

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Socializace jedince s poruchami chování – program „Borouk“**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí práce :**

Mgr. Jiří Hart

**Vypracovala:**

Bc. Lenka Nápravníková

květen 2007

## **Socialization of an individual with behavioural disorder – programme „Borouk**

### **University Decree (Diploma) Work Abstract**

The aim of the thesis is to monitor situations of clients with problems of behavioural disorder, who was allowed from a hospital and protective training in Educational Institution and Canteen „Husův dům“ in Dvůr Králové na Labem, and an evaluation of the socializational programme „Borouk“.

In a practical part of the thesis the author chose a quatitative research, in which she analysed data of clients allowed from 2001 to 2005. The programme „Borouk“ is evaluated on the basis of data about resocialization of those clients. There is a case study enclosed in the text.

In the closing part of the thesis, the programme „Borouk“ is evaluated as a suitable programme, which helps clients with the behavioural disorder to socialize. The results show that a wide range of aspects of lifes of a group of examined clients were improved. In spite of their suitable integration and related elimination of negative social phenomenons, it is necessary to provide the clients with behavioural disorder with lifelong assistance and support.

Diploma work supervisor:  
Jiří Hartl, M. A.  
(Personal signature  
attached – illegible)

Author:  
Bc. Lenka Nápravníková  
(Personal signature  
attached – illegible)

České Budějovice  
2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Socializace jedince s poruchami chování – program „Borouk“ vypracovala samostatně a všechny použité prameny uvádím v seznamu literatury.

V Českých Budějovicích dne 28.5.2007

.....  
vlastnoruční podpis autorky

### Poděkování

Děkuji Mgr. Jiřímu Hartovi, Mgr. Janu Votavovi a kolegyni Mgr. Magdaléně Rybové za cenné připomínky při zpracování mé diplomové práce.

OBSAH:

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>9</b>
1.1 Vývoj teoretických, právních východisek a vývoj institucí ústavní péče.....	9
1.2 Vymezení základních pojmů.....	17
1.3 Poruchy chování.....	22
1.3.1 Klinický obraz.....	23
1.3.2 Etiologie.....	24
1.3.3 Diagnostika.....	26
1.3.4 Klasifikace poruch chování.....	27
1.3.5 Terapie.....	32
1.3.6 Epidemiologie.....	35
1.4 Poruchy chování klientů ve Výchovném ústavu Husův domov.....	35
1.4.1 Lehká mentální retardace (F 70).....	35
1.4.2 Syndrom hyperaktivity (F 90.1).....	37
1.4.3 Nesocializovaná porucha chování (F 91.1).....	40
1.4.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F 60.3).....	42
1.4.5 Disociální porucha osobnosti (F 60.2).....	43
1.4.6 Histriónská porucha osobnosti (F 60.4).....	46
1.4.7 Neorganická enuréza (F 98.0).....	47
1.5 Ústavní péče.....	48
1.6 Program „Borouk“.....	49
1.6.1 Přijímání klienta do programu.....	54
1.6.2 Adaptační období.....	54
1.6.3 Organizace dne.....	57
1.6.4 Vzdělávání.....	60
1.6.5 Volnočasové aktivity.....	61
1.6.6 Sebeobslužné činnosti.....	64
1.6.7 Terapeutická komunita.....	65
1.6.8 Aplikace léků.....	68
1.6.9 Propouštěcí program.....	70
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>74</b>
2.1 Cíle práce.....	74
2.2 Hypotézy.....	75
<b>3. METODIKA</b> .....	<b>76</b>
3.1 Metodický postup.....	76
3.2 Charakteristika souboru.....	77
3.2.1 Ústavní/ochranná výchova.....	78
3.2.2 Ochranné léčení psychiatrické, sexuologické.....	79
3.2.3 Rodinné poměry.....	80
3.2.4 Stratifikace klientů podle typu diagnózy.....	84

<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>86</b>
4.1 <i>Zmapování situace klientů po propuštění .....</i>	86
4.1.1 Místo propuštění .....	86
4.1.2 Finanční zajištění .....	90
4.1.3 Zbavení způsobilosti .....	92
4.1.4 Vzdělání .....	94
4.1.5 Zaměstnání .....	96
4.1.6 Trestná činnost .....	97
4.2 <i>Případová studie .....</i>	99
4.3 <i>Hodnocení hypotéz .....</i>	106
<b>5. DISKUSE .....</b>	<b>108</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>124</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>128</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>138</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>139</b>

## ÚVOD

*„Mladí lidé, mají nejen právo, ale i povinnost v měnícím se světě se orientovat a hledat si cestu. Nechodit husím pochodem. Skrz žádný les nevede jen jedna cesta.“*

*Jan Werich*

Od roku 2001 jsem zaměstnána jako sociální pracovníce ve Výchovném ústavu Husův domov ve Dvoře Králové nad Labem, který se věnuje, mimo jiné, klientům s poruchami chování. Vzhledem k podrobné znalosti problematiky a její širší společenské závažnosti jsem se v diplomové práci zaměřila na zpracování informací o ústavní péči pro mladistvé s poruchami chování ve věku od patnácti do osmnácti let podle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, v platném znění, a na zhodnocení úspěšnosti socializace klientů s poruchami chování po propuštění z ústavní péče. V České republice existuje k 1.1.2007 jen několik málo školských zařízení zabývajících se problematikou poruch chování. Péči pro děti od šesti let do ukončení povinné školní docházky zajišťuje Diagnostický ústav v Dobřichovicích, pracoviště Slaný a po ukončení povinné školní docházky zajišťuje péči pro chlapce Výchovný ústav a školní jídelna Husův domov ve Dvoře Králové nad Labem.

Potřebná fakta jsem získávala ve Výchovném ústavu Husův domov. Jako jeho zaměstnankyně jsem měla přístup ke všem potřebným materiálům a bezprostředně jsem se podílela na přípravě propouštění klientů. Výchovný ústav Husův domov komplexně řeší problematiku klientů s poruchami chování uceleným socializačním programem s názvem „Borouk“, kdy název programu „Borouk“ vyjadřuje pomocný a asistenční charakter celého programu. Program je zpracován formou manuálu a řeší socializaci klientů s poruchami chování, včetně sociálních opatření pro jejich následný život po ukončení výkonu ústavní výchovy. Program byl předem oponován dnes již bývalou prim. MUDr. E. Miklasovou z psychiatrické léčebny Opařany, MUDr. I. Hodkovou z psychiatrické léčebny Opařany, prim. MUDr. F. Čihákem a prim. MUDr. Ž. Heerovou z psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod a PaedDr. M. Žumárovou, Ph.D z Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové.

V diplomové práci chci poskytnout informace všem pracovníkům v oblasti přímé výchovné péče v zařízeních pro výkon ústavní výchovy, kurátorům, studentům a rodičům, tj. skupině lidí, kteří vytvářejí nezbytný rámec pro účelný výkon ústavní péče, který měl zákonodárce na mysli při vydání zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí a mládeže, v platném znění, a zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, v platném znění. Přibližuji socializační program „Borouk“ jako jedno z možných řešení, jak pracovat s jedinci s těžkými poruchami chování. A především se snažím zmapovat současnou situaci klientů, kteří odcházejí z výkonu ústavní výchovy a snaží se zařadit do společnosti a upozornit na jejich obtížnou pozici ve společnosti.

Diplomovou práci zahajuji krátkým historickým přehledem vývoje ústavní péče, mým cílem nebylo poskytnout vyčerpávající historický průřez, který je zpracován v nesčetných vědeckých publikacích, na něž v textu odkazuji. Dále uvádím definice základních pojmů, se kterými se setkáváme při výchovné práci. Ve zvláštní kapitole definuji poruchy chování, uvádím možné příčiny poruch chování, rozbor diagnostiky a klasifikace poruch chování a popisuji nejběžnější poruchy chování, se kterými přicházejí klienti Výchovného ústavu Husův domov. Na závěr teoretické části jsem zařadila základní principy a postupy terapie pro poruchy chování v rámci socializačního programu „Borouk“.

Vlastní výzkumná část práce je kvantitativním výzkumem souboru klientů opouštějících ústav v letech 2001 až 2005, mapuje systém následné péče, kariéru klientů do roku 2007 a zjišťuje úspěšnost programu „Borouk“. V závěru práce poukazuji na nutnost komplexnějšího řešení problematiky následné péče pro klienty odcházející z výchovných ústavů.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Vývoj teoretických, právních východisek a vývoj institucí ústavní péče*

Ústavní péče se v jednotlivých etapách vývoje odehrávala vždy v úzkém sepětí s politickou, ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby. Již od počátku lidstva existovali jedinci trpící handicapem, který bránil socializačnímu zařazení jedince do společnosti, případně přímo vedl ke společenskému vyloučení. Názory na jejich životaschopnost ve smyslu sociálním se měnily a vyvíjely v návaznosti na historická období **(46)**.

Z historie jsou nejstarší ústavní instituce (léčebné ústavy) známy z antického Řecka, kdy úspěšní lékaři zakládali soukromé kliniky a příčinu chorob nehledali v nadpřirozených silách, nýbrž ve vnitřních a vnějších podmínkách lidského života.

Středověké lékařské instituce a péče o společensky nezařaditelné spadaly pod církevní zařízení (klášterní špitály a činnost řádových společenstev) **(36)**.

V souvislosti s uvolňováním pracovní síly a nárůstem chudiny v období pozdního feudalismu bylo nutné, aby stát přijal koncepci řešení problematiky nezařaditelných jedinců, protože církevní instituce kapacitně již nestačily. Prvním takovým pokusem je „domovské právo“ uzákoněné roku 1552, jímž se ukládá obci povinnost pečovat o „své“ (tzn. dle místa narození) chudé a handicapované. Domovské právo dávalo možnost jednotlivci požadovat alespoň minimální péči ze strany domovské obce. Obec se stává vedle církve dalším zřizovatelem ústavů pro sociálně potřebné, kteří postrádají rodinné zázemí, nebo prostředky pro udržení vlastního života. Vznikají první sirotčince, nalezince a chudobince **(46)**.

