. Jde o reakci organismu na různorodé soubory podnětů včetně vybavování minulého a předjímání budoucího. Chování je integrovaná aktivita subjektu vůči jeho okolí a jedna ze dvou základních dimenzí lidské psychiky. Druhá dimenze je prožívání. Na rozdíl od behaviorismu, který redukuje chování na kvantifikovatelné projevy organismu bez ohledu na jejich vnitřní determinaci, chápala marxistická psychologie chování jako vnější, pozorovatelný, aspekt předmětné činnosti. Chování zahrnuje objektivně pozorovatelné aktivity (řeč, výraz, pohyb) a aktivity strukturované v jednání, jež může být jednorázové (úkon) nebo dlouhodobé (konání). V psychologické klasifikaci bývá chování nejčastěji děleno na jednání, řeč a výraz. Jiným členěním je rozlišení chování na molekulární, jedná se o fyziologické projevy na úrovni reflexů, činnosti bez sociálního významu, a na molární, kdy se jedná o psychologické projevy, činnosti se sociálním významem. Psychologicky odlišné charakteristiky vykazuje chování expresivní (bezprostřední výraz prožívání, například pláč) a chování adaptivní (reakce na aktuální vnější situaci). Psychologie se zabývá především těmi formami chování, které probíhají v delších časových úsecích nebo které úzce souvisejí se základními funkcemi psychiky, studium řeči ve vztahu k myšlení (48).

*Sociální chování* je chování lidí a sociálních komunit, probíhající v procesech sociální interakce. To znamená, že veškeré chování jedince je interpersonální. Projev jedné osoby je reakcí na druhou osobu, nebo jednání každého je zároveň výsledkem

i příčinou jednání druhých. Chování vždy vyjadřuje vztahy mezi subjektem a objektem, není jen pouhou reakcí na podnět. Chování sociální je určováno především uvědomělým zpracováním konfrontace jednotlivé osobnosti se společností jako celkem. Jak individuální, tak kolektivní chování se zakládá na praktickém, aktivním a vědomém osvojování společenských vztahů jednotlivými sociálními subjekty (49).

## ***1. 6 Poruchy chování***

V obecné řeči se pod pojmem poruchy chování rozumí negativní odchylky v chování některých osob. Odchylují se od normy, od toho, co jako běžné hodnotí a očekávají jiné osoby nebo skupiny. Lze říci, že jde o formu a projev defektivy u tzv. obtížně vychovatelných jedinců. Porušený vztah k výchově se především vyskytuje u sociálně narušené mládeže (63).

Co je považováno za normu? Sociologie říká, že norma je soubor pravidel chování v určité situaci a normalita je sociologický stav, jednání, chování a vlastnosti, odpovídající obecně přijatým normám ve společnosti. Normu chápeme jako určité měřítko, normalitu jako vyjádření stavu. Normu lze posuzovat z nejrůznějších hledisek. Hlediska jsou statistická, filozofická, medicínská, psychologická a další. (59). Z tohoto pohledu lze provádět i různé klasifikace poruch chování a zaměřit se na oblast, která je v danou chvíli pro nás prioritní. Do poruch chování zahrnujeme všechny odlišnosti v chování, nápadné chování, odchylky typické pro jednotlivá věková období a projevující se disociálním, asociálním nebo antisociálním chováním, které může mít charakter dětské delikvence nebo kriminality.

Za ***asociální chování*** jsou považovány takové projevy, které nejsou v souladu se společenskou morálkou. Patří sem výtržnictví, útěky, záškoláctví, sebepoškozování.

Mírnější podoba se někdy označuje jako chování ***disociální chování***, které se projevuje lhostejností ke společenským pravidlům a závazkům, nedostatkem citu, chladným nezájmem o ostatní a nízkým prahem pro agresivní explozi (10). Patří sem výkyvy chování projevující se dočasně a ty, které jsou příznačné věku, jako je neposlušnost, zlovyky, vzdorovitost, negativismus, lhavost, jiné normy a hodnoty.

**Chování antisociální**, tedy protispolečenské, se dostává do rozporu nejen s morálkou, ale i s normami práva. Vyznačuje se agresivitou, destruktivní činností, delikvencí. Jde o činnost, která je právně postižitelná a trestná. Jedná se o alkoholismus, toxikomanii, prostituci, rasismus a kriminalitu. Antisociální poruchy chování se vyznačují největší mírou společenské nebezpečnosti a nejvyšším stupněm narušení chování. Jsou trestně stíhatelné. Vykazují značnou míru recidivy. Jsou spojeny s výraznou agresivitou a úsilím škodit. Mezi tyto poruchy patří např. zabití, vražda, ublížení na zdraví, pohlavní zneužití, znásilnění, některé formy krádeží, loupežná přepadení, vandalismus atd. Pro formy chování, které se dostávají do konfliktu se zákonem, se užívá termín delikvence (39).

Souhrnné označení poruch mládeže vyžadujících etopedickou, případně další, péči se označuje jako sociální narušenost (20). Sociální narušenost lze také chápat jako poruchu sociálních vztahů a je symptomem, eventuelně důsledkem, všech psychopatologických syndromů (39).

### **1. 6. 1 Patogenní činitelé**

Duševní vývoj normální i odchylný je dán rozvojem vrozených dispozic v interakci s prostředím. Na každého jedince musíme nahlížet po bio-psycho-sociální stránce. Pro úspěšný vývoj je třeba, aby dědičné předpoklady a vlivy prostředí byly v normě a aby zrání a učení působilo ve vzájemném souladu i časové shodě. Platí, že čím je genetická odchylka závažnější, tím méně se mohou uplatnit vlivy prostředí. Činitelé negativně ovlivňující vývoj osobnosti se nazývají patogenní činitelé (20).

Mezi patogenní činitele **vnitřní** patří genetické dispozice, chromozomální aberace (porucha počtu chromozomů), genové mutace, zvýšená připravenost vnímavosti organismu vůči patologickým podnětům až přímé přejímání sklonů k asociálnímu či antisociálnímu jednání, ranná dětská zkušenost, typ temperamentu, poruchy CNS - LMD, úrazy hlavy, epilepsie, snížená úroveň rozumových schopností, disharmonický vývoj osobnosti, neurotické založení jedince, psychopatie, psychózy a nedostatečné kompenzování defektů, které vedou k výskytu defektivitu.



K patologním činitelům *vnějším* řadíme rodinu, školu, mimoškolní oblast a vliv médií. Rodina může na dítě přenášet nežádoucího chování. K negativně působícím faktorům patří neúplná, doplněná či náhradní rodina, alkoholismus v rodině, patologické výchovné přístupy, perfekcionalismus, rozmazlování, delikvence rodičů a příbuzných. Nepříznivě na dítě působí poruchy základních funkcí rodiny. Při velkém počtu dětí v rodině může být narušena biologicko-reprodukční a ekonomicko-zabezpečovací funkce. Při poruše emocionální a výchovné funkce rodiny může docházet k citové deprivaci a nebo se rodiče nechtějí, neumějí či nemohou o dítě starat. Ve škole jedince ovlivňuje netaktní přístup, ironizování dítěte, nedůvěra ve schopnosti dítěte, osobnost učitele a pozdní zachycení asociálních projevů. V mimoškolní oblasti může jedince ohrozit negativní činnost závadových part, rodiče často neví, co dělají jejich děti odpoledne a s kým se stýkají. V neposlední řadě děti negativně ovlivňuje i nuda a neplnohodnotné využívání volného času (58). Velký vliv mají média, která přináší násilí ve filmech, bulvární tisk deformuje estetické a etické cítění a vkus. Média ohrožují postoje a chování nejmladší generace, přispívají ke ztrátě morálních zábran, podporují konzum a snaží se o manipulaci (reklamy). U poruch vzniklých vlivem prostředí se využívá komplexní rehabilitační péče (59).

### **1. 6. 2 Klasifikace dle MKN –10**

Při diagnostikování poruch chování je nutno diagnostickou rozvahu podřídit vývojovému pohledu a znát dobře diagnostická kritéria a skupiny symptomů, mezi které řadíme agresi k lidem a zvířatům, destrukci majetku a vlastnictví, nepoctivost nebo krádeže, vážné násilné porušování pravidel. Poruchy chování se podle MKN – 10 týkají řady diagnostických kategorií (57).

Kategorie F90 – F98 je určená pro poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání.

- **F 90 hyperkinetické poruchy**
- **F 91 poruchy chování**

**F 91.0 poruchy chování ve vztahu k rodině** - jde o disociální nebo agresivní chování omezeno úplně nebo téměř úplně na domov a nebo na interakce se členy rodiny. Může se projevovat krádežemi věcí z domova, úmyslným destruktivním chováním, často zacíleným na určité členy rodiny. Tato diagnóza vyžaduje, aby se nevyskytovala žádná výrazná porucha chování mimo rodinu a aby sociální vztahy dítěte mimo rodinu byly normální. Tato porucha může také vzniknout v souvislosti s konfliktem s novým nevlastním rodičem. Tyto vysoce specifické poruchy chování mají obvykle dobrou prognózu (44).

**F 91.1 nesocializovaná porucha chování** je charakterizována kombinací trvalého disociálního nebo agresivního chování s výrazným rozsáhlým narušením vztahů jedince k ostatním dětem. Narušené vztahy s vrstevníky se hlavně projevují izolací od ostatních dětí a nebo nedostatkem blízkých přátel. Vztahy k dospělým bývají poznamenány neshodami, nepřátelstvím a vzdorem. Někdy se mohou vyskytnout i dobré vztahy k dospělým, avšak obvykle jim chybí důvěrnost. Často je přidružena nějaká emoční porucha. Pacient typicky páchá přestupky samostatně. Charakteristické chování zahrnuje tyranizování slabších, nadměrné množství rvaček a u starších dětí vydírání nebo násilnosti, neposlušnost, hrubost, nespolupráci a odmítání autority, těžké výbuchy zlosti a nekontrolovaný vztek, ničení majetku, zakládání ohňů a krutost k druhým dětem a ke zvířatům. Nicméně některé osamělé děti páchají přestupky ve skupině. Obvykle se porucha projevuje ve všech situacích, ale nejvíce bývá zřejmá ve škole (20).

**F 91.2 socializované poruchy chování** jsou poruchy chování, které zahrnují trvalé disociální nebo agresivní chování u jedinců, obvykle dobře zapojených do skupiny svých vrstevníků. Hlavním rozlišujícím rysem je přítomnost přiměřeného trvalého přátelství s vrstevníky zhruba stejné věkové skupiny. Často se skupina vrstevníků skládá z mladých lidí, kteří jsou zapleteni do delikventních nebo disociálních aktivit. V tomto případě může být chování dítěte, které neschvaluje společnost, schváleno skupinou vrstevníků a regulováno prostředím, do kterého patří. Dítě může být členem nedelikventní skupiny vrstevníků a samo se může mimo ni chovat disociálně. Pokud disociální chování zahrnuje tyranizování, mohou být vztahy k obětem nebo

jiným dětem narušeny. Vztahy k dospělým autoritám bývají špatné, ale k některým dospělým může mít dítě vztah dobrý. Emoční poruchy jsou obvykle minimální.

**F 91.3 porucha opozičního vzdorů** se vyskytuje u dětí ve věku do devíti či deseti let. Podstatným rysem této poruchy je negativistické, nepřátelské, vzdorovité, provokativní a rušivé chování, které je jasně mimo rámec normálního chování pro dítě stejného věku a stejného sociokulturního zázemí. Děti s touto poruchou mají často sklon vzpírat se požadavkům a pravidlům dospělých a úmyslně trápit druhé. Obvykle mají tendenci být zlostné, podrážděné a snadno rozzlobené druhými, které obviňují ze svých vlastních chyb a nesnází. Obecně mají nízkou frustrační toleranci a snadno ztrácejí duševní rovnováhu. Jejich vzdorovitost má typickou provokativní kvalitu, obvykle se projevuje nepřiměřenou mírou hrubosti a odporu k autoritě. Toto chování se objevuje v interakcích s dospělými nebo vrstevníky, které dítě dobře zná (44).

• **F 92 smíšené poruchy chování a emocí** kombinují trvale agresivní, disociální a vzdorovité chování se zřejmými a výraznými příznaky deprese, úzkosti a jiných emočních výkyvů.

**F 92.0 depresivní porucha chování** zahrnuje trvalou a zřejmou depresivní náladu, která se projevuje nadměrným smutkem, pocity viny, beznadějí, ztrátou zájmu a radosti z běžných činností. Mohou být přítomny poruchy spánku a chuti k jídlu.

• **F 93 emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství.** Většina dětí s emočními poruchami je v dospělosti normální, pouze menšina má v dospělosti neurotické poruchy. Emoční poruchy v dětství jsou méně zřetelné, oproti fobickému stavu nebo obsedantní poruše.

**F 93.0 separační úzkostná porucha v dětství** se od normální separační úzkosti liší stupněm závažnosti a je spojena s výrazně narušenou sociální funkcí. Klíčovým diagnostickým rysem je nadměrná úzkost, soustředěná na odloučení od těch osob, kterým je dítě emočně nakloněno, obvykle se jedná o rodiče nebo jiné členy rodiny. Dítě může mít nereálnou obavu, že odejdou a už se nevrátí. Patří sem trvalé váhání nebo odmítání chodit do školy ze strachu z odloučení, odmítání jít spát, pokud dítě není blízko své osoby, trvalý bezdůvodný strach být ve dne samo doma, opakující se noční můry, opakovaný výskyt somatických příznaků, jako je nauzea, bolesti žaludku, bolesti

hlavy a zvracení v situacích, kdy dochází k odloučení dítěte od blízké osoby. Dítě se při odchodu z domova projevuje nadměrným, opakujícím se strachem, úzkostí, pláčem, výbuchy vzteku, utrpením, apatií nebo sociálním odtazením (44).

**F 93.1 fobická úzkostná porucha v dětství.** U dětí, podobně jako u dospělých, se může rozvinout strach, který se zaměřuje na celou řadu předmětů nebo situací. Některé z těchto strachů (nebo fobií) nejsou normální součástí psychosociálního vývoje a pak mluvíme o této poruše.

**F 93.2 sociální úzkostná porucha v dětství** se projevuje stálým nebo navracejícím se strachem z cizích lidí a nebo vyhýbání se jim. Tento nadměrný strach se vyskytuje při styku s dospělými nebo vrstevníky a je sdružen s klinicky významným narušením společenské aktivity.

**F 93.3 porucha sourozenecké rivality** se objevuje v určitém stupni u velké části nebo dokonce u většiny malých dětí obvykle bezprostředně po narození mladšího sourozence. Sourozenecká rivalita nebo žárlivost se může projevovat nadměrným soutěžením se sourozenci o pozornost a lásku rodičů. V těžších případech to může být doprovázeno otevřeným nepřátelstvím a tělesným ubližováním sourozenci nebo zlomyslnostmi vůči němu. Často se setkáváme i s regresí, tedy se ztrátou dříve získaných dovedností (např. kontrolu vyprazdňování) a sklonem k miminkovskému chování. Vzrůstá také neposlušnost, výbuchy vzteku a opoziční chování vůči rodičům. Může být narušen spánek a často je zvýšený tlak na pozornost rodičů, např. v době ukládání ke spánku (44).

• **F 94 poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání.** Společným rysem jsou odchylky sociální funkce. Obvykle je přítomno vážné narušení prostředí nebo strádání. V pohlaví nejsou rozdíly.

**F 94.0 elektivní mutismus** je stav, kdy dítě v některých situacích plně projevuje svou schopnost řeči, ale v jiných není schopno mluvit (20). Nejčastěji se tato porucha prvně projeví v raném dětství. Vyskytuje se přibližně stejně často u obou pohlaví. U mutismu je obvyklé spojení se sociální úzkostí, odtazitostí, zvýšenou citlivostí, vzdorovitostí a opozičním chováním. Typické je, že si dítě samo vybírá s kým hovoří a

s kým ne. Některé děti s elektivním mutismem mají v anamnéze zpoždění ve vývoji řeči, nebo problémy s artikulací (44).

**F 94.1 reaktivní porucha přichylnosti** je charakterizována trvalými abnormitami v sociálních vztazích dítěte, které jsou spojeny s citovou poruchou a jsou reakcí na změny v životních podmínkách. Charakteristickým projevem je bázlivost, nedostatečná emoční reaktivita, odtažitá reakce, apatie a výšená ostražitost. Dítě nereaguje na konejšení. Typická je chudá sociální interakce s vrstevníky, velmi častá je agrese vůči sobě i jiným. Syndrom vzniká pravděpodobně jako přímý důsledek hrubého zanedbávání, zneužívání nebo špatného zacházení ze strany rodičů. Ve většině případů mají děti zájem o interakce s vrstevníky, avšak sociální hře brání negativní emoční reakce (44).

**F 94.2 desinhibovaná přichylnost** vzniká během prvních pěti let života, má sklon přetrvávat, i když se životní podmínky výrazně změní. Pokud vynucování pozornosti přetrvává ve středním a pozdějším dětském věku, pak obvykle dítě mívá potíže s vytvořením blízkého, důvěrného vztahu k vrstevníkům. Podle okolností může být přidružena porucha citů nebo chování. Syndrom byl nejčastěji prokázán u dětí, které byly od útlého dětství vychovávány v ústavech, ale vzniká i za jiných okolností. Předpokládá se, že k němu dochází i vlivem nedostatku příležitostí k rozvinutí selektivních vztahů v důsledku příliš časté změny osob, které o dítě pečují (44).

- **F 95 tikové poruchy** se převážně projevují nějakou formou tiků. Postižení nemohou tiky ovládat, ale obvykle je mohou na různě dlouhé časové období potlačit. Mezi obvyklé jednoduché motorické tiky patří mrkání, trhavé pohyby šíje, pošukávání rameny a grimasy v obličeji. Mezi jednoduché vokální tiky patří pokašlávání, poštekávání, popotahování a syčení. Obvyklým komplexním motorickým tikem je poplácávání, skákání a poskakování. Komplexním vokálním tikem je opakování zvláštních slov, někdy užívání slov společensky nepřijatelných obvykle obscénních (koprolálie) a opakování vlastních zvuků a slov (palilálie). Mizí obvykle během spánku. V závažnosti tiků jsou nesmírné rozdíly. Extrém představuje *Tourettův syndrom*, což je neobvyklá chronická zneschopňující porucha. Tikové poruchy se vyskytují podstatně častěji u hochů a běžně se objevují v rodinné anamnéze. Tiky se často vyskytují jako

izolovaný projev, ale nežídka jsou sdruženy s mnoha druhy emočních poruch, nejvíce snad s obsedantními a hypochondrickými projevy (44).

*F 95.0 přechodná tiková porucha* splňuje všeobecná kritéria pro tikovou poruchu, ale tiky netrávají déle než dvanáct měsíců. Je to nejběžnější forma tiků.

*F 95.1 chronická motorická nebo vokální tiková porucha* také splňuje všeobecná kritéria pro tikovou poruchu, u níž se vyskytují motorické nebo vokální tiky, které mohou být buď jednotlivé, nebo mnohočetné a trvají déle než rok.

*F 95.2 kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha - Tourettův syndrom* je porucha, u které jsou mnohočetné motorické tiky a jeden nebo více vokálních tiků. Téměř vždy začíná v dětství nebo v adolescenci. Příznaky se často zhoršují v adolescenci a porucha obvykle přechází do dospělého věku. Vokální tiky jsou často mnohočetné s explozivním opakovaným vokalizováním, pokašláváním, chrochtáním a užíváním obscénních slov nebo frází. Někdy je přidružena echopraxie gest, která může být též obscénní povahy (kopropraxie). Podobně jako motorické tiky, mohou se tiky vokální na krátkou dobu vědomě potlačit, mohou se zhoršit stresem a zmizet během spánku (44).

• **F 98 jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání.** Do této kategorie patří neorganická enuréza, neorganická enkopréza, porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku, pika v útlém a dětském věku, poruchy se stereotypními pohyby, koktavost (zadrhávání), breptavost a jiné specifikované poruchy chování a emocí zahrnují deficit pozornosti bez hyperaktivity, nadměrnou masturbaci, kousání nehtů, šťourání v nose a cucání palce.

*F 98.0 neorganická enuréza* je charakterizovaná bezděčným pomočováním se ve dne nebo v noci, které je pro mentální věk jedince nenormální, a které není důsledkem neurologické poruchy, epileptických záchvatů nebo nějaké strukturální anomálie močového traktu. Enuréza může být monosymptomatická nebo může být sdružena s širší poruchou citů nebo chování. Emoční problémy mohou vzniknout jako druhotný důsledek nesnázi nebo stigmatu, které vyplývají z enurézy.

*F 98.1 neorganická enkopréza* je opakovaná volní bezděčná defekace stolice v místech, která v pacientově sociokulturním prostředí nejsou určena k tomuto účelu. U

takto postiženého může chybět přiměřená výchova k udržování čistoty nebo tento stav může odrážet psychologicky podmíněnou poruchu, při které je z určitého důvodu neochota řídit se společenskými normami. Může také vznikat z fyziologického zadržování stolice, což má za následek zácpu s druhotným přeplněním a defekací na nevhodných místech. Zadržování může vzniknout jako následek bojů mezi rodičem a dítětem. V některých případech může být enkopréza doprovázena rozmazáváním stolice po těle nebo po vnějším okolí a méně často se může vyskytnout strkání prstů do řiti nebo masturbace. Obvykle je přidružen určitý stupeň emoční poruchy. Enkopréza a enuréza bývají sdruženy.

**F 98.2 porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku** zahrnuje odmítání jídla a vybíravost při podávání jídla, kdy není přítomno žádné organické onemocnění. Může nebo nemusí být přítomna ruminace, znamenající opakovanou regurgitaci bez nauzey nebo bez onemocnění gastrointestinálního traktu (44).

**F 98.3 pika v útlém a dětském věku** obnáší vytrvalé požívání nestrávitelných látek např. hlíny, barviv, hoblovaček a jiných. Tento fenomén je nejobvyklejší u mentálně retardovaných dětí. Pika se však může vyskytnout také u dětí s normální inteligencí, obvykle u malých dětí a nebo se může vyskytnout jako jeden z mnoha příznaků u autismu.

**F 98.4 poruchy se stereotypními pohyby** se projevují volními, opakovanými, stereotypními, nefunkčními a často rytmickými pohyby zahrnujícími pohupování tělem nebo hlavou, vytrhávání vlasů, kroucení vlasů, manýry, rýpání prstem a pleskání rukama. Stereotypní sebepoškozující chování zahrnuje tlučení do hlavy, plácání obličeje, šťouchání do očí a kousání do rukou, rtů nebo jiných částí těla. Všechny tyto stereotypní poruchy se nejčastěji vyskytují ve spojení s mentálním poškozením. Šťouchání do oka je zvláště běžné u dětí s postiženým zrakem.

**F 98.5 koktavost** (zadržávání) je charakterizována častým opakováním či protahováním zvuků nebo slabik a slov, často se objevuje váhání a přestávky, které narušují rytmický tok řeči. Mohou se přidružovat časově shodné pohyby obličeje a nebo jiných částí těla. Koktání by se mělo odlišovat od breptavosti a od tiků.

**F 98.6 breptavost** je zrychlené tempo řeči s porušením plynulosti, bez opakování nebo zaváhání, a to takového stupně, že se řeč stává až nesrozumitelnou. Řeč není rytmická, je s přeříkáváním, s rychlým trhavým proudem slov, což obvykle navozuje chybné struktury (23).

Všechny tyto diagnózy jsou nazývány „sběrnými koši“ pro neposlušné a obtížné chování dětí a adolescentů. Kromě takzvaného „sběrného koše“ jsou i další diagnostické okruhy, které se mohou projevovat poruchami chování (12).

- **F 07 organické duševní poruchy** včetně symptomatických čili poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku.

- **F 10 – F 19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolené účinkem psychoaktivních látek**

- **F 20.0 – F 20.9 schizofrenie**. U této diagnózy se objevují pozitivní příznaky jako jsou poruchy myšlení – bludy, poruchy vnímání – halucinace, dezorganizace řeči – zárazy, neologismy, neschopnost držet linii řeči, dezorganizace chování, agresivita, útky, klackovité chování, provokace. Mezi negativní symptomy patří pokles zájmů, sociální stažení, snížení sociální aktivity, zhoršení sociálního fungování, otupení emotivity, ambivalence, autistické projevy, nečinnost, pokles sebeobsluhy a aktivity, pokles volní složky, kdy se nejedná o lenost, kterou by dítě mohlo ovlivnit svým vlastním rozhodnutím (30).

- **F 30 poruchy nálady** jsou afektivní poruchy, bipolární porucha s fází manickou a depresivní. U předškoláků se deprese projevuje nesoustředěností, emoční labilitou, afektivní dráždivostí, rychle se měnící (pláč, křik), neklidem, agitovanost se střídá s apatií, nechutenstvím, poruchou spánku, odmítáním hry a mutismem. U mladších školáků se deprese vyznačuje odporem k učení, labilitou, nejistotou, podrážděností, útlumem střídaným s hyperaktivitou, enurézou, enkoprézou, onychofagií, pavorem nocturnus, sociální maladaptací a u starších školáků nesoustředivostí, hloubavostí, nevýpravností, sklíčeností, nejistotou, kolísáním nálad, suicidálními úvahami, snížením dynamogenie nebo agitovaností, bolestí hlavy, zažívacími potížemi a sociální izolací. U adolescentů se na depresi usuzuje při poruchách koncentrace pozornosti, selhávání ve škole, negativních myšlenkách, suicidálních úvahách, anxietě, pláči, pocitech



beznaděje, nudy, velmi rychlém střídání nálad, při prchavosti stavů oproti dospělým, při střídání smutku a impulsivity a iritabilitě. Mohou se vyskytovat poruchy myšlení a vnímání, ztráta energie střídaná s neklidem, somatické potíže (únava, změny hmotnosti, poruchy spánku, bolesti hlavy), špatné sociální fungování, odmítání kontaktů spolu se strachem být sám, promiskuita a zneužívání psychoaktivních látek (12).

- **F 24 indukovaná porucha s bludy**
- **F 25 schizoafektivní poruchy**
- **F 43 reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**
- **F 40 – F 48 neurotické, stresové a somatiformní poruchy**
- **F 50 – F 59 jsou syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**

Poruchy chování se mohou projevit i při přetěžování dětí s mentální retardací F 70 – F 79, s afektivní poruchou F 30 – F 39, s poruchou osobnosti F 60 – F 69 a přetěžováním dětí s poruchou psychického vývoje F 80 - F 89. Obecně lze říci, že u všech poruch chování je nutno strukturovat léčbu do prevence ve společnosti, v rodině, a ve škole. Léčba a prevence se musí zaměřit i na volný čas dětí, na výchovu k rodičovství, na práci s rodinou, na výchovu a výchovná opatření, na psychoterapii rodinnou, individuální a skupinovou, na farmakoterapii se zaměřením na jednotlivé symptomy a na sociální práci a sociální prevenci. Někdy musí nastoupit i restriktivní opatření s respektováním obou stran, tedy ochrana společnosti a respektování problematického jedince při zachované možnosti změny, terapie, růstu individua (12).

Klasifikovat poruchy chování můžeme z hlediska lékařského, psychologického, speciálně pedagogického a z hlediska věku. Nejčastější členění je podle následujících kritérií:

- Poruchy chování se dělí podle stupně společenské nebezpečnosti na disociální, asociální a antisociální (39).
- Z hlediska věku se sledují kategorie dětí ve věku od šesti do patnácti let, mladiství, mladí dospělí a dospělí.

- Podle převládající složky osobnosti rozeznává jedince neurotické, psychopatické, osoby sociálně nepřizpůsobené a osoby se sníženými rozumovými schopnostmi.
- Zvláštní skupinu tvoří děti se syndromem lehké mozkové dysfunkce **(24)**.
- Z hlediska vývojové psychologie se poruchy dělí na poruchy v souvislosti s věkem, typické pro určitý věk, na poruchy, které se vyskytují ve všech nebo ve více věkových obdobích a na poruchy chování vzniklé vlivem převládající složky osobnosti **(58)**. Porucha struktury osobnosti vedoucí k poruše chování se projevuje v závislosti na převládající složce osobnosti, na podmínkách sociálního prostředí a na nedostatečném mravním jednání. Tyto osoby vyžadují komplexní rehabilitační péči. Poruchy osobnosti přetrvávají prakticky po celý život. Projevují se narušením adaptace, maladaptivním až hrubě rušivým chováním. V etiologii poruch chování se předpokládá polygenní typ dědičnosti. Významný je vývoj v prenatální fázi, kdy mohou na plod působit vnitřní i vnější škodlivé vlivy, které naruší vývoj mozkových funkcí. Raná citová deprivace má zvláště nepříznivý vliv na vznik poruchy osobnosti. Změny osobnosti mohou být podmíněny například traumatickým prožitkem, onemocněním a postižením mozku. Důležité je sociokulturní prostředí, kde dítě vyrůstá **(24)**.

### ***1. 6. 3 Konkrétní projevy problémového chování***

V dětském věku se vyskytují poruchy chování související s hyperaktivitou, neschopností se soustředit, vyvolané úzkostí a stresem, poruchy související se sociálními vztahy, učením, narušenou komunikací, koordinací a u deprese a schizofrenie **(56)**. Poruchy chování z pedopsychiatrického hlediska jsou relativně dlouhodobé, trvají 6 měsíců a déle, a narušují sociální adaptabilitu dítěte. Tyto poruchy jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Ojedinelé disociální nebo kriminální činy nejsou samy o sobě důvodem pro tuto diagnózu, ta vyžaduje, aby charakter takového chování byl trvalý **(23)**. Porucha chování se často sdružuje s nepříznivým psychosociálním prostředím,

včetně neuspokojivých vztahů v rodině a selhávání ve škole. Je častěji podchycena u chlapců. Při posuzování, zda je přítomna porucha chování, by se měl brát v úvahu vývojový stupeň dítěte. Diagnóza poruchy chování zahrnuje nadměrné rvačky nebo tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, opakované lhaní, chození za školu a útěky z domova, mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovité provokativní chování a trvalou silnou neposlušnost **(59)**. Děti nezvládnuté běžnými pedagogickými postupy vyžadují speciální přístup a léčbu.

Formy poruch chování u dětí a mladistvých jsou:

- upoutávání pozornosti
- odpor k autoritám – negativismus
- záškoláctví
- útěky a toulky
- krádeže
- lhaní
- agresivita, tyranizování
- bezúčelný vandalismus
- monosymptomatické poruchy chování nutkavého charakteru, např. kleptomanie, pyromanie **(23)**.

Poruchy chování lze také dělit na *neagresivní* nebo *agresivní*.

U *neagresivních* poruch dochází k porušování sociálních norem, ale nejsou spojeny s agresivitou. Patří sem lži, záškoláctví, útěky, toulky, krádeže a abusus různých látek.