Důležitým obdobím pro vznik institucionalizované péče o mládež v našich zemích je období osvícenských panovníků, kdy za vlády Marie Terezie (1717-1780) byla vybudována rozsáhlá soustava obecného školství, škol vyššího stupně a učitelských ústavů a zreorganizovalo se univerzitní studium.

Výrazným sociálním problémem doby bylo množství zanedbaných dětí, jejichž rodiče sice byli pracovně způsobilí, ale o děti nepečovali a kapacita existujících ústavů (nalezinců, sirotčinců) pro ně nestačila. Těmto dětem chudinská péče poskytovala

ošacení a jejich rodičům bylo uloženo pod sankcí ztráty podpor posílat děti, jež dosáhly věku šesti let, do tkalcovských škol, které byly nižším typem „obecné školy“, a děti byly za práci placeny **(36)**.

„Pravidla direktivní“, tzv. chudinské zákony, vydaná v roce 1781 Josefem II. (1741-1790), určovala nejen řád nově zřizovaných institucí (nalezců, sirotčinců, porodnic a chudobinců), podporovala tak rozvoj různých forem ústavní péče, ale především kladla důraz na znovu začlenění tuláků a chudšasů do pracovního režimu pod pohrůzkou přísných trestů. Jedním takovým ústavem byl např. Pražský nalezinec, založený roku 1789, který přetrval až do roku 1923, kdy byl přejmenován na Zemský ústav pro péči o dítě. Plnil funkci útulku pro nemanželské děti, než byly umístěny do pěstounských rodin **(81)**.

V oblasti náhledu na příčiny poruch chování u jednotlivce dochází koncem patnáctého a v průběhu šestnáctého století k tzv. „1. psychiatrické revoluci“, kdy příčinou poruchy chování přestává být démon, satan (oficiální démonologie) a začíná být nově zkoumána z lékařského hlediska. Impulsem pro jiný pohled na problematiku bylo znovuobjevení antických nauk. Jedním z představitelů byl Angličan Johann Weyer (1515-1588), který je považován za prvního psychiatra-klinika. O hledisko pedagogické obohatil problematiku Erasmus Rotterdamský (1466-1536), jenž vycházel z přesvědčení, že nejvíce se projevuje morální úroveň dítěte při hrách. Své názory o poruchách chování popsal ve stati „O uhazení dětských mravů“. Náš slavný učitel národů Jan Amos Komenský (1592–1670) byl přesvědčen, že školy mají být „dílnami lidskosti“, aby se mohla u dětí rozvíjet mravnost **(84)**.

K „2. psychiatrické revoluci“ dochází v osmnáctém století, kdy jako lékařský obor vzniká psychiatrie a kdy s rozvojem znalostí anatomie jsou příčiny duševních poruch a poruch chování již zcela běžně hledány ve vnitřních a vnějších podmínkách jedince a ne v posednutí d'áblem. Výraznými osobnostmi „2. revoluce“ jsou Philippe Pinel (1745-1826) a Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840). Philippe Pinel byl výraznou osobností na poli humanizování péče o jedince s poruchami chování, kdy represí pozvolna nahradil léčbou založenou na morálce **(57)**.

V devatenáctém století narůstá v Evropě zájem o děti mravně narušené, začínají se zkoumat příčiny, vzniká diagnostika a hledají se řešení. Roku 1890 uveřejnil Ludwig Adolf Strümpel základní dílo „Pädagogische pathologie“, kde pojednával o zjišťování úchylek, o jejich roztrídění a správné diagnóze, o jejich příčinách a profylaxi a terapii **(36)**.

V devatenáctém století vzniklo v zemích Rakouska-Uherska několik právních norem, které se snažily zakotvit péči o dítě do systému zákonodárství. První zákonná norma, upravující nárok dítěte na výživu a výchovu a ochranu soudem a zabezpečující právní postavení dítěte v rodině je Občanský zákon z roku 1811. Na který navazoval Školský zákon z roku 1869, který upravoval také zřizování ústavů pro „zanedbané a zpustlé“ děti. Trestní zákon vydaný roku 1852 chránil mládež proti nezákonnému jednání jiných osob, ale neřešil, jak dále pracovat s mládeží kriminalitou ohroženou, nebo kriminalitu páchající. Legislativně byla otázka výchovných ústavů pro mládež ošetřena až říšským zákonem roku 1885, odkud pochází termín „polepšovací ústavy“ a zřizují se „donucovací pracovny“ **(36)**.

Vedle církevních a obecních institucí vznikaly „občanské spolky“, které se snažily problematiku ohrožené mládeže řešit. V našich zemích vznikají specializované ústavy pro mládež s poruchami chování. Jedním z nich je Vychovatelna pro mravně pokleslou mládež v Libni, kterou založili František Rieger a Vojtěch Náprstek roku 1883, zde začali s první diagnostikou a vyšetřováním mladistvých a usilovali o znovuzачlenění klientů do normálního života. Vyšetřovny zaměřené na děti od šesti do deseti let zahájily činnost v Praze na Vinohradech a v Říčanech v letech 1884 **(36)**. Jako další příklad uvádím Jednotu pro blaho propuštěných káránců, Spolek pro blaho nuzných dívek, Moravsko-slezský ochranný spolek v Brně, Spolek pro vychovávání zanedbané mládeže. V Rakousku-Uhersku existovala i celá síť „Kolpingových domů“, jejichž zakladatelem byl Adolph Kolping (síť vzniká v letech 1848-1898), jejich cílem bylo pomoci mladým tovaryšům přicházejícím do města na zkušenou, poskytovat jim ubytování, ale také usilovaly o zdravý růst mladých lidí, jejich zapojení do sociálně prospěšné a společenské činnosti **(61)**.

V roce 1910 je založeno zařízení pro slabomyslné chlapce s poruchami chování v Hradci Králové a Pedologický ústav v Praze, jehož spoluzakladatelem byl významný průkopník péče o děti s poruchami chování F. Čáda (1865-1918) **(46)**.

Z evropských osobností apelujících na zanedbanou a opuštěnou mládež uvádím Itala Jana Boska (Don Bosko) (1815- 1888), který zastával názor, že systém výchovy a péče má být založen na rozumu, náboženství a laskavosti. Ze základů jeho filozofie vycházejí tři větve Salesiánské rodiny: 1. Společnost Sv. Františka Saleského (1859), 2. Institut dcer Panny Marie pomocnice (1872) a 3. Sdružení Salesiánských spolupracovníků (1876), kteří se věnovali práci s mládeží. Za celoživotní úsilí Dona Boska jej Jan Pavel II. svatořečil a prohlásil za „otce a učitele mládeže“ (24.1. 1989) **(3)**.

V nově vzniklém Československu je v roce 1919 založen Ústřední sociální ústav při ministerstvu sociální péče v Praze. V této době také vzniká síť pomocného školství, kdy jsou pomocné školy vřazeny do školského systému. O vybudování „sítě pomocného školství“ se zasloužil J. Zeman (1867-1961), významný český speciální pedagog **(36)**.

V zákonodárství 1. republiky je roku 1931 v zákoně ošetřen postup, podle kterého směli být do polepšen přijati pouze mladiství, kteří byli odsouzeni k trestu ve vězení delšímu než šest měsíců. Po druhé světové válce v roce 1945, kdy společnost řešila otázku sirotků a opuštěných dětí a zvýšenou kriminalitu mládeže v důsledku nestability společnosti, byly zřízeny dětské domovy se zvýšenou výchovnou péčí, pro děti od devíti do čtrnácti let a domovy mládeže pro převýchovu od patnácti do osmnácti let. Ani ve druhé polovině století zájem o narušené děti neopadá a vznikají další polepšovny (pro mládež mravně narušenou a zločinnou) a ochrannovny (pro mládež osiřelou, žebrající aj.) **(60)**. V Čechách vznikají v Opatovicích, Králíkách a Kostomlatech první ošetřovny pro mladistvé do osmnácti let za přečin. O umístění do těchto ošetřoven rozhodovaly soudní instituce. Cílem zařízení byla „mravní výchova a výcvik v zaměstnání“. V roce 1921 byly polepšovny v Opatovicích a v Králíkách přejmenovány na vychovatelny **(36)**.

Významným pedagogem tohoto období je F. Bakule, jenž se podílel na realizaci dětského tábora integrující děti zdravé s dětmi postiženými. Založil ústav, který měl fungovat jako svobodný internát otevřený všem dětským zájemcům bez rozdílu zdravotního stavu, sociálního původu a majetku. Bohužel, nezískal finanční prostředky a tak byl nucen vydělávat si na svou obživu kočovným divadlem. Nakonec se mu podařilo získat finanční podporu od Amerického červeného kříže a mohl zřídit Ústav pro výchovu životem a prací. Jednalo se o volný internát, který fungoval jako polyfunkční zařízení propojující roli ústavu, azylu, cvičných i vředlečných dílen a školy zároveň. V roce 1937 se F. Bakule dostal do těžkých finančních potíží a byl nucen ústav prodat v dražbě **(11)**.

V oblasti teoretických východisek při převýchově narušené mládeže lze ve třicátých letech zaznamenat rozvoj odborné literatury např. J. Mauera (1878-1937) a jeho dílo: Jak poznati duševně úchylné děti a kterak je učiti v pomocné škole **(90)**.

V oblasti zdravotnické byl přijat v Chicagu v roce 1893 první Mezinárodní seznam příčin smrti, v němž však ještě duševní poruchy nebyly zahrnuty. Až v roce 1938 byly poprvé do Mezinárodního seznamu příčin smrti rozpracovány čtyři typy duševních poruch jako příčiny smrti (duševní zaostalost, schizofrenie, maniodepresivní psychóza a ostatní duševní poruchy). V následné mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-6) byla psychiatrii už věnována samostatná kapitola a byly přiřčleněny duševní poruchy včetně poruch chování **(90)**.

Situaci v Evropě ilustruje např. Anglie, kde byly zřízeny ústavy, které zahrnovaly dva typy. Prvním typem polepšoven (industrial schools) byla instituce pro morálně narušenou mládež (buď po vykonaném trestu, nebo formou trestu). Druhý typ, o který se zasloužil J. Howard, byly tzv. „polepšovaci školy“ (reformatory schools), které byly určeny pro delikventy od deseti do šestnácti let. V dnešním pojetí by se jednalo o resocializační zařízení **(61)**.

Německo rozšířilo veřejnou péči na děti, kterým hrozí „zpustnutí“, zákonným opatřením, jež ustanovuje, že nezletilci do osmnácti let mohou být odevzdáni

do polepšoven nebo vychovatelem nejen v případě, dopustí-li se trestného činu a jsou zpustlí, ale i tehdy, je-li nedostatečná výchova ze strany rodičů.

V nově vzniklém Sovětském Svazu, kdy v důsledku první světové války a války občanské se rozšířila problematika péče o výchovu opuštěných dětí a mládeže, byl učiněn pokus o zvládnutí problematiky formou kolektivní výchovy s ideologickým podtextem **(61)**. V tomto období působí výrazný ukrajinský a sovětský spisovatel a pedagog A. S. Makarenko (1888-1939), který je tvůrcem systému kolektivní výchovy a který pokládal kolektiv za jeden ze základních výchovných prostředků. V letech 1920 až 1935 organizoval v Poltavě a Charkově opatrovnicko-vychovatelské pracovní kolonie pro bezprizorní a provinilou mládež, později se věnoval literární a vzdělávací činnosti. Z jeho děl jmenujme například Začínáme žít - Pedagogická poéma **(34)**.

V první polovině dvacátého století se v Čechách začaly rozvíjet jako teoretické disciplíny pedopatologie, defektologie (1948), speciální pedagogika (1963) a rozvíjí se výzkum a diagnostika duševních poruch **(80)**. Definici defektivy u nás zavedl M. Sovák (1905-1989), který sjednotil terminologii speciální pedagogiky v Defektologickém slovníku. Mezi další významné autory věnující se problematice speciální pedagogiky jmenuji F. Štampacha (1895-1976), jenž se věnoval narušené mládeži a za základní princip a metodu pokládal reedukaci, kterou chápal ve smyslu sociální regenerace. Dalšího autora, který se zabýval výzkumem a diagnostikou duševních projevů mentálně retardovaných osob, jmenuji O. Chlupa (1875-1965) **(57)** a ze současných F. Koukolíka, J. Drtilovou **(61)**.

Jako samostatná disciplína speciální pedagogiky se na konci šedesátých let dvacátého století začala profilovat etopedie (název etopedie pochází z řeckého slova „ethos“), neboli výchova směřující k nápravě chování a jeho projevů, která se zabývá edukací, reedukací a zkoumáním jedinců s poruchami emocí a chování. Zabývá se prostředky edukačních aktivit pro ovlivňování chování, činností školských zařízení pro jedince s ústavní a ochrannou výchovou a zařízení preventivně výchovné péče. Hesla k etopedické problematice jsou uspořádána ve Slovníku speciální pedagogická terminologie.

Jako oficiální označení pro mládež „mravně zkaženou“ se od šedesátých let začíná užívat termín mládež obtížně vychovatelná **(84)**.

V kontextu s teoretickými poznatky začaly v šedesátých letech v Čechách vznikat specializované třídy pro děti s poruchami učení. První třída pro děti s poruchami učení vzniká na škole při Dětské fakultní nemocnici v Brně (1962). Další třída byla vytvořena ve škole při Dětské psychiatrické léčebně v Dolních Počernicích (1965), od roku 1966 existuje prvních sedm "dyslektických tříd" v Praze. V roce 1971 vzniká v Karlových Varech "dyslektická škola" v rozsahu prvního stupně **(61)**.

Do roku 1991 byla v mantinelech socialistického zdravotnictví a školství nejrozšířenější formou etopedické práce s dětmi ústavní péče **(27)**. Jako experiment se objevila v šedesátých letech náhradní pěstounská péče, která se postupně rozšiřovala, ale přetrvávajícím základem převýchovného procesu zůstávala ústavní výchova. Výraznou osobností věnující se problematice náhradní rodinné péče je Z. Matějček (1922–2004), mezinárodně uznávaný odborník v oblasti dětské a vývojové psychologie **(39)**.

V dnešní době v oblasti státní ústavní péče plní úkoly tři ústřední orgány státní správy. Prvním z nich je Ministerstvo zdravotnictví ČR, které zajišťuje ústavní péči v kojeneckých ústavech pro děti od narození do jednoho roku a v dětských domovech pro děti do tří let. Za chod diagnostických ústavů, dětských domovů od tří let, dětských domovů se školou a výchovných ústavů pro mládež je zodpovědné Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR má na starosti ústavu sociální péče.

O jedince s poruchami chování mohou pečovat instituce spadající do resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, spravedlnosti, zdravotnictví, práce a sociálních věcí, a to na úrovni poradenství, ústavní péče a nebo soudní činnosti.

Etopedická péče je zajišťována ve speciálních školských výchovných zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy nebo zařízeních preventivní péče, dále ve věznicích pro mladistvé ve výkonu trestu odnětí svobody **(27)**. Léčebnou péči

zajišťují psychiatrické léčebny, oddělení nebo poradny pro závislé na nealkoholových a alkoholových drogách.

Po roce 1989 lze zaznamenat výrazný nárůst nestátních zařízení zabývajících se výše uvedenou problematikou (např. Fond ohrožených dětí, Sananim, nízkoprahová zařízení měst a obcí, církevní zařízení).

Na úseku sociálním je poskytována poradenská pomoc ze strany sociálních pracovníků obecních úřadů s rozšířenou působností, kurátorů obecních úřadů s rozšířenou působností, streetworkerů, apod. Objevují se pobytové terapeutické komunity pro sociálně nepřizpůsobivou mládež a nově vznikají centra sociální prevence, která formou pobytu zajišťují speciálně pedagogickou a sociální pomoc mládeži v rámci terciární prevence.

Oblast následné péče po výkonu ústavní výchovy je na úseku školství řešena na základě zákona č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, v platném znění, kdy je možnost následnou péči prodloužit na náklady státu až do dvaceti šesti let dítěte. Pomoc při začlenění do společnosti po osmnáctém roku věku je přenesena na zařízení obcí a měst a na nestátní zařízení typu domu na půli cesty, diakonie a obdobných zařízení, která jsou dotována mimo jiné i ze státního rozpočtu **(89)**.

Do budoucna se počítá s rozšířením služeb na primární prevenci poruch chování, která začíná před narozením dítěte, péčí o rodiny s rizikem vzniku poruch chování a rodin jinak rizikových, a na terciární prevenci (pomoc při resocializaci jedinců propuštěných ze speciálních výchovných zařízení) **(53)**. Důležitou složkou řešení problémů jedinců s poruchami chování se stává komunitní péče, která zatím běžně funguje v zemích Evropské unie (Holandsko, Velká Británie).



## ***1.2 Vymezení základních pojmů***

### *Agresivita*

Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem narušující integritu živých bytostí i neživých objektů. Jde o prostředek, jak dosáhnout uspokojení, kterému stojí v cestě překážky. V běžné řeči je agrese synonymem pro násilí a brutalitu. Stejně jako u emocí, neexistuje ani u agrese jednotná definice, ale mnoho teorií pro její vysvětlení. Agresivním chováním jedinců se zabývá celá řada psychologů, jmenujme z klasiků např. Z. Freuda, A. K. Lorenze.

Lze rozlišit pět typů agresivity:

1. altruistická: zaměřená k ochraně druhých,
2. anticipující: agresivní reakce s cílem hájit teritorium,
3. indukovaná: vyvolaná s cílem zkoumat agresivní chování,
4. instrumentální: projevy, které jsou výsledkem učení a jsou posílené reakcemi okolí,
5. přesunutá: zaměřená proti organismu nebo objektu, který není zodpovědný za podněty, které spustily agresivní chování.

Další dělení podle směru projevu:

1. navenek se neprojevuje, jedinec ji v sobě tlumí,
2. projevuje se verbálně,
3. fyzická agrese, která se projevuje fyzickým napadením **(22)**.

Mezi příčiny agrese řadíme vnitřní (vrozené předpoklady, nižší IQ, patologické změny, nedostatek soucitu) a vnější příčiny (špatná výchova, vliv party, vliv sdělovacích prostředků aj.) **(10)**.

Pro vývoj dětské agresivity je důležité sociální prostředí dospívajících a jejich postavení v rodině. V zásadě se růst dětské agresivity spojuje se zanedbávající výchovou, s pocity nejistoty a s nedostatkem citového zázemí. V horším případě hraje významnou roli i přímá zkušenost s násilím mezi členy rodiny **(22, 7)**.

### Mravní narušenost, obtížná vychovatelnost

Základní znak jedince s poruchou chování, charakterizuje narušený vztah dětí a mládeže k hodnotovému systému. Termín obtížná vychovatelnost nahradil termín mravní narušenost v roce 1960 **(65)**.

### Delikvence, delikventní chování

Jedná se o chování v rozporu s právními normami, jež je pro společnost nebezpečné a jehož znaky jsou uvedeny v příslušném zákoně – trestné činy, přestupky atd. **(38)**.

### Osobnost

Osobnost jedince je integrovaný celek určující, jak se jedinec v různých situacích bude projevovat a jak bude reagovat na jednotlivé podněty. Psychologický rozměr osobnosti odráží charakter. Temperament odráží biologický rozměr osobnosti. Charakter je tedy získaná složka osobnosti a z velké části určuje relativně stálou pohotovost jedince projevovat se určitým charakteristickým způsobem. Je individuální a nikdy se zcela neopakuje u jiného člověka **(5)**.

### Socializace

Pojem vzniklý latinského „socialis“ (družný, společenský). V sociálně psychologickém smyslu se jedná o začlenění jedince do lidského společenství v pracovní, výchovné, vzdělávací, společenské a subjektivní oblasti.

Cílem socializace je zformovat bytost, která se bude i o samotě chovat tak, jako by byla pod stálým dohledem ostatních členů skupiny **(2)**. Jedinec se učí konformitě, tj. osvojuje si veškeré vzorce chování a role ve společnosti. Cílem socializace je interiorizace společenských normativů, aby normativy stojící zprvu mimo socializovaného jedince, s nimiž vystupují vůči jedinci autority, byly vnitřně přijaty, aby se s nimi jedinci ztotožnili; aby je přeměnili ve své vnitřní, osobní zásady, kritéria, potřeby, normy; aby se z nich stalo osobní přesvědčení, podle kterého se budou řídit **(43)**.