*Agresivní* poruchy se vyznačují násilným porušováním sociálních norem a omezováním práv ostatních. Jsou závažnější a patří sem násilné činy, týrání a vandalismus **(59)**.

**Dětské neposlušnosti a nekázně** se dají definovat jako neplnění pokynů vychovávajících rodičů a pedagogů, nerespektování i opakovaných výzev nebo norem, prosazování vlastních záměrů, výchovně nežádoucích. Neposlušnost se může vyvinout v negativismus nebo ve vzdorovitost. Mnohé kázeňské problémy ve škole bývají zaviněny školním režimem, buď příliš volným nebo příliš tvrdým, což vede k frustraci. Nedostatky v kázni bývají také důsledkem nedostatečné motivace žáka, nebo jeho nedostatečné zaměstnanosti. Mezi příčinami nedisciplinovanosti převládá vliv rodinné výchovy.

**Vzdorovitost** se objevuje u některých dětí kolem třetího roku věku. Vzdorovitost u dítěte se vyvolává nesprávnou výchovou, zvláště výchovou perfekcionistickou. Je-li dítě ve svých projevech neustále opravováno a okřikováno, začne se chovat vzdorovitě a odmítavě. Takzvané schválnosti, jako projevy vzdoru, jsou zákonitým důsledkem. Vzdorovitost je porucha chování, která by se dala charakterizovat jako odpor k výchovnému snažení a k autoritě vůbec. Jedinec svým zaujatým postojem protestuje proti povinnostem a dostává se tím do konfliktu. Nadměrné zákazy, příkazy vyvolávají reaktivní chování, které vyústí v neposlušnost až vzdorovitost (58).

**Lhaní** je běžnou, zpravidla přechodnou poruchou chování. Rozeznává se lež účelová, v níž dítě hledá sebeobranu v konfliktní situaci, a lež zaměřená k získání pozornosti a obdivu, popř. nějakých výhod. Nejúčinnější prevencí bude vlastní upřímnost, přiznání vlastní chyby a projevy nesmiřitelnosti se lží. Snahou by mělo být posouzení závažnosti lži, jejího záměru, cíle, opakování a podle toho volit trest. Dejme dítěti naději, že mu budeme opět důvěřovat, pokud nám to ono samo umožní. Dobré je omezovat výhody, které má dítě ze lží a posilovat výhody, které pramení z toho, že mluví pravdu.

**Záškoláctví** se běžně motivuje strachem z trestu nebo výsměchu, jestliže se žák nepřipravil či nemá úlohu. Jindy je výrazem odporu ke škole a hlavně k určitému učiteli. V každém případě je toto jednání signálem nějakého nevyřešeného problému, který dítě má. Snahou by mělo být odhalení příčiny záškoláctví. Je-li příčinou záškoláctví pro dítě neúnosná školní situace, je potřeba navodit změnu, vytvořit plán

pro dlouhodobé opatření, aby se situace zakrátko neopakovala. Důležité je všimnout si též třídního kolektivu jako celku a postavení problémového žáka v ní. Pomozme dítěti k návratu do školy a k vyřešenému případu se již nevracejme (58). Záškoláctví přímo evokuje další asociální činy (20).

**Krádeže** mají pestrou motivaci. Krádež je významné porušení normy, které je nutno potrestat. Děti na počátku školní docházky někdy impulzivně berou věci, které jsou pro ně atraktivní, aniž lze takové chování hodnotit jako krádež, protože tato reakce není záměrná. Závažnější jsou plánované a předem promyšlené krádeže, tzv. pravé krádeže, které přináší zloději zisk, krádeže prováděné opakovaně a v partě. Strach z trestu pak vede k útěkům.

**Útěky z domova** jsou buď impulsivní, kdy se jedná o zkratkové jednání, příčinou bývá strach, není většinou plánované. Dítě se často skrývá blízko domova. Uleví se mu, když je nalezeno. Může se také jednat o plánovaný a připravovaný útěk, ten je závažnější, jde často o akt pomsty proti rodičům, vychovateli. Nápravou je ztlumení agresivních postupů v rodině, tolerance a trpělivost. Pozor na útěky na základě epileptických problémů, za ty samozřejmě děti nebudeme trestat (58).

**Toulky** bývají u dětí školního věku poměrně zřídka. U starších jedinců na toulky navazují trestné činy, aby se užívaly a často vedou k užívání drog, drogové závislosti. Příčinou toulek a následného užívání drog je celá řada. Impuls může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném, vzrušujícím. Příčinou může být i potřeba uniknout od problémů, které adolescent neumí nebo ani nechce řešit.

**Toxikománie** je stavem zneužívání drog (20). Drogy vyvolávají v člověku příjemný pocit, uvolnění, štěstí, sebejistoty, zbavují se úzkosti, strachu a nejistoty. Ztráta motivace vede k zanedbávání školních povinností a následkem toho ke zhoršení prospěchu. Objevují se náhlé změny nálad, podrážděnost, neochota spolupracovat, jindy apatie a uzavřenost. Ztrácejí dosavadní kamarády a nevdají jim to. Tabák patří mezi návykové drogy, jeho účinky se neprojevují tak rychle a dramaticky, avšak vzhledem k rozšířenosti kouření jsou citelné. Alkohol je nejběžnější prostředek toxikománie. Jde o drogu, která je přehlížena a podceňována.

Mezi agresivní poruchy chování patří **šikanování**, která lze definovat jako násilné, ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit. Šikanující agresor bývá většinou fyzicky zdatný, neukázněný, s potřebou se předvádět a dokazovat svou převahu nad ostatními. Šikanovaná oběť je neobratný, někdy obézní (58).

### ***1.7 Charakteristika dítěte s problémovým chováním***

Osobnost jedince v etopedické péči se vyznačuje řadou symptomů, z nichž většina je individuálně diferencována, ale mnoho jich lze kategorizovat do několika skupin (20). Jedince musíme posuzovat jako celek, jako jednotu organismu s prostředím, v němž žije. Neoddělitelnou součástí celistvosti člověka jsou i jeho vztahy ke skutečnosti (24). Pro každé období školního věku jsou typické určité problémy v chování. O poruchách chování mluvíme obvykle až ve středním školním věku. V dospívání se ve větší míře objevují varianty nežádoucího chování, které jsou důsledkem trvalejšího a vědomého nerespektování standardních norem. Základní osobnostní vlastnosti, které mohou souviset se vznikem poruch chování, mohou být různého charakteru. Určitým rizikem vzniku odchylek je temperament, s typickými znaky prožívání a reaktivity. Impulsivita a silná emoční vzrušivost je predispozice ke zkratkovitému jednání, k nízké frustrační toleranci, chybí dostatečná sebekontrola a sebeovládání. Děti s poruchami citového vývoje jsou citově chladné, egoistické, mrzuté, podrážděné a s nedostatkem empatie. Jedinec v chování nerespektuje sociální normy platné v dané společnosti. Dítě v etopedické péči není schopno udržovat přijatelné sociální vztahy, je přehnaně zahleděné do sebe, trvá na okamžitém uspokojení svých potřeb, samo velmi často nezažilo citový vztah, který by mu dal pozitivní životní zkušenost a rozvinul jeho empatické schopnosti. Takovýto jedinec nepociťuje pocit viny, svědomí nemá dostatečně vyvinuto a je často agresivní, selhává ve škole, což je často nesprávně spojováno s nízkou úrovní inteligence, ale spíše se zde podílí sociální zanedbanost. Poruchy chování mají v dětském věku přechodné trvání, ale upozorňují na

poruchu osobnosti dítěte. O poruchu se nejedná, pokud jedinec není schopen pochopit význam hodnot a norem. Velmi vzácně začíná delikventní chování až v dospělosti (58).

### ***1. 7. 1 Sebevražednost u dětí a mládeže.***

U dětí s problémovým chováním se také vyskytuje sebevražedné jednání. Názor dítěte na smrt se postupem času mění. Do pěti let má představy o reversibilitě smrti. Dítě poslouchá pohádky o smrti a procitnutí. Smrt chápe jako dočasné odloučení. V věku do devíti let je již poučeno o podobě smrti většinou od zvířat. Ví, že se po smrti zvířátko nezbudí. Smrt konstatuje u těch co zemřeli a představuje si, že smrti lze čelit. Koncem tohoto období již pojímá smrt jako něco nezvratného.

Sebevrahem je ten, kdo učiní konec svému životu úmyslně a vědomě, kdo si smrt přeje a očekává, že si svým činem smrt přivodí a kdy negativní citová reakce je silnější než pud sebezáchovy. Příčiny suicidií dětí a mládeže jsou vnitřní, tedy na podkladě změny osobnosti, změny hormonální, poruchy duševní a na intelektu. Mezi příčiny vnější řadíme vliv rodinného prostředí a výchovy, vliv pracovního prostředí a vliv společnosti vrstevníků.

K sebevraždě můžeme přistupovat z pohledu sociologického, kdy sebevražda je reakce vyprovokovaná životními podmínkami. Z pohledu psychiatrického je sebevražda výsledkem psychických dějů individua a dle pohledu psychodynamického je suicidium výsledkem ambivalentních postojů ke ztracenému milovanému předmětu s pokusem o jeho zachování na jedné straně a pokusem o zničení na straně druhé. U pocitů viny je sebevražda východiskem, tedy odčiněním.

Sebevražedné jednání je násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život. Dělí se na dokonané a pokus. Sebezabití znamená zničení vlastního života, kde chyběl vědomý úmysl zemřít. Jde o sebezabití vynucené násilím. Sebeobětování je jednání, které vyplývá z dobrovolného a svobodného rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnoty, která má aktuálně větší cenu než vlastní život (Palach). Motivace a varianty sebevražedného jednání jsou různé. Tendence k sebevraždě se rozvíjí po určitou dobu pod vlivem zátěže. Nejprve jsou na symbolické úrovni, úvahy,

představy, mluvení o sebevraždě, pak přechází v konkrétnější podobu, tedy uvažování o způsobu uskutečnění a nakonec dochází k uskutečnění. Každý sebevražedný pokus dítěte či mladistvého vyžaduje velkou pozornost odborníků. Sklon k recidivám je udáván až ve 30-ti % případů (23).

### **1. 8 Osobnostní charakteristiky speciálního pedagoga – etopeda**

Etoped musí odborně působit na mládež s poruchami chování, s obtížnou komunikací a jejich rodiny, musí mít vyšší odbornou připravenost, vyšší kvalifikovanost, zanícení pro práci, pozitivní citový vztah k převychovávanému, schopnost akceptace, tolerance a trpělivost (24). K převýchově musí přistupovat s pedagogickým optimismem, obětavostí a zároveň náročností. Navazuje intenzivní vztahy se svěřenci. Klient musí mít pocit, že ho akceptuje a naopak etoped požaduje akceptaci požadavků od svěřence. Vztah ke svěřenci musí být autoritativní, ale ne autoritářský, snaží se o navázání terapeutického vztahu a být mu příkladem. Při větší individuální práci s jedincem má na paměti zpětný vliv na celý kolektiv vychovávaných (40).

Etoped se profesionálně uplatní v resortu školství jako diagnostik, výchovný poradce, učitel na speciálních školách, jako vychovatel ve všech typech ústavů a vychovatel při všech typech výchovných ústavů a dětských domovů. Zabývá se tedy diagnostickou prací a výchovným poradenstvím. V resortu zdravotnictví pracuje jako učitel škol při psychiatrických léčebnách či léčebných ústavech a organizuje práci v terénu. V resortu ministerstva spravedlnosti pomáhá v nápravně klientů ve výchovných ústavech pro mladistvé a dospělé delikventy a vyrovnává jejich opoždění ve vzdělání. Uplatní se i teoreticky při řešení a výzkumu různých variant reedukace (63). Mezi důležité vlastnosti a optimální osobnostní rysy etopeda patří flexibilita a schopnost empatie, dovednost vcítit se do situace klienta, objektivně určuje hranice dovoleného chování. Musí jít o zralého člověka, aby byl schopen rozdílně reagovat na chování dětí, o člověka integrovaného a čestného, s dobrým úsudkem, schopného opírat se o selský rozum a ovládat své emoce, přiměřeně sebevědomého, přijímajícího



oprávněnou kritiku, zodpovědného, schopného podporovat své klienty a jejich nezávislost. Při práci etopeda vyznává hodnoty, jež jsou v souladu s programem, rozvážně reaguje, dobře komunikuje, je stabilní a toleruje frustraci.

Ideální profesionální role etopeda má dva různé názory. Pedagog funguje jako terapeutická „rodičovská postava“ a dovede se vcítit do klienta. Dovede korigovat výsledky nepříznivého učení, efektivně určuje hranice dovoleného chování a nebo funguje jako autorita, typu vůdce party, kde převládá přátelský postoj ke klientovi a má sloužit jako identifikační model. Pedagog v kontaktu s rizikovou mládeží musí odhadnout poměr a přiměřenost situací, kdy mladý člověk potřebuje být umravňován, stížen sankcemi, kdy potřebuje dodávat sebevědomí, kdy být dotlačen ke společensky přijatelným způsobům, kdy je dospělému rovnocenným partnerem nebo dokonce i vzorem. Musí být přímočařejší a otevřenější než bývají dospělí.

V profesích, kdy pracovník trvale vstupuje do interakcí a vztahů s dalšími lidmi, se výraznější měrou využívají, odkrývají a zatěžují osobnostní struktury pracovníka. Do interakcí se promítá věk, hodnotová orientace, morálka, osobnostní zralosti, schopnosti vcítit se do druhého, ale i míra ochoty dávat druhému kus sebe. Úskalí, která je třeba zvládat, rozlišujeme jako nespécifickou zátěž, tj. okolnosti společné i jiným profesím a specifickou zátěž, vázanou na okolnosti ve speciálně pedagogické činnosti. Zatížení etopeda je značné (52). Má neohraňčenou pracovní dobu, nepřetržité služby v ústavech, stále dozoruje děti a nemůže se vzdálit od svěřených osob. Pracuje vlastně jako veřejný činitel, ale bez pravomocí a je stále pod společenskou kontrolou. Práce je týmová, je vázaná na okolnosti přímo související s pedagogickou prací, s osudy dětí a mezilidskými vztahy v nefunkčních rodinách. Nahlíží do lidských osudů. Setkává se s týranými a zanedbanými dětmi a s útoky rodičů. Pracuje s dítětem či dospívajícím, který je mnohdy vzdálen od své rodiny, někdy dokonce značně nedobrovolně, i bez možnosti návštěv v rodinném prostředí, je v každodenním styku s projevy úzkosti, smutku a bolesti. Jeho práce vyžaduje soustředění a neustálou pozornost, komunikaci a pohotovou reakci. Jeho práce je jedinečná, vyžaduje individuální přístup ke klientům a celoživotní vzdělávání. Po jisté době se však může projevit důsledek zátěže na psychickém i fyzickém stavu, který je označován jako stav vyhoření, burnout

syndromu, kdy jde o ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí. Nejčastěji je spojen se ztrátou činnosti a poslání, projevuje se pocitem zklamání, hořkostí při hodnocení minulosti. Postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst, snaží se pouze přežít a nemít problémy. Jde o stav konečný, ačkoliv vývoj je plíživý, a tím nebezpečný. Při vědomé prevenci profesionálního stresu se uplatní řada podnětů a opatření. K hlavním podnětům patří dobré rodinné zázemí, kompenzace zátěže odlišnou náplní volného času, vytváření a upevňování zdravého životního stylu, zmírnění nerealistických nároků na sebe a kariéru, rehabilitační programy, vytváření dobrých vztahů na pracovišti, snižování počtu svěřenců na jednoho pedagoga a zavedení systematizovaného místa školního psychologa (43).

### *1.9 Speciálně pedagogická diagnostika etopedická*

Speciálně pedagogická diagnostika etopedická vychází ve své teorii jednak z obecné teorie pedagogické diagnostiky a jednak z teorie pedagogické diagnostiky speciální. Objektem jejího zájmu je mravně narušený, morálně defektní jedinec. Diagnostikující etoped se zabývá zjišťováním a rozpoznáváním chování svých svěřenců a jejich projevů v tom nejširším slova smyslu tak, aby mohl na základě provedeného šetření charakterizovat, posoudit a zhodnotit příčiny, souvislosti a důsledky tohoto chování.

Cílem diagnostiky je co nejdokonalější poznání klienta s postiženími, případně s poruchami chování. Shromažďuje informace o vychovatelnosti, vzdělavatelnosti, postižení a možnostech o zařazení jedince do společnosti (24). Zkoumá průběh dosavadního chování člověka. Výsledkem je diagnóza, která určuje možnost volby prostředků a metod výchovy. Mimořádně vysoké nároky, jež klade výchova mravně narušených jedinců na osobnost vychovatele, si v diagnostických ústavech a některých typech výchovných ústavů vynutily konstituování nové speciálně pedagogické profese, profese vychovatele - etopeda. V těchto výchovných zařízeních má etoped zcela

specifickou funkci, která má charakter samostatného diagnostika speciálně pedagogického. Specifičnost jeho postavení v reedukačním systému těchto výchovných zařízení je dána specifičností jeho vztahu k diagnostikovanému svěřenci. Vztah ke klientovi se vyznačuje jednoznačně neautoritativním postojem ke svěřenci, maximální možnou a únosnou tolerancí a důsledným psychoterapeutickým přístupem (25).

V pracovní náplni etopeda jsou zahrnuty činnosti terapeutické, reedukační, diagnostické, prognostické, metodické, profylaktické (opatření směřující k zabránění vzniku) a katamnestické, čili sledování sociálního uplatnění jedince po ukončení reedukace. Diagnostická a prognostická činnost vychovatele etopeda má bazální a vše završující charakter. Z hlediska náplně práce je tato činnost důležitá především pro svoji návaznost a spjatost se všemi ostatními druhy činností, které musí etoped s veškerým svým úsilím koncipovat a provádět tak, aby získal maximální množství maximálně objektivních údajů o diagnostikovaném svěřenci (24). Etoped vychází při diagnostikování především z projevů a chování svěřence při terapeutické a reedukační činnosti. Diagnostickou práci neprovádí jednorázově, ale v dlouhodobém procesu hledá a objevuje příčinné souvislosti, zjišťuje jejich důsledky, verifikuje předpokládané změny v chování svěřence, a tak postupně zpřesňuje a kompletuje jeho diagnostický „portrét“. Zaměřuje se především na oblasti reakce svěřence na umístění a pobyt v ústavu, na subjektivní svěřencovo hodnocení nově vzniklé situace, jeho schopnost reálně odhadnout a posoudit své další perspektivy, na míru akceptování a respektování požadavků ústavního režimu, na společenskou akceptaci svěřencových postojů k novým skutečnostem, na úroveň a kvalitu sociálních vztahů svěřence k okolí, jejich intenzitu, stálost, míru narušenosti, aktivitu při navazování těchto vztahů, na hodnotovou orientaci a hierarchii životních potřeb svěřence. Sleduje sociální, resp. sociálně patologické, klima, na jehož pozadí svěřencovy mravní anomálie vyrůstaly a zbytněly, reakce svěřence na reedukační tlak a terapeutické zásahy, účinnost aplikovaných terapeutických a reedukačních metod a prostředků a způsob řešení náročných konfliktních či stresových situací. Ověřuje si vyslovené prognózy v psychoterapeuticky strukturované situaci a účinnost a úspěšnost doporučených reedukačních metod a prostředků.

Zdrojem diagnostických informací pro etopeda jsou projevy a chování svěřence při individuální, skupinové a hromadné terapeutické a reedukační činnosti, pozorování svěřence při vyučování, při práci, při sportovních a zájmových činnostech, při hrách a zábavě všeho druhu (52). Analyzuje a vyhodnocuje hmotné výtvoř, výtvarné práce, dokumentační materiál a individuální rozhovory s rodiči a příbuznými diagnostikovaného svěřence. Jakýkoliv zdroj diagnostických údajů nemá význam sám o sobě, ale jen tehdy, je-li etopedem interpretován v návaznosti na údaje ostatní. Proces diagnostikování je teoreticky nekonečný, protože o vlivech na klienta nikdy nemůžeme vědět vše a nikdy nedokážeme zvážit jejich relativní podíly. Všechny diagnostické údaje získané při individuální práci se svěřencem a při skupinové psychoterapii, arteterapii či psychodramatu shrnuje etoped ve výstupní zprávě etopeda. Ta má charakter závěrečné speciálně pedagogické diagnózy etopedické. Postihuje vnitřní i vnější etiologické patogenní činitele ovlivňující vývoj svěřence, jeho charakteristické znaky intelektuální, emocionální a volní, především však důkladně analyzuje a hodnotí svěřencovy morální kvality, úroveň mravní vchovanosti, stupeň mravní narušenosti a stanoví typ poruchy chování a druh defektu. Vedle konstatování současného stavu svěřence odhaluje i jeho možnosti a předpoklady dalšího vývoje. Výsledky svých pozorování konzultuje etoped s ostatními speciálně pedagogickými pracovníky a s psychologem, aby pak mohl na základě tohoto konziliárního setkání navrhnout všem zúčastněným nové metody a postupy práce při odstraňování defektu svěřence a kompenzaci jeho následků. Cílem diagnostické činnosti je tedy získat komplexní obraz osobnosti diagnostikovaného svěřence (52).

Speciálně pedagogická diagnóza je výsledkem průběžného poznávání biologicko-fyziologické, psychické, pedagogické a sociální stránky osobnosti svěřence, hodnocení jeho věkových a individuálních zvláštností v podstatných souvislostech a vztazích. Výběrově syntetizuje výsledky objektivního šetření za celou dobu diagnostického pobytu svěřence. Musí z ní vyplynout pozitivní i negativní vlastnosti osobnosti svěřence a jeho typické projevy a chování v závislosti na vnitřních a vnějších podmínkách. Musí také stanovit, které vlastnosti mohou pozitivně nebo negativně ovlivnit další průběh reedukačního a resocializačního procesu a navrhnout výchovná

opatření pro nadcházející období vývoje svěřence (20). Jde tedy o vyjádření výsledků diagnostického šetření a vyslovení hodnotícího soudu o současném pedagogickém rozvoji diagnostikovaného a nebo rozhodnutí o zařazení jedince do zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Práce s klientem je proces. Je potřeba formulovat cíl a plán práce. Plán práce s klientem je přísně individuální, i když je klient ve skupinovém zařízení. Klient by se měl účastnit jeho vypracování, postup jeho realizace by měl být průběžně kontrolován a individuální cíle by měly být zakotveny ve světě klienta. Skupinové cíle nemusí být pro každého klienta automaticky přínosem a mohou ho i poškozovat. Známkou odpovědného postoje ke klientům je starost o jejich další osudy po propuštění, případně i vyhledání vhodnější péče a chuť klienta udržovat i nadále tento kontakt.

Stanovení diagnózy podle etiologie je kauzální, když známe příčinu poruchy a symptomatická, kde příčinu neznáme a diagnostikují se příznaky. Podle času se dělí na vstupní, průběžnou a výstupní. Podle rozsahu sledovaných cílů je globální, kde sledujeme celek a parciální, kde se věnujeme určitému aktuálnímu projevu. Metody diagnostiky rozdělujeme na obecné, speciální a explorační. Do obecných patří rodinná anamnéza, osobní anamnéza od prenatálního vývoje po současnost a katamnéza, která zkoumá příčiny opakování se projevů. Do speciálních metod patří pozorování plánovité, systematické, dlouhodobé či opakované, soustředěné na podstatné jevy, diskrétní a přesné, pomocí techniky, videa, magnetofonu, analýza produktů činnosti svěřence, metoda analýzy zprostředkovaných informací a přirozeného experimentu. Explorační metodou je rozhovor individuální, skupinový, volný či řízený. Dále dotazník, anketa, ústní či písemné zkoušky, standardizované a nestandardizované testy. Pomocnou metodou je kazuistika (39). Etopedická péče při diagnostice je déletrvající a opakovaná. Provádí se v diagnostických ústavech, střediscích výchovné péče a výchovných ústavech. Diagnostiku provádějí týmy. Sociální pracovníce sbírá anamnestická data, psycholog provádí sezení a testování, speciální pedagog učí, vychovává nebo funguje jako etoped (52).

### ***1. 9. 1 Reeducace, resocializace a terapeutické metody***

Z kvalifikované diagnostiky vzejdou možnosti účinné nápravy poruch. Základním činitelem procesu resocializace je vyhýbání se podnětům, blokování reakcí a zvýšení připravenosti k reakcím předem kladně zpevněným. Novým přístupem je alternativní socializace, která představuje souhrn opatření, které mají navozovat tendenci chtít se změnit, rozvíjet souvislosti a schopnosti, aby ke změně mohlo dojít.

Reeducace je specifický proces změny podmínek, jedná se o vyloučení dřívější reakce. Jde o určitý druh učení, nejen vyhýbat se určitým situacím a blokovat určité reakce, ale i vytvářet nové návyky. Důležitou úlohu v socializaci má sebepoznání, sebehodnocení a sebevýchova (25).

Náprava poruch je složitá, neboť problémy jednotlivých dětí jsou jedinečné. Existuje řada terapeutických metod, které lze rozdělit do tří skupin na behaviorální metody, psychoterapii a farmakoterapii (56).

### ***1. 9. 2 Instituce pečující o jedince s poruchami chování***

O jedince s poruchami chování mohou pečovat instituce náležející do resortu školství, spravedlnosti, zdravotnictví, práce a sociálních věcí a to na úrovni poradenské nebo ústavní péče. Systém etopedických zařízení je definován legislativou (20). V přístupu k jedincům s poruchami chování se objevují nové aspekty. Rozvíjí se terénní sociální práce, střediska výchovné péče a alternativní tresty. Celý převýchovný proces je možno sledovat z několika hledisek. Prvé hledisko je věk, který vymezuje instituce, podílející se na reeducaci, druhé hledisko je druh poruchy chování, protože pokud problémy jedince přesahují možnosti klasické převýchovné péče, je třeba přechodně nebo trvale zajistit péči léčebnou a třetí je stupeň mravní narušenosti, který určuje řešení na úrovni poradenské nebo ústavní péče (39).

Etopedická péče je zajišťována ve speciálních školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, v zařízeních preventivní péče a dále ve věznicích pro výkon trestu odnětí svobody. Systém etopedických zařízení je definován zákonem ČNR

č. 390/1991 Sb., ve znění zákona č. 395/ 1991 Sb. a vyhláškou MŠMT ČR č. 127/ 1997 Sb., kde se hovoří o speciálních výchovných zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a o zařízeních poskytujících preventivně výchovnou péči.

*Ústavní výchova* je opatření, které nařizuje příslušný soud podle zákona o rodině v občansko-právním řízení nezletilému do 18-ti let věku v případě, kdy jiná výchovná opatření nevedla k nápravě a nebo pokud nemohl rodič výchovu dítěte z vážných důvodů zabezpečit. Nařizuje se ze sociálních i výchovných důvodů. Ze sociálních důvodů výkon ústavní výchovy zajišťují u dětí do tří let zdravotnická zařízení – kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do tří let a u dětí od 3 do 18-ti let školská zařízení – dětské domovy či zvláštní internátní školy s celoročním provozem. Z výchovných důvodů zabezpečují výkon ústavní výchovy výchovné ústavy.

*Ochranná výchova* je ochranné opatření, které ukládá příslušný soud

- a) v občansko-právním řízení, spáchá-li dítě mezi 12. – 15. rokem věku čin, za který lze dle trestního zákona uložit výjimečný trest
- b) v trestním řízení mladistvému mezi 15. – 18. rokem, jestliže ochranná výchova podle rozhodnutí soudu splní účel lépe než trest odnětí svobody.

Ochranná výchova se realizuje pouze ve speciálních školských výchovných zařízeních – výchovných ústavech.

Léčebnou péči zajišťuje resort zdravotnictví prostředím lékařů, léčeben nebo oddělení pro závislosti a prostřednictvím terapeutických komunit.

Sociální úsek poskytuje poradenskou službu a práci přímo v terénu při kontaktu s problémovými jedinci či komunitami. Sem patří streetworkové, pobytové terapeutické skupiny a centrum sociální prevence **(39)**.

V systému institucí zajišťujících depistáž, diagnostikování, reedukaci a postupnou resocializaci obtížně vychovatelných, mravně narušených a delikventních dětí a mladistvých je důležitým článkem diagnostický ústav.

**Diagnostický ústav** se dělí podle věku klientů na *dětský diagnostický ústav* a *diagnostický ústav pro mládež*. Tito jedinci jsou přijímáni do diagnostického ústavu na vyšetření, pozorování a stanovení diagnózy. Dítě může být umístěno na podkladě soudem nařízené ústavní nebo ochranné výchovy, na podkladě rozhodnutí příslušného okresního úřadu formou předběžného opatření, na žádost rodičů či zákonných zástupců při náhlém zvratu v chování dítěte, zvláště hrozí-li nebezpečí morálního skluzu. Zde se jedná o tzv. dobrovolný pobyt (19). Pobyt trvá zpravidla šest až osm týdnů, kdy se vedou komplexní šetření diagnostická, zdravotní, sociální, psychologická, didaktická a pedagogická. Probíhá vzdělávání, terapeutická činnost, výchovná, sociální a organizační zajištění, která vedou k umístění dítěte do zařízení v územním obvodu diagnostického ústavu. Diagnostické ústavy poskytují i nezbytnou péči dětem a mladistvým zadrženým na útěku nebo policií při trestné činnosti a na základě rozhodnutí soudu o předběžném opatření. Výsledkem šetření všech zainteresovaných členů pracovního týmu je pak závěrečná komplexní zpráva o svěřenci, jejímiž nejvýznamnějšími součástmi jsou výstupní speciálně pedagogická diagnóza vychovatele a výstupní zpráva etopeda (52).

Vstupní speciálně pedagogická diagnóza je prvním oficiálním záznamem diagnostikujícího pedagoga o diagnostikovaném svěřenci, jenž má dokumentární hodnotu a stává se součástí osobního spisu dítěte. Vychovatel v ní stručně zachycuje všechny důležité projevy dítěte a shrnuje výsledky svých pozorování během adaptačního období po nástupu svěřence k diagnostickému pobytu.

Výstupní speciálně pedagogickou diagnózu zpracovává diagnostikující vychovatel po šesti týdnech diagnostického pobytu svěřence. Jejím cílem je podat přehled o jednotlivých složkách osobnosti svěřence i o podmínkách jeho vývoje z hlediska pedagogického. Nemá obsahovat pouze výsledky pozorování, ale odhalovat i kauzální vztahy. Výstupní pedagogická diagnóza tvoří základní podkladový materiál pro vypracování komplexní závěrečné zprávy o vyšetření svěřence a pro rozhodnutí dislokační komise (52).

Závěrečná komplexní zpráva o vyšetření svěřence je výsledkem všestranného objektivního hodnocení pracovníků všech odborných týmů diagnostického ústavu. Podává ucelený obraz o vývoji a současném tělesném, psychickém pedagogickém a



sociálním stavu svěřence včetně osobní a rodinné anamnézy a pedagogické prognózy. Ze závěrů a pedagogické prognózy musí vyplynout předpokládaný vývoj svěřence a zaměření reedukačního programu. Na základě všech vyšetření jsou v závěrečné zprávě doporučeny optimální výchovné metody a prostředky pro další reedukační a resocializační proces, je vyslovena pedagogická prognóza příštího vývoje svěřence a je rozhodnuto o jeho umístění. Jeho umístění bývá obvykle projednáno na dislokační poradě, jíž se zúčastňují vedoucí vychovatel, etoped, psycholog, sociální pracovníce a zdravotní sestra. Jejich jednání řídí a koordinuje ředitel diagnostického ústavu. Ve vztahu k diagnostikovanému představuje závěrečná komplexní zpráva ve svých důsledcích i určité represivní opatření (52).

Reedukační a resocializační činnost speciálně pedagogických pracovníků diagnostického ústavu má, stejně jako diagnostická činnost, týmový charakter. Jádro pedagogického kolektivu, který odpovídá za výsledky vzdělávací a reedukační práce, tvoří třídní učitel, vychovatelé a etoped. V diagnostické práci vystupuje do popředí nutnost těsné kooperace jak mezi pedagogy navzájem, tak mezi odbornými pracovníky všech ostatních úseků podílejících se na diagnostikování (24). Pracovní tým diagnostického ústavu tvoří sociální tým skládající se ze sociálních pracovníků a externího sociologa. Zdravotní tým tvoří zdravotní sestra, pediatr a externě neurolog, pedopsychiatr, gynekolog a dle potřeby i další odbornosti. V psychologickém týmu je psycholog a ve výchovně vzdělávací týmu vychovatel, etoped a učitel. Diagnostické ústavy nebo výchovné skupiny se člení podle pohlaví nebo věku. Děti školou povinné chodí do tříd základní školy. Pro mládež s ukončenou povinnou školní docházkou se zřizují diagnostické třídy pro přípravu na budoucí povolání, které jsou také součástí diagnostického ústavu a naplňují se do počtu osmi žáků. Po diagnostickém pobytu je dítě umístěno, s předáním veškeré dokumentace a doporučením, buď zpět do rodiny nebo dětského domova a pokud nemá závažné poruchy chování vrací se do dětského domova se základní školou a nebo výchovného ústavu (52).

Poruchy chování jsou velmi obsáhlou problematikou. Tvoří podstatnou část klientely nejen v **pedopsychiatrických ambulancích**, ale i v **pedopsychiatrických lůžkových zařízeních**, a to od okamžiku, kdy selhaly běžné, dále specifické výchovné

přístupy a péče speciálních pedagogů. Odborný léčebný ústav zřízený ministerstvem zdravotnictví ČR v Jihočeském kraji je Dětská psychiatrická léčebna Opařany. Léčí se zde děti od 3-18 let věku s celým diagnostickým spektrem oboru dětské psychiatrie, z celé České republiky. Přijímají se děti na doporučení pedopsychiatrů, psychiatrů, pediatrů, klinických psychologů k léčbě akutních stavů, k diferenciatně diagnostickému pobytu nebo do následné doléčovací terapie se stavy dlouhodobějšími. Délka léčebného pobytu není časově limitována, průměrná doba hospitalizace je různá, v průměru kolem 90 dnů. Výhodou péče je, že zde mají potřebné a dobře vybudované diagnostické a terapeutické zázemí. Poskytují léčbu komplexní a strukturovanou. Strukturou se rozumí možnost zařadit dítě do léčby podle věku, pohlaví, intelektu a diagnózy. Léčbu zajišťují týmy odborníků pedopsychiatrů, psychologů, psychoterapeutů a ošetrovatelského personálu. Nedílnou součástí komplexní péče je docházka do speciálních škol při léčbě.

**Dětské domovy** patří do systému školských zařízení pro výkon ústavní výchovy. Jsou určeny pro zdravé děti, bez výchovných problémů, nanejvýš s disociálním chováním za předpokladu, že nedojde ke zhoršení. Dětské domovy jsou **rodinné**, kde se předpokládá dlouhodobý pobyt a **internátní**, kde se předpokládá krátkodobý pobyt (39).

**Speciální výchovná zařízení** (dětský výchovný ústav, dětský výchovný ústav se zvýšenou výchovnou péčí, s výchovně léčebným režimem, výchovný ústav pro mládež, se zvýšenou výchovnou péčí, s ochranným režimem, s výchovně léčebným režimem, výchovný ústav pro děti a mládež, výchovný ústav pro nezletilé matky), které jsou určeny k převýchovnému procesu dětí a mládeže. Dělí se dle věku, pohlaví, stupně mravního narušení a typu navštěvované školy. Každý ústav má školu přímo v zařízení. Umístění do výchovného ústavu se realizuje prostřednictvím diagnostického ústavu, na základě rozhodnutí soudu o předběžném opatření či nařízení ochranné nebo ústavní výchovy (39).

**Střediska výchovné péče pro děti a mládež** poskytují všestrannou preventivně výchovnou péči dětem a mládeži s negativními společenskými projevy, pokud u nich nejsou důvody pro výkon ústavní výchovy. Byla zřízena zákonem č. 390/1991 Sb. jako

součástí sítě institucí preventivně výchovné péče a zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Od roku 1998 byla tato střediska zařazena do nového systému pedagogicko psychologického poradenství (39). K vytvoření podmínek pro činnosti ve výchovných ústavech a dětských domovech, včetně vymezení základní činnosti středisek výchovné péče byl přijat zákon č. 109/2002 Sb. (68), o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy a o preventivně výchovné péči ve školských zřízeních, který byl v roce 2005 novelizován zákonem č. 385/2005 Sb. Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů (69). Podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče uvádí vyhláška č. 458/2005 Sb. (66) a metodický pokyn k organizaci činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež a stanovení výše úhrady za stravování a ubytování podle § 16 odst. 3 zákona 109/2002 Sb., č.j. 24 049/2002-24 (32).

SVP mohou být soukromá nebo státní, mohou fungovat samostatně nebo jako detašované pracoviště již existujícího zařízení, mohou být pouze docházková nebo jde o kombinaci docházkového a internátního zařízení. Dětem i rodičům nabízí středisko různé služby a programy (39). Nabízejí pomoc dětem a mládeži od 10 do 26 let. Účast na programech střediska je dobrovolná. Klientela střediska je rozmanitá. Jde o jedince závislé na alkoholu či jiných drogách, patologické hráče, děti v krizové situaci souvisejí s rodinou nebo se školou a jedince vracející se do normálního života z ústavních pobytů. Horní hranice délky internátní péče ve středisku jsou dva měsíce. Pomoc, kterou nabízí je tzv. krizová pomoc. Realizuje se buď telefonicky či přímým kontaktem. Dále zde provádějí terapeutické programy individuální a skupinové, víkendové pobyty klientů v přírodě, prázdninové akce, osvětové akce pro školy a terénní sociální práci. Ve středisku pracují kmenoví zaměstnanci a další externisté, psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci, případně učitelé a vychovatelé (Příl. 2).

*Terénní sociální práce* je nová forma práce s rizikovou mládeží v bývalých socialistických zemích. V západní Evropě probíhá sociální práce na ulici, streetwork, již od šedesátých let. Ulice, náměstí, pasáže domů, hospody, bary, diskotéky je pracovištěm streetworka. Ke klientům patří děti a mládež žijící hlavně ve velkoměstech,

kteře nejprve vyhledává, poté si buduje vztah s klientem a hledá pro něj jiné vhodné aktivity. Při všech činnostech streetworka se předpokládá vstřícnost vůči dětem a mládeži, důvěřehodnost, neautoritativnost, schopnost komunikovat a udržovat vztah.

Středisko výchovné péče pro děti a mládež, Dukelská 1704, České Budějovice, nabízí služby pro děti a mládež, rodiče a pedagogy, se zaměřením na krizové situace dítěte, poruchy chování a rodičovskou poradnu. Jejich klienty jsou:

- děti s výchovnými a výukovými problémy jako jsou špatný prospěch, záškoláctví, krádeže, útěky z domova, agresivní hrubé chování
- děti, které si nerozumí s vrstevníky, uzavřené, samotářské a konfliktní
- oběti šikany a jejich agresori.

Bezplatnou formou i anonymně zajišťují a poskytují konzultační a poradenské činnosti, informace, psychoterapeutické vedení, zajištěné psychologem, přednášky a ukázkové skupiny, diagnosticko-terapeutický servis formou pobytu v internátním zařízení pro chlapce i děvčata. Všechny služby směřují k včasnému a tím úspěšnému řešení potíží v životě dítěte a k prevenci vážných problémů (**Příl. 2**).

**Centrum sociální prevence** má náplň jako středisko výchovné péče, poskytuje ambulantní i internátní programy dětem a mládeži z nefunkčních rodin, propuštěných z ústavní péče, pachatelům bagatelní trestné činnosti, kteří jsou vyšetřováni nebo potrestáni podmíněnými či alternativními tresty, poskytuje azylové ubytování, stravování, ošacení, příležitost k vykonávání osobní hygieny, psychologickou, sociální, zdravotnickou a právní pomoc

Vedle již existujících školských zařízení vznikají **soukromé instituce**, které prosazují *alternativní metody a formy práce* s jedinci s poruchami chování na úrovni primární až terciální prevence.

Pro pachatele méně závažných trestních činů, např. majetkových, vznikly alternativy trestu odnětí svobody, tedy tresty nahrazující trest odnětí svobody, tzv. *tresty vykonávané ve společnosti*. Zaměstnávání vězňů je velice důležitou součástí programu resocializace (**70**). Forma sankce, při které je odsouzený ve vězení, ale během výkonu trestu je mu umožněno pracovat nebo vzdělávat se mimo vězeňské zařízení se nazývá *částečná detence*. Při víkendové detenci tráví odsouzený ve vězení pouze

víkendy. Tyto alternativy zatím v ČR nejsou. U nás existuje *ochranná léčba*, jedná se o terapeutická pobytová zařízení, ústavy, v nichž se odsouzenému poskytuje specializovaná léčebná péče, např. protidrogové nebo protialkoholní zařízení. Dalším trestem je *pokuta, peněžitý trest* či *systém denních pokut* podle počtu dní vyměřeného trestu odnětí svobody. Výše pokuty se v ČR pohybuje v rozmezí od 2 tisíc do 5 miliónů Kč. Tento trest může být udělen jako samostatný nebo jako vedlejší, kdy soud zároveň stanoví délku vězení pro případ nevykonání peněžitého trestu. V ČR je možnost *dohody* mezi pachatelem a poškozeným v rámci odklonu trestního řízení a *narovnání*. Jinou alternativou je *sankce omezující nebo odnímající některá práva*, např. zákaz řízení motorových vozidel, zabavení objektu deliktu a jiné. Jedná se o zákaz činnosti, zákaz pobytu, propadnutí věci nebo majetku či uložení ochranné výchovy ve výchovných ústavech. U *morální sankce* jde o osobní omluvu poškozenému a příspěvek na charitativní účely. Také je možnost uložit pachateli místo trestu *probační dohled*. Pachatel je povinen být po stanovenou dobu v pravidelném kontaktu s probačním pracovníkem a podrobovat se jeho probačnímu dohledu, dodržování podmínek a opatření uložených soudem a psychosociální pomoci. Lze také nahradit určitou část zbytku trestu vězení podmíněným propuštěním odsouzeného na svobodu s uložení probačního dohledu. Při uložení trestu *obecně prospěšné práce* je povinností pachatele odpracovat určitý počet hodin práce v obecném a veřejném zájmu, které musí odsouzený vykonat bezplatně, ve svém volném čase a v průběhu stanovené lhůty. Od roku 1995 se počet hodin stanovuje v rozmezí 50 - 400 hodin. Souhlas pachatele se u nás nevyžaduje. *Podmíněné odsouzení* je odložení výkonu trestu vězení, který nepřevyšuje dva roky, na zkušební dobu maximálně pěti let a případně doplnění dalším trestem, např. zákazem činnosti (47).

## 2. Cíle práce a hypotézy

*Cílem práce* byla analýza výchovných problémů u klientů střediska výchovné péče z hlediska zdravotního, psychologického a sociálního, posouzení efektivity péče a spolupráce rodiny, pohled na ekonomické zázemí rodiny, vzdělanost rodičů a vliv těchto faktorů na rozvoj poruch chování. Otázkou bylo, zda propojení zdravotní, psychologické a sociální péče o klienta je efektivnější, než jednostranná péče o tyto jedince, zda dobré finanční poměry rodiny mohou mít vliv na větší výskyt poruch chování a zda vyšší vzdělanost rodičů může ovlivnit efektivnost léčby.

Po seznámení se s prací a klienty střediska výchovné péče během studia, rozhovory s pedopsychiatrem, kurátorem pro děti a mládež, pracovníky střediska výchovné péče a po nastudování literatury vztahující se k tématice práce s problémovým dítětem byly vystavěny tři hypotézy. Hypotézy pak byly vzhledem k zadání upraveny, aby při zpracování lépe korespondovaly s definicemi a stavem problematiky.

V *první hypotéze* je tvrzeno, že právě propojení péče po stránce zdravotní, psychologické a sociální je efektivnější. Předpokládalo se, že péče o jedince po stránce bio-psycho-sociální musí vést k rychlejší nápravě poruchy chování.

Ve *druhé hypotéze* se uvažovalo o pravděpodobnosti negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím, tím mnohdy vyšším pracovním vytížením rodičů, na vznik poruch chování u klientů střediska. K tomuto tvrzení vedla domněnka, že vyšší ekonomické zázemí na děti působí negativně a pracovním vytížením rodiče nemají dostatek času na výchovu svých dětí. Děti z rodin s dobrými finančními poměry si mohou více věcí dovolit, nejsou finančně limitováni a to může mít negativní vliv na rozvoj jejich osobnosti, na vztahy mezi vrstevníky a na utváření jejich hodnotového systému.

V *poslední hypotéze* se dokazovalo, že vyšší efektivitu nápravy poruch chování lze předpokládat u dětí rodičů s vyšším vzděláním. K této domněnce vedl fakt, že vzdělanější rodiče mají větší zájem o nápravu svých potomků. Pohybují se v běžné společnosti a chtějí, aby jejich děti žily běžný život a nesklouzly na okraj společnosti.

Dle toho se usuzovalo, že vzdělanější rodiče budou lépe spolupracovat a efektivita péče u respondentů bude vyšší.

*Předmětem* zkoumání byly výchovné problémy dětí a mládeže střediska výchovné péče a možnost jejich ovlivnění mnohostrannou péčí nebo eliminací faktorů, které podněcují jejich rozvoj.

*Objektem* zkoumání byl soubor vybraných klientů s poruchami chování Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích v období od května do listopadu roku 2006.

Pro výzkum a předpokládané potvrzení hypotéz se použilo několik *metod*. Nejdůležitější byla sekundární analýza dat, dále pozorování, dotazník u vybraných respondentů, rozhovor s klienty a pracovníky střediska výchovné péče.

Jednalo se o kvantitativní výzkum. Všechna sebraná data poskytla mnoho materiálu ke zpracování.

Výsledky práce mohou zajímat nejen odborníky, ale i laickou veřejnost, tedy rodiče dětí s poruchami chování, kteří si mohou uvědomit jak s takovýmto dítětem či mladistvím pracovat, co a jak mohou ovlivnit nebo změnit. V průběhu výzkumu byly sledovány i řady jiných podnětů, které stojí za další a podrobnější prostudování.

### 3. Metodika

Výzkum předpokládá správné vymezení základní otázky, nalezení objektivních metod pro sběr a analýzu informací. Zahrnuje následující kroky:

- definování problému a cílů výzkumu
- sestavení plánu výzkumu
- shromáždění informací
- analýza informací
- prezentaci výsledků

V přípravné fázi tohoto výzkumu byl **definován problému a výzkumný cíl**. Cíl je formulován jako problém, který má být řešen (22). Jednalo se o kvantitativní výzkum. *Cílem* této práce byla analýza výchovných problémů u klientů střediska výchovné péče z hlediska zdravotního, psychologického a sociálního, posouzení efektivity péče, ekonomického zázemí rodiny, pohled na spolupráci rodiny, vzdělanost rodičů a vliv na rozvoj poruch chování. Zájem byl zaměřen na otázku, zda propojení zdravotní, psychologické a sociální péče o klienta je efektivnější, než jednostranná péče o tyto jedince, zda dobré finanční poměry rodiny mohou mít vliv na větší výskyt poruch chování a zda vyšší vzdělanost rodičů může ovlivnit efektivnost léčby.

Po získání množství výchozích poznatků o daném jevu, bylo možné formulovat *předmět výzkumu*. V předmětu výzkumu se stanovila zkoumaná oblast (22). Předmětem zkoumání byly výchovné problémy dětí a mládeže střediska výchovné péče a možnost jejich ovlivnění všestrannou péčí nebo eliminací faktorů, které podněcují jejich rozvoj. Po seznámení s prací a klienty střediska výchovné péče během studia, rozhovory s pedopsychiatrem, kurátorem pro děti a mládež, pracovníky střediska výchovné péče a po nastudování literatury vztahující se k tématice práce s problémovým dítětem došlo k vystavění tří hypotéz.

V *první hypotéze* se tvrdilo, že právě propojení péče po stránce zdravotní, psychologické a sociální je efektivnější. Vznikla domněnka, že péče o jedince po stránce bio-psycho-sociální musí vést k rychlejší nápravě poruchy chování. Pod pojmem



efektivnější se rozumí, že se u respondenta objektivně i subjektivně zlepšil stav, nejsou recidivy poruchy, péče není opakována a ke změně došlo během kratší doby. Všestrannou péčí se rozumí péče o jedince ve středisku výchovné péče, v pedagogicko-psychologické poradně nebo na pedopsychiatrii a péče kurátora pro děti a mládež – sociálně právní ochrana dětí a mládeže.

Ve *druhé hypotéze* se uvažovalo o pravděpodobnosti negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím, tím mnohdy vyšším pracovním vytížením rodičů, na vznik poruch chování u klientů střediska. K tomuto tvrzení vedla domněnka, že vyšší ekonomické zázemí na děti působí negativně a pracovním vytížením rodiče nemají dostatek času na výchovu svých dětí. Děti z rodin s dobrými finančními poměry si mohou více věcí dovolit, nejsou finančně limitováni a to může mít negativní vliv na rozvoj jejich osobnosti, na vztahy mezi vrstevníky a na utváření jejich hodnotového systému. Dobré, průměrné a slabší finanční poměry jsou hodnoceny dle tvrzení respondentů a jejich rodičů a podle dalších kritérií (bydlení v bytě či rodinném domě, vlastnictví, velikost, vlastní pokoj, vybavení).

V *poslední hypotéze* byla snaha dokázat, že vyšší efektivitu nápravy poruch chování lze předpokládat u dětí rodičů s vyšším vzděláním. K této domněnce vedl fakt, že vzdělanější rodiče mají větší zájem o nápravu svých potomků. Pohybují se v běžné společnosti a chtějí, aby jejich děti žily běžný život a neskouzly na okraj společnosti. Dle toho se usuzovalo, že právě vzdělanější rodiče budou lépe spolupracovat a péče bude vykazovat vyšší efektivitu.

Druhou etapou bylo **sestavení plánu výzkumu a stanovení souboru**. Plán výběru respondentů obsahoval rozhodnutí o tom, jaký bude základní soubor - kdo má být pozorován, velikost výběrového souboru a vytváření výběrového souboru - jak by měli být respondenti vybíráni. *Objektem zkoumání* byl soubor účelově vybraných klientů s poruchami chování Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích v období od května do listopadu roku 2006. Pracovalo se tedy na kvantitativním výzkumu. Tohoto výzkumu se celkem zúčastnilo 93 respondentů s problémovým chováním, 18 dívek a 75 chlapců. Jednalo se o všechny klienty, kteří byli ve středisku výchovné péče

v tomto období vyšetření, bylo s nimi pracováno a nebo zde byli na internátním pobytu. *Účelový výběr*, Caravan test, znamená, že byly vybrány osoby vyskytující se v nějaké řadě, výzkumník musí přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek opravdu reprezentuje (22). Ze statistiky za školní rok 2004/2005 a 2005/2006 bylo zjištěno, že za školní rok 2004/2005 mělo středisko výchovné péče 163 klientů, 133 ambulantních a 30 internátních. Za školní rok 2005/2006 pak 257 klientů, 189 ambulantních, 66 internátních a v 2 celodenní péči. Roční průměr tedy činí 210 klientů s problémovým chováním. Z toho výčtu vyplývá, že průměr za šest měsíců je 105 klientů. Během výzkumu se podařilo v daném časovém období shromáždit data 101 respondentů. Z celkového počtu 101 respondentů se, po následné analýze a kontrole dat, zkoumaný soubor zredukoval na 93 respondentů. Je možno konstatovat, že tento soubor lze považovat za dostatečný.

Realizační etapa obnášela **shromáždování informací a podkladů pro následnou analýzu a vyhodnocení informací**. Pro výzkum a předpokládané potvrzení hypotéz se použilo několik metod. Nejdůležitější je analýza dokumentů, sekundární analýzu dat, dále pozorování, dotazník u vybraných respondentů, rozhovor s klienty a pracovníky střediska výchovné péče. Pro odpovědi na otázky, na které je nutno pomocí výzkumu odpovědět, je využíváno informací, které již existují, a které se obvykle označují jako sekundární zdroje informací. Pokud se z těchto zdrojů nepodaří získat všechny potřebné informace, je nutno uskutečnit tzv. *primární výzkum*. Jde o získávání údajů přímo v terénu (22).

*Analýza dokumentů, sekundární analýza dat, obsahová analýza a analýza osobních dokumentů* je analýza jakýchkoliv dokumentů, kde jsou společenské jevy zkoumány na základě oficiálních, osobních či jiných dokumentů. V průběhu tohoto výzkumu byly zkoumány dokumenty *neosobní* (statistiky, úřední dokumenty), *oficiální (úřední)* závazné, mnohdy kontrolované či jiným způsobem objektivizované (zákony, vyhlášky, nařízení, úřední statistické prameny), *primární (prvotní)* prameny, které zachycují záznam událostí situace, nálady, dojmu, názoru, chování (chorobopisy,

znalecké posudky) a *sekundární (druhotné)* již zpracované prvotní prameny (statistické zprávy).

*Pozorování* je zaměřené, dobře plánované vnímání vybraných jevů a to, co bylo vnímáno, je pečlivě a systematicky zaznamenáváno. Při tomto výzkumu se použilo přímé, nezúčastněné pozorování. *Přímé* pozorování je prováděno samotným výzkumníkem, týká se bezprostředního a systematického pozorování sociálních jevů, procesů, činností podle stanoveného plánu, bez dotazování a jakéhokoliv ovlivňování pozorovaného objektu. Patří mezi základní tradiční techniky sběru informací. Přímým předmětem pozorování bylo chování osob, celková situace a atmosféra. *Nezúčastněné* pozorování je takové, kdy pozorovatel pozoruje společenské jevy, aniž se sám v pozorovaném ději angažuje (22).

*Při dotazování, rozhovoru* se vyžadovaly informace, které byly získávány v přímé interakci s respondentem. V *dotazníku* respondent odpovídal písemně na standardizovaný soubor otázek, jež byly předem připraveny na formuláři (Příl.1). Dotazník je nejpoužívanější prostředek ke sběru informací. Vlastní dotazník by měl mít danou formální úpravu skládající se z úvodní formule, která obsahuje oslovení, představení se respondentovi, zdůvodnění výzkumu, pokyny pro vyplňování, dále tématické oddíly a na závěr jméno či adresu autora výzkumu (22).

*Rozhovor* je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím záměrně cílených otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané realitě. Pro záznam rozhovoru se většinou používá záznamový arch. Rozhovor je tradiční, dlouho používanou technikou, která se dnes kombinuje s technikou dotazníku. Zde byl použit *individuální* rozhovor probíhající mezi tazatelem a respondentem, který byl *standardizovaný (řízený)*, na základě pevně stanovených otázek a pořadí. Všechna sebraná data poskytla mnoho materiálu ke zpracování.

Po získání dat je nutno provést **zpracování a analýzu dat**, jejich kontrolu a následně vyřadit ze souboru vyplněných dotazníků nebo formulářů ty, které jsou zpracovány neúplně nebo neobstály při logické kontrole. Z celkového počtu 101

respondentů s problémovým chováním se zkoumaný soubor, po následné analýze a kontrole dat, zredukoval na 93 respondentů. Vyčištěný soubor dotazníků, rozhovorů a pozorování je připraven ke *kódování*, kterým převádíme odpovědi do podoby použitelné pro počítačové zpracování údajů. Za nejjednodušší postup při třídění považujeme ruční třídění, nejdokonalejší pak pomocí počítače. Dalším krokem je třídění empirického materiálu. *Tříděním* rozumíme, že statistický soubor rozdělujeme podle určitého znaku do skupin. Statistický soubor lze dělit na skupiny jak podle znaků kvalitativních, tak kvantitativních. Výsledky třídění podle kvantitativních znaků vytvářejí řady rozdělení četností (22).

Rozdělení vyčlenilo soubor respondentů mužského a ženského pohlaví. Podle první hypotézy se tedy stanovil soubor respondentů s všestrannou, dvoustrannou a jednostrannou péčí. Následně se sledovala efektivita péče u takto stanovených souborů. Každý soubor se tedy dělil na ty, kterým se objektivně i subjektivně stav zlepšil a na ty, kde prokazatelně výsledky nejsou, kde jsou recidivy. Nakonec se výsledné soubory porovnávají a výsledkem zjištění bude, jaký soubor s jakou péčí má vyšší efektivitu.

Pro potvrzení druhé hypotézy se soubor dělil na počty dětí z rodiny s dobrými, průměrnými a slabšími finančními poměry. Dále je soubor dělen dle vzdělanosti rodičů, spolupráce a pozitivní změny stavu u respondentů.

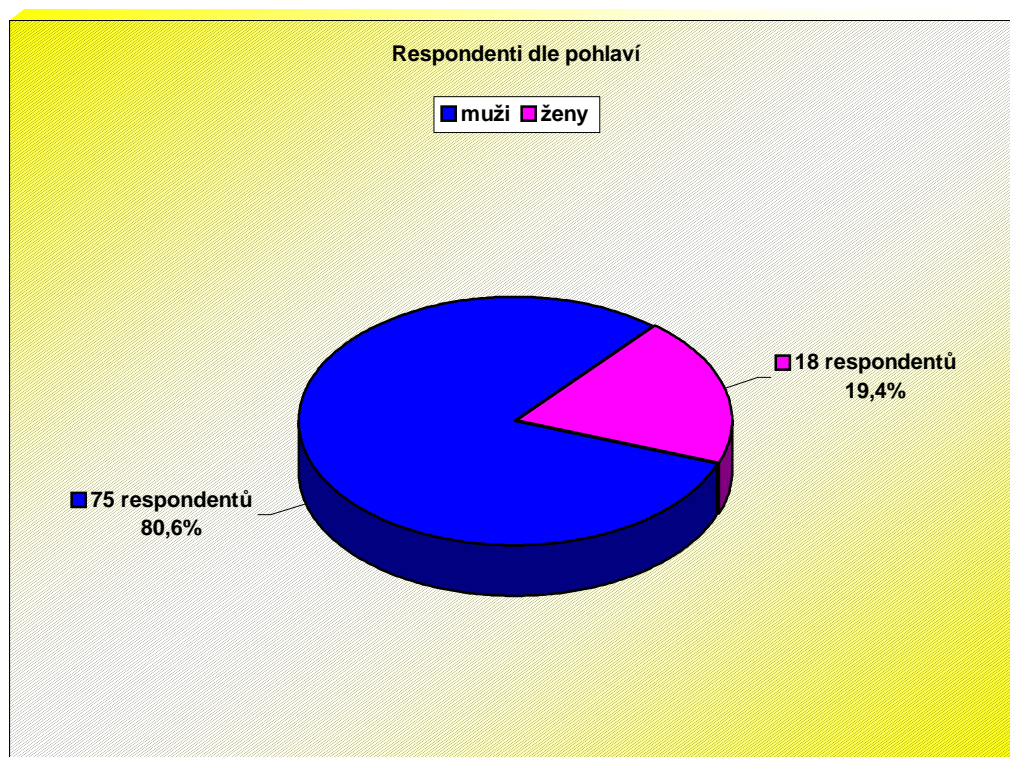
Zpracováním, roztříděním a vyhodnocením se dospělo k výsledkům, které jsou **interpretovány** v následujících kapitolách. Největším problémem při práci se všemi informacemi bylo zajistit, aby prováděné měření bylo *validní*, aby měřilo skutečně to, co se zamýšlelo měřit. Bylo pracováno s dokumenty a klienty, což je časově náročné a vyžaduje trpělivost. Tento způsob a postup řešení problému byl zvolen proto, aby se podařilo lépe shromáždit všechny informace, případné chybějící informace si doplnit a zároveň si kombinací metod ověřit pravdivost.

#### 4. Výsledky

Jednalo se o kvantitativní výzkum. Objektem zkoumání byl soubor vybraných klientů s poruchami chování Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích v období šesti měsíců, od května do listopadu roku 2006. Z celkového počtu 101 respondentů se, po následné analýze a kontrole dat, zkoumaný soubor zredukoval na 93 respondentů.

Do výzkumu tedy bylo zahrnuto celkem 93 respondentů s problémovým chováním, 18 respondentů ženského pohlaví a 75 respondentů mužského pohlaví. Do výzkumu byli zahrnuti všichni klienti, kteří byli ve středisku výchovné péče v tomto období vyšetřeni, bylo s nimi pracováno a nebo zde byli na internátním pobytu. Respondentů mužského pohlaví je 80,6 % a ženského pohlaví 19,4 % (**Graf 1**). Poměr klientů s poruchami chování podle pohlaví činí 4 : 1.

**Graf 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví**



**Zdroj:** vlastní výzkum

Věkové rozložení respondentů ukazuje následující tabulka (**Tab. 1**). Nejpočetnější je věková kategorie 11 až 15 let, na druhém místě jsou kategorie 7 až 10 let a 16 až 18 let, na třetím místě kategorie 0 až 6 let a pouze jeden respondent je v kategorii nad 19 let.