Proces socializace je podmíněn sociabilitou, což je schopnost vytvářet a udržovat mezilidské vztahy. Sociabilita se vytváří už v útlém věku rozvíjením citové sféry vzájemnou pozitivní vazbou dítěte a matky. Nedostatkem citové sféry dochází k sociopatii, neboli k abnormálním postojům vůči sociálnímu prostředí **(15)**.

Proces socializace je primárním a nesmírně mocným činitelem sociální kontroly. Fungující svobodná společnost existuje jen za předpokladu existence socializovaných jedinců **(25)**.

Hlavním činitelem procesu socializace člověka je prostředí, ve kterém žije. Prostedí působí na člověka a člověk sám prostředí ovlivňuje a vytváří **(14)**. Prvotním prostředím, do kterého jedinec vstupuje po narození, je rodina, která je silným socializačním nástrojem. Rodina předává základní model sociální interakce a komunikace v základní sociální skupině. Kladné a vlídné citové vztahy v rodině usnadňují vytvoření kladného vztahu k lidem vůbec **(2)**.

Základ socializačních mechanismů tvoří učení, přesněji řečeno, sociální učení, které rozlišujeme podle mechanismů:

1. učení nápodobou a ztotožňováním;
2. učení působením příkladů, vzorů a ideálů;
3. učení sociálním informováním;
4. učení interiorizačně – exteriorizační;
5. učení navozené očekáváním **(43)**.

### Výchova dítěte

Výchova je procesem záměrného a cílevědomého vytváření a ovlivňování podmínek umožňujících optimální rozvoj každého jedince v souladu s individuálními dispozicemi, stimulující snahu dítěte stát se autentickou, vnitřně integrovanou a socializovanou osobností **(82)**. Jedná se v podstatě o usměrňování přirozené aktivity dítěte a omezování bezprostředního uspokojování potřeb.

Výchova by měla splňovat dvě základní podmínky:

1. Plnit očekávání společnosti, že jedinec bude vykonávat vše, co je potřebné k zachování a rozvoji existence společnosti.

2. Plnit očekávání jedince, že najde ve společnosti své plné uplatnění a rozvoj všech svých potencií a uspokojení potřeb **(60)**.

Hlavním žádoucím výsledkem výchovy je rozvinutá harmonická osobnost. Poměrně velké množství dětí však takového ideálu ve výchovném procesu nedosahuje. U významného procenta dětí a mládeže dochází k problémovému vývoji chování a osobnosti kvůli vlivu mnoha faktorů, kombinaci výchovných chyb, disharmonických rysů osobnosti, organických symptomů a mikrosymptomů. Pro zdravý vývoj harmonické osobnosti je ze studií dětí vyrůstajících v kolektivních zařízeních mimo vlastní rodinu nebo i ve vlastních rodinách, které však svou funkci neplnily, odvozeno několik základních psychických potřeb, které musí být v náležité míře a v pravý vývojový čas uspokojeny, aby se dítě mohlo zdravě vyvíjet:

1. potřeba stimulace,
2. potřeba smysluplného světa,
3. potřeba životní jistoty,
4. potřeba pozitivní identity,
5. potřeba otevřené budoucnosti **(39)**.

### Prevence

Pojem prevence označuje předcházení vzniku nežádoucích jevů a rozlišujeme:

Primární prevenci: Jedná se o procesy a programy, které jsou určeny celé populaci a jejichž cílem je, aby nežádoucí problémový jev vůbec nenastal. Součástí těchto programů je sociální politika státu, zvyšování informovanosti a vzdělávání společnosti, podpora mateřství a rodičovství, dobrá síť zdravotnicko-sociálních zařízení. Příkladem primární prevence jsou protidrogové programy nebo programy proti rozvoji šikany ve školách **(59)**.

*První preventivní opatření duševních poruch známe již z roku 800 před Kristem (opatření Lykurgovo), který věděl, že požívání lihovin má neblahý vliv na potomstvo, zejména na jeho duševní vývoj a zakazoval proto požívání vína v den sňatku předpokládaje, že v ten den dochází k početí **(57)**.*

Sekundární prevence cíleně působí na ohrožené skupiny jedinců **(36)**.

V rámci sekundární prevence je vhodná orientace jedince na skupiny s prosociálním programem, ať již jde o zájmové kroužky, různé mládežnické oddíly nebo sportovní či turistické kluby, v nichž se mladí lidé mohou realizovat, kde se lze prospěšně zařadit a zažít uznání **(17)**.

Terciární prevence je zaměřena na poskytnutí odborné pomoci jedinci, který již „má problém“ a snaží se zamezit rozvoji závažnější psychopatologie. Jedná se o snahu začlenit jedince do zdravého sociálního prostředí. Instituce vykonávající terciární prevenci jsou zdravotnická zařízení ambulantní, lůžková, výchovná zařízení, detenční zařízení a různé dobrovolnické organizace zabývající se rizikovou mládeží **(59)**.

Do terciární prevence spadá veškerá psychopedická péče. V „sovákovském“ pojetí je terciární prevence chápána jako tzv. prevence defektivy nebo prevence defektu. Prevence defektivy zabraňuje, aby defekt dostal sociální dimenzi, tj. aby narostl v poruchu sociálních vztahů. Cílem defektologické prevence je co nejvyšší možná míra socializace jedince **(65)**.

Jestliže je cílem terciární prevence maximální možná socializace (enkulturace) osob s postižením, pak je zřejmé, že nejdůležitějšími prostředky jsou nejen naplňování principů humanizace, individualizace a normalizace v ústavní péči, ale především integrace jedinců s postižením, kterou lze chápat jako nejvyšší úroveň socializace z hlediska nároku, které vyvíjí jak na jedince, tak na společnost **(57)**. Podrobně je integrace rozpracována v systému tzv. komunitní péče, kterou např. v souvislosti s doléčováním duševně nemocných zajišťuje organizace Fokus, kde kromě zdravotnického zařízení se na ní podílejí různé nezdravotnické organizace, nadace, občanská sdružení, charitativní organizace **(80)**.

### Motivace

Každé chování, jednání člověka je motivováno **(77)**. Motivační struktura každého člověka je složitá, zahrnuje soubor motivačních sil vzájemně se ovlivňujících a souvisejících s dalšími aspekty vývoje člověka, s jeho sociálním začleněním, učením i výchovou. Poznávání motivů lidského chování nepochybně ztěžuje to, že stejné

chování několika lidí je motivováno odlišnou kombinací motivů. Motivace jako celek je z psychologického hlediska skutečně obtížná nejen k objasňování a poznávání, ale i pro působení na jednotlivé motivační síly a jejich rozvíjení **(47)**.

Pojem motivace je úzce spjat s pojmem potřeba. V životě je mnoho potřeb, které člověka motivují, jmenuji např.: základní biologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky, potřeba sociálního kontaktu, potřeba činnosti, potřeba výkonu a společenského uznání, potřeba uskutečnit v životě nějaký cíl, potřeby zájmu atd. Všechny jednotlivé potřeby jsou vzájemně propojené, jejich rozdělení je spíše umělé **(77)**.

Člověk má spontánní tendenci více činit to, co je v dané situaci obvykle spojeno se subjektivně žádoucími následky („odměnami“), a méně to, co žádoucí následky nepřináší, nebo dokonce přináší následky nežádoucí („tresty“) **(31)**. Zkušeností o odměňování nebo trestání za chování se vytváří kognitivní očekávání o výsledcích chování. Nápodobou se učíme, co musíme dělat, abychom dosáhli určitého výsledku nebo se vyhnuli trestu **(55)**.

Jedním z nejdůležitějších motivačních prvků je vybudování nosného terapeutického vztahu založeného na postupně se upevňujícím ovzduší vzájemné důvěry a respektu. Klient potřebuje cítit, že je přijímán s porozuměním, že mu vychovatel fandí, neodsuzuje ho a stojí za ním **(47)**. Zásada vyzdvihování kladných rysů osobnosti, pochvala, uznání a ocenění zvyšují sebevědomí a jsou nejlepší motivací k další činnosti u každého jedince **(48)**.

### ***1.3 Poruchy chování***

Porucha emocí a chování (Emotional and Behavioral Disorders, Emotionale Störung). Termín „children and youths with emotional and behavioral disorders“ (v překladu: děti a mládež s poruchami emocí a chování) je výsledkem konsensu dlouhodobých diskusí konce 80. let v americké speciální pedagogice (National Mental Health and Special Education Coalition) ve snaze sjednotit používanou terminologii.

V současné době výrazně převažuje v pedagogické literatuře a užívá se pro skupinu dětí, které mají intenzivní problémy v chování **(71)**.

### 1.3.1 Klinický obraz

Poruchy chování v dětském věku a dospívání lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, na úrovni svých rozumových schopností **(19)**. O poruše chování lze mluvit tehdy, pokud jedinec normy chápe, ale neakceptuje je nebo se jimi nedokáže řídit, ale i v případě, kdy jedinec není schopen pochopit význam hodnot a norem chování, např. mentálně retardovaní jedinci nebo ti, kdo přicházejí z jiného sociokulturního prostředí **(90)**.

Poruchy chování v dětském věku mohou mít přechodný charakter, ale mnohdy fungují i jako signál poruchy osobnosti, která představuje zvýšené riziko budoucího problematického chování. Delikventní chování jen velmi vzácně začíná až v dospělosti **(79)**. Závažnost poruch chování v dětském věku zřídka spontánně odezní, převažuje tendence zhoršování poruchy v adolescenci, která může přecházet i v delikvenci a v rizikové chování **(59)**.

Poruchy chování bývají někdy spojeny s různými komorbidními psychickými poruchami. Častěji se vyvíjejí u nepřízpůsobivých, zvýšeně dráždivých dětí. Je prokázáno, že 40 % hyperkinetických (ADHD) dětí má poruchy chování a asi v 60 % přetrvává ADHD do dospělosti a je v příčinné souvislosti s různými psychiatrickými chorobami. Jsou-li poruchy chování spojeny s výraznou emoční poruchou a neurotickými symptomy, diagnostikujeme je jako smíšené poruchy chování a emocí (F 92). V dospělosti mohou poruchy chování vyústit u mužů v emočně nestabilní nebo disociální poruchu osobnosti **(59)**.