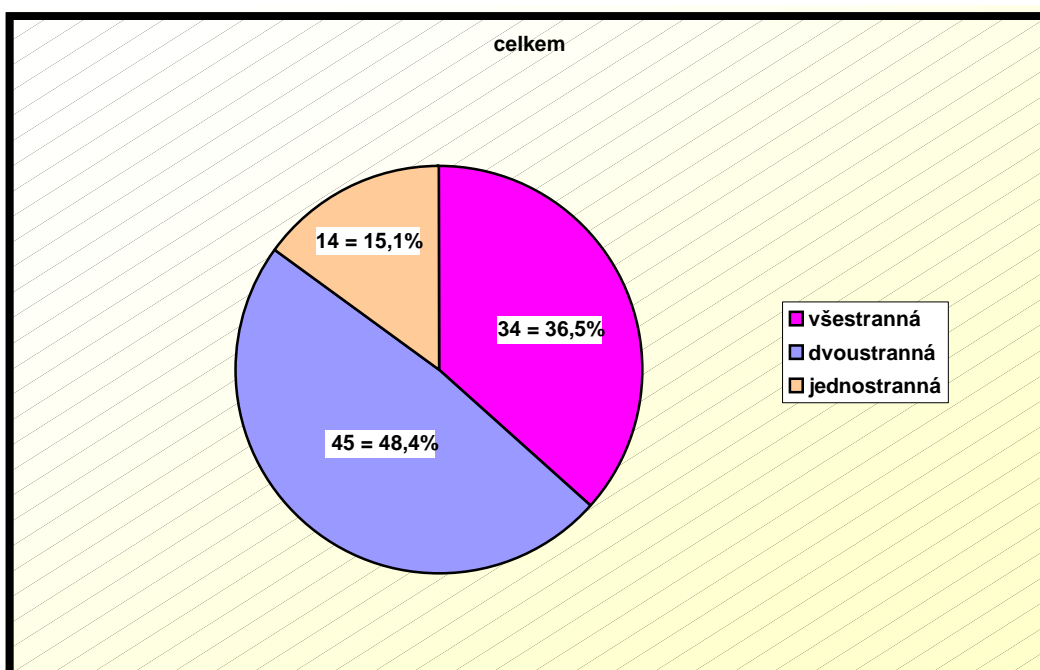
**Tab. 1: Věkové rozložení**

<b>Věková kategorie</b>	<b>muži</b>	<b>ženy</b>
<i>0 – 6 let</i>	4	2
<i>7 – 10 let</i>	11	2
<i>11 – 15 let</i>	48	12
<i>16 – 18 let</i>	11	2
<i>19 a více let</i>	1	0
<b>CELKEM:</b>	<b>75</b>	<b>18</b>

**Zdroj:** vlastní výzkum

V *první hypotéze* je tvrzeno, že propojení péče po stránce zdravotní, psychologické a sociální je efektivnější. Stanovil se tedy soubor respondentů s všestrannou, dvoustrannou a jednostrannou péčí, následně se sledovala efektivita péče u takto stanovených souborů a nakonec se výsledné soubory porovnaly. Počet respondentů, kteří mají péči všestrannou, tedy psychologickou, zdravotní a sociální, byl 34 a to se rovná 36, 5 %, dvoustrannou péčí, ve středisku výchovné péče a zdravotní nebo sociální péči, má 45 respondentů, což je 48, 4 %. Jednostrannou péčí, pouze ve středisku výchovné péče, má 14 respondentů a to je 15, 1 % (**Graf 2**).

**Graf 2: Propojení péče u respondentů**



**Zdroj:** vlastní výzkum

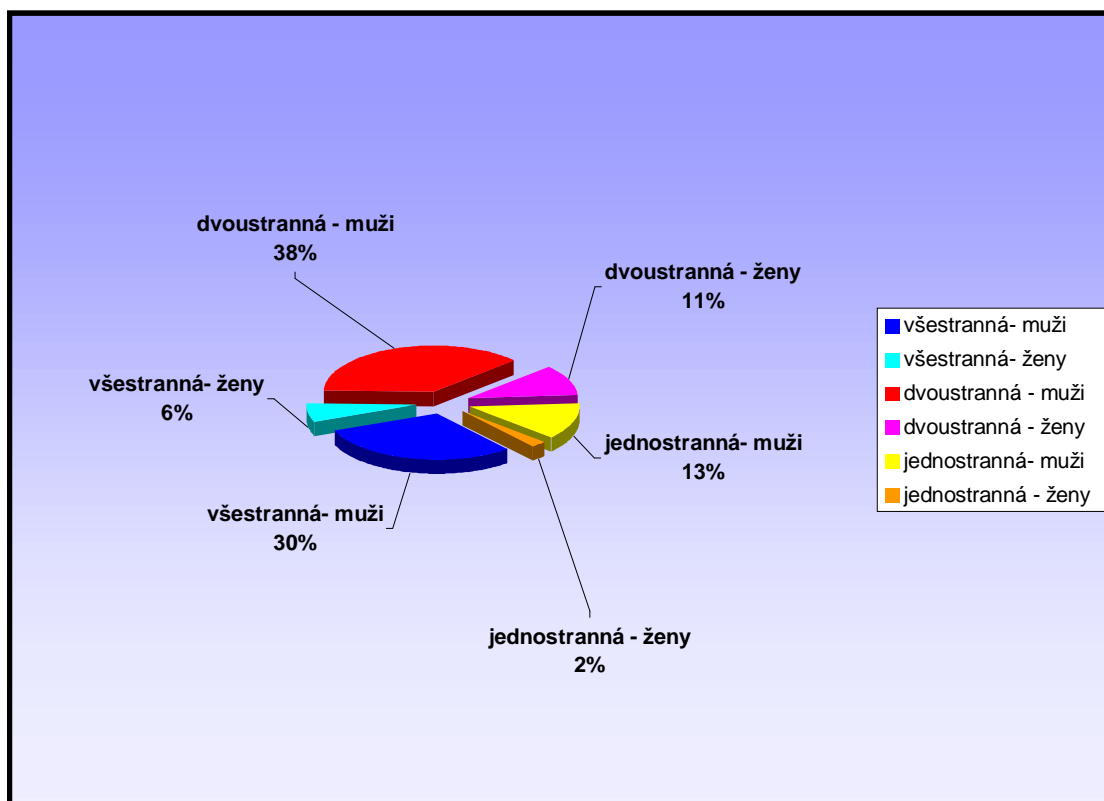
Všestrannou péči podstoupilo 28 hochů a 6 dívek, dvoustrannou 35 hochů a 10 dívek a jednostrannou péči 12 hochů a 2 dívky (**Tab. 2**). Graf číslo dvě ukazuje procentuální počet respondentů mužského a ženského pohlaví dle typu péče (**Graf 3**).

**Tab. 2: Propojení péče – počet mužů, žen v typech péče**

	všestranná	dvoustranná	jednostranná
muži	28	35	12
ženy	6	10	2
Celkem	36,50 %	48,40 %	15,10 %

**Zdroj:** vlastní výzkum

**Graf 3: Propojení péče – muži, ženy v procentech**



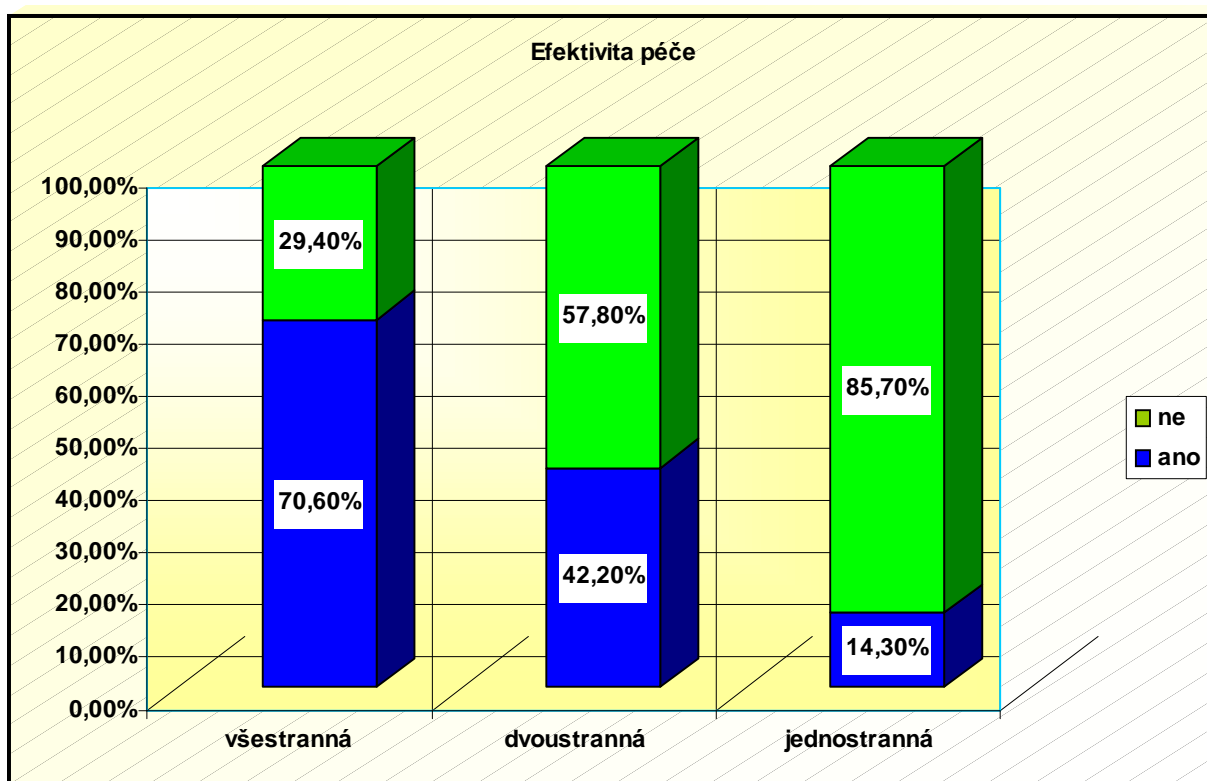
**Zdroj:** vlastní výzkum

Efektivita propojení péče je sledována ve všech třech typech péče. Všestranná péče, po stránce zdravotní, psychologické a sociální, vykazuje pozitivní změnu stavu u dvaceti čtyř respondentů, což je 70,6 %. U deseti respondentů, tedy u 29,4 % pozitivní změnu nelze prokázat. Dvoustranná péče změnila stav u devatenácti respondentů (42,2 %) a u dvaceti šesti klientů (57,8 %) se stav nezlepšil. Jednostranná péče pomohla pouze u dvou respondentů, čili ve 14,3 % a u dvanácti respondentů (85,7 %) ne. Z popsanych výsledků a pohledu na následující graf lze konstatovat, že první hypotéza byla potvrzena. Z předchozích výsledků je vidět, že všestranná péče není tou nejrozšířenější, je na druhém místě, ale je prokazatelně efektivnější než péče dvoustranná a jednostranná. Efektivita péče, tedy pozitivní změna u respondentů, je



v následujícím grafu znázorněna modrou barvou a zelenou barvou pak procentuální počet respondentů, kde pozitivní změnu nelze prokázat (**Graf 4**).

**Graf 4: Efektivita péče**

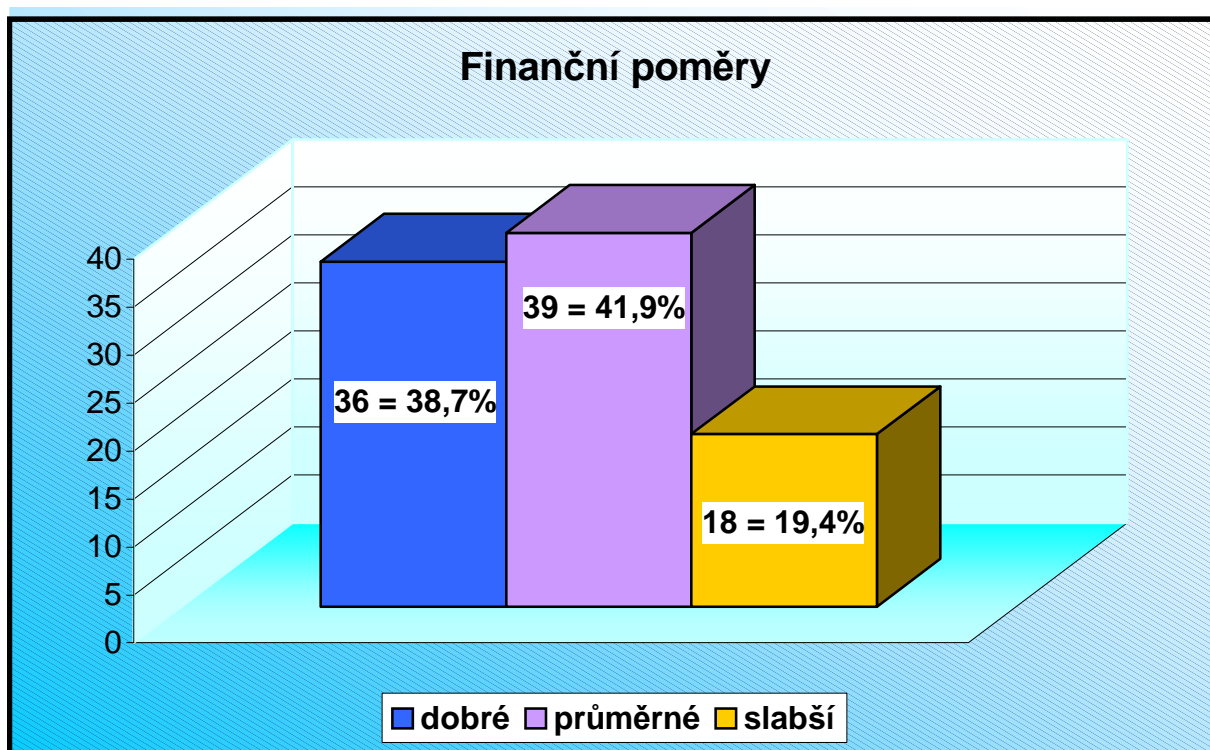


**Zdroj:** vlastní výzkum

Ve druhé hypotéze se uvažovalo o pravděpodobnosti negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím, tím mnohdy vyšším pracovním vytížením, rodičů na vznik poruch chování u klientů střediska. K tomuto tvrzení vedla domněnka, že vyšší ekonomické zázemí na děti působí negativně a pracovním vytížením rodiče nemají dostatek času na výchovu svých dětí. Děti z rodin s dobrými finančními poměry si mohou více věcí dovolit, nejsou finančně limitováni a to může mít negativní vliv na rozvoj jejich osobnosti, na vztahy mezi vrstevníky a na utváření jejich hodnotového systému. Dobré, průměrné a slabší finanční poměry jsou hodnoceny dle tvrzení respondentů a jejich

rodičů a podle dalších kritérií (bydlení v bytě či rodinném domě, vlastnictví, velikost, vlastní pokoj, vybavení). V následujícím grafu je znázorněn počet respondentů s dobrými, průměrnými a slabšími finančními poměry (**Graf 5**).

**Graf 5: Finanční poměry – početní skupiny**



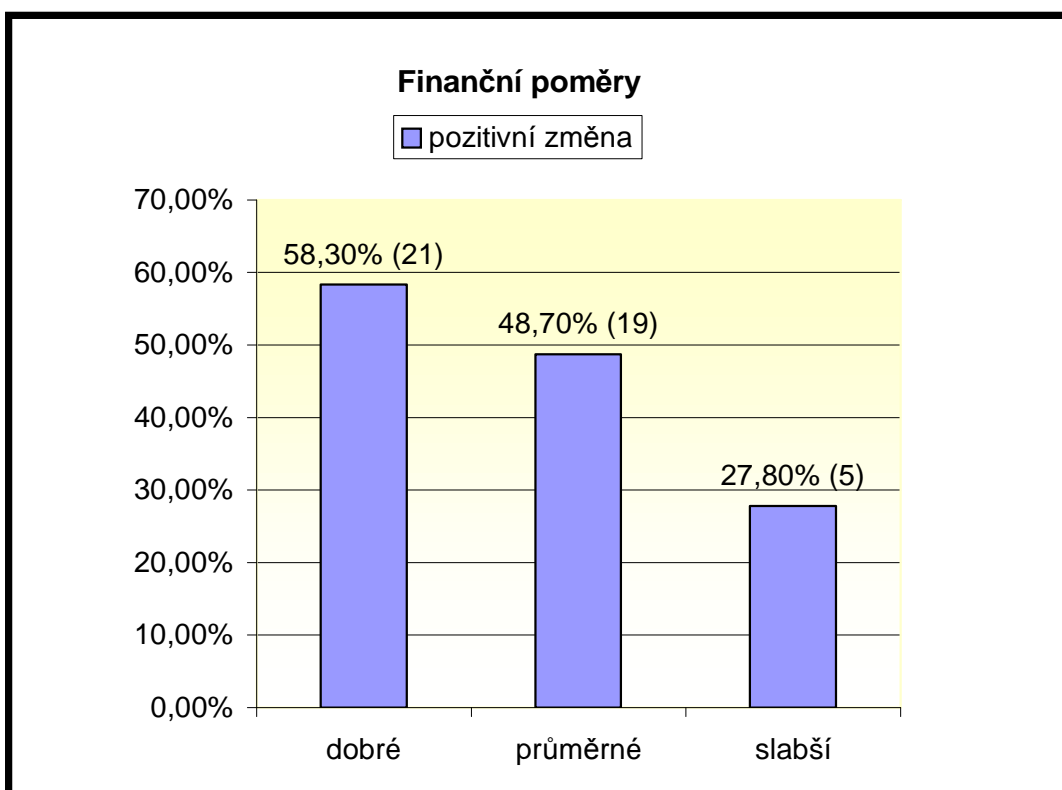
**Zdroj:** vlastní výzkum

Pravděpodobnost negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím rodičů na vznik poruch chování u klientů střediska se prokázat nepodařilo, neboť největší skupinou jsou respondenti pocházející z rodin s průměrnými finančními poměry. Z výše uvedených výsledků lze konstatovat, že druhá hypotéza nebyla prokazatelně potvrzena.

Při dalším porovnání těchto tří souborů se podařilo prokázat, že v nejvyšší míře pozitivní změna nastala u respondentů s dobrými finančními poměry a to v 58,3 %.

souboru s průměrnými finančními poměry se prokázala změna ve 48,7 % a pouze ve 27,8 % došlo k pozitivní změně v souboru respondentů z rodin ze slabšími finančními poměry. V grafu je vždy vedle procentuálního vyjádření uveden v závorce počet respondentů (**Graf 6**).

**Graf 6: Finanční poměry a pozitivní změna u respondentů**

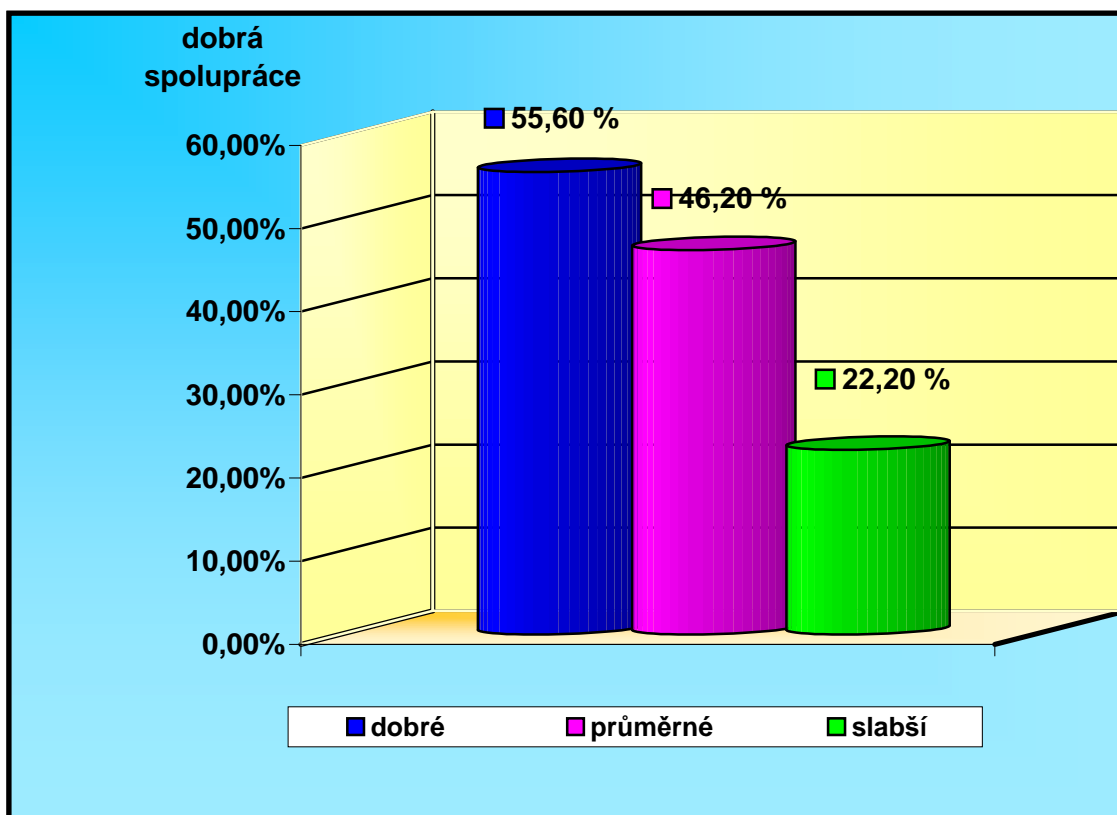


**Zdroj:** vlastní výzkum

V souborech rozdělených podle finančních poměrů byla dále porovnávána dobrá spolupráce s rodinou a pak i následná efektivita péče u respondentů z těchto spolupracujících rodin. Efektivita péče je hodnocena z několika hledisek. Jde o souhrn objektivního i subjektivního hodnocení změny stavu u respondentů, délky péče a recidiv poruch. Pokud je péče efektivní, tak pozitivní změna nastane objektivně i subjektivně za kratší dobu a bez recidivy. Výsledky svědčí o tom, že nejlépe spolupracují rodiny

v souboru s dobrými finančními poměry a na druhém místě v souboru s průměrnými finančními poměry. Nejhůře spolupracující jsou rodiny se slabšími finančními poměry (Graf 7).

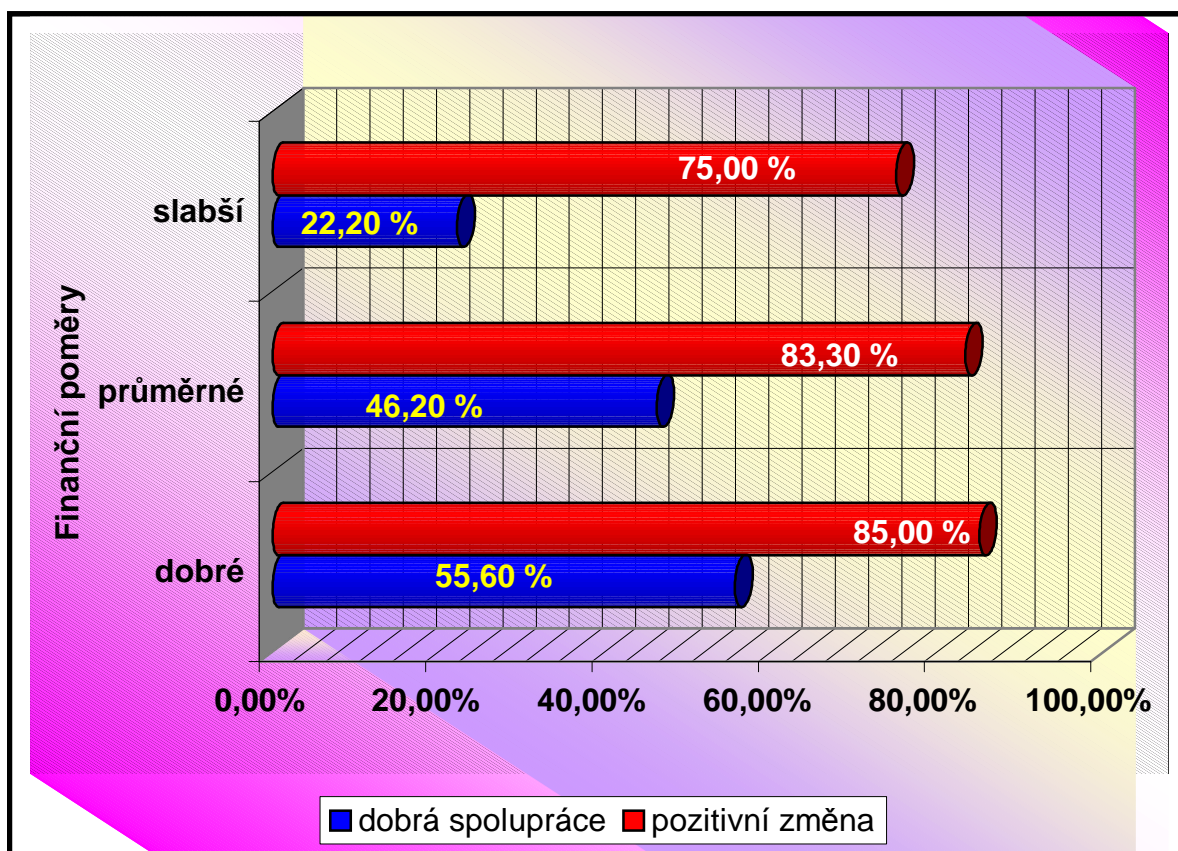
**Graf 7: Finanční poměry a spolupráce rodiny**



**Zdroj:** vlastní výzkum

Jedná-li se o efektivitu péče u respondentů ve spolupracujících rodinách, tak v nejvyšším procentu nastala pozitivní změna u respondentů v souboru s dobrými finančními poměry, na druhém místě v souboru s průměrnými finančními poměry a k nejnižšímu procentuálnímu počtu pozitivních změn došlo u respondentů v rodinách se slabšími finančními poměry. Z předchozího vyhodnocování souborů bylo prokázáno, že dobré finanční poměry a dobře spolupracující rodina vede k efektivitě péče ve vyšším procentu, tedy k pozitivní změně u respondentů (Graf 8).

**Graf 8: Spolupráce rodin rozdělených dle finančních poměrů a pozitivní změna u respondentů**



**Zdroj:** vlastní výzkum

V poslední hypotéze se mělo dokázat, že vyšší efektivitu nápravy poruch chování lze předpokládat u dětí rodičů s vyšším vzděláním. K této domněnce vedl fakt, že vzdělanější rodiče mají větší zájem o nápravu svých potomků. Pohybují se v běžné společnosti a chtějí, aby jejich děti žily běžný život a neskouzly na okraj společnosti. Proto se usuzovalo, že právě vzdělanější rodiče budou lépe spolupracovat a efektivita péče bude vyšší.

V následující tabulce je znázorněno vzdělanostní rozložení rodin. Do kategorie vysokoškolačka je zařazena rodina, kdy alespoň jeden z rodičů dosáhl vysokoškolské

vzdělání. Ve středoškolské kategorii je matka nebo otec s ukončeným středoškolským vzděláním, v učňovské kategorii je jeden rodič vyučen a v kategorii se základním vzděláním jsou rodiče, kteří splnili pouze povinnou školní docházku. Počty rodin v jednotlivých kategoriích znázorňuje třetí tabulka (**Tab. 3**).

**Tab. 3: Vzdelanost rodičů**

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet rodin	Procentuální počet
vysokoškolské	11	11,8 %
středoškolské	25	26,9 %
učňovské	49	52,7 %
základní	8	8,6 %

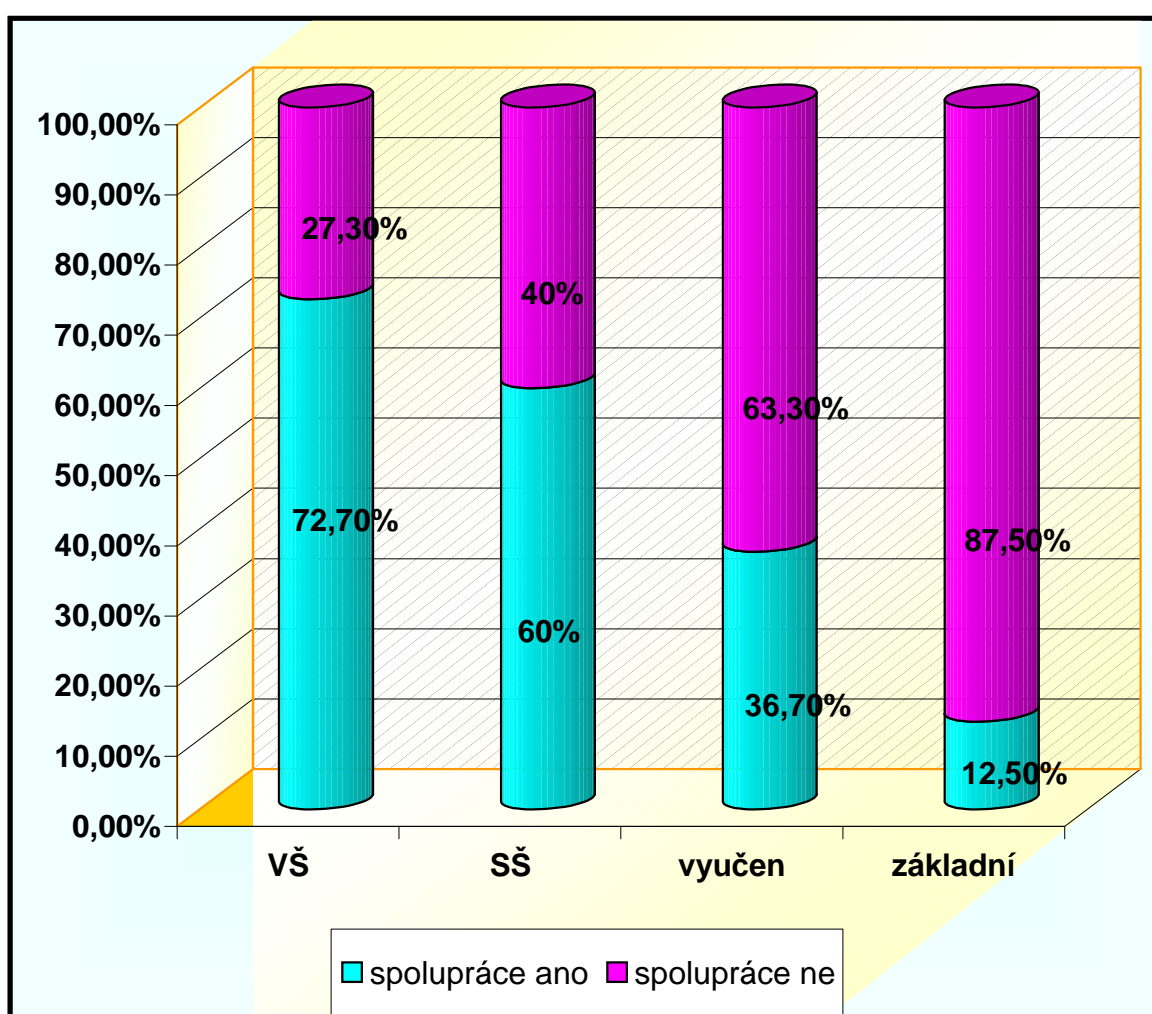
**Zdroj:** vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že 52,7 % respondentů bylo z rodin s učňovským vzděláním a 26,9 % se středoškolským vzděláním. Vysokoškolsky vzdělání rodiče se vyskytli v 11,8 % a nejméně byly zastoupeny rodiny se základním vzděláním - 8,6 %. Rozdělení rodin respondentů na soubory dle vzdělanosti bylo podkladem pro další zpracování k potvrzení či vyvrácení třetí hypotézy.