Mezi další komorbidní poruchy ADHD jsou v dětství úzkostné stavy (např. strach z odloučení, obsedantně – kompulzivní porucha), poruchy nálad, tiky a poruchy učení **(19)**.

Není však pravidlo, že by se u každého dítěte nebo dospívajícího s izolovaným problematickým chováním v dětství nebo adolescenci vyvinula taková dysfunkce,

kteřou je možno zařadit pod psychiatrickou diagnózu poruchy chování. Přestože se různé problémy objevují již v dětství, diagnóza poruchy osobnosti se používá až od adolescence **(79)**.

### 1.3.2 Etiologie

Příčiny vzniku poruchového chování mohou být různé, obvykle se sčítá nepříznivý vliv většího počtu různých rizik. Biologické a sociální faktory působí ve vzájemné interakci. Genetická dispoziice k disharmonickému vývoji se v dětství může projevat především na úrovni temperamentu, jako odmítavý postoj k běžným sociálním normám, preference vlastních pravidel chování zaměřených na uspokojování vlastních potřeb. Je těžké odlišit dědičnou zátěž od zátěže psychosociální, neboť obdobným způsobem bývá disponován alespoň jeden z rodičů. Biologické znevýhodnění může mít různou etiologii, může vzniknout na úrovni narušení struktury a funkcí centrální nervové soustavy. U dětí s poruchami chování jsou shledávány odlišnosti v diferenciaci obou hemisfér **(71)**. Hlavně pravá mozková hemisféra, která v dětském věku představuje dominantní mozkovou polovinu, se podílí na vývoji lidského morálního a afektivního chování. Přibližně ve věku osmnáctého měsíce se u dítěte vyvíjí morální protisociální altruistické chování, které spočívá v přizpůsobování se negativním afektům, které projevují ostatní, a v regulaci negativních emocí **(78)**. Hyperaktivita bývá spojena se změnou koncentrace dopaminu v mozkomíšním moku.

V oblasti biochemických faktorů byly zkoumány vlivy nedostatku vitamínů a minerálů, jejichž pokles pod minimální hladinu ovlivňuje fyzické a mentální schopnosti a projevuje se i v chování **(74)**. Výzkumné studie také prokázaly, že hypoglykémie může způsobovat náhlé výbušné antisociální chování a násilnosti, zvýšená hladina mužských hormonů (androgenů) vede k agresivnímu jednání. U mnoha výzkumů je zřejmé, že agresivitu ovlivňuje významně testosteron. Vyšší hladina testosteronu byla ve věznicích prokázána u jedinců, kteří volí násilné jednání, na rozdíl od jiných typů zločinů **(23)**.



Z etopedického hlediska jsou pro vznik poruch chování nejvýznamnější následující příznaky: lehká mozková dysfunkce, problematický kontakt s okolím, zvláštnosti v citové sféře, nízká frustrační tolerance, sociální chování neodpovídající věku nebo intelektu, změny osobnosti. Takto handicapovaní jedinci budou častěji a snadněji inklinovat k poruchám chování etopedického rázu. Pro nápravu je pak velmi důležitá správně stanovená diagnóza **(52)**.

Předpokládá se, že porucha emocí nebo chování je výsledkem narušení sociálního systému, v němž jsou jednotlivé elementy (osobnost dítěte, rodina, komunita aj.) navzájem provázané a závislé **(71)**. Vliv sociálních faktorů je velmi významný, neboť život v nevhodném, nepodnětném prostředí představuje riziko ve smyslu rozvoje nežádoucích způsobů chování. V sociologii je zastáván názor, že poruchy chování u dětí bývají způsobovány z důvodu identifikace se sociální skupinou **(19)**. Nejdůležitějším sociálním prostředím je rodina, která vystupuje jako primární socializační skupina, dítěti poskytuje základní sociální zkušenost. Dítě si může pomocí nápodoby, identifikací s rodiči, osvojit maladaptivní vzorce chování, může být poznamenáno zkušeností rané citové deprivace, nepodnětným prostředím, apod.. Negativní důsledky špatné výchovy jsou větší, jestliže je dítě biologicky disponováno k disharmonickému vývoji osobnosti **(76)**. Jedním z hlavních skrytých regulátorů dětského endokrinního a nervového systému je matka **(22)**. Fonagy (1998) uvádí: „David Farrington, jedna z největších osobností britské kriminologie, napsal: Je pravděpodobné, že události, které se stanou mezi počtím a třetím rokem života, jsou prvními kroky ve vývojové řadě vedoucí k poruchám chování v dětství, popřípadě k adolescentní delikvenci a zločinu v dospělosti“ **(23, s. 305)**.

Další možnou příčinou vzniku poruchového chování dětí z úplných a zdánlivě funkčních rodin může být nuda, nedostatek životního smyslu, absence adekvátních cílů nevhodná, zejména nedůsledná výchova, která nevytvoří u dítěte odpovídající sociální návyky **(71)**.

### 1.3.3 Diagnostika

Každá osobnost je individualitou, tj. bytostí s jedinečnými vlastnostmi. Diagnostikováním vystihujeme jen něco z rysů osobnosti, nikoliv však člověka v jeho jedinečnosti a individuální rozmanitosti **(55)**. Abychom mohli dospět k diagnostickému rozhodnutí, je třeba si položit při vyšetření otázku: Co je normální chování a co je úchylnka? Jednotné vodítko pro diagnostiku neexistuje a v praxi se setkáváme s velkými rozdíly a problémy, které ji znesnadňují. Problémy v diagnostice lze rozdělit do tří oblastí:

- Potíže při definování poruchy: Řada výzkumných studií zabývajících se dětmi používá příliš obecné definice problémů, aniž by uváděly přesnou definici poruchy. Například je-li problém dítěte popsán jako „enkopréza“, neberou se v úvahu různé typy enkoprézy. Nedostatek konkrétních definic pak může bránit uplatnění nejvhodnějšího typu léčby. Například léčebná intervence je jiná u dítěte, které nedokáže ovládat svěrač tlustého střeva, a jiná u dítěte, které využívá enkoprézy jako prostředku k ovlivňování svých rodičů a k získání sekundárních výhod ze svého chování.

- Potíže při zohledňování věkových rozdílů: Většina studií zahrnuje populaci s velkým věkovým rozmezím, kdy mezi například čtyřletým a čtrnáctiletým dítětem je kvalitativní rozdíl, každé z nich je v jiném vývojovém stádiu. Agresivita ve věku čtyř let může odrážet rozvíjející se schopnost dítěte odlišovat sebe od druhých v rámci upevňování svého ega, což je normální zdravý krok vývoje, zatímco agresivní chování ve věku osmi let je považováno za maladaptivní chování, které je třeba korigovat.

- Potíže při zohledňování rozdílů mezi pohlavími: Dívky vospívají rychleji než chlapci, takže v určitém věku lze mezi dívkami očekávat méně poruch chování **(71)**.

Je třeba připomenout, že jednotlivé děti mohou produkovat symptomy více než jedné poruchy **(62)**.

### 1.3.4 Klasifikace poruch chování

Klasifikace poruch osobnosti patří k nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace. Dostupná literatura uvádí celou řadu klasifikací poruch chování, pro ilustraci zde publikuji některé z nich.

Medicínská klasifikace je zaměřena na poruchu a na její odlišení od poruchy jiné, kdežto dimenzionální klasifikace sleduje shluky projevů chování a posuzuje je v rámci posuzovacích škál. V mezinárodním kontextu se pro diferenciaci poruch emocí a chování používají klasifikace zohledňující kritéria, zatímco v české speciální pedagogice se užívá třídění poruch chování podle míry narušenosti sociálních norem **(71)**.

Dimenzionální klasifikace je postavena na dvou posuzovacích škálách chování: Revise Behavior Checklist (RYCL) a Child Behavior Checklist (CUCL). Poruchy emocí a chování dělí do čtyř skupin podle základních vzorců v chování dětí a mladistvých:

1. Poruchy chování (verbální nebo fyzická otevřená agrese).
2. Osobnostní problémy (úzkostné chování, uzavřenost, psychické problémy).
3. Nevyzrálost (roztržitost, problémy s pozorností, pasivitou, denním sněním).
4. Socializovaná agrese (skupinová agrese, loupeže, záškoláctví a identifikace s delikventní skupinou) **(19)**.

Světová zdravotnická organizace vydala v roce 1992 MKN – 10, která dle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR vstoupila u nás v platnost v roce 1993. Zde je psychiatrii věnována V. kapitola a je označena písmenem F. Obsahuje asi tisíc kategorií rozdělených do deseti sekcí:

F 00 – F 09 organické duševní poruchy včetně symptomatických.

F 10 – F 19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek.

- F 20 – F 29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.
- F 30 – F 39 poruchy nálad (afektivní poruchy).
- F 40 – F 49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.
- F 50 – F 59 poruchy příjmu potravy.
- F 60 – F 69 poruchy osobnosti a chování u dospělých.
- F 70 – F 79 mentální retardace (duševní opožďení).
- F 80 – F 89 poruchy psychického vývoje.
- F 90 – F 98 poruchy chování a emocí.
- F 91.0 porucha chování ve vztahu k rodině.
- F 91.1 nesocializovaná porucha chování.
- F 91.2 socializovaná porucha chování.
- F 91.3 porucha opozičního vzdoru - bývá předstupem vážnějších poruch chování.
- F 91.8 jiné poruchy chování - denní či noční enuréza a enkopréza.
- F 91.9 porucha chování nespecifikovaná.
- F 99 nespecifikovaná duševní porucha **(67)**.

Každá kategorie uvádí klinický popis, diagnostická vodítka, vylučující kritéria a diferenciální diagnostické úvahy. Označení každé diagnostické kategorie se skládá z alfanumerického kódu, kdy písmeno označuje kapitolu oboru. V případě duševních poruch se jedná o písmeno F. Dále následují čísla označující hlavní sekci, diagnostickou kategorii, její druh, případně průběhovou formu (například označení F20.10 znamená: F duševní porucha, 2 kapitola schizofrenie, 0 schizofrenie, 1 hebefrenní forma schizofrenie, 0 průběh chronický).

Dělení poruch chování z psychiatrického hlediska podle prognózy:

1. Poruchy chování se špatnou prognózou:
  - dezinhibovaná příchyllost v dětství (F 94.2),
  - nesocializovaná porucha chování (F 91.1),

porucha opozičního vzdoru (F 91.3).

2. Poruchy chování s lepší prognózou:

porucha chování ve vztahu k rodině (F 91.0);

socializovaná porucha chování (F 91.2);

tyto poruchy chování se projevují u 10 až 15 % dětí a adolescentů **(59)**.

Poruchy chování z pedagogického hlediska:

1. Porucha chování ve vztahu k rodině (často směrem k nevlastnímu rodiči).

2. Nesocializovaná porucha chování (narušené chování ke spolužákům, dítě je samotářsky agresivní).

3. Socializovaná porucha chování (dítě je bezproblémové k vrstevníkům, ale s dospělými má konflikty).

4. Poruchy opozičního vzdoru vyskytující se v období desátého roku a vyznačující se vzdorovitým a provokativním chováním bez známek agresivního chování **(28)**.

Etapedická literatura člení poruchy chování podle kritérií:

1. poruchy chování podle stupně společenské nebezpečnosti (stupně mravního narušení, společenské závažnosti);

2. poruchy chování z hlediska věku;

3. poruchy chování podle převládající složky osobnosti;

4. děti se syndromem lehké mozkové dysfunkce (jsou uváděny jako zvláštní skupina) **(52)**.

Klasifikace podle Myschkera, který respektuje školské i psychiatrické hledisko a rozděluje poruchy emocí a chování do čtyř skupin.

1. Poruchy chování s extrémními vlivy – agrese, hyperaktivity, porucha pozornosti, impulzivita.

2. Poruchy chování s intenzivními vlivy – strach, komplex méněcennosti, úzkostnost, ztráta zájmu o dění.

3. Nezralé sociální vztahy – snížení schopnosti koncentrace, infantilní chování, snadná unavitelnost.
4. Socializovaná delikvence – násilnické chování, nezodpovědnost, poruchy vztahů **(71)**.

P.Klíma charakterizuje poruchy chování jako poruchy jedince, jimiž se vymyká z přiměřeného chování dané věkové a sociokulturní skupiny. Kromě problematických vlivů prostředí a výchovy lze zaznamenat rovněž specifické psychiatrické příčiny a někdy kombinaci obou oblastí **(52)**.

Klasifikace poruch chování M. Sováka vychází ze sociálních dimenzí (dopad poruchy chování na sociální vztahy jedince), které jsou základním měřítkem pro diagnostiku poruchy **(71)**.

Klasifikace dle M. Vocilky, který člení problémové jedince s poruchami chování podle převládající složky osobnosti na osoby neurotické, psychopatické, sociálně nepřizpůsobené a osoby se sníženými rozumovými schopnostmi.

1. Neurotický jedinec - objektivně labilnější, pro kterého je charakteristické menší sebeovládání a pohotovost k různým zkratkovitým reakcím, zvýšené napětí, neschopnost uvolnit se. Špatně snáší akutní zátěž a má narušenou psychickou a citovou rovnováhu. U neurotických poruch se jako o možné příčině hovoří především o vlivu prostředí.

2. Psychopatický jedinec – precitlivělý, pedantický, nenavazuje přátelské kontakty, řeší své problémy útekou, agresivními a delikventními sklony. Do popředí vystupují emocionální poruchy a nedostatky chování. Předpokládá se vrozená, biologická dispozice, v období puberty se psychopatické rysy ještě zvýrazňují.

3. Osoby sociálně nepřizpůsobené - za osoby sociálně nepřizpůsobené se podle vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, v platném znění, považují jedinci propuštění ze školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy po dosažení zletilosti, se sociálně patologickým jednáním, které nemá zatím trvalý charakter a je naděje na resocializaci.

4. Osoby se sníženými rozumovými schopnostmi **(52)**.

Klasifikace, která se orientuje na charakter konfliktu se sociálním prostředím, ve kterém jedinec žije, je tříděna na:

1. Porucha chování se sociálním základem – je důsledkem narušení výchovného procesu, označuje se jako disociální chování. Jedná se o chování, které se dá zvládnout přiměřenými pedagogickými postupy za pomoci odborníků, formou poradenské nebo ambulantní terapeutické péče.

2. Asociální porucha chování - tato porucha chování, má výrazný dopad do sociálních vztahů jedince. Liší se intenzitou a dopadem, chování neodpovídá mravním normám společnosti, ale nedosahuje ještě úrovně ničení společenských hodnot. Může se jednat o klinický obraz některých nemocí.

3. Porucha chování antisociálního rázu, delikvence - jde o obecné označení pro chování, které je namířeno proti zákonným a společenským normám a zvyklostem. Vyznačuje se největší mírou společenské nebezpečnosti. Jedinci s antisociálním chováním si dopady svých činů uvědomují a úmyslně se chovají způsobem, který je společensky nežádoucí a nechtěný **(42)**.

Nejčastěji se u nás používá následující členění poruch chování podle stupně závažnosti, které se svým obsahem jednotlivých forem chování, až na drobné výjimky, shoduje u většiny současných autorů v oblasti speciální pedagogiky.

1. **Disociální chování**, tj. nespolečenské, které se dá zvládnout přiměřenými pedagogickými postupy, nenabývá sociální dimenze. Velice často se jedná o charakteristické projevy pro určitá vývojová období (nástup do školy, puberta) nebo jsou průvodním jevem jiného primárního postižení (např. LMD, neuróz apod.). Tato forma poruch má přechodný ráz a může vymizet nebo ji lze korigovat za pomoci odborníků, formou ambulantní poradenské nebo terapeutické péče psychologa, speciálního pedagoga.

2. **Asociální chování**, je v rozporu se společenskou morálkou vzhledem k nedostatečnému nebo dokonce chybějícímu sociálnímu cítění. Náprava asociálního chování vyžaduje speciálně pedagogický přístup, a to nejen v podobě poradenské, ale

především v podobě ústavní péče ve speciálních výchovných zařízeních, psychiatrických léčebnách nebo terapeutických komunitách.

3. **Antisociální chování** zahrnuje veškeré protispolečenské jednání bez ohledu na věk, intenzitu činu a původ. Svými důsledky poškozuje jedince a velmi často navazuje na chování asociální. Nositel antisociálního jednání porušuje zákony a jeho náprava (reedukace) je možná pouze prostřednictvím ústavní péče (zařízení školská nebo nápravná). Skupina antisociálních forem chování se vyznačuje nejvyšší intenzitou, obtížnou aplikací nápravné péče v důsledku masivní fixace poruch a velkou pravděpodobností recidiv **(52)**.

Z hlediska kriminality jsou poruchy chování tříděny podle věku na:

1. Poruchy chování u dětí ve věku **od šesti do patnácti let** - jsou nejmladší sledovanou věkovou skupinou, její závadová činnost bývá označována jako prekriminální, dětská delikvence, dětská kriminalita.

2. Poruchy chování mladistvých ve věku **od patnácti do osmnácti let** - juvenilní delikvence neboli kriminalita mladistvých. Jedná se o období formování hlavních rysů osobnosti a je považováno za kritické období zejména změnami sociálními. Vliv vrstevníků je v tomto období velmi silný **(52)**.

### 1.3.5 Terapie

Za nejefektivnější prevenci a terapii se považuje intervence, která vyvolá změny v komplexním systému. Je třeba si uvědomit, že porucha chování ovlivňuje kvalitu života jedince v negativním slova smyslu ve velké šíři (omezuje vzdělávací možnosti, narušuje komunikaci a interakci se sociálním okolím, ohrožuje budoucí společenské uplatnění aj.) a proto je speciálně pedagogický proces ve všech jeho fázích zaměřen nejen na jedince samotného, ale i na jeho nejbližší sociální okolí **(51)**.

Poruchy chování vyžadují dobrou spolupráci a otevřený, srozumitelný, ale současně pevný, důsledný, nedráždivý a neponižující přístup **(31)**.

Terapie poruch chování je dlouhodobá a je nutno k ní přistupovat jako k chronickému onemocnění, kdy k tomuto průběhu přispívá větší počet antisociálních



projevů **(69)**. Při pedagogické práci s dětmi a mladistvými s projevy psychické tenze se nejdříve spolupracuje s výchovným poradcem školy a příslušnou pedagogicko-psychologickou poradnou nebo s psychiatrickou ambulancí pro děti a mladistvé **(32)**. Pokud není možné zvládnout dítě ambulantně, následuje hospitalizace v psychiatrickém zdravotnickém zařízení. Při přetrvávající delikvenci a výrazném asociálním chování, je na místě represivnější způsob a tím je zahájení soudního řízení a nařízení soudního dohledu nad výchovou dítěte, v krajním případě nařízení ústavní výchovy. Ani zde nelze opomenout farmakoterapii **(59)**.

Různé výchovné a psychotherapeutické přístupy týkající se péče o děti a dospívající zatížené psychosomatickými poruchami směřují vlastními cestami ke stejnému cíli: k rozetnutí „bludného kruhu“, vtažení jedince s poruchami chování do sítě správně fungujících vztahů, které navozují normální komunikaci a uspokojují jej z hlediska citových potřeb za probíhající medicínské léčby **(23)**.

Porucha chování, není jen psychiatrická diagnóza, ale zároveň sociopatogenní jev, který nelze řešit pouze dostupnými medicínskými metodami. V zahraničí se této problematice věnují dlouhodoběji a mají větší zkušenosti (např. GB). Existuje širší nabídka terapeutických intervencí a institucí, které se na řešení problému podílejí (psychiatrické ambulance, denní stacionáře, psychiatrické kliniky, rezidenční léčebná centra, což jsou psychiatrické organizace nemající charakter psychiatrických nemocnic, výchovná zařízení, detenční zařízení, vězení pro mladistvé) **(79)**.