Pro potvrzení třetí hypotézy byly tyto soubory dále děleny podle spolupráce rodičů a efektivity péče, tedy pozitivní změny u respondentů. Dobrou či špatnou spoluprací rodiny, v kategoriích podle vzdělanosti rodičů, znázorňuje osmý graf. Z výsledků vyplývá, že lépe spolupracují vzdělanější rodiče. Nejlépe spolupracují

rodiny s vysokoškoly. Dobrá spolupráce se vyskytovala v 72,7 %. V rodinách středoškoláků byla dobrá spolupráce v 60-ti %. Třetí pozici obsadily rodiny s učňovským vzděláním - 36,7 % a jako nejméně spolupracují se jeví rodiče se základním vzděláním. Jejich dobrá spolupráce se vyskytla pouze ve 12,5 % (**Graf 9**). Pozitivní změny u respondentů podle toho z jak vzdělaných rodin pochází bylo shrnuto v grafu vzdělanost rodičů a efektivita péče (**Graf 10**).

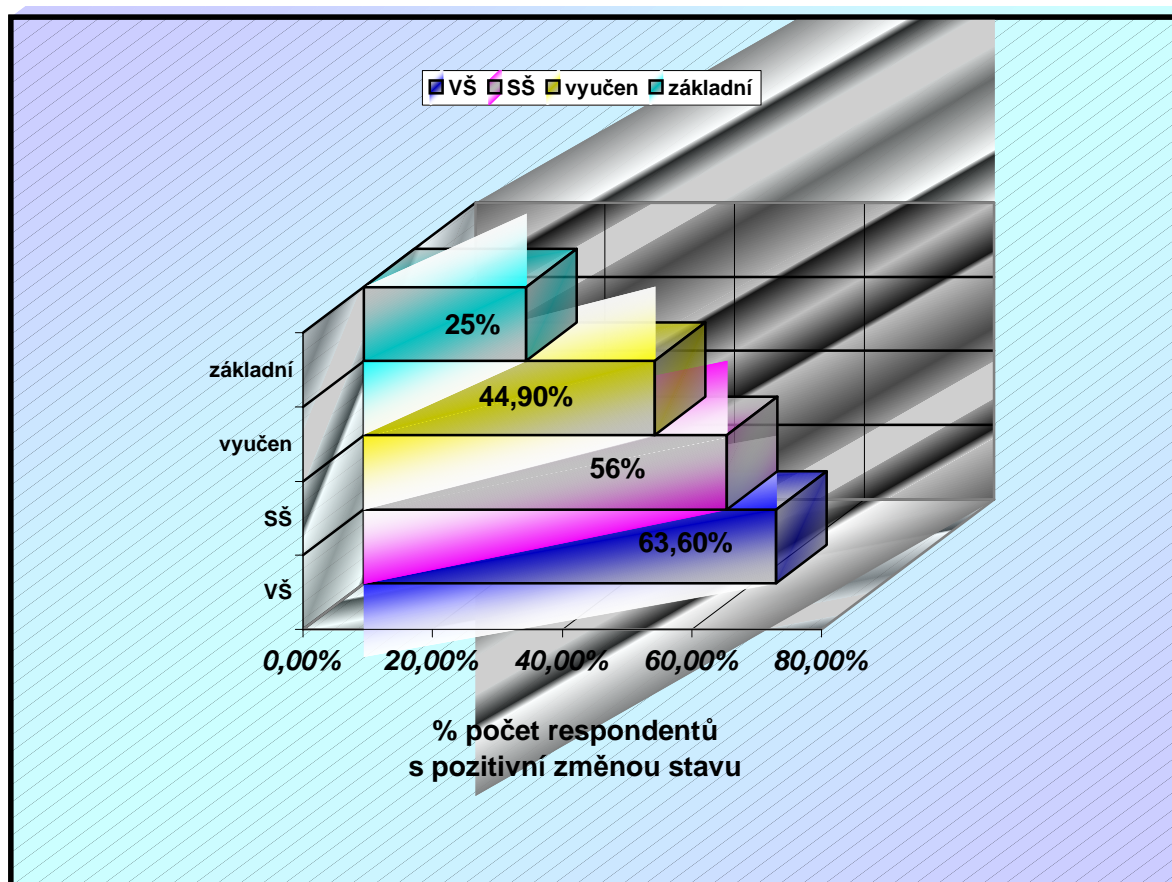
**Graf 9: Vzdělanost rodičů a spolupráce**



**Zdroj:** vlastní výzkum



**Graf 10: Vzdelanost rodičů a efektivita péče**



**Zdroj:** vlastní výzkum

Z předchozího grafu vyplývá, že nejvyšší efektivita péče byla u respondentů z rodin vysokoškoláků a to ze 63,6 %. V rodinách se středoškolsky vzdělaným rodičem se projevila efektivita péče v 56 %. V rodině s vyučeným rodičem byla efektivita péče prokázána ve 44,9 % a nejméně vzdělaných rodinách se o efektivitě péče dá hovořit pouze u 25-ti % respondentů. Tímto výčtem je prokazatelné, že třetí hypotéza může být potvrzena. Vyšší efektivita nápravy poruch chování byla prokázána u dětí rodičů s vyšším vzděláním a také rodiny s vyšším vzděláním lépe spolupracují. V rodinách s vyšším vzděláním a lepší spoluprací dochází ve vyšším procentu k nápravě poruchy u respondentů.



V průběhu výzkumu se narazilo i na řadu zajímavých faktů, které by také stály za bližší prozkoumání. Bylo zjištěno, že 80, 6 % respondentů je z rodin rozvedených, neúplných či rodin úplných, ale s novým partnerem. Dále se ukázalo, že 19, 4 % respondentů nebylo vůbec kojeno. V období do třech měsíců bylo kojeno 50, 5 %, od třech do devíti měsíců 11, 8 % a od šesti měsíců do jednoho roku 5, 4 % respondentů. Více jak jeden rok bylo kojeno pouze 4, 3 % respondentů a u 8, 6 % respondentů se délka kojení neví. Zajímavým faktem je i přání respondentů ohledně volby budoucího povolání. Profese, které si respondenti vybírají spadají převážně do učňovského vzdělání. V procentuálním vyjádření 4, 3 % respondentů neví čím by chtělo být, 65, 6 % si vybrali výuční profese a 30, 1 % respondentů si vybrali profese, kde je potřeba vyššího vzdělání. Při rozboru profesí vidíme, že největší zastoupení má automechanik 16krát, práce na počítači a 15krát, kuchař – číšník 11krát, práce se zvířaty v zemědělství 7krát, kadeřník 6krát, 5krát se chtějí zabývat sportem, 4krát se vyskytují profese truhláře, policisty (voják, pilot), aranžéra a řidiče, 3krát je uveden údržbář a zedník, 2krát klempíř a jedenkrát veterinář, překladatel, průvodce a hudebník. Tyto poznatky vyplynuly z výzkumu, protože nebyly předmětem výzkumu, jsou zde pouze citovány a nebyly více rozebírány a hlouběji prozkoumány.

## 5. Diskuse

Tématem práce a cílem práce byla analýza výchovných problémů u klientů střediska výchovné péče z hlediska zdravotního, psychologického a sociálního, posouzení efektivity péče a spolupráce rodiny, pohled na ekonomické zázemí rodiny, vzdělanost rodičů a vliv těchto faktorů na rozvoj poruch chování. Otázkou bylo, zda propojení zdravotní, psychologické a sociální péče o klienta je efektivnější, než jednostranná péče o tyto jedince, zda dobré finanční poměry rodiny mohou mít vliv na větší výskyt poruch chování a zda vyšší vzdělanost rodičů může ovlivnit efektivnost léčby. Předmětem zkoumání byly výchovné problémy dětí a mládeže střediska výchovné péče a možnost jejich ovlivnění mnohostrannou péčí nebo eliminací faktorů, které podněcují jejich rozvoj a objektem zkoumání byl soubor vybraných klientů s poruchami chování Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích v období od května do listopadu roku 2006. Je známo, že mezi námi žije řada jedinců s poruchou chování projevující se již v dětství. Mnohé děti se narodí s vývojovou poruchou a s ní pak bojují. Na zlepšení jejich stavu se významně podílí v první řadě rodina, dále škola, odborní pracovníci, lékaři a v neposlední řadě i celá společnost.

Porucha chování u dětí je pojem velmi relativním, neboť děti a mladiství svým chováním převážně odpovídají na "svět dospělých", přiměřeně svému vývojovému stadiu, schopnostem, dovednostem a prožívanému sociálnímu kontextu. Grinninger tvrdí, že v nenormálních situacích se tzv. normálně chová jen nenormální člověk. Je velmi nepravděpodobné, že jednání dětí bude zralejší a odpovědnější, než jednání rodičů a ostatních vzorů - mnohdy jen rádo by dospělých (9). Hodková ve svém článku píše, že chování je základní výrazový prostředek, kterým dítě vládne a kterým komunikuje se svým okolím. Čím je dítě mladší, tím menší je rejstřík výrazových prostředků, který má k dispozici. S tím souvisí skutečnost, že čím je dítě mladší, tím méně specifické jsou projevy duševního onemocnění a tím méně typické jsou příznaky, ale o to více je porušena integrita vývoje, porušení kognitivních funkcí, defekt intelektového vývoje, porucha vývoje osobnosti, desorganizace osobnosti. Dítě je divné, může i dlouhodobě zlobit, ale ani školák ještě plně nedokáže vyjádřit své prožitky a

pocity slovy a k jejich sdělení používá jednání a chování. Takže problémy v chování dítěte nacházíme nejen u specifických poruch chování, ale nápadnosti, zvláštnosti, odlišnosti a patologie můžeme objevit i v dalších poruchách v rámci diagnostické klasifikace duševních poruch, kterými děti a adolescenti mohou onemocnět (12). Lze tedy tvrdit, že výchova je rozhodujícím a dotvářecím činitelem pro začlenění jedince do struktury i dynamiky společenského prostředí. Vágnerová uvádí, že v průběhu svého vývoje se dítě učí diferencovat žádoucí a nežádoucí chování. Nejde jen o to, aby znalo příslušné normy, ale aby v souladu s nimi jednalo. Signálem takové úrovně socializace je schopnost reagovat na přestoupení norem pocity viny (58). Začlenění jedinců s poruchou chování je obtížné, protože se často odchyľují od běžného průměru svých vrstevníků. Mnohdy jsou omezeny sociální kontakty dětí, vynucují si odlišný životní styl, snižuje se uplatnění mezi jejich vrstevníky, je ztíženo jejich školní zapojení a často i jejich vzdělatelnost. Působením výchovného procesu se realizují a rozvíjejí vlastnosti, které jsou u člověka dědičně dány a zároveň si jedinec osvojuje vědění a kulturu. Každý člověk prochází během života růstem a vývojem a jeho osobnost se rozvíjí. Rozdíl je v tom, jak se rozvine charakter, schopnosti a psychické vlastnosti. Vývoj osobnosti zahrnuje dva aspekty. Aspekt zrání a vzájemné působení jedince s prostředím. Vágnerová říká, že vývojová dynamika rozvoje určité vlastnosti či osobnosti je dána individuálně variabilní dispoziční složkou i charakterem celého komplexu zkušeností. Prostředí začíná pro dítě rodinou (59). S tímto názorem lze jednoznačně souhlasit.

V průběhu výzkumu byl pohled soustředěn na pohlaví a věk respondentů. Mužské pohlaví bylo zastoupeno z 80,7 % a ženské pohlaví z 19,4 %. Poměr klientů s poruchami chování podle pohlaví činí 4 : 1. Tento poměr koresponduje i s prezentací Koutka, který uvádí, že prevalence poruch chování je 5 – 20 % a poměr chlapců a dívek je 4 – 12 : 1 (21). Také Červenka ve své práci udává, že chlapců bývá zhruba o třetinu více než dívek (5). V článku konzultačního a terapeutického institutu se uvádí, že porucha chování je nejčastější porucha v dětství a adolescenci a prevalence je 6 – 16 %

u hochů a 2 – 9 % u dívek. Dále uvádí, že prevalence vzrůstá a je vyšší ve městech než na venkově (37).

V souboru respondentů byla nejpočetnější věkovou skupinou kategorie 11 až 15 let, na druhém místě jsou kategorie 7 až 10 let a 16 až 18 let, na třetím místě kategorie 0 až 6 let a pouze jeden respondent je v kategorii nad 19 let. Je prokázáno, že každé vývojové období sebou přináší řadu úskalí.

Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že největší problémy nastávají v období puberty. Tento názor podporuje i řada autorů. Kabíček tvrdí, že během posledních desetiletí je důvodem morbidity i mortality u mladistvých syndrom rizikového chování. Chování dospívajícího potomka, žáka či pacienta často zaskočí rodiče, učitele i lékaře. Otázkou je, zda je vůbec možné, aby byl rodič, lékař nebo vychovatel úspěšný, když se dospívající bouří proti naší dobré vůli. Dospívající chce své kamarády, chce dobře vypadat, chce dělat co ho baví a ne co mu rodiče nakazují, chce poznávat nové věci a třeba i riskovat (16). V pubertě se člověk snaží odpoutat od dozoru dospělých, je citlivý a zranitelný. Roli zde hrají hormonální vlivy, emocionální a kognitivní změny. Dalšími poruchami jsou lhavost, tréma, iluze, útlum myšlení, zvýšený neklid, sklon k agresivnímu chování, depresivní stavy, citové poruchy. Dochází k poruchám sociálních vztahů a konfliktů s okolím, k siláckému jednání chlapců, afektovanosti u dívek, vzdoru, sblížení chlapců a dívek, utváření idolů. Na tomto místě vyzdvihneme nelehkou práci pedagogů a vyjádřeme jim obdiv.

Druhým nejpočetnějším souborem proběhlého výzkumu je kategorie dětí školního věku a adolescentů. Důležitým krokem pro jedince je vstup do kolektivu, do mateřské školy a později dalších škol. Vágnerová upozorňuje na to, že pokud dítě nechápe smysl školního vzdělání, stává se pro něj škola zbytečnou povinností, kterou respektuje pouze formálně (60). Dunovský a Břicháček tvrdí, že vstup dítěte do školy je důležitý předěl v životě dítěte i celé rodiny. Neúspěchy ve škole se odráží zpětně v rodině, zvyšuje se neklid, volí se nevhodné výchovné metody, stres dítěte se zvyšuje a vzniká bludný kruh, který snadno přeroste do patologické podoby (6). Může zde docházet i k poruchám vnímání, slabé koncentraci pozornosti. Dítě chce být někdy obdivované a konfabuluje, vymýšlí si, přikrašluje skutečnost, což je chorobný stav.

Zejména u ustrašených a příliš opečovávaných dětí dochází ke zpomalení či útlumu myšlení. Tento jev je v pozdějších letech chápán jako psychóza. Děti se zrychleným myšlením, neklidem, hyperaktivitou, impulzivitou, citovou labilitou, zvýšenou vzrušivostí a sociální maladaptací jsou jedinci se specifickou poruchou chování, tedy hyperkinetickou poruchou.

Hyperkinetický syndrom a patří do kategorie drobných poruch mozku. Jde o děti, které trpí lehkou mozkovou dysfunkcí. Hála uvádí, že hyperkinetické poruchy jsou porucha aktivity a pozornosti a hyperkinetická porucha chování. V šedesátých letech se o ní hovořilo jako o dětské encefalopatii, v sedmdesátých letech jako o minimální mozkové dysfunkci, v osmdesátých letech jako o hyperkinetickém syndromu a od devadesátých let se užívá termín ADHD ( Attention deficit / hyperactivity disorder) **(10)**. Děti s postižením jsou výchovným problémem pro rodinu a školu. S dozráváním mozku v období dospívání se příznaky zmírňují, někdy zcela vymizí. Poruchy citů jsou závažným problémem. Jedinci dávají najevo smutek, radost a každý má jiný temperament. Časté jsou deprese, strach a úzkost. Příčinou mohou být zákazy, neúspěch, posměch, strach a jiné. S depresí, úzkostí a strachem se u dětí setkáváme již při vstupu do školy. Některé děti se naopak do školy těší. Mnoho dětí trpí, podle Pokorné, poruchou zraku, sluchu, dyslexií, dysgrafií, dyskalkulií, dysortografií a jinými poruchami. Toto pak může způsobit velké problémy s chováním. Ve školní praxi se pedagogové setkávají s mutismem, kdy dítě neodpovídá, plní pouze písemné úkoly a bojí se učitele **(41)**. Typickými příznaky lehké mozkové dysfunkce jsou, dle Vágnerové, poruchy dynamiky psychiky, emocionality, motoriky a senzomotorické koordinace, poruchy vnímání, řeči, učení a poruchy biorytmu a vegetativních funkcí. LMD vyvolává u dětí velké kolísání výkonu i emocí. Proto jsou schopné pracovat v krátkém čase někdy výborně, někdy nedostatečně. Dalším znkem je změna aktivity, její snížení (hypoaktivita) či zvýšení (hyperaktivita). Zvýšení se u dítěte projevuje neklidem, zvláště v předškolním věku. Dítě vybíhá z lavice, stále si s něčím hraje. Má nadbytečné pohyby, unaví se a je náhle mrzuté. Dítě hypoaktivní je naopak utlumené. Děti s LMD jsou nepozorné, zvýšeně unavené a kolísá u nich pozornost. Jsou méně obratné, porucha motoriky se projevuje v psaní, kreslení, pracovním vyučování a tělesné výchově. Mnohdy

mají špinavé sešity, ohýbají rohy, apod. Učitel by měl žáky dobře znát, akceptovat dítě, mít toleranci k jeho projevům, klást pouze úměrné požadavky, netrestat. LMD je porucha chování, kterou lze ovlivnit, dát dítěti pocítit pocit bezpečí, učit ho normám chování, důsledně ho vést. Zde je významná spolupráce mezi rodinou a školou. Dítě vyžaduje zvýšenou domácí přípravu a dobré rodinné zázemí (59). Pokud jde o slabého nejistého jedince dodává si odvahy zdůrazněním své příslušnosti k určité tzv. silné osobě, skupině či hnutí. Upoutávání pozornosti a egocentrické chování se projevuje hlasitým mluvením, nápadným oblékáním, šaškováním, kouřením. Pokud dítě vyhrožuje sebevraždou, jde o krajní formu úniku, agrese proti vlastní osobě, potrestání těch, kterým na jedinci záleží. Tyto formy úniku a agrese se projevují u jedinců i v pubertě a adolescenci, dále samozřejmě i v dospělosti. Podle Pokorné se při práci s těmito dětmi nejdříve zabýváme všeobecnými zásadami a postoji a pak provádíme intervenci v rodině a ve škole (41). Důležitou složkou je integrace mezi zdravé jedince. Mertin tvrdí, že vzdělanost patří ke klíčovým momentům ovlivňujícím rozvoj jedince, kvalitu života a i směry rozvoje konkrétní společnosti (29). Podle Hausenblase se však musí počítat s účinnou spoluprací rodičů. Tam, kde je spolupráce s rodiči opravdu efektivní dochází k lepšímu učení dítěte, tedy lepším dovednostem, chuti do učení a zájmu o poznání (11). Výhoda spolupracující rodiny se potvrdila i během výzkumu.

V období adolescence se u většiny jedinců setkáváme s problémy s vizáží, např. akné, malý vzrůst, velké uši, obezita, aj. Bohužel narůstají depresivní stavy, emocionální labilita, afektivní výbuchy, vyhýbání se odpovědnosti a různé formy úniků, říká Vágnerová. Lze konstatovat, že při řešení poruch chování má klíčový význam rodina, dále škola, spolupráce rodiny se školou, poradnami a odborníky. Tato společná činnost je důležitým faktorem při formování osobnosti a přispívá k příznivému vývoji jedinců (60). Je třeba podporovat jedincovu aktivitu, pomoci mu ujasnit si cíle, mít k němu dobrý vztah. Tato doporučení jsou v souladu i s tímto výzkumem a lze je pouze podpořit. Všeobecná podpora pomůže poruchy chování překonávat či je zcela odstranit. Škola může, stejně jako rodina, silně působit a přinášet množství vědomostí a dovedností i rozvinutí schopností, podporu, podporovat zvědavost a formování důležitých zájmů, svědomitost a vytrvalost. Způsob výchovy v rodině a škole působí na

celkový vývoj osobnosti, jeho budoucnost a zařazování do společnosti. Důležitý je kladný emoční vztah a správná forma komunikace. Nešpor ve své příručce pro život ve 21. století uvádí, že zdatnosti v jednání s druhými lidmi se dá naučit a přispívá k zlepšení sebedůvěry. Dovednosti v mezilidských vztazích pomohou jedinci i v tom, že bude více uvažovat o následcích svého chování, při neshodách s rodiči se zkusí na problém podívat očima rodičů a pokusí se nalézt přijatelný kompromis (36). Každý člověk je vybaven odlišnými psychickými vlastnostmi, schopnostmi, charakterem, tělesnými možnostmi vývoje a rozvoje. Jedinec se formuje v interakci s prostředím, socializací se učí žít mezi lidmi. Vychovává ho rodina, učitelé, na pomoc jdou instituce, různé organizace, které zajišťují trávení volného času, vliv mají veřejné sdělovací prostředky a celá společnost.

Pokud pomineme pouze jednoho klienta v kategorii nad devatenáct let, tak nejmenší zastoupení v souboru respondentů měla kategorie dětí v předškolním věku. V předškolním věku se vyvíjí myšlení, řeč, sebeovládání, představivost a jemná motorika. U dítěte se v tomto období mohou vyskytovat poruchy motoriky, spánku, nechutenství, noční děs a jiné. Další příklad poruch, které mohou ovlivnit chování jsou děti trpící poruchou řeči, koktavostí, která se vzácně vyskytuje před druhým rokem života. Vývojové koktavost vzniká mezi třetím až pátým rokem. Mozek není vyžralý a je snadno zranitelný. Je třeba dát pozor na nevhodný zásah do komunikace dítěte, neokřikovat ho, nevyvolávat konflikty, je zde nebezpečí úleku, úrazu hlavy a psychického otřesu. Koktavost je dispozice nebo trauma. Obecně se pokládá za neurózu. Veškerá výchova se zakládá na učení, čili metodě didaktické, úkolem je navodit návyky fyziologicky správného způsobu plynulé mluvy a navozené návyky zpevňovat a automatizovat v běžné mluvě. Cvičná terapie je hlavní metodou v léčení vyvinuté koktavosti. Pedagog by měl dítěti poskytnout dost času na odpovědi, dítě nestresovat a neklást mu překvapivé otázky. Vágnerová se ještě zmiňuje o reakci na zátěžovou situaci poruchou chování jedince, jedná se o agresi a únik. Zde rozlišujeme několik možností reakcí. Přeměněná agrese, kdy dítě vyhrožuje, uráží se, obrací agresi na jinou osobu, věc či zvíře, tzv. vylévá si vztek. Někdy obrací agresi proti sobě, tluč

se, nadává si. Nedostatky v řečovém projevu mají svůj sociální význam. Dítě, které špatně vyslovuje, dle Vágnerové, bývá hůře hodnoceno (60).

Je třeba znovu zdůraznit, že právě rodina je klíčovým nositelem výchovy a tím může jedince správně a dobře vychovat, ale rodina může fungovat jako hlavní činitel možného selhání jedince. Problémy spojené s nevhodným působením rodiny a současnou krizí rodiny popisuje Dunovský a Kovařík. Na rozdíl od minulosti je současná rodina více uzavřená a více izolovaná, je vysoká rozvodovost, hlavně se závislymi dětmi, zvyšují se počty dětí narozených mimo manželství, neúplných rodin, rodin doplněných a nesezdaných. Zvyšují se počty týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, především v rodině samé a počty maladaptovaných. Setkáváme se s vysokou sebevražedností dětí a mladistvích, jejich kriminalitou, narůstající agresivitou a dalšími společensky nežádoucími jevy. Dále je poukazováno na nepříznivou ekonomickou situaci mladých rodin, nedostatek bytů a nezaměstnanost. Jsou narušeny tradiční formy rodinného soužití, upouští se od klasické dominantní role muže, zvyšuje se ekonomická samostatnost žen, matek, je nedostatek opravdové lásky, náboženského cítění, je vyšší frekvence mimomanželských sexuálních vztahů a jejich nadměrná tolerance. Výrazně ubylo společného času. Čím dál víc se členové rodiny pouze potkávají, a když se sejdou, jejich komunikaci naruší televize, která přehluší potřeby se svěřit a povídat si o běžných denních starostech i mimořádných událostech. Každý v rodině má svůj život, rodiče mají málo času na vlastní a společnou relaxaci. Děti jsou odkázány samy na sebe, často nemají rodiče ani přehled, jak jejich děti tráví volný čas. Mnoha rodičům chybí i potřebná kognitivní výbava a komunikační dovednosti, jež by jim usnadnily smysluplné a oboustranně radostné trávení společného času s dětmi (6).

Pokud je rodina v některém ohledu pro členy spíše zátěží, mluvíme o rodině dysfunkční. V dysfunkčních rodinách se objevuje nejvíce nedostatků, které postihují děti citovou subdeprivací a deprivací. Projevuje se nezájmem o dítě, mnohdy až týrání a zneužívání dětí. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v literatuře jako Child Abuse and Neglect (CAN). Jde většinou o úmyslné poškozování dětí týráním, zneužíváním či zanedbáváním. Původci tohoto ubližování dítěti jsou nejrozmanitější lidé, ale nejčastěji ti nejbližší (6). U dětí postižených



syndromem CAN se projevuje hlavně citová deprivace, dochází ke změnám v osobnosti, v komunikaci, rozumových schopnostech, v socializaci, sebepojetí dítěte a ke změně hierarchie hodnot. Dítě je poznamenáno ve všech oblastech života, a to i v budoucnosti, v profesním uplatnění, partnerských a rodičovských rolích a obecné sociální adaptaci. Velkým nebezpečím je, že týrané dítě se s vyšší pravděpodobností stává týrajícím rodičem. Syndrom CAN se stává sociálně dědičným, postihuje podobně další generace. Proto je důležité včasné zjištění a hlavně řešení situace dětí týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných (6). Při výzkumu ve středisku výchovné péče se vyskytli děti a mladiství s různými problémy, ale u žádného z nich nebyl diagnostikován syndrom CAN.

Osobnost se mění a vyvíjí buď zdravě, s vadou či poruchou chování, osobnost se učí, spoluurčuje svůj vývoj chováním. Rodina zajišťuje jedinci ochranu, dodržování společenských norem, osobní vztahy, pomoc v různých situacích, jistotu a lásku. Podle Vágnerové funkční rodina poskytuje podněty dítěti pro rozvoj poznávacích procesů, stimulaci jeho socializace, zprostředkovává dítěti zkušenosti k sebepojetí, jistotu a bezpečí. Citově přijaté dítě má předpoklady pro správný rozvoj identity a sebeúcty. Očekávání a aspirace vůči dítěti, které bude dítě povzbuzovat nebo podceňovat ovlivní sebedůvěru dítěte (60). Rodina má pro dítě klíčový význam, jak se také prokázalo během výzkumu. Působí na vývoj a formování osobnosti dítěte, což dokládá i Kysučan a Kuja slovy: „Rodič je prvním učitelem dítěte, je zodpovědný za to, že se dítě naučí nesčetným dovednostem. Rodič je osoba, která dává podněty, dodává povzbuzení a pochvalu“ (25).

Důležitým faktorem je emoční vztah k dítěti a láskyplná péče, kterou dítěti dává rodina funkční. Naopak rodina dysfunkční narušuje vývoj formování dítěte. Nápadné poruchy a odchylky najdeme u některých dětí již od narození, mnohdy už v těhotenství. Drobné odchylky se mohou změnit ve vážné a omezit sociální a pracovní zapojení jedince do společnosti. Nové poznatky ukazují, že již v nitroděložním životě působí psychosociální prožitky a zkušenosti. Pro vývoj jedince je důležité včasné rozpoznání vývojové odchylky, která může způsobit poruchy chování. Podle Traina jsou zpočátku rodiče schopni přijímat nezbednosti dítěte s úsměvem, mnohdy jsou i na to pyšní, ale

později se tato radost mění v znepokojení (56). Po včasném rozpoznání odchylky je pak snadnější náprava vhodným léčením, výchovou, opatřeními v sociální sféře a speciální pedagogickou činností. Po narození působí na dítě zevní prostředí a sociálního prostředí rodiny. Je na každém z nás, zda bude naše dítě vyrůstat bezproblémově a jeho chování nebude poruchové a nebo přispějí k poruchám jeho chování. I když se dítě narodí zdravé a vyrůstá ve spokojené rodině, jeho chování může narušit špatná výživa, špatná hygiena, týrání, přílišná tolerance, nebo naopak autokratická přísná výchova, rodina s předsudky a přílišná péče. Chování narušují neshody a hádky a při nepřiměřeném přístupu může dojít až k celkové deformaci osobnosti. Dítě začne vyhledávat různé party, kde se může setkat s alkoholem či drogou.

Poruchy rodiny často vedou ke vzniku neúplné rodiny, která je zvláštním socializačním fenoménem. Dunovský uplatňuje při třídění poruch rodiny tři metodologické přístupy. *Etiopatogenetický přístup* definuje poruchy rodiny a jejich příčiny dobou a místem vzniku poruchy a způsobem jejího rozvoje. U *symptomatického přístupu* se jedná o popis a hodnocení stupně a charakteru poruchy a *terapeutický přístup* hodnotí spotřebu a potřebu společenské aktivity k překonání poruchy (6). Neúplné rodiny vznikající rozvodem manželství. Legalizace rozvodu, jeho rozšíření a obecná přístupnost znamenaly přelom v dějinách manželské morálky. Dalším typem je rodina, v jejíž čele stojí svobodná matka, ovdovělý rodič a žena, která adoptovala dítě a chybí partner. Pro neúplnou rodinu je charakteristický objektivní nedostatek sociálně emočních podnětů, které podmiňují zdravý psychický vývoj dítěte. Neúplná rodina může plnit funkce základní rodiny jen v omezené míře. Matka živitelka má na vlastní mateřské povinnosti jen malý prostor a přitom vztah matka a dítě je základem vnitřních rodinných psychických vztahů. Hodnota tohoto vztahu může být různá a závisí na vnějších podmínkách, v nichž rodina žije. Je-li socioekonomický status rodiny na nízké úrovni, je-li matka osamělá nebo nemocná, dítě trpí. Teprve zakončení socializačního procesu v rodině je definitivním předělem ve vztahu matka a dítě. Přetrvává-li tento vztah ve velké intenzitě i poté, kdy si dítě založilo vlastní rodinu, působí to často rušivě, až destruktivně na novou rodinnou jednotku. Dle Matouška dětí vyrůstajících v neúplných rodinách stále přibývá, přibývá dětí vyrůstajících s nevlastními rodiči a

zvyšuje se i počet tzv. sociálních sirotků, tedy dětí, které sice mají biologické rodiče, ale ti nejsou schopni nebo ochotni o dítě pečovat (28). Počet respondentů z rozvedených a neúplných rodin sice nebyl předmětem výzkumu, ale při zpracovávání všech materiálů se zjistilo, že 80,6 % klientů z takovýchto rodin pochází.