V současnosti se jeví jako nejefektivnější komplexní přístup k léčbě poruch chování, působení na úrovni somatické, psychologické a sociální. Každou psychickou poruchu je nutné chápat v celém kontextu **(53)**.

Prevenici duševních chorob dělíme na:

1. Primární – jejím cílem je odstraňování záporných společenských jevů a zátěžových situací, vyhledávání a pomoc osobám, které jsou ohroženy.
2. Sekundární – jejím cílem je aktivní vyhledávání osob se začínajícím duševním onemocněním a jejich včasné léčení.

3. Terciární – snižuje následky duševního onemocnění na co nejnižší míru **(54)**.

Medikamentózní léčbě duševních poruch byla soustavná a cílevědomá pozornost poprvé věnována přibližně v polovině padesátých let tohoto století, a to hlavně přípravě a použití prvních neuroleptik (reserpin a chlorpromazin) a antidepresiv (imipramin), kdy tato studie přispěla významnou měrou i k rozšíření vědomostí o zákonitostech nervové a duševní činnosti **(80)**.

Základní skupiny psychofarmak se rozdělují do skupin podle druhu základního účinku: látky podněcující; látky ovlivňující emoční napětí; látky ovlivňující integritu duševní činnosti tam, kde byla rozvrácena **(49)**.

V rámci programů zacházení s jedinci s poruchami chování bývá smysluplné přistupovat k nim s tímto zaměřením:

- vyvolat v nich silný emocionální zážitek, který je dále motivuje k navázání kontaktu a ke komunikaci,
- přesvědčit je, že jejich chování je sebedestruktivní a přináší jim samé problémy,
- stanovit pevná a jasná pravidla, která jsou vymáhána, prosazována a respektována,
- posilovat jejich schopnost hodnotit budoucí následky svých činů,
- uplatňovat kontrolu nad užíváním a působením odměn a trestů,
- jednat s nimi vstřícně a na úrovni kvalitního mezilidského vztahu,
- umět včas odhalit jejich manipulativní pokusy, dát jim reálně možnou odpovědnost a vyjádřit očekávání, že se budou řídit pravidly, která s tím souvisejí,
- uplatňovat důslednou kontrolu jejich chování,
- zvládat techniky konfrontace s cílem udržovat jejich zájem o kontakt a komunikaci, mít pod kontrolou jejich impulzivitu a agresivitu a ovlivňovat jejich postoje **(23,69)**.

### 1.3.6 Epidemiologie

Opětovná recidiva poruch chování může být způsobena kolísavou povahou, charakterem poruchy, přílišnou rychlostí dosažení změn během terapie nebo ukončením terapie v době, kdy sice bylo dosaženo požadované změny, ale nedošlo dosud k upevnění trvalých, udržitelných změn **(19)**.

## ***1.4 Poruchy chování klientů ve Výchovném ústavu Husův domov***

V této kapitole přibližuji poruchy chování, se kterými se setkáváme u klientů Výchovného ústavu Husův domov.

### 1.4.1 Lehká mentální retardace (F 70)

Nejedná se o poruchu chování, ale vzhledem k tomu, že je průvodní diagnózou u 68 % klientů Husova domova, uvádím ve zkratce její popis.

#### *Etiologie*

Jako příčina je uváděn organický základ, poškození nebo onemocnění mozku, dědičné vlivy, poškození plodu nebo poškození během porodu.

#### *Klinický obraz*

Mentální retardace představuje výrazné snížení úrovně rozumových schopností – inteligence. U lehčí mentální retardace se hodnota IQ (intelligenčního kvocientu) pohybuje v rozmezí 50 až 69.

Klienti s lehkou mentální retardací jsou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě, i když si mluvu osvojují opožděně. Jsou schopni úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech **(8)**. Hlavní potíže se objevují při teoretické práci ve škole, mnozí klienti mají potíže se čtením a psaním. Většinu klientů lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické

schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované práce **(24)**. V sociokulturním kontextu, kde není kladen důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví v kombinaci s emoční a sociální nezralostí, kdy klient nedokáže samostatně řešit situace a problémy plynoucí z nezávislého samostatného života, jako je např. získání a udržení odpovídajícího zaměstnání, udržení si finančního zajištění, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče.

### Diagnostika

Některé stavy mohou simulovat mentální retardaci – jde o děti s nepoznanými senzomotorickými defekty, deprivované děti vyrůstající v prostředí chudém na stimulaci a emoce. Nejobtížnější problém je rozlišení mezi těžkou retardací, mozkovým poškozením a časným infantilním artismem.

Tato diagnóza zahrnuje: slabomyslnost; lehkou mentální subnormalitu; lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu) **(45)**.

### Epidemiologie

Vzniká v prenatálním nebo perinatálním období. Jedná se o poruchu, která je nezvratná.

### Terapie

Je nutné se pokusit o terapii, rehabilitaci, eventuálně o reedukaci. Jedná se o nevratný stav, ale jsou to jedinci, které jejichž praktické schopnosti lze dále rozvíjet. Podle úrovně péče je možné začlenění jedinců s lehkou mentální retardací do společnosti **(24)**.

#### 1.4.2 Syndrom hyperaktivity (F 90.1)

##### Etiologie

Syndrom hyperaktivity ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) má různé příčiny, nejčastěji se jedná o organické odchylky centrální nervové soustavy, vzniklé v prenatálním nebo perinatálním období poškozením mozku, nebo geneticky zafixované (řada dětí trpících touto poruchou má otce, u kterých byla ADHD diagnostikována). Odborníci zvažují psychosociální vliv. Existují záznamy o zvýšené aktivitě dětí postižených ADHD v době před narozením v těle matky.

Tuto poruchu zjišťujeme kolem čtvrtého nebo pátého roku věku, u mladších dětí nemůžeme rozlišit její příznaky, neboť děti málokdy dokáží u nějaké činnosti vydržet. Nejnápadnější však bývá hyperaktivita mezi osmým a desátým rokem. Přetrvání ADHD do dospělosti je omezeno vhodným výchovným působením, které vede k upevnění vhodných vzorců chování, které se nakonec stávají součástí osobnosti **(62)**.

##### Klinický obraz

Syndrom hyperaktivity (ADHD) se významově překrývá s pojmem lehké mozkové dysfunkce (LMD) nebo specifické vývojové poruchy chování. Jedná se o jednu z nejběžnějších poruch chování. Klíčovými symptomy ADHD jsou nepozornost, hyperaktivita, impulzivita. Jde o poruchu aktivační úrovně, bývá často kombinována s poruchou pozornosti. Hyperaktivní syndrom se projevuje obvykle již v předškolním věku. Jedná se o obtížně vychovatelné děti, které hodně pláčí, je těžké si je naklonit, rozveselit, nerady se mazlí. Typické je nadměrné nutkání k pohybu, k aktivitě, která je neúčelná až nesmyslná. Dítě nedokáže puzení k aktivitě ovládat, má zvýšený sklon k impulzivním reakcím a zvýšenému emočnímu napětí. Hyperaktivní dítě bývá jen vzácně spokojené a klidné. Zvýšená energetická náročnost hyperaktivity vede k rychlejší únavě a z toho vyplývající podrážděnosti. Tyto děti nejsou schopny reagovat účelněji a svoji činnost omezit, dělají, co je napadne, nejsou schopné kontrolovat svoje projevy, nedovedou s ničím počkat **(44)**.

Příznaky se masivně projevují při vstupu do kolektivu ve školce, škole. Děti jsou neoblíbené, odmítané a ostatní děti je netolerují. Hyperkinetické děti bývají velice často nedbalé a impulzivní, mají sklon k úrazům, dostávají se do disciplinárních nesnází spíše kvůli neúmyslným přestupkům než pro úmyslné porušování pravidel. Jejich vztah k dospělým postrádá společenské zábrany, chybí jim ukázněnost a dostávají se do izolace **(62)**.

Děti s ADHD často mívají dobré a nevinné záměry, přesto budí dojem, že si v nespolečenských schválnostech a jiných nežádoucích projevech libují. Jejich chování bývá často zaměňováno s opozičními nebo asociálními činy, kdy se dítě zdánlivě snaží o nežádoucí chod událostí z negativních pohnutek. Je pravda, že po letech neustálých problémů a obviňování si mladí lidé s ADHD někdy vytvoří opoziční, antisociální vzorce chování, čímž plní negativní očekávání ze strany dospělých. Hyperaktivní děti si v důsledku stálé kritiky okolí vytvářejí o sobě převážně negativní obraz - nežádoucího, neschopného a neúspěšného jedince, jemuž je přičítána vina za negativní průvodní projevy. Dítě nakonec neustále očekává, že bude za všech podmínek kritizováno, což ovlivňuje jeho další motivaci.

Hlavním společenským problémem hyperaktivity je její značná dusivost, děti jsou sociálně rušivé a nepříjemné, okolí na ně reaguje negativně. Hodnocení neklidu je do značné míry relativní, závisí na situaci i na hodnotiteli, resp. na normách určité společnosti.

Existují tři podskupiny ADHD:

1. kombinovaná, projevující se příznaky nesoustředěnosti i příznaky hyperaktivity a impulzivity;
2. s převahou nepozornosti;
3. s převahou hyperaktivity a impulzivity **(77)**.

### Diagnostika

Hyperaktivita se u dětí diagnostikuje v případě, že problémy přetrvávají déle než šest měsíců a jsou výraznější než u jiných dětí.

Kognitivní narušení je při ADHD běžné a často se vyskytuje zpoždění ve vývoji motoriky a řeči. Mezi druhotné komplikace patří disociální chování a pocity méněcennosti. Často se proto hyperaktivita značně překrývá s jinými typy rušivého chování, např. s nesocializovanou poruchou chování **(77)**.

### Epidemiologie

Propukne-li porucha v útlém dětství, mívá dítě větší dispozici ke vzniku asociální poruchy osobnosti, poruchy nálady, úzkostné poruchy nebo drogové závislosti. Většina dospělých, u kterých byla v dětství diagnostikována hyperaktivita, má i ve vyšším věku sociální problémy **(76)**.