Důležitou roli v socializačním procesu individua v rodině hrají i sourozenci. Obecně lze říci, že přítomnost sourozenců usnadňuje socializační proces, neboť dítě už ve vlastní rodině navazuje vrstevnické vztahy a učí se tak rolím, které jej budou celoživotně provázet. Vágnerová říká, že sourozenecké vztahy jsou ovlivněny věkem a vývojovou úrovní dětí, v předškolním věku mívají dost často ambivalentní charakter. Děti jsou zároveň spojenci i soupeři. Spory mezi sourozenci jsou časté, avšak ustupují do pozadí, musí-li sourozenci společně čelit tlaku ze strany rodičů a při hře (60). Prvorozené děti nebo jedináčci utvářejí svou osobnost často jako jedinci egocentričtí a méně všímaví ke svému okolí. Děti, vyrůstající v přirozeném prostředí úplné rodiny, si osvojují mnohem reálnější přístup ke světu, než děti z neúplných rodin nebo vychovávané bez sourozenců.

Deprivace v rodinném prostředí, subdeprivace, se vyskytuje v rodinách s nízkou citovou kulturou, kde chybí citová složka výchovy, říká Kříž. Rodiče zde nemají dostatek citových zkušeností. Jedná se o osobnosti citově chudé, žijící v chronických konfliktech a ty, kteří dítě nechtěli a překáží jim (23). Jde o mírnější variantou, která je v naší sociokulturní společnosti mnohem častější a ještě obtížněji identifikovatelná než ostatní formy CAN. Projevy rodičů vůči dítěti jsou příliš kritické, hodnocení negativní, nejsou schopni dostatečné empatie vůči vlastnímu dítěti a jejich vzájemná komunikace je snížena na minimum. Důsledky subdeprivace nejsou tak nápadné, projevují se až ve svém souhrnu v chování dítěte v kolektivu, škole, aby se nakonec fixovaly jako osobnostní rysy. Takové děti mívají problémy v sociální adaptaci, v profesním uplatnění, v partnerských a rodičovských rolích. Nedostatky v sebeovládání vedou až k sociální patologii. Citová deprivace je méně nápadná, ale je ve svých důsledcích závažná a variabilní. Na každé dítě působí jinak, podle jeho genetických dispozic, podle prostředí a podle primární zkušenosti. Psychická deprivace znamená psychické strádání, tedy strádání ve složce citové i podnětové. Chybí ukojení základních psychických

potřeb dlouhodobě a v důležitých vývojových fázích. Někdy se používají výrazy citové hladovění, karence či kachexie (23). Neuspokojení potřeby citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu, narušení vztahu matka a dítě může podstatným způsobem narušit a ovlivnit celkový vývoj osobnosti v oblasti emocionality, sebehodnocení i vztahu k lidem. Podle Vágnerové rozeznáváme kromě citové deprivace i deprivaci stimulační, sensorickou, kde dochází ke strádání v oblasti smyslových podnětů, deprivaci kognitivní, zde vzniká strádání v oblasti učení, je zde zanedbávání výchovné a výukové a deprivace sociální se projevuje nedostatkem sociální stimulace, jedná se o nedostatek sociálních vztahů a zkušeností (59).

Prevence neurotizace a subdeprivace dítěte v nepříznivém rodinném prostředí vyžaduje citlivou práci odborných pracovníků se všemi členy rodiny. Cílem je, aby rodina byla pro dítě společenstvím citově pozitivním a stálým. Toto by měla zajišťovat primární prevence vedená ve výchově dítěte již od útlého věku, ve škole, osvětou zdravotnických zařízeních, ve sdělovacích prostředcích i v umění. Výchovu k rodičovství je třeba zaměřovat na všechny vývojové úrovně, z nichž každá má své úskalí a vyžaduje i specifický přístup. Matějček a Dytrych uvádí zaměření výchovy k rodičovství od věku kojeneckého a batolecího, kdy dítě získává své základní zkušenosti s vlastními rodiči a vlastním rodinným prostředím (6). Vágnerová popisuje získávání informací o sociálních normách v batolecím věku na dvou úrovních. Dítě pozoruje skutečné chování lidí a dále získává informace o vhodném chování především pomocí verbálního sdělení. Buduje se základní důvěra v lidi a základy identity. Ve školním věku dítě přijímá charakteristiky podle pohlavní příslušnosti a v plné síle objevuje druhově specifické, lidské chování vůči „lidskému mláděti“. V období adolescence přichází zamilovanost, láska, volba životního partnera až zakládání rodiny, těhotenství a počáteční i pozdější soužití s dítětem (60). Primární prevence je tedy celospolečenská záležitost, protože postoje k rodičovství se začínají tvořit hluboko ve vlastním dětství a poznamenávají jejich budoucí život až k jejich vlastnímu rodičovství jak v kladném, tak v záporném smyslu slova.

Během výzkumu byla zkoumána nejen rodina a její vliv na respondenta, ale v prvé řadě efektivita všestranné péče o jedince s poruchou chování. Nejvyšší počet respondentů je s péčí dvoustrannou, pak všestrannou péčí, tedy psychologickou, zdravotní a sociální a nejméně respondentů má péči jednostrannou. Efektivita péče, tedy pozitivní změna stavu u respondenta, byla sledována ve všech třech typech péče. Všestranná péče, po stránce zdravotní, psychologické a sociální, vykazuje pozitivní změnu stavu v nejvyšší míře. Tento výsledek koresponduje s tvrzením Kabíčka a Hamanové, kteří doporučují jako základ pro předcházení sociálně patologickému chování dětí a dospívajících výchovu v rodině, svou roli by v této oblasti měla plnit i škola a třetím vrcholem trojúhelníku by měl být lékař. Doporučují provádění preventivních pohovorů s rodiči alespoň dvakrát v průběhu dospívání, poprvé v 11 letech a podruhé v 15 letech (17). Dvoustranná péče změnila stav u necelé poloviny respondentů a jednostranná péče pomohla pouze několika klientům. Je patrné, že všestranná péče není tou nejrozšířenější, je na druhém místě, ale je prokazatelně efektivnější než péče dvoustranná a jednostranná. Z popsanych výsledků lze konstatovat, že první hypotéza byla potvrzena. Celostní, komplexní přístup pro úspěch zvládnutí rizikového chování u dětí a mládeže zdůrazňuje i sám Kabíček. Klade důraz nejen na tělesné zdraví, ale i na vývojové potřeby a mentální zdraví. Zdůrazňuje holistický přístup, kdy v centru zájmu není jen určitý problém, ale určitá osoba s celou řadou jeho bio-psycho-sociálních problémů. Důležité je individuální posouzení a řešení situace vývoje dospívajícího (16).

Speciální pedagogika etopedická se snaží o velmi úzký vztah s objektem své péče a všestranně na něj působí v oblasti tělesné, psychické a zejména sociální. Pokud je péče o klienta všestranná je také efektivnější, což se podařilo prokázat i v tomto výzkumu. Stejně jako speciální pedagogika souvisí i etopedie s vědami, které se zabývají společností, složitými mezilidskými vztahy, ale současně souvisí i s dalšími vědními obory. Lze říci, že etopedie vychází z věd, které se především zaměřují na člověka. Klíma uvádí, že etopedie s ostatními pedagogickými obory úzce souvisí, což je dáno výskytem kombinovaných defektů, kdy je nejčastější variantou mravní narušenost a mentální retardace. Současně se však vyskytují i další typy kombinací s tělesnou či

smyslovou vadou. V těchto případech se ostatní obory podílejí na zkoumání a vlastní péči o takto narušené jedince při dodržování zásady dominantního působení typu péče podle charakteru primárního postižení. U jedinců postižených smyslově, tělesně či mentálně přispívá etopedie svými analýzami a metodickými podněty v těch případech, kdy se vyskytuje porucha chování jako výrazný symptom defektivity. Z hlediska analýzy defektivity se tedy etopedie může jevit integrujícím článkem ostatních oborů speciální pedagogiky. Naopak při kombinaci defektů a způsobů jejich dalšího ovlivňování by etopedie měla mít až sekundární úlohu, protože zpravidla mravní narušenost nebývá primárním nebo dominantním defektem u kombinovaných vad. Blíže charakterizovat etopedii jako speciálně pedagogický vědní obor znamená vymezit její předmět, analyzovat její souvislosti s jinými vědními obory a určit výzkumné metody, jimiž proniká k podstatě výchovy, převýchovy a vzdělávání mravně narušených osob a jimiž nám umožňuje formulovat základní kategorie ve své oblasti. Samostatný název napovídá, že nejtěsnější vztah bude mít k pedagogice a disciplínám, jejichž předmětem jsou též jedinci s poruchami chování. V současnosti má etopedie již svoje vlastní metody a specifické přístupy k jedincům s poruchami chování, které nemají obdobu v pedagogice. Etopedie se uplatňuje hlavně tam, kde selhalo nebo kde je málo účinné i pedagogické působení (20). Votava představuje etopedii jako jednu z disciplín oboru speciální pedagogiky se zaměřením na osoby obtížně vychovatelné a s projevy sociální patologie (65). Dle Klímy se etopedie nezabývá pouze defektním člověkem, ale studuje etiologii vzniku mravních poruch a cesty vedoucí k nápravě (20).

Poruchy chování jsou často velmi spojeny se společenským klimatem, socioekonomickou úrovní a disharmonickým rodinným prostředím. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že právě rodiny s vyšším ekonomickým zázemím lépe spolupracují a efektivita péče je také ve vyšším procentu. Poruchy chování jsou velmi obsáhlou problematikou. Chování jedince ovlivňují také faktory související s osobností konkrétního člověka. Každý podle své povahy reaguje v téže situaci jinak. Podobně jako mezi zdravým a nemocným je i mezi osobností normální a psychopatickou plynulý přechod. Většinou se u psychopatických osobností jedná o vrozenou odchylku s duševními projevy, které se v mírnější formě vyskytují u normálních osob. Je

porušena dynamická rovnováha některých povahových rysů, což vede ke změně systému hodnot, k narušení vztahů k prostředí, k druhým lidem i k vlastní osobě. Mezi hraničními póly existují stupně přechodné, které můžeme nazývat anomálními osobnostmi nebo též neadaptovanými osobnostmi.

Je zřejmé, že každý jedinec je individualita a u každého se porucha chování projeví poněkud odlišně a proto ho nelze striktně zařadit do nějaké škatulky. Mnoho specialistů v oboru se snažilo o vytvoření určitých kategorií a klasifikací poruch chování. Charakteristiky a klasifikace osob s poruchou chování lze provádět z různých pohledů a zaměřovat se na určité oblasti. Obecně se dá říci, že se jedná o osoby s negativními odchylkami v chování od normy. Zahrnuje všechny odlišnosti počínaje nápadným chováním, odchylkami typickými pro jednotlivá věková období a projevující se disociálním chováním, přes asociální poruchy až k antisociálnímu chování, které může mít charakter dětské delikvence či kriminality mladistvích (39).

Klíma charakterizuje poruchy chování jako poruchy jedince, kterými se vymyká z přiměřeného chování dané věkové a sociokulturní skupiny. Tedy jsou to všechny nápadné odchylky od chování průměrného dítěte nebo mladistvého (20). Jde o takové projevy obtížné vychovatelnosti, které jsou zapříčiněny sociální či výchovnou zanedbaností. Lze zaznamenat také psychiatrické příčiny nebo kombinace obou oblastí.

Kuja a Floder charakterizují poruchy chování jako projev narušeného vztahu k výchově. Jako poruchy chování jsou označovány i nežádoucí projevy různého stupně, tedy zlozvyky, neposlušnost, vzdorovitost, stupňující se negativismus, krádeže, toulky a záškoláctví. Z psychologického hlediska jde o disharmonii a instabilitu osobnosti v oblasti sociální sféry, pak o inadaptibilitu se sklony k asociálnímu až k antisociálnímu chování (24).

Klasifikace podle Vocilky člení problémové jedince do 5 kategorií. Prvá kategorie jsou osoby neurotické, kde největší vliv na poruchy má právě prostředí a jeho momentální působení na jedince, tedy vliv výchovy v dětství a školním věku, ale i vliv genetiky, rodiny, školy či onemocnění. Jedinci jsou emocionálně labilní, mají snížený stupeň sebeovládání, vyšší pohotovost ke zkratovému jednání, vyšší napětí, neumí se

uvolnit, špatně snáší zátěž, mají narušenou psychickou a fyzickou rovnováhu, vyskytuje se u nich agrese a disociální chování.

*Druhou* kategorií jsou psychopatičtí jedinci, kde se předpokládá vrozená, biologická dispozice. Jedná se o soubor trvalých povahových odchylek, abnormální strukturu jedince a jeho osobnosti. Projevuje se neadekvátním chováním, nepřizpůsobivostí, nepřiměřenými vztahy, konflikty s okolím, útky, agresivitou a delikventními sklony. V období puberty se všechny psychopatické projevy znásobí a zesílí.

*Třetí* skupinou jsou osoby sociálně nepřizpůsobené, jde hlavně o osoby, které jsou propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody, nebo jsou vedeni v trestním řízení v podmínce, osoby těžce závislé na alkoholu a drogách, žijící nedůstojným způsobem života a mladiství po opuštění ústavní výchovy nebo ochranné výchovy. Patologické chování nemá trvalý charakter, dá se zvládat v případě, kdy se nejedná o recidivy.

*Čtvrtou* skupinou jsou osoby se sníženými rozumovými schopnostmi. Do etopedické péče se dostávají pouze ti jedinci, kteří jsou za své jednání plně zodpovědní a schopni rozumově posoudit správnost či nesprávnost svého jednání, tedy na hranici lehké mentální retardace. Z tohoto důvodu je obtížná výchova a vzdělání. Kriminalita se objevuje již u dětí. Jsou značně ovlivnitelní, často jsou manipulováni, nepřemýšlí o své budoucnosti, mají nedostatečně rozvinutou volní složku, nechápou souvislost, nepřemýšlí o důsledcích svého chování, chybí jim náhled na své jednání.

Je nutné zmínit se i o *páté* kategorii, dětech se syndromem lehké mozkové dysfunkce, se kterými se lze ve výchovných ústavech často setkat. Lehká mozková dysfunkce nebývá důvodem k umístění dětí do ústavní výchovy, pokud nepřerůstá k těžkým poruchám chování, disocialitě a dále. Jejich chování může sekundárně nabýt podoby asociálního nebo antisociálního jednání. Tyto děti trpí poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou nebo hypoaktivitou - ADHD ( Attention deficit / hyperactivity disorder) (63). Pokorná říká, že výskyt hyperkinetické poruchy je 3 – 6 % z populace, v poměru 3 : 1 chlapci a dívky, předpokládá se, že 20 – 40 % dětí s hyperkinetickým syndromem má obtíže s učením a následně s chováním. Děti jsou neklidné, nesoustředěné emočně labilní, nemají rády změnu. Dnes je zřejmé, že poruchy



chování a učení nelze řešit odděleně (41). U dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí se projevují poruchy motorických funkcí, vnímání, myšlení, poruchy chování, změny v osobnosti, psychický neklid, impulsivní jednání, citová labilita, nestabilita, pohybová neobratnost, problémy s okolím, nízká frustrační tolerance, sociální chování neodpovídá věku nebo IQ, jeví se infantilnější, inklinují k poruchovému chování (39). Pokud není těmto dětem věnována přiměřená speciálně pedagogická péče, přístup s trpělivostí a náročnějším převýchovným úsilím, často pak končí s poruchami chování ve speciálních školských zařízeních, kde mají opět ztíženou pozici vlivem své diagnózy. Tuto skutečnost lze potvrdit z výzkumu analýzy klientů střediska výchovné péče, kde tito jedinci měli své zastoupení. Lidé s těmito poruchami se mohou stát snadněji spolupachateli nebo oběťmi násilností a trestných činů. Hlavní příčiny snadnějšího zlákaní k trestné činnosti jsou problémy v kontaktu s okolím, nízká frustrační tolerance, sociální chování neodpovídá věku či inteligenci. Prevence spočívá ve speciálně pedagogickém přístupu, trpělivosti a udržování přijatelného sociálního vztahu (59).

Podle názoru Říčana a Krejčířové vymezují současné klasifikace poruchy chování popisně bez přihlédnutí k etiologii obtíží. Krejčířová dělí poruchy chování na psychologicky a rodinně podmíněné. Psychologicky podmíněné poruchy jsou projevem hledání náhradního uspokojení, emoční deprivace, volání o pomoc, disharmonického vývoje nebo projevem závažné psychické poruchy. U rodinně podmíněných poruch mají v podstatě sami rodiče nedostatečně osvojené morální normy a jsou pro dítě modelem nebo je dítě v rodině obětí beránkem, kdy porucha chování u jednoho z dětí pomáhá v udržování rodinné rovnováhy a tím lze vysvětlit všechny problémy bez nutnosti řešit jiné, chronické skryté, konflikty (46).

Vágnerová charakterizuje poruchy chování jako odchylku v oblasti socializace, kdy dítě není schopné respektovat běžné normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, eventuálně úrovni rozumových schopností. Základním rysem těchto poruch je chování, které opakovaně a dlouhodobě narušuje sociální normy (58).

Kříž ještě dodává, že jde o takové poruchy, které jsou dlouhodobé, narušují sociální adaptabilitu dítěte, nebylo je možné zvládnout běžnými pedagogickými postupy v rodině či škole a vyžadují proto speciální přístup či léčbu (23).

Po shromáždění, získání a zpracování všech dat lze tvrdit, že diagnostika poruchy chování je, značně složitá a zahrnuje mnoho okruhů činností. Spousta řadí do těchto okruhů činnost terapeutickou, reedukační, diagnostickou, prognostickou, metodickou, profylaktickou a katamnestickou, kde sleduje s jakými výsledky se promítlo reedukační, kompenzační a resocializační úsilí speciálních pedagogů do osobního, pracovního a společenského uplatnění klienta (52). Etoped musí získat komplexní obraz celé osobnosti diagnostikovaného jedince, musí stanovit rozsah narušení, tedy strukturu defektivitu a typ defektu. Dále rozhoduje o možnosti a prostředcích resocializace. Je nutné, aby určil správný individuální přístup, správný typ výchovných pobídek, stimulace, motivace a aktivace dítěte. Důležité je, aby si nejprve uvědomil jaký typ osobnosti má před sebou a utvářel její kladné postoje a vlastnosti diferencovaně. Výsledky etopedické diagnostiky mají význam pro převýchovný proces a v důsledku toho i na budoucnost dítěte. Etoped rozhoduje o jeho ponechání v rodině či nikoliv, hledá jiná vhodná řešení a proto musí být následná péče o dítě komplexní a zahrnovat i práci s ostatními členy rodiny. V oblasti výchovy dětí a mládeže s problémy chování se používají dva důležité pojmy resocializace a reedukace. Resocializace je podle Pipekové, opětovné, úplné zapojení jedince do společnosti (39). K dosažení tohoto cíle se používá celá řada metod a programů. Jedním z nových aspektů v přístupu k jedincům s poruchami chování je režim resocializační péče, jako součást terciální prevence, která se týká mladistvých, mladých dospělých a dospělých osob po jejich návratu ze zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy či z výkonu trestu odnětí svobody. Reedukace je převýchovný proces, tedy souhrn metod a postupů, které tvoří těžiště práce ve školských i vězeňských převýchovných zařízeních a jejichž cílem je resocializace. Jedná se o speciálně pedagogické metody, kterými se zlepšuje, popřípadě zdokonaluje výkonnost v oblasti postižené funkce. Zlepšováním činnosti se zpětně působí pozitivně na psychiku postiženého jedince, na jeho postoj k vlastní vadě a k prostředí (39).

Speciální výchovné metody, které se jeví jako účinné v péči a výchovné práci můžeme rozdělit do několika skupin. K metodám izolace patří způsoby, které vedou k separaci dítěte od nevhodného rodinného prostředí. Při užití těchto metod se vytváří

odolnost dítěte proti nevhodným vlivům vlastního domova. Dohoda a pozitivní prognóza vede k tomu, aby dítě bylo emocionálně méně závislé na těchto vlivech. Druhá skupina metod jsou převážně metody relaxační a psychotherapeutické, vedoucí ke zvýšení sebevědomí a asertivnímu jednání bez bázlivosti nebo agrese. Třetí skupina metod je zaměřena na vytváření vztahů, které mají dítěti pomáhat a chránit je. Jde o vrstevnické vztahy, o vztahy dítěte a dospělé osoby, nejspíše vychovatele. Tato skupina metod se zaměřuje též na vytváření a rozvíjení zájmů dítěte. Mezi léčebné metody patří též autogenní trénink, muzikoterapie, metody sebepoznání a sebeovládání. Preventivní metody směřují ke zlepšení adaptačních schopností dítěte, zvláště ke zlepšení jeho adaptace na školní prostředí. Používá se systému vzájemné pomoci při školní práci, technik vedoucích k odstranění strachu a napětí či pocitů méněcennosti dítěte ve školním prostředí.

Jak již bylo zmíněno, je třeba při volbě výchovných a terapeutických metod postupovat individuálně, dle typu poruchy a podle osobnosti jedince. U jedinců s disociálním chováním, které patří do skupiny neagresivního porušování sociálních norem a má většinou přechodný ráz, můžeme čekat, že toto chování vymizí samo nebo zahajujeme ambulantní poradenskou či terapeutickou péčí psychologa či speciálního pedagoga. Náprava asociálního chování již vyžaduje speciálně pedagogický přístup v různých formách. Realizuje se obvykle v podobě poradenské, která se většinou míjí účinkem, především však v podobě ústavní péče ve speciálních výchovných zařízeních, eventuelně v psychiatrických léčebnách nebo v terapeutických komunitách. U antisociálního chování je nutná reedukace, tedy komplexní působení na osobnost narušeného jedince, který je ve vysokém stupni defektivity a s velkou pravděpodobností i recidivy. Jedinec s antisociálním chováním porušuje zákony dané společností a jeho náprava je možná pouze prostřednictvím ústavní péče školského zařízení nebo věznice. Osobám propuštěným z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné výchovy je na jejich žádost a z jejich souhlasem poskytována postpenitenciární péče. Ve výjimečných případech může být tato péče nařízena, jedná se o ochranný dohled (63).

Vágnerová uvádí, že přisouzení role problémového dítěte může fungovat jako sociální stigmatizace, která mnohdy nepříznivě ovlivňuje další úspěšnost tohoto jedince

v roli školáka, jeho vztah ke škole a akceptaci učitele. Učitel od takového žáka očekává většinou jen další potíže, zpravidla eliminuje pozitivní motivaci dítěte, která je zbytečná, pokud učitel od dítěte stejně nic dobrého neočekává (58). Tato situace není pro dítě vhodná a proto bychom se měli obrátit na odborníka. Měli bychom se domluvit s učitelem na opatřeních. Rodiče mohou využít možnosti změnit školu, kde budou učitelé se speciálně pedagogickým vzděláním. V praxi se často setkáváme s kombinací poruchy chování a učení. Pokorná vysvětluje, že děti s poruchami chování netrpí primárně poruchami učení, ale jsou neuspokojeni především emocionálně a chybí jim kognitivní a sociální podněty. Dětem, které nezažili sociální kontinuitu, především rodinu, chybí často spontánní zvědavost, nejsou schopny překonávat překážky, ztrácejí kreativitu a samostatnost. Počáteční nadšení a naděje na úspěch se rozplývají, jakmile rostou nároky a tím se dává do pohybu začarovaný kruh. Obavy, které vyvolají zábrany a odpor k učení, vedou ke skutečným mezerám ve znalostech a ty se pak prohlubují. Situaci může částečně napravit poučený vychovatel, který je schopen diagnostikovat možné výkony dítěte a pak očekávání učitele odpovídá schopnostem žáka. Následuje reakce dítěte, která potvrdí učitelovo očekávání a začne se rozvíjet pozitivní pedagogický okruh. Pokud však učitel v této fázi selže, dojde k dalšímu selhání i na druhé straně a učitel přistoupí k následným represím. Represe u dítěte vzbudí další strach a zklamání a začarovaný kruh se upevňuje a uzavírá. Betz a Breuningerová se snaží kladně ovlivnit chování dítěte tím, že prolomí začarovaný kruh pozitivním emocionálním vztahem, který umožní zlepšit výkon a kladně ovlivní sebehodnocení žáka. Teprve po mnoha dílčích úspěších se dostaví zvědavost a aktivita v učení, takže potom o svých schopnostech může přesvědčit i své okolí (40).

Způsoby léčby se, podle Traina, různí stejnou měrou jako poruchy samy. Nelze očekávat žádná rychlá a jednoznačná řešení, ale přesto lze mnohdy úspěchu dosáhnou během krátké doby. Začátek terapie musí začít již doma. Rodiče by měli být asertivnější, měli by naleznout společný tón s dítětem, pomoci mu při uspokojení základních psychologických potřeb, jako je potřeba jasné představy vlastního světa, potřeba životního cíle, potřeba stimulace, potřeba cítit rodinné kořeny, cítit se součástí dění a potřeba lásky. Dítě musíme podporovat v komunikaci, pomoci mu při

vyjadřování a vyjednávání. Měli bychom se naučit dítěti naslouchat a být důslední ve vedení při zachování generačního rozdílu (56). Celý proces socializace spočívá na zákazech a příkazech, jejichž překročení vyvolá ihned pocit strachu, pocit viny a studu. Na druhé straně je socializace vytvářena i emočními odměnami, příjemnými stavy uspokojení a vědomí toho, že přestoupením příkazu nedošlo k narušení emoční vazby mezi matkou či otcem a dítětem, jak píše Janata (14). Train říká, že pokud chceme změnit chování dítěte, měli bychom, kdykoli to bude možné, přemýšlet spíš o tom, jak ocenit dobré chování než jak potrestat špatné. Oceníme-li dítě ve chvíli, kdy to nejméně čeká, může to být velice účinné. Nicméně uložení vhodného trestu musí být také součástí plánu. Dítě potřebuje cítit, že mu dáváme něco ze sebe, že společně trávíme čas a teprve potom se přizpůsobí našim požadavkům. Dítě musí mít možnost únikové cesty, potřebuje vlastní prostor. Mnohdy může ve vzájemných vztazích pomoci rodičům i dětem dočasné odloučení, tzv. úlevová, respitní, pomoc. Ve škole je nutné zajistit problematickému dítěti tělesné bezpečí, podporovat odpovědnost a kamarádství. Je žádoucí celý kolektiv dětí naučit techniky řešení konfliktu, zvládání hněvu, monitorování sama sebe, pomoci jim nalézat řešení, učit je sociálním dovednostem, chápat druhé a ovládat hněv (56).

Kysučan a Kuja řadí k terapeutickým metodám ve speciální pedagogice rozhovor, relaxaci, autogenní trénink, pohybové techniky, psychodrama, dramaturgii, arteterapii, psychoterapii a terapeutickou komunitu (25). Samotné terapeutické techniky dělí Train na behaviorální metody, psychoterapie a farmakoterapie.

K behaviorálním metodám řadí trénink asertivity, kde se snaží prohloubit schopnost dítěte vyjádřit myšlenky a pocity. Pomocí hraní rolí učí dospělý dítě sebejistotě a komunikaci s ostatními bez urážek. U kognitivně-behaviorální změny chování se minimalizuje pocit nejistoty, buduje se schopnost vnitřního ovládnutí myšlenek a činů. Dospělý předvádí před dítětem problematické chování tak, jak by mělo správně vypadat. Metodou smlouvy motivuje dítě k požadovanému chování. Uzavírají se dohody, kde je jasně popsáno jaké chování se očekává a co se stane, když smlouvu dodrží a nedodrží. Při vyhasínání se odstraňuje nevhodné chování, dospělý ignoruje nepříjemné chování a podporuje správné. Při učení nápodobou se učí nové

chování tím, že dítě pozoruje a napodobuje. Zpevňováním se posiluje a zachovává správné chování. Chování se posiluje pomocí sociálních a hmotných odměn, podpory, pochvaly, souhlasu, nadšení, uznání, sladkosti, hračky či povolení určité věci. Metoda pobídek umožní dítěti reagovat přiměřeně podle daných pokynů verbálních i neverbálních. Trestání se používá vzápětí po nežádoucím chování. Jedná se o nepříjemný následek, který uplatňuje dospělý. Návikem relaxace dosáhneme uvolnění svalstva a navození pocitu klidu. Využívá se hlubokého dýchání, uvolňování svalů a autosugestivních vět. U tvarování se formuje, vytváří, rozvíjí a upevní požadovaná dovednost, tedy spojí se to co dítě umí s požadovaným chováním a zpevňováním jednotlivých kroků, tím se postupuje k cíli. Syntetická desenzibilace je metoda, kterou zmírňujeme, odstraňujeme, strach a úzkost. Oddechovým časem, odvedením dítěte z dosahu podnětu, minimalizujeme posilování nežádoucího chování a možnost fyzického a citového ublížení dítěti. Pokud chceme natrvalo zavést žádoucí chování, můžeme použít žetonový systém. Dítě dostává žetony a pochvalu za vhodné chování a za nevhodné se žetony odebírají.

K psychoterapii řadíme poradenství, kde povzbuzujeme dítě, aby se svěřilo, hledalo alternativní řešení a dospělo při řešení problémů k vlastnímu rozhodnutí. Psychoanalýzou se snažíme odhalit skryté příčiny chování dítěte, odhalit neuvědomělé konflikty, najít jejich souvislosti se současnými problémy a pomocí získaného vhledu uskutečnit odpovídající nápravu (56). Jankovský uvádí, že z hlediska ucelené rehabilitace se jeví psychoterapie jako nepostradatelná, tvoří významnou součást také rehabilitace pedagogické a jejím základním cílem je znovuoobnovení integrity osobnosti člověka (15). Gestalt terapií se pokoušíme vyřešit a završit nedokončenou práci, vnitřní konflikty, tím podporovat schopnost dítěte nezkresleně myslet a cítit. Terapeut povzbuzuje dítě, aby odhalilo současné myšlenky a pocity. Racionálně emotivní terapie pomáhá dítěti získat racionálnější pohled na sebe, tím se bude chovat méně negativně, tolerantněji a nebude se tolik podceňovat. Při metodě interpersonálního kognitivního řešení problémů podporujeme dítě, aby analyzovalo situace, zhodnocovalo hlediska druhých a přemýšlelo o alternativních způsobech chování. Ke zvládnutí stresu pomůže nácvik odolnosti proti stresu a k vyřešení jeho problémů nácvik sebeinstruktáže.

Transakční analýza pomáhá dítěti pochopit podstatu současných reakcí na jiné lidi a učí ho jednat s okolím efektivněji. Psychosyntéza má za cíl vzbudit u dítěte větší smysl sebekontroly a zmenšit pocit frustrace. Do této skupiny metod patří i rodinná terapie.

Zdravotní péče a nasazení léčiva se většinou zahajuje až tehdy, kdy nelze upravit stav dítěte přizpůsobením vnějších podmínek a zabránit vzniku jiných, přidružených, poruch chování. Farmakoterapie se nasazuje po stanovení diagnózy pedopsychiatrem, ale lze ji obvykle považovat za doplněk přizpůsobených podmínek doma a ve škole (56). Důležitost propojení péče o klienty s poruchou chování lze vysledovat i v obsahu koncepce oboru psychiatrie. Komplexní pedopsychiatrická péče je poskytována dětem a adolescentům do 18 let, což je asi 21 % populace, kteří trpí duševní poruchou uvedenou v sekci F 00.- 99. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Odhaduje se, že asi 13 % dětské a dorostové populace trpí během vývoje nějakým typem duševní poruchy. V České republice je asi 110 ambulancí pro děti a dorost a asi 790 lůžek, z nich je asi 200 určeno pro akutní pedopsychiatrickou péči. Pedopsychiatrické ambulance a zařízení provádí prvotní diagnostiku, léčbu, postupy biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními. Dále se zaměřuje na rehabilitaci, reedukaci a posuzování duševních poruch u dětí a mladistvých. Zajišťuje a koordinuje další specializovanou péči, provádí dispenzarizaci, podílí se na veřejné péči a na prevenci. Dětská a dorostová oddělení při psychiatrických odděleních nemocnic jsou součástí psychiatrického oddělení nemocnice. Ve Fakultních nemocnicích mají status kliniky. Poskytují vysoce specializovanou péči a spolupracují s ostatními odděleními nemocnice. Podílejí se na výzkumu, pregraduální a postgraduální výuce. Jejich součástí je i školní výuka. Mohou být spojena s denním stacionářem nebo s krizovým centrem. Psychiatrická dětská a dorostová oddělení psychiatrických léčeben jsou určena pro středně dlouhý a dlouhodobý pobyt. Mají rehabilitační a resocializační programy a možnost školní docházky i event. odborného učení. Dětské psychiatrické léčebny jsou samostatná zdravotnická zařízení. Poskytují střednědobou a dlouhodobou diagnostickou a terapeutickou lůžkovou péči pacientům s komplikovanou problematikou medicínskou, pedagogickou a sociálně psychologickou. Někdy vykonávají i akutní

pedopsychiatrickou péčí za neexistující dětská psychiatrická oddělení. Mají k dispozici nepřetržitou lékařskou i konziliární službu (**Příl. 4**).

Úspěšná terapie vyžaduje kombinaci mnoha metod, aplikovaných dlouhodobě, při spolupráci rodičů, učitelů a týmu profesionálů. Pokud je terapie vhodná a systematická bývá prognóza příznivější, což také uvádí Poskočilová (42). Při úpravě stavu dítěte je nutné zavádět opatření ke zlepšení výchovných funkcí rodiny, usilovat o efektivnější meziresortní spolupráci ve všech oblastech péče o děti a o pružnější postupy při řešení výchovných problémů a rozhodování o nápravných opatřeních ve prospěch dítěte. Zde je žádoucí zmínit se o výchově ve volném čase. Volný čas je doba, po kterou je člověk osvobozen od pracovních a společenských povinností. V této době se může člověk relativně svobodně rozhodnout o výběru činnosti, jež mu přináší zábavu, odpočinek a další osobní rozvoj. Zprvu je základní volnočasovou aktivitou hraní a později hra přechází v aktivity pracovní. Se vzrůstajícím kulturním vývojem se vědci zabývají teoriemi o jeho účelném trávení. Z výchovných důvodů je důležité jeho pedagogické ovlivňování, protože děti ještě nemají dostatek zkušeností, nedovedou se orientovat ve všech oblastech zájmové činnosti a potřebují citlivé vedení. U dnešních dětí je volno asi 2 až 6 hodin za den. Úkolem pedagogického ovlivňování volného času je poskytnout jedinci základní orientaci ve volnočasových aktivitách a pomoci mu najít oblast zájmové činnosti, která mu poskytne uspokojení a seberealizaci. Nabízené činnosti musí být pestré, přitažlivé, účast na akcích dobrovolná a vedení nenásilné. Naplňování volného času smysluplnými rekreačními či výchovně vzdělávacími aktivitami obnovuje vnitřní rovnováhu organismu, dochází k relaxaci, rozvíjí se fantazie, tvořivost a hlavně se kompenzují škodlivé vlivy.

Další pohled výzkumu byl zaměřen na finanční poměry v rodině a pravděpodobnost negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím rodičů na vznik poruch chování u klientů střediska. Toto tvrzení se prokázat nepodařilo, neboť největší skupinou jsou respondenti pocházející z rodin s průměrnými finančními poměry. Benešová ve svém sociologickém výzkumu uvádí, že mezi ekonomicky nejslabší patří neúplné rodiny a samostatně žijící důchodci. V průměrných



ekonomických podmínkách žijí plně výdělečně činné mladé rodiny a domácnosti s pracujícím důchodcem. Tato skupina patří k nejpočetnější, tak jako se prokázalo v tomto výzkumu. Do nejlepších ekonomických podmínek se zařadili rodiny výdělečně činné s věkem nad 35 let (2). Při dalším porovnání těchto tří souborů se však podařilo prokázat, že v nejvyšší míře pozitivní změna nastala u respondentů s dobrými finančními poměry. V souboru s průměrnými finančními poměry se prokázala změna u necelé poloviny respondentů a v souboru respondentů z rodin ze slabšími finančními poměry došlo k pozitivní změně v nejmenší míře. Podle Benešové patří rodiny s nízkou životní úrovní k rizikovým skupinám, neboť mohou jen s obtížemi uspokojovat svoje životní potřeby. Matky – živitelky se obávají se ztráty zaměstnání, bývají frustrovány, protože porovnávají vlastní ekonomické poměry se situací svých vrstevníků, kteří mají úplné rodiny a jsou materiálně zajištěni (2). Takováto atmosféra v rodině zcela určitě nemůže kladně ovlivnit dítě a změnit jeho chování. Z výzkumu je patrné, že pokud nemá rodina problémy materiálního rázu, ovlivnění dítěte či mladistvého jde přeci jen snáze.

V souborech rozdělených podle finančních poměrů byla dále porovnávána dobrá spolupráce s rodinou a pak i následná efektivita péče u respondentů z těchto spolupracujících rodin. Efektivita péče je hodnocena z několika hledisek. Jde o souhrn objektivního i subjektivního hodnocení změny stavu u respondentů, délky péče a recidiv poruch. Pokud je péče efektivní, tak pozitivní změna nastane objektivně i subjektivně za kratší dobu a bez recidivy. Výsledky svědčí o tom, že nejlépe spolupracují rodiny s dobrými finančními poměry, na druhém místě s průměrnými finančními poměry a nejhůře spolupracující jsou rodiny se slabšími finančními poměry. Jedná-li se o efektivitu péče u respondentů ve spolupracujících rodinách, tak v nejvyšším procentu nastala pozitivní změna u respondentů v souboru s dobrými finančními poměry, na druhém místě v souboru s průměrnými finančními poměry a k nejnižšímu procentuálnímu počtu pozitivních změn došlo u respondentů v rodinách se slabšími finančními poměry. Večerka ve svém článku tvrdí, že nebývalé možnosti profesní kariéry, větší pracovní zatížení a angažovanost má za následek menší zájem o dítě. Rodiče si častěji kupují děti dárky, delegují výchovné úkoly na prarodiče a řeší vzniklé

problémy rychle a často bez náležité trpělivosti. Uspěchaní rodiče se soustředují pouze na řešení problému, ale ne na odstranění příčiny (61). S tímto názorem korespondují i výsledky tohoto výzkumu.

Z výzkumu je patrné, že u nespolupracující rodiny nedochází k efektivní nápravě poruch chování. Z předchozího vyhodnocování souborů bylo prokázáno, že dobré finanční poměry a dobře spolupracující rodina vede k efektivitě péče ve vyšším procentu, tedy k pozitivní změně u respondentů. Několikrát již bylo zmíněno, že rodina vykonává podstatně důležitější vliv na dítě, než kterákoliv jiná malá sociální skupina. Dítě přebírá v rodině skupinové vzory a osvojuje si normy sociálního chování v závislosti na chování rodičů. Působí i to, že dynamika společenského života nedovoluje věnovat výchově dětí tak soustředěnou péči jako dříve. Zároveň devalvace tradičních hodnot způsobuje, že hodnoty vznikající ve vědomí mladé generace se vytváří kontrastně vůči starší generaci, zejména vůči rodině. Vznikají generační konflikty, které překračují rámec rodiny a projevují se i celospolečensky. Nabourání některé ze základních rodinných funkcí může fungovat jako hlavní činitel možného selhání jedince a mohou vyvstat problémy spojené s nevhodným působením rodiny (6).

V poslední hypotéze se mělo dokázat, že vyšší efektivitu nápravy poruch chování lze předpokládat u dětí rodičů s vyšším vzděláním. K této domněnce vedl fakt, že vzdělanější rodiče mají větší zájem o nápravu svých potomků. Pohybují se v běžné společnosti a chtějí, aby jejich děti žily běžný život a neskouzly na okraj společnosti. Z tohoto důvodu se usuzovalo, že právě vzdělaní rodiče budou lépe spolupracovat. Mertin píše, že současná doba vyžaduje od dospělého jedince poměrně slušnou všeobecnou vzdělanost, značnou míru flexibility, ochotu přizpůsobit se změněným požadavkům, iniciativu, aktivitu, samostatnost, komunikativní dovednosti a řadu dalších dovedností. Globalizovaný svět zkracuje vzdálenosti a zvyšuje konkurenci, tedy nároky a požadavky (29). Děti, které vyrůstají v nepodnětném rodinném prostředí tyto náročné požadavky těžce plní. Hausenblas se zabývá pohledem na rodinu po kulturní stránce. Čím je rodina méně kulturní, tím je střet s dítětem ostřejší (11). Podle Muralové je vzdělání jeden z klíčů k úspěchu. Vzdělání je klíčem do vyšších sociálních vrstev,

k vyšší prestiži a příjmu. V současné době má v populaci 25 až 64letých pouze 14 % základní vzdělání, 45 % maturitu a 12 % vystudovanou vysokou školu (31). Z výsledků výzkumu je vidět, že vzdělanostní rozložení rodin u respondentů je obdobné. Většina respondentů je z rodin s učňovským vzděláním a se středoškolským vzděláním. Vysokoškoláci činí 11,8 % a nejméně byly zastoupeny rodiny se základním vzděláním.

Pro potvrzení třetí hypotézy byly tyto soubory dále děleny podle spolupráce rodičů a efektivity péče, tedy pozitivní změny u respondentů. Podařilo se prokázat, že nejlépe spolupracují rodiny s vysokoškoláky, na druhé pozici byly rodiny středoškoláků, třetí pozici obsadily rodiny s učňovským vzděláním a jako nejméně spolupracují se jeví rodiče se základním vzděláním. Nejvyšší efektivita péče byla u respondentů z rodin vysokoškoláků. V rodinách se středoškolsky vzdělaným rodičem se projevila efektivita péče v nadpoloviční většině a s vyučeným rodičem byla efektivita péče prokázána u necelé poloviny respondentů. Nejhůře dopadli respondenti z nejméně vzdělaných rodin. V rodinách s vyšším vzděláním a lepší spoluprací dochází ve vyšším procentu k nápravě poruchy u respondentů. Podle Muralové vzdělání umožňuje využívat svět informací, slouží k zlepšení kvality života a stalo se hodnotou a součástí životního stylu. Dosažené vzdělání rodičů je faktor, který na dítě působí. Příkladem jsou vzdělávací instituce, které si mezi uchazeči o studium vybírají a ukazuje se, že klíčovou roli v této soutěži hraje kulturní kapitál, který je ovlivněn vzdělaností rodičů a dítě si ho přináší z výchozí rodiny. Děti vysokoškolsky vzdělaných rodičů mají až devětkrát vyšší šanci studovat na vysoké škole než děti, jejichž rodiče dosáhli pouze základní vzdělání (31). Vzdělání rodiče, dle Mertina, využívají vzdělání jako nástroj kultivace a považují ho za součást životního stylu (29). Adler napsal, že ten, kdo neuznává existenci jednotného životního stylu, nebo mu neporozuměl, nepronikne k chybné řeči symptomů. Ten, kdo naopak pochopí tuto základní věc, bude vědět, že musí být schopen změnit životní styl, a ne jen symptomy (1). Lauer mann se domnívá, že právě ti nejvzdělanější a nejúspěšnější rodiče pocítují největší obavy o kvalitu vzdělávání svých dětí (26). U dětí s poruchami chování se rodiče i děti musí vyzbrojit velkou trpělivostí. Rodiče musí umět dítěti co nejvýstižněji a nejpodrobněji popsat chování, které od něho očekávají. Měli by umět vysvětlit důsledky jeho žádoucího i nežádoucího chování (13).

Rodiče dítě s poruchou chování bývají často unaveni, fyzicky a psychicky vyčerpáni péčí o dítě. Cítí se mnohdy méněcenně, protože selhali ve výchově (8). Velký tlak spíše zvládnou vzdělanější rodiče, kteří dovedou lépe komunikovat, snáze si opatří informace a snáze pochopí potřebu důslednosti ve výchově dítěte. Toto tvrzení lze podpořit i výsledky z výzkumu. Z předchozího výčtu je prokazatelné, že třetí hypotéza může být potvrzena, neboť vyšší efektivita nápravy poruch chování byla prokázána u dětí rodičů s vyšším vzděláním a také rodiny s vyšším vzděláním lépe spolupracují.

Při výzkumu se narazilo i na řadu zajímavých faktů, které by také stály za bližší prozkoumání. Jak již bylo uvedeno ve výsledcích 80, 6 % respondentů bylo z rodin rozvedených, neúplných či rodin úplných, ale s novým partnerem. Toto číslo je opravdu vysoké a odráží situaci dětí v rodinách. Otázkou je, proč je toto číslo u klientů střediska výchovné péče právě tak vysoké? V minulosti již bylo mnoha autory dokázáno, že rozvod a neúplnost rodiny je predispozicí pro vznik poruchy. Rodina a její vliv na dítě byla rozebírána i v této práci. Lze tvrdit, že vliv rodiny na poruchy chování a jejich odstranění je prokazatelný. Ukázalo se, že většina respondentů nebyla kojena vůbec a nebo jen do třech měsíců věku. Velemínský říká, že kojení utváří úzký citový vztah matky a dítěte (62). Nemá krátká doba kojení či nekojení vliv na dítě v negativním smyslu? Není toto jeden z důvodů rozvoje poruchy chování? I tyto otázky by stály za podrobnější výzkum. Zajímavým faktem je přání respondentů ohledně volby budoucího povolání. Profese, které si respondenti vybírali spadaly převážně do učňovského vzdělání a jen menší část volila povolání, kde je potřeba vyššího vzdělání. Největší zastoupení měl automechanik, práce na počítači, kuchař – číšník, práce se zvířaty v zemědělství a kadeřník. Profese, které nebyly tak časté jsou sportovec, truhlář, policista (voják, pilot), aranžér a řidič, údržbář, zedník, klempíř a pouze jedenkrát se jednalo o veterináře, překladatele, průvodce a hudebníka. Výsledky jsou zde pouze citovány, protože nebyly předmětem výzkumu. Hlubší rozbor volby povolání u dětí a mladistvých s poruchou chování by jistě přinesl zajímavé výsledky a mohl by pomoci v nápravě poruch tím, že by se jedinci směřovali na oblast zájmu. Otázkou do diskuse je, zda je těchto oborů dostatek, zda vůbec mají tyto děti šanci se na školu dostat a zda uspějí. Stojí za úvahu, zda by se výuka těchto oborů neměla rozšířit a zda by se

nemohlo pomoci těmto dětem v přijetí na obory, které je zajímají, pokud by to pomohlo odstranit či zlepšit poruchy chování.

Také rodičům dětí s poruchou chování je nutné poskytnout nejen potřebnou pomoc, ale i seznamovat je se zásadami správné výchovné péče, vést je k odpovědnosti za zdravý vývoj dítěte, poskytnout jim informace o obsahu a poslání Úmluvy o právech dítěte a o zákonech vztahujících se k výchově a vzdělávání. U rodičů, kteří neposílají děti do školy, kryjí záškoláctví, zneužívají děti pro ekonomické aktivity, pro činnosti ohrožující jejich mravní vývoj a zanedbávají výchovnou péči, je nutné požadovat, aby se vůči nim uplatnila sociálně výchovná opatření. Podněty pro uplatnění těchto opatření by měli dát školy, školské přestupkové komise, dětské lékaři, oddělení sociální prevence a oddělení péče o rodinu a dítě.

V oblasti sociální péče se vyvíjí tlak, v souladu s programy sociální prevence a programy prevence kriminality, na zvýšení počtu sociálních pracovníků a kurátorů pro mládež. Těmito opatřeními se vytvářejí podmínky pro individuální a dlouhodobou práci s problémovými rodinami a dětmi dopouštějícími se záškoláctví. Na sociální prevenci se podílí i policie ČR, která úzce spolupracuje s některými nestátními organizacemi, zejména s Linkou bezpečí a Bílým kruhem bezpečí. MPSV ČR připravilo mezinárodní konferenci "Terénní sociální práce s mládeží - současnost a budoucnost", která byla realizována v dubnu 2001. Rozvíjí se projekty prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Tyto projekty mají napomoci zejména výchově dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování, rozvoji osobnosti, k odmítání projevů agresivity a porušování zákona. Dále jsou také realizovány vzdělávací aktivity a specializované programy zaměřené na spolupráci s rodiči, vytváření dovedností v komunikaci apod. Při všech těchto aktivitách spolupracují zástupci orgánů sociálně právní ochrany dětí, probační a mediační služby, PČR, nestátních neziskových organizací, školských zařízení a obcí. Cílem spolupráce je zajištění podmínek pro včasnou intervenci v případech delikventního jednání mládeže (35).

V posledních letech vzniká řada aktivit uplatňujících netradiční formy péče o jedince s poruchami chování s cílem předcházet těmto poruchám a následnému umístění

do náhradní výchovné péče. Střediska výchovné péče byla zřízena jako součást sítě institucí preventivně výchovné péče a zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Od roku 1998 byla tato střediska zařazena do nového systému pedagogicko psychologického poradenství **(39)**. Středisko výchovné péče je z části zařízení poradenské a z části výchovné, kam se mohou obracet rodiče dětí s většími a trvalejšími obtížemi, které přesahují možnosti výchovných poradců a pedagogicko - psychologických poraden. Spolupráce se střediskem je dobrovolná, nelze ji přikázat. Dobrovolnost a ochota spolupráce je prvním předpokladem pro zabránění prohlubování poruchy a následnému pobytu v diagnostických a výchovných ústavech. Základem péče je smlouva a individuální výchovný plán, na kterém se podílejí odborníci, rodiče i samotné dítě. Jde o to, aby si všichni zúčastnění uvědomili, čeho chtějí dosáhnout, co chtějí změnit a co očekávají. Na závěr se všichni podpisem zavazují, že s plánem souhlasí a že ho budou dodržovat. Střediska spolupracují se školami, pomáhají při řešení situací, které by mohli startovat některé negativní jevy, tedy šikanu, rozvoj závislostí na návykové látce a kriminalitu. Středisko výchovné péče v Českých Budějovicích má ambulantní i internátní oddělení. Jsou zde přijímáni chlapci i dívky **(5)**. Pobyt bývá zpravidla dvouměsíční s nepřerušným vzděláním. Dětem je zajištěna poradenská péče, diagnostika, výchovné a terapeutické programy, arteterapie, krizová intervence, střednědobá i dlouhodobá péče, vzdělání a převýchova. Podílí se také na následné výchovně vzdělávací péči a prevenci nežádoucího vývoje. Pořádají besedy pro učitele, studenty a třídní kolektivy, intervenční programy s tréninky pozitivních vztahů a cvičení pro hyperaktivní děti **(Příl.3)**. Součástí terapie často bývá i rodinná terapie. Společné terapii rodičů a problematického dítěte se věnovala studie lékařů z Royal Manchester Children's Hospital., zabývající se rozdílem v účinnosti a finanční efektivnosti ambulantní a ústavní společné léčby dětí a rodičů. Výsledky však neukázaly téměř žádný rozdíl. Pro praxi bylo doporučeno, že společná terapie rodiče a problémového dítěte je nízká a to jak v případě ambulantního, tak ústavního typu léčby a je tedy jen jednou z variant řešení problémů, tvrdí Fonagy **(7)**.

Z mého výzkumu je prokazatelné, že jsou-li děti či mladiství podrobena pouze péči jednostranné, nemusí se vždy dosáhnout dobrých výsledků. U takovýchto klientů

často nastávají recidivy poruchy chování, jejich terapie se prodlužuje a může dojít až k nežádoucímu osobnostnímu a společenskému vývoji. Všestranná péče naopak přináší žádoucí výsledky. Podle Švancara v současném systému péče přesto něco chybí. Nejsou domy následné péče, místa, která by pokud možno bezplatně nabízela alternativní náplň volného času a byla zajištěna lidmi s psychologickým a speciálně pedagogickým vzděláním, kteří umějí s dětmi s poruchami chování pracovat. Důvod proč tato postpéče chybí jsou finance (54). Takováto zařízení by byla velmi nákladná záležitost, ale přesto stojí za úvahu, zda by se vložené investice nezačaly postupně vracet. Během výzkumu byla hodnocena efektivita péče. Úspěšnost péče je podle Švancara velmi složitá, někdy je úspěchem, že klient začne zase chodit do školy, začne se zase učit, že přestane utíkat z domova, že si najde jiný zájem, nebude krást a nebo že při následném selhání přijde klient sám, abychom mu pomohli (54). V podstatě lze tvrdit, že každé zlepšení je úspěchem a nadějí pro dítě, jeho rodiče, učitele a vlastně pro celou společnost. Marešová uvádí, že se musíme smířit s faktem, že kriminalita ještě dlouho zůstane součástí našeho běžného života, ale lze ji však ovlivňovat co do rozsahu i závažnosti. Zamýšlí se dále nad tím, že v takové společnosti, kde přestupky proti zákonu lze počítat na milióny a pro osoby, které se jich dopouštějí jsou stereotypním způsobem chování, nelze očekávat, že se výskyt sociálně patologických jevů a jejich negativní vliv na děti a mládež nějak radikálně sníží. Lze však doufat, že se naší mládeži pohled na námi páchané nepravosti tak znelíbí, že odsoudí náš způsob života a pokusí se svůj způsob života změnit k lepšímu (27). Je vidět, že jen náš příklad, jen mi sami, můžeme ovlivnit vývoj našich dětí. Nemůžeme dobře vychovávat, pokud se sami nebudeme chovat tak, jak to vyžadujeme od svého okolí. Kahoun, Kozlová a Tóthová tvrdí, že pokud problémy existují, musí se s nimi společnost potýkat, musí jim vzdorovat a musí je překonávat. Sociální teorie a sociální praxe shodně uvádějí, že nejúčinnějším způsobem působení proti patologickým jevům je předcházení problémům a odstraňování jejich příčin, tedy prevence (18).

## 6. Závěr

Provedený výzkum jsem zaměřila na analýzu klientů střediska výchovné péče. Jednalo se o *kvantitativní* výzkum. *Předmětem* zkoumání byly výchovné problémy dětí a mládeže střediska výchovné péče a možnost jejich ovlivnění mnohostrannou péčí nebo eliminací faktorů, které podněcují jejich rozvoj. *Objektem* zkoumání byl soubor vybraných klientů s poruchami chování Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích v období od května až do listopadu roku 2006. Do výzkumu jsem zahrnuje 93 respondentů s problémovým chováním, 18 respondentů ženského pohlaví a 75 respondentů mužského pohlaví. Zahrnuti byli všichni klienti, kteří ve středisku výchovné péče v tomto období podstoupili vyšetření, bylo s nimi pracováno a nebo zde pobývali na internátním pobytu a splnili všechna kritéria pro zařazení do souboru. Poměr klientů s poruchami chování podle pohlaví činil 4 : 1 (muži : ženy). Věkové rozložení respondentů ukazuje, že nejpočetnější je kategorie v období pubescence, na druhém místě jsou kategorie mladšího školního věku a adolescence, na třetím místě jsou děti předškolního věku a pouze jeden respondent je v kategorii nad 19 let.

Pro výzkum a předpokládané potvrzení hypotéz jsem použila několik *metod*. Nejdůležitější byla sekundární analýza dat, dále pozorování, dotazník u vybraných respondentů, rozhovor s klienty a pracovníky střediska výchovné péče. Postup výzkumu zahrnoval jednotlivé kroky od definování problému a cílů výzkumu, sestavení plánu výzkumu, přes shromáždění informací, analýzu informací, až po prezentaci výsledků. Všechna sebraná data poskytla mnoho materiálu ke zpracování, k potvrzení či vyvrácení hypotéz a pomohla ke splnění cíle výzkumu.

*Cílem* práce byla analýza výchovných problémů u klientů střediska výchovné péče z hlediska zdravotního, psychologického a sociálního, posouzení efektivity péče a spolupráce rodiny, pohled na ekonomické zázemí rodiny, vzdělanost rodičů a vliv těchto faktorů na rozvoj poruch chování. Tento cíl jsem splnila. Analýzu jsem provedla a otázka, zda propojení zdravotní, psychologické a sociální péče o klienta je efektivnější, než jednostranná péče o tyto jedince, zda dobré finanční poměry rodiny mohou mít vliv na větší výskyt poruch chování a zda vyšší vzdělanost rodičů může



ovlivnit efektivnost léčby, byla zodpovězena potvrzením hypotéz a v jednom případě nepotvrzením hypotézy.

V *první* hypotéze jsem tvrdila, že právě propojení péče po stránce zdravotní, psychologické a sociální je efektivnější. Předpokládala jsem, že péče o jedince po stránce bio-psycho-sociální musí vést k rychlejší nápravě poruchy chování. Z popsaných výsledků mohu konstatovat, že první hypotéza byla potvrzena. Podařilo se mi prokázat, že všestranná péče sice není tou nejrozšířenější, je na druhém místě, ale je prokazatelně efektivnější než péče dvoustranná a jednostranná.

Ve *druhé* hypotéze jsem uvažovala o pravděpodobnosti negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím, tím mnohdy vyšším pracovním vytížením rodičů, na vznik poruch chování u klientů střediska. K tomuto tvrzení mě vedla domněnka, že vyšší ekonomické zázemí na děti působí negativně a pracovním vytížením rodiče nemají dostatek času na výchovu svých dětí. Děti z rodin s dobrými finančními poměry si mohou více věcí dovolit, nejsou finančně limitováni a to může mít negativní vliv na rozvoj jejich osobnosti, na vztahy mezi vrstevníky a na utváření jejich hodnotového systému. Pravděpodobnost negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím rodičů na vznik poruch chování u klientů střediska se mi prokázat nepodařilo, neboť největší skupinou jsou respondenti pocházející z rodin s průměrnými finančními poměry. Z uvedených výsledků mohu konstatovat, že druhá hypotéza nebyla prokazatelně potvrzena, ale při dalším porovnání těchto tří souborů se podařilo prokázat, že v nejvyšší míře nastala pozitivní změna u respondentů s dobrými finančními poměry. V souboru s průměrnými finančními poměry se prokázala změna u necelé poloviny respondentů a pouze v malém procentu došlo k pozitivní změně v souboru respondentů z rodin ze slabšími finančními poměry. V souborech rozdělených podle finančních poměrů jsem dále porovnávala dobrou spolupráci s rodinou a pak i následnou efektivitu péče u respondentů z těchto rodin. Efektivitu péče jsem hodnotila z několika hledisek. Šlo o souhrn objektivního i subjektivního hodnocení změny stavu u respondentů, délky péče a recidiv poruch. Pokud je péče efektivní, tak pozitivní změna nastane objektivně i subjektivně za kratší dobu a bez recidivy. Výsledky svědčí o tom, že nejlépe spolupracují rodiny v souboru s dobrými finančními

poměry a na druhém místě v souboru s průměrnými finančními poměry. Nejhuře spolupracující jsou rodiny se slabšími finančními poměry. Jednalo-li se o efektivitu péče u respondentů ve spolupracujících rodinách, tak v nejvyšším procentu nastala pozitivní změna u respondentů v souboru s dobrými finančními poměry, na druhém místě v souboru s průměrnými finančními poměry a k nejnižšímu procentuálnímu počtu pozitivních změn došlo u respondentů v rodinách se slabšími finančními poměry. Z předchozího vyhodnocování souborů bylo prokázáno, že dobré finanční poměry a dobře spolupracující rodina vede k efektivitě péče ve vyšším procentu, tedy k pozitivní změně u respondentů. Ještě jednou konstatuji, že druhou hypotézu, tedy pravděpodobnost negativního vlivu rodiny s vyšším ekonomickým zázemím rodičů na vznik poruch chování u klientů střediska se mi prokázat nepodařilo, neboť největší skupinou jsou respondenti pocházející z rodin s průměrnými finančními poměry.

Ve *třetí* hypotéze se dokazovalo, že vyšší efektivitu nápravy poruch chování lze předpokládat u dětí rodičů s vyšším vzděláním. K této domněnce vedl fakt, že vzdělanější rodiče mají větší zájem o nápravu svých potomků. Pohybují se v běžné společnosti a chtějí, aby jejich děti žily běžný život a neskouzly na okraj společnosti. Dle toho se usuzovalo, že vzdělanější rodiče budou lépe spolupracovat. Rodiny jsem rozdělila dle vzdělání. Nejvíce zastoupeny jsou rodiny s učňovským vzděláním, pak středoškolským, vysokoškolským a základním vzděláním. Pro potvrzení třetí hypotézy jsem tyto soubory dále dělila podle spolupráce rodičů a efektivity péče, tedy pozitivní změny u respondentů. Z výsledků vyplynulo, že lépe spolupracují vzdělanější rodiče. Nejlépe spolupracují rodiny s vysokoškoláky a pak středoškoláky. Třetí pozici obsadily rodiny s učňovským vzděláním a jako nejméně spolupracují se jeví rodiče se základním vzděláním. Zjištění efektivity péče u spolupracujících rodin byla také nejvyšší u respondentů z vysokoškolsky vzdělaných rodin, pak se středoškolsky vzdělaným rodičem, dále vyučeným rodičem a nejméně se efektivita péče projevila u rodin se základním vzděláním. Tímto výčtem je prokazatelné, že třetí hypotézu mohu potvrdit. Vyšší efektivita nápravy poruch chování byla prokázána u dětí, kde rodiče dosáhli vyššího vzdělání a tito rodiče lépe spolupracují. V rodinách s vyšším vzděláním a lepší spoluprací dochází ve vyšším procentu k nápravě poruchy u respondentů.