U dospívajících a dospělých trpících syndromem hyperaktivity se s větší pravděpodobností projevují sklony k asociálnímu chování nebo výskyt odchylek v oblasti osobnosti. O. Matoušek uvádí, že zhruba polovina budoucích delikventů jsou děti trpící syndromem hyperaktivity. Závěry jiných vědců, např. J.H. Satterfilda, rovněž nejsou příliš optimistické: 25 % postižených se dostalo do výchovného ústavu nebo do vězení **(38)**.

### Terapie

Terapie dětí s ADHD se skládá z mnoha metod, které se zaměřují na jednotlivé dílčí složky poruchy: kognitivně behaviorální terapie, doučování, logopedická a jazyková terapie, pracovní terapie, léčba medikamenty, úprava stravovacího režimu. *Zájem veřejnosti si získala kniha dr. Bena Feingolda o stravovacím režimu pro hyperaktivní dítě, kde po vysazení určité stravy - obvykle jde o výrobky z kaka, čokoládu, kolu, cukr, dochází ke zlepšení. Dalšími dráždivými látkami jsou konzervační prostředky, potravinářská barviva a salicyláty* **(2)**.

Základním předpokladem je skutečnost, že většina dětí s ADHD si nedokáže sama naplánovat a organizovat denní činnosti, a proto jsou závislé na řádu a jasně specifikovaných podmínkách **(62)**. Výchovná terapie (behaviorální) je zaměřena na získání pozitivních vzorců chování, které by měly nahradit dřívější negativní sklony. Dítě se sklony k agresivitě a impulzivnímu jednání si musí nejprve začít uvědomovat

následky, které jeho chování vyvolává. Terapeut by měl pomoci měnit antisociální vzorce chování a nahradit je pozitivními vzorci, aby dítě místo odmítání zažívalo přijetí, což u něj zpětně posílí žádoucí jednání **(56)**. Děti s ADHD jsou velmi citlivé, potřebují prostředí, kde se cítí bezpečně. Dospělí musí být důslední a jednoznační ve svých požadavcích. Dítě by mělo mít k dispozici hodně aktivit, plán pro každý den, denní rituály. Je nutné se vyvarovat: tělesných trestů, omezování osobní svobody, úmyslnému nedostatku spánku aj.. Odměny jsou důležitější než tresty. Vzhledem k potížím s komunikací, s vyjádřením vlastního názoru, postoje, je třeba vytvořit jim prostor pro vyjádření, důležité věci říkat mezi čtyřma očima, pomoci jim k zdravému sebehodnocení **(62)**.

#### 1.4.3 Nesocializovaná porucha chování (F 91.1)

##### Etiologie

Kombinace biologických a sociálních faktorů vede k riziku antisociálního chování u dítěte, jedná se o kombinaci perinatálních komplikací a následného rodičovského odmítání anebo hyperkinetického syndromu. Porucha je významnou predikcí kriminálního chování v pozdní adolescenci a dospělosti **(19)**.

##### Klinický obraz

Termín nesocializovaná porucha chování je užíván ve smyslu antisociálních projevů ve spojení s osamoceným prováděním disociálních aktivit. Velké počty studií potvrdily přetrvávání nesocializovaných poruch chování z dětství do dospělosti. Výskyt brachiální agresivity je nejlepším ukazatelem následné poruchy chování v adolescenci, i v dospělosti. Mezi významné spouštěcí mechanismy patří: nízký socioekonomický status, abúzus alkoholu a farmak u rodičů, poruchy chování definované u rodičů a hyperkinetický syndrom dítěte **(49)**.

Nesocializovaná porucha osobnosti se neprojevuje jen v určitých spouštěcích situacích nebo v určitých obdobích, ale v rámci širokého okruhu osobních a sociálních situací. Je příčinou osobních potíží nebo má nepříznivý dopad na sociální prostředí. Je



stálá nebo dlouhotrvající, obvykle přetrvává prakticky celý život. Bývá diagnostikována již v dětství, s pokračujícím vývojem problémy narůstají **(79)**.

Poruchy v této oblasti se projevují neschopností vytvářet vztahy s lidmi, nedostatkem srozumitelnosti v komunikaci a nedostatkem empatie s druhými **(31)**. Klienti nemívají na své chování náhled a považují je za přiměřené, nejsou schopni podřídit se ani základním sociálním normám a jejich chování má asociální až kriminální charakter, čímž se zvyšuje riziko získání negativní sociální pozice a jejich izolace na okraji společnosti **(71)**.

### Diagnostika

Klinická diagnostika nesocializované poruchy osobnosti je nelehká a roztříštěná. Nikde ve světě neexistuje jasná diagnostika. Diagnostika v ambulantní praxi je ještě obtížnější než během hospitalizace **(55)**.

### Epidemiologie

Tato porucha obvykle v dospělosti vyústí do amorální, antisociální, disociální poruchy osobnosti nebo do explozivní, impulzivní agresivně emočně nestabilní poruchy osobnosti.

### Terapie

Farmakoterapie musí být vždy součástí komplexního přístupu ke klientovi a jeho rodině. Základním přístupem je nácvik nových aktivit a dovedností a zapojení do pozitivních činností, které jsou zaměřeny na restrukturalizaci skupinového chování a restrukturalizaci role klienta v této skupině **(49)**.

Trvalejších změn osobnosti je velmi obtížné dosáhnout. Resocializace je zaměřena především na odstranění problémů v mezilidských vztazích, zvládnutí různých rolí, na osvojení účelnějších způsobů komunikace a jednání s lidmi **(71)**.

Léčba je velice obtížná a často její efekt nebývá uspokojivý. Dlouhodobá terapie musí vycházet z komplexnosti a brát v úvahu individuální rysy klienta. Jejím cílem je minimální sociální adaptace **(71)**.

#### 1.4.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti (F 60.3)

##### Etiologie

Příčina je neznámá. Bývá zvažován podíl organicity (perinatální poranění mozku, encefalitida, poranění hlavy aj.). Z enviromentálních vlivů jsou zmiňovány faktory sexuálního zneužívání v dětství, týrání dítěte, odmítání nebo hyperprotektivita **(55)**.

##### Klinický obraz

Tito lidé nejsou schopni svoje pocity ani svoje chování ovládat. Neplní svoje povinnosti, bývají neukázněni, nejsou dostatečně zodpovědní. Nejsou schopni cokoli plánovat a právě tento jejich postoj vyvolává konflikty a odmítání. Tudiž plánované kriminální činy pro ně nejsou typické **(55)**.

Jejich sklon k vymyšlení, nerealistickému plánování a slibování, které nikdy nenaplní, podvádění a využívání blízkých lidí vede k jednoznačnému odmítnutí okolí **(78)**.

Porucha se projevuje výraznou afektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně. Schopnost plánovat si věci dopředu bývá nepatrná. Běžné jsou výbuchy násilí nebo explozivní chování, zvláště je-li jedinec ostatními kritizován. Jejich emocionální potřeby jsou nenasytné, jsou nezdrženliví. Mnozí se během života naučili, že extrémní emocionální projevy jsou potřebné k získání pozornosti a pomoci od druhých **(55)**.

##### Diagnostika

Přestože se jedná o nejčastější poruchu osobnosti, se kterou psychiatři přicházejí do styku (až 25 % hospitalizovaných), shoda na této diagnóze je jedna z nejmenších a průběh poruchy bývá značně kolísavý **(71)**.

##### Epidemiologie

Postihuje kolem 2-3 % lidí. Častěji postihuje ženy **(55)**.

### Terapie

V praxi se osvědčuje kognitivně behaviorální terapie, resocializace s podporou chráněného pracoviště, farmakoterapie **(43)**.

### 1.4.5 Disociální porucha osobnosti (F 60.2)

#### Etiologie

U disociální poruchy osobnosti existuje nejvíce důkazů pro vliv dědičnosti při vzniku poruch osobnosti **(19)**.

U klientů s disociální poruchou osobnosti často zjišťujeme porodní komplikace, příznaky v dětství, případně poruchy pozornosti a hyperaktivitu (ADHD). Organická etiologie přichází v úvahu po perinatálním poškození mozku, mozkovém traumatu a encefalitidách. Často zjišťujeme chybějící, agresivní nebo nekonzistentně se chovající rodiče. Řada členů rodiny mívá problémy s abúzem drog nebo alkoholu, nebo má disociální rysy. Z psychologických faktorů hraje patrně nejvýznamnější roli vztah matky a dítěte v časném dětství. Matky bývají většinou nedisciplinované, častěji jsou impulzivní a závislé na alkoholu **(19)**. Mnohé výzkumy potvrdily, že velká většina dětí a mladistvých s disociální strukturou osobnosti byla v důsledku vrozené fyziologické abnormality a zejména v důsledku snížené schopnosti anticipovat trest odmítána rodiči **(23)**. Osoby s disociální poruchou osobnosti se dostávají často do konfliktu se zákonem **(55)**.

Rysy této poruchy osobnosti se objevují obvykle před osmnáctým rokem. U části klientů jsou již v dětství typické poruchy chování **(55)**.

#### Klinický obraz

Disociální jedinci hledají uspokojování svých potřeb bez svědomí, často již od dětství kradou, lžou, týrají slabší vrstevníky nebo zvířata, toulají se, chodí za školu, vytvářejí asociální party, mají problémy s autoritami. V dospělosti se projevují promiskuitním a kriminálním chováním, zneužíváním druhých. Mívají velmi nízkou frustrační toleranci a nízký práh pro výbuchy agresivity a násilí, mají problém odložit

potěšení nebo ukojení a chybí jim soucit a empatie. Nemají pocity viny. Za všechny nezdary obviňují druhé a své konfliktní jednání omlouvají a racionalizují **(55)**. Vyznačují se sklonem manipulovat okolím, provokovat, využívat.

Typickým znakem disociální (asociální) poruchy osobnosti je egocentrismus, chybění ohledu k ostatním, neschopnost ovládat své jednání podle platných sociálních norem a odlišnost emočního prožívání **(71)**. Lidé s touto poruchou bývají vzrušiví, s tendencí reagovat afektivním výbuchem, nejsou schopni akceptovat odklad či omezení vlastního uspokojení, nejsou empatičtí, a proto v nich ani zjevné utrpení jiného člověka