V průběhu výzkumu jsem se dotkla i řady zajímavých faktů. Zjistila jsem, že drtivá většina respondentů je z rodin rozvedených, neúplných či rodin úplných, ale s novým partnerem, dále se ukázalo, že více jak polovina respondentů byla kojena pouze do třech měsíců věku či vůbec. Zajímavým faktem je i přání respondentů ohledně volby budoucího povolání. Profese, které si respondenti vybírají spadají převážně do učňovského vzdělání. Největší zastoupení má automechanik, pak práce na počítači, kuchař – číšník, práce se zvířaty v zemědělství a kadeřník. Tyto poznatky nebyly předmětem výzkumu, jsou pouze citovány a rozebírány v diskusi a domnívám se, že by stály za hlubší prozkoumání.

Výsledky práce mohou zajímat nejen odborníky, ale i laickou veřejnost, tedy rodiče dětí s poruchami chování, kterým se takto snažím pomoci uvědomit si jak s takovýmto dítětem či mladistvím pracovat, co a jak může každý z nás ovlivnit či změnit. Domnívám se, že pokud seznámením odborníky z řad lékařů, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků, kurátorů pro děti a mládež a laiky, hlavně rodiče dětí s poruchami chování, s mými výsledky, přinutím je k zamyšlení či přímo ke změně svých zaběhnutých postupů. Prezentací výsledků výzkumu na kongresech, uveřejněním ve zdravotnických časopisech a časopisech se sociální tematikou oslovím alespoň určitou skupinu osob.

*Benefit* práce vidím v tom, že se prokázala vyšší efektivita u všestranné péče a pozitivní vliv spolupráce rodiny. Ráda bych apelovala na rodiče, aby zajistily svému dítěti dobré podmínky pro zdravý rozvoj osobnosti, aby mu sami dávali pozitivní příklad a sami se zamyslili nad svým chováním. Tím vším by mohli předejít rozvoji poruchy u svého dítěte. Zastávám názor, že i při malých a častých prohřešcích dítěte by rodiče měli vyhledat pomoc. S vyhledáním rady a pomoci by neměli otálet, aby se z malého problému nestal velký a těžko řešitelný problém.

Včasná a všestranná péče u jedinců s poruchou chování je efektivnější a v důsledku i ekonomičtější. Všestranná péče o respondenta je jistě velmi ekonomicky náročná, ale pokud se poruchu chování u jedince nepodaří usměrnit, tak může přerůst až ke kriminalitě jedince a ekonomické náklady pro společnost budou daleko vyšší. Z hlediska společnosti je každá terapie chronicky nemocných pacientů velkým

břemenem, proto i péče o maladjustované osoby je nákladná a dlouhodobá. Domnívám se, že řešením by bylo vytvoření koncepce propojení péče o individuálního jedince po stránce zdravotní, psychologické a sociální, které může zkrátit trvání problému a tím i náklady na péči. Udržení dobrého psychického stavu, pohody jedince a fungování rodiny není nikterak nákladnou záležitostí a právě to je součástí prevence a terapie poruch chování u dětí a mládeže. Tato součást terapie a prevence je v našich rukách, všichni ji známe, ale jen se ji musíme naučit aplikovat. Dobré vztahy s okolím a zázemí v rodině může pomoci ve snížení rozvoje poruch chování, vede k rychlejší nápravě již rozvinutých poruch a v neposlední řadě může snížit částky vynakládané celou společností.

Na závěr si dovoluji konstatovat, že tímto výzkumem se mi podařilo potvrdit vyšší efektivita propojené, všestranné péče u respondentů s poruchami chování ve středisku výchovné péče, tedy péče zdravotní, psychologické a sociální. Neprospěla jsem, že by vyšší ekonomické poměry rodiny měly negativní vliv na rozvoj poruch chování, ale zjistila jsem, že rodiče s dobrými ekonomickými poměry lépe spolupracují a že u respondentů z rodin s dobrými ekonomickými poměry a lepší spoluprací dochází ve vyššímu počtu k pozitivní změně, tedy k vyšší efektivitě péče. Dále mohu tvrdit, že vyšší vzdělanost rodičů vede k lepší spoluprací a že vzdělanější rodiče s lepší spoluprací mají pozitivní vliv na zlepšení stavu u respondentů. U respondentů z těchto rodin dochází ve vyšším počtu k pozitivní změně. Je zde prokazatelně vyšší efektivita péče.

## 7. Seznam použitých zdrojů (3, 4)

1. ADLER, A. *Psychologie dětí. Děti s výchovnými problémy. Individuální psychologie 2*. Přel. Z. Vybíral. 1. vyd. Praha: Práh, 1994. ISBN 80-85809-22-2.
2. BENEŠOVÁ, V. *Domácnosti s nízkou životní úrovní* [online]. © 2000, Sociologický ústav AV ČR.  
URL: <<http://datafakta.soc.cas.cz/200010/index.htm>>. [cit. 2007-02-14].
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla* [online]. Verze 3.2. © 1999-2002, poslední aktualizace 3. 9. 2002.  
URL : <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.ps>>.  
<<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>. [cit. 2004-11-11].
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů* [online]. Verze 2.5 (2002). © 1999-2002, poslední aktualizace 3. 9. 2002.  
URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>>.  
<<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>. [cit. 2004-11-11].
5. ČERVENKA, K. *Není pastáček jako pastáček: Sociálně konstruovaná identita mládeže z "preventivně výchovného" zařízení a její důsledky* [online]. © Biograf 2005.  
URL: <<http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v3702>>.  
[cit. 2006-09-08].
6. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9.

7. FONAGY, P. *Společná terapie rodičů a problematického dítěte: je výhodnější ambulantní či ústavní léčba?* [online]. © 2001. *Medicína* 6/Roč. VIII/Strana 6,7. Studie: dr.R.Harrington; *BMJ* 2000;321:1047-50. Komentář a doporučení: dr. Peter Fonagy, University College London. Na základě článků v *Evidence Based Mental Health* 2001:4:45-51 na stránkách:  
URL:<<http://www.ebmentalhealth.com>>.  
URL: <<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0601/med0610.html>>.  
[cit. 2006-11-12].
8. FUČÍKOVÁ, K. *Lidé s poruchami chování postižení nepostižení* [online]. © 2002.  
URL: <[http://www.balustrada.cz/bratrstvo/cislo.phtml?0202\\_potrebni](http://www.balustrada.cz/bratrstvo/cislo.phtml?0202_potrebni)>.  
[cit. 2006-11-6].
9. GRINNINGER, P. *Poruchy chování* [online]. © 2004.  
URL: <<http://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/pgps/syl/pchp-grinninger.doc>>.  
[cit. 2007-01-20].
10. HÁLA, J. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005.  
ISBN 80-7040-815-4.
11. HAUSENBLAS, O. *Role a zodpovědnost laických rodičů za kvalitní školství?* [online]. © 2004.  
URL: <<http://ucitelske-listy.ceskaskola.cz/Ucitelskelisty/AR.asp?ARI=101654&CAI=2147>>. [cit. 2007-02-14].

12. HODKOVÁ, I. – MIKLASOVÁ, E. *Poruchy chování* [online]. © 2004.  
URL: <[http://www.detskylekar.cz/detskylekar/2004\\_vox3.pdf](http://www.detskylekar.cz/detskylekar/2004_vox3.pdf)>.  
[cit. 2006-09-08].
13. CHROUSTOVÁ, P. *Když je dítě příliš živé 2* [online]. © 1999- 2005 Rodina Online, aktualizace 26. 8. 2003.  
URL: <<http://www.rodina.cz/scripts/printpreview.asp?id=3346>>.  
<<http://www.rodina.cz/clanek3346.htm>>. [cit. 2006-11-6].
14. JANATA, J. *Agrese tolerance a intolerance*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-889-X.
15. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
16. KABÍČEK, P. *Nová morbidita mládeže* [online]. © 2006, Sanquis číslo: 48/2006, strana 16.  
URL: <[http://www.sanquis.cz/clanek.php?id\\_clanek=753](http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=753)>. [cit. 2007-02-04].
17. KABÍČEK, P. – HAMANOVÁ, J. *Prevence chování rizikového v dospívání* [online]. © 28. 04. 2005, Postgraduální medicína, 5. 4. 2005, rubrika: Preventivní pediatrie, strana: 57.  
URL: <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=aktuality&p=&shw=121&sess=>>>. [cit. 2007-02-04].
18. KAHOUN, V. – KOZLOVÁ, L. – TÓTHOVÁ, V. *Sociální práce*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-138-2.

19. KITTLEROVÁ, Š. *Diagnostika a prognostika v etopedii (Dětské dg. ústavy, Dg. ústavy pro ml.)* [online]. © etop07\_1 .rtf -147 kB- .doc -92 kB- 11. 5. 2004.  
URL: <[http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/main\\_eto.htm](http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/main_eto.htm)>.  
<[http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/etop07\\_1.rtf](http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/etop07_1.rtf)>.  
[cit. 2006-09-08].
20. KLÍMA, P. – KLÍMA, J. *Základy etopedie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1984. Číslo publikace 1021-4381.
21. KOUTEK, J. *Pedopsychiatrie* [online]. © 2005.  
URL: <<http://spp.ippp.cz/download/studijni-materialy/pedopsychiatrie.pdf>>.  
[cit. 2007-02-14].
22. KOZLOVÁ, L. *Sociologický výzkum* [online]. © 2004.  
URL: <[http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/1.html](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/1.html)>.  
[cit. 2004-11-29].
23. KRÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN 80-7040-386-1.
24. KUJA, J. – FLODER, J. *Etopedie*. 1. vyd. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1989. Čís. nominál. skupiny 63/II/10.
25. KYSUČAN, J.- KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. 1.vyd. dotisk. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998. ISBN 80-7067-677-9.



26. LAUERMANN, M. *Co je možno učinit pro spolupráci mezi rodinou a školou a školou a komunitou? Jaké jsou role jednotlivých a aktérů a jakých se dopouštíme chyb?* [online]. © 2004. Převzato z časopisu *Moderní vyučování* 8/2004.  
URL: <[http://www.mujnet.cz/TEM/clanek.aspx?a=1&prmKod=MV\\_My08a06A3396](http://www.mujnet.cz/TEM/clanek.aspx?a=1&prmKod=MV_My08a06A3396)>. [cit.23.2. 2007].
27. MAREŠOVÁ, A. *Současný stav kriminality mládeže* [online]. © 2004.  
URL: <[http://www.viod.cz/100/files/prezentace\\_maresova\\_1.pdf](http://www.viod.cz/100/files/prezentace_maresova_1.pdf)>.  
[cit. 2007-02-04].
28. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003.  
ISBN 80-7178-548-2.
29. MERTIN, V. *Čtení a vzdělanost* [online]. © 2004.  
URL: <[http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah\\_clanku.php?vydani=31&rok=04odkaz=cteni.htm](http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=31&rok=04odkaz=cteni.htm)>. [cit. 2007-02-14].
30. Mezinárodní klasifikace nemocí.10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*.1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. Přel. z: The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. ISBN 80-85121-37-9.
31. MOURALOVÁ, M. *Vzdělanostní struktura a přístup ke vzdělání* [online]. © 2002 – 2003, Sociologie a sociální politika, FSV UK 2002/2003, LS 21. 09. 2003.  
URL: <[http://mujweb.atlas.cz/www/10let/seminarky2/mouralova\\_vzdelani.doc](http://mujweb.atlas.cz/www/10let/seminarky2/mouralova_vzdelani.doc)>.  
[cit. 2007-02-14].

32. MÜLLNER, J. *Metodický pokyn k organizaci činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež a stanovení výše úhrady za stravování a ubytování podle § 16 odst. 3 zákona č. 109/2002 Sb. č.j. 24 049/2002-24* [online]. © Server ATRE.CZ., stav září 2004.  
URL: <<http://www.atre.cz/normy/page0374.htm>>. [cit. 2006-11-12].
33. MVCR. CZ. *Strategie prevence kriminality na léta 2004 – 2007 (včetně zprávy o plnění úkolů vyplývajících ze Strategie prevence kriminality na rok 2003)* [online]. © 2004.  
URL: <<http://www.mvcr.cz/prevence/system/vlada/2004/strategie.html>>. [cit. 2007-02-04].
34. MVCR. CZ. *Zpráva o plnění úkolů vyplývajících ze Strategie prevence kriminality na léta 2004 až 2007 za rok 2004* [online]. © 2006.  
URL: <[http://www.mvcr.cz/dokument/2006/prevence/3\\_zprava\\_text.doc](http://www.mvcr.cz/dokument/2006/prevence/3_zprava_text.doc)>. [cit. 2007-02-04].
35. MVCR. CZ. *Zpráva o situaci v oblasti veřejného pořádku a vnitřní bezpečnosti na území České republiky v roce 2001* [online]. © 2005.  
URL: <[http://www.mvcr.cz/dokumenty/bezp/si01/2\\_1\\_2\\_3.html](http://www.mvcr.cz/dokumenty/bezp/si01/2_1_2_3.html)>. [cit. 2006-09-08].
36. NEŠPOR, K. *Příručka pro život ve 21. století* [online]. © 26. 04. 2004.  
URL: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/fitnew.doc>>. [cit. 2007-02-04].
37. PEČOVÁ, D. *Psychologická práce s mládeží* [online]. © 2006.  
URL: <<http://www.aktip.cz/cs/produkty-sluzby/psychoterapie/prace-s-mladezi.html>>. [cit. 2006-11-09].

38. PETRÁČKOVÁ, V. – KRAUS, J. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. (dotisk). Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0607-9.
39. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-65-6.
40. POKORNÁ, V. *Poruchy chování u dětí a jejich náprava*. Dotisk. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-600-5.
41. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. rozš. a opr. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
42. POSKOČILOVÁ, K. – MIKEŠOVÁ, J. Dítě s hyperkinetickou poruchou chování F 90.1. In: *Nové trendy v ošetrovatelství II. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, II. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7040-636-4.
43. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.
44. PSYCHOLOUSEK.CZ. *Poruchy chování* [online]. © 29. 02. 2004.  
URL: <[http://www.psycholousek.cz/downloads/miska/Poruchy\\_chovani,%20s.%209.pdf](http://www.psycholousek.cz/downloads/miska/Poruchy_chovani,%20s.%209.pdf) (1.6.4.)>. [cit. 2006-09-08].
45. RADITSCH, F. *Systém včasné intervence – Smysl a účel* [online]. © 2006.  
URL: <<http://www.mvcr.cz/casopisy/policista/2006/05svicl.html>>. [cit. 2007-02-04].

46. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-168-2.
47. SEIFERTO VÁ, Š. *Etopedie - Pedagogika obtížně vychovatelných. Alternativní tresty odnětí svobody v porovnání se zahraničím* [online]. © etop12\_1 .rtf -69 kB- .doc -82 kB- 18. 4. 2004.  
URL: <[http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/main\\_eto.htm](http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/main_eto.htm)>.  
<[http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/etop12\\_1.doc](http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/etop12_1.doc)>.  
[cit. 2006-09-08].
48. SEZNAM.CZ, a.s. *Chování* [online]. ©1996 – 200, aktualizace 28. 8. 2000.  
Zdroj: CoJeCo®.  
URL: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/51300-chovani>>. [cit. 2006-09-08].
49. SEZNAM.CZ, a.s. *Chování - sociální* [online]. © 1996 – 2006, aktualizace: 28. 8. 2000. Zdroj: CoJeCo®.  
URL: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/51301-chovani-socialni>>.  
[cit. 2006-09-08].
50. SLOMEK, Z. *Etopedie* [online]. © 31. 07. 2006.  
URL: <<http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/kss/>>. [cit. 2006-11-6].
51. SLOMEK, Z. *Základy speciální pedagogiky* [online]. © 31. 07. 2006.  
URL: <<http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/kss/>>. [cit. 2006-11-6].
52. SPOUSTA, V. *Speciálně pedagogická diagnostika etopedická*. 1. vyd. Praha: SPN, 1990. ISBN 80-210-0172-0.

53. ŠLECHTOVÁ, L. *Úvod do speciální pedagogiky* [online]. © 25. 02. 2006.  
URL: <<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=57>>. [cit. 2007-02-14].
54. ŠVANCAR, R. *Prostor pro děti s rizikem poruch chování* [online]. © 2003, Učitel'ské noviny.  
URL: <[http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah\\_clanku.php?vydani=19&rok=06&odkaz=prostor.htm&PHPSESSID=e2d84ef757822d5d48125fef84fd249](http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=19&rok=06&odkaz=prostor.htm&PHPSESSID=e2d84ef757822d5d48125fef84fd249)>. [cit. 2006-09-08].
55. ŠVESTKOVÁ, R. *Sociální pedagogika* [online]. © 31. 07. 2006.  
URL: <<http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/kss/>>. [cit. 2006-11-6].
56. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Přel. D. Tomková. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. Přel. z: Children behaving badly. Could my child have a disorder?. ISBN 80-7178-503-2.
57. ÚZIS ČR. *Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize: kapesní formát*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1992.
58. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte*. 1. vyd. dotisk. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-488-8.
59. VÁGNEROVÁ, M. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-797-4.
60. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

61. VEČERKA, K. *Hovory* [online]. © 2007.  
URL: <<http://www.ahasweb.cz/hovory/130.htm>>. [cit. 2007-02-14].
62. VELEMÍNSKÝ, M. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. 4. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7040-643-7.
63. VOCILKA, M. – POHUNKOVÁ, J. *Speciálně pedagogická terminologie etopedická*. 1. vyd. Praha: SPN, 1983. Číslo publikace 1021-3728.
64. VOKURKA, M. – HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-77-5.
65. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
66. Vyhláška č. 458/2005 Sb. *Vyhláška č. 458/2005 Sb. ze dne 10. 11. 2005, kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče* [online]. © 2005.  
URL: <<http://www.atre.cz/aktuality.php?id=213>>. [cit. 2006-11-12].
67. Zákon č. 101/2000 Sb. *Zákon ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů ve znění zákona č. 227/2000 Sb., zákona č. 177/2001 Sb., zákona č. 450/2001 Sb., zákona č. 107/2002 Sb., zákona 310/2002 Sb., zákona č. 517/2002 Sb., zákona č. 439/2004 Sb. a zákona č. 480/2004 Sb.* [online]. © 2004.  
URL: <<http://www.zakonycr.cz/seznamy/1012000Sb.html>>. [cit. 2004-10-22].

68. Zákon č. 109/2002 Sb. *Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů* [online]. © 10. 12. 2005.  
URL: <<http://www.atre.cz/aktuality.php?id=208>>. [cit. 2006-11-12].
69. Zákon č. 109/2002 Sb. ve znění zákona č. 383/2005 Sb. *Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů* [online]. © 2005.  
URL: <[http://www.atre.cz/dokumenty/2002\\_109\\_zneni\\_2005\\_383.doc](http://www.atre.cz/dokumenty/2002_109_zneni_2005_383.doc)>. [cit. 2006-11-12].
70. ZNAMENÁČEK, K. *Resocializační přístupy v oblasti vězeňství* [online]. © etop11\_1 .rtf -173 kB- .doc -134 kB- 11. 5. 2004.  
URL: <[http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/etop11\\_1.doc](http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/etop11_1.doc)>.  
<[http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/main\\_eto.htm](http://sarka.webpark.cz/DOWNLOAD/ftvs/etoped/main_eto.htm)>. [cit. 2006-09-08].

## **8. Klíčová slova**

- etopedie
- poruchy chování
- problémové chování
- převýchova
- středisko výchovné péče



## **9. Přílohy**

**Příl. 1: Dotazník pro klienta SVP (střediska výchovné péče)**

**DOTAZNÍK**

**Prosím o vyplnění tohoto dotazníku a předem DĚKUJI .  
Dotazník je anonymní.**

*Jmenuji se Ilona Lískovcová. Jsem studentkou 5. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty. Tento dotazník použiji výhradně k vyhodnocení odpovědí do diplomové práce o klientech střediska výchovné péče v Českých Budějovicích.*

*S veškerými údaji budu nakládat podle zákona č. 101/2000 Sb. v platném znění –  
O ochraně osobních údajů (67).*

**Prosím, zakroužkuj/te správnou variantu a dle potřeby dopiš/te odpověď'.**

**1. Pohlaví:**

- muž
- žena

**2. Věk:**

- 0 - 6 let
- 7 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 18 let
- 19 a více let

**3. Jakou školu a třídu navštěvuješ? .....**

**4. Jaké jsou, podle tvého názoru, finanční poměry vaší rodiny:**

- dobré
- průměrné
- špatné
- jiné: jaké? .....

**5. Kde bydlíte:**

- Rodinný dům
- Byt
- Pokoj
- Jinde: kde?.....

**6. Máš vlastní pokoj?**

- ano mám
- mám společný se sourozencem
- ne nemám

**7. Kolik času věnuješ svým povinnostem (učení, pomoc v rodině) za den: .....**

**8. Kolik času strávíš přípravou na výuku:**

- za den .....
- za týden .....

**9. Kolik hodin za den máš volného času? .....**

**10. Kolik hodin denně spíš:.....**

**11. Jak často tě doprovází rodiče do SVP:**

- vždy
- nikdy
- jen na zahájení péče
- občas: kolikrát?.....

**12. Snaží se ti rodiče pomoci se změnou tvého chování?**

- Ano
- Ne
- Občas: jak často a v čem?.....

**13. Kolik hodin za den ti věnují rodiče ( učí se s tebou, povídají či hrají si s tebou)? .....**

**14. Dle tvého názoru, došlo během péče o tebe ke zlepšení situace?**

- Ano, došlo
  - Ne, nedošlo
  - Napůl – jen lehké zlepšení, **dopiš:** ( kde vidíš zlepšení a kde ne) .....
- .....

**15. Čím by si chtěl/a být (profese)? .....**

16. V kolika letech se objevily tvé první problémy? .....
17. Kdo první upozornil na tvé problémy? .....
18. Kdo tě první poslal na vyšetření pro poruchu chování? .....
19. Kde začala první léčba? .....
20. Kam docházíš pravidelně do:  
(je možné zaškrtnou i více možností a dopsat potřebné)
- PPP – pedagogicko psychologické poradny
  - Ordinace psychologa
  - SVP – střediska výchovné péče
  - Ordinace pedopsychiatrie – dětská psychiatrie
  - SPOD – sociálně právní ochranu dítěte - kurátor pro děti a mládež (sociální péče)
  - jinak: kam?.....

**Děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.**  
Ilona Lískovcová

**Pozn.:** tento dotazník byl použit i pro standardizovaný rozhovor s respondenty

**Příl. 2: Informační leták Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích**

## **STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE PRO DĚTI A MLÁDEŽ**



Dukelská 1704 • 370 11 Česká Budějovice • telefon: 386 355 888 • mobil: 728 313 007  
e-mail: svpcbu@quick.cz • internát telefon: 368 354 581

### **NABÍZÍME SLUŽBY PRO:**

- děti a mládež • rodiče • pedagogy •

### **SE ZAMĚŘENÍM NA:**

- krizové situace dítěte • poruchy chování • rodičovskou poradnu •

Našimi klienty jsou: 1. Děti s výchovnými a výukovými problémy jako jsou špatný prospěch, záškoláctví, krádeže, útěky z domova, agresivní hrubé chování.  
2. Děti, které si nerozumí s vrstevníky (*uzavřené, samotářské, konfliktní*).  
3. Oběti šikany a jejich agresorů.

### **FORMOU BEZPLATNÉ KONSULTAČNÍ A PORADENSKÉ ČINNOSTI, POSKYTOVÁNÍM A ZAJIŠŤOVÁNÍM:**

- informací • psychologického vedení - zajišťované psychologem •  
• anonymity • přednášek a ukázkových skupin •

### **DÁLE NABÍZÍME:**

- diagnosticko-terapeutický servis formou pobytu v internátním zařízení (doporučená doba 2 měsíce) pro chlapce i děvčata •

**Naše služby směřují k včasnému a tím úspěšnému řešení potíží v životě dítěte a k prevenci vážných problémů.**

**pondělí – čtvrtek 8.<sup>00</sup> – 18.<sup>00</sup> • pátek 8.<sup>00</sup> – 16.<sup>00</sup> hodin**

***Nejstrašnější chudoba je samota a pocit, že nás nikdo nechce.***

**MATKA TEREZA**

### Příl. 3: Programy Střediska výchovné péče v Českých Budějovicích

Dětský diagnostický ústav, dětský domov se školou, základní škola a školní jídelna

## STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE

Dukelská 1704/23A • České Budějovice • 370 01

tel.: ambulance 386 355 888, internát 386 354 581, mobil: 728 313 007

e-mail: [svpcbu@quick.cz](mailto:svpcbu@quick.cz), IČO: 600 76 178



## PROGRAMY STŘEDISKA VÝCHOVNÉ PÉČE ČESKÉ BUDĚJOVICE

*ŠKOLNÍ ROK 2006-07*

- **Poradenská činnost** /konzultace, informace, .../
- **Diagnostika** poruch chování
- **Individuální terapie** /většinou 1x za týden – dle dohody/
- **Skupinová terapie:** 6.- 7. tř. čtvrtek 15,00 - 16,00  
8.- 9. tř. středa 15,00 - 16,00  
pondělí 14,30 - 15,30
- **Arteterapie:** 5.- 7. tř. pondělí 14,30 - 15,30
- **Cvičení pro hyperaktivní děti:** 1.-5. tř. pondělí 14,00 – 15,00  
/s rodiči/
- **Rodinná terapie** – dle individuální domluvy
- **Internátní diagnosticko terapeutické pobyty** – dvouměsíční –  
mladší i starší žáci – včetně výuky
  
- **Besedy** pro učitele, studenty, či třídní kolektivy – na objednání
- **Intervenční programy** pro třídy (trénink pozitivních vztahů,  
sociometrie)
  
- **Nově – keramická dílna** (v rámci arteterapie) – termín bude  
upřesněn

## **Příl. 4: Program péče o pedopsychiatrické pacienty**

KONCEPCE OBORU PSYCHIATRIE

Praha 14. listopadu 2001

Přílohy ke Konceptci psychiatrické péče

### **PROGRAM PÉČE O PEDOPSYCHIATRICKÉ PACIENTY**

#### *1. 1. Vymezení a charakteristika skupiny*

Komplexní pedopsychiatrická péče se poskytuje dětem a adolescentům do 18 let (což je asi 21 % populace), kteří trpí duševní poruchou. Diagnostikuje a biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními postupy léčí poruchy uvedené v sekci F znaky 00.-99. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

#### *2. 2. Popis současného stavu*

Odhaduje se, že asi 13 % dětské a dorostové populace trpí během vývoje nějakým typem duševní poruchy. V České republice je asi 110 ambulancí pro děti a dorost. Lůžkový fond disponuje asi 790ti lůžky, z nich je asi 200 určeno pro akutní pedopsychiatrickou péči.

Počet lůžek je v porovnání s evropskými státy přiměřený, avšak neexistují lůžka pro děti a mladistvé závislé na psychoaktivních látkách a to jak pro detoxifikaci, tak i pro následnou péči. Zcela ale chybí zařízení intermediární péče (denní stacionáře, krizová centra, chráněné dílny).

#### *3. 3. Charakteristika potřebné péče*

Rostoucí výskyt evidovaných duševních poruch v dětství a v adolescenci vychází z celkového nárůstu patologických společenských jevů, jakými jsou násilí na dětech a mezi dětmi, nárůst delinkvence a dramatické zvyšování zneužívání návykových látek.

Úsilí je třeba zaměřit na spolupráci s výchovnými, poradenskými a sociálními zařízeními a pediatry a psychiatry. Na vyhledávání a včasnou detekci rizikových jedinců kteří zneužívají návykové látky, na zkvalitnění systému péče o děti a mladistvé s defekty intelektu a na systematickou dispenzární péči.

#### *4. 4. Síť pedopsychiatrické péče*

Pedopsychiatrická zařízení představují:

- psychiatrická ambulance pro děti a dorost  
provádí prvotní diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, reedukaci a posuzování duševních poruch u dětí a mladistvých. Zajišťuje a koordinuje další specializovanou péči, provádí dispenzarizaci, podílí se na veřejné péči a na prevenci.

Personální vybavení: 1 pedopsychiatr na 100.000 obyvatel (cca 21.000 dětí a adolescentů).

- krizová centra

poskytuje první pomoc a péči dětem a adolescentům, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Disponují několika lůžky pro krátkodobý pobyt, s event. možností pobytu i rodičů. Jde o zařízení prvního kontaktu, které bývá spojeno s denním stacionářem, telefonní pomocí, event. s lůžkovým pedopsychiatrickým zařízením. Poskytuje služby nepřetržitě anebo část dne.

Počet míst: 4-6 na 100.000 obyvatel.

- denní stacionáře pro děti a adolescenty

slouží pro denní pobyt pacientů. Úkolem je intenzivnější ambulantní léčení s cílem zamezit nebo omezit hospitalizaci nebo poskytnout péči po propuštění z hospitalizace. Důraz spočívá na psychoterapeutických, edukačních a rehabilitačních programech. Poskytuje též sociální a právní pomoc. Jde buď o zařízení samostatné, anebo spojené s dětským psychiatrickým oddělením nemocnic a léčeben nebo s krizovým centrem.

Počet míst: 7-14 na 100.000 obyvatel.

- chráněné dílny

pro ojedinelé pacienty ve věku 15-18 let se speciálním výrobním programem.

- dětská a dorostová oddělení při psychiatrických odděleních nemocnic jsou součástí psychiatrického oddělení nemocnice. Ve Fakultních nemocnicích mají status kliniky. Poskytují vysoce specializovanou péči a spolupracují s ostatními odděleními nemocnice. Podílejí se na výzkumu, pregraduální a postgraduální výuce. Jejich součástí je i školní výuka. Mohou být spojena s denním stacionářem nebo s krizovým centrem.

Jsou vytvářena pro oblast cca 300.000 obyvatel.

- psychiatrická dětská a dorostová oddělení psychiatrických léčeben

jsou určena pro střednědlouhý a dlouhodobý pobyt. Mají rehabilitační a resocializační programy a možnost školní docházky i event. odborného učení.

- dětské psychiatrické léčebny

jsou samostatná zdravotnická zařízení. Poskytují střednědobou a dlouhodobou diagnostickou a terapeutickou lůžkovou péči pacientům s komplikovanou problematikou medicínskou, pedagogickou a sociálně psychologickou. Někdy vykonávají i akutní pedopsychiatrickou péči za neexistující dětská psychiatrická oddělení. Mají k dispozici nepřetržitou lékařskou i konziliární službu.

Lůžková psychiatrická zařízení pro děti a dorost /nemocniční oddělení, oddělení léčeben a samostatně dětské psychiatrické léčebny/ se zřizují tak, aby bylo 6-8 lůžek na 100.000 obyvatel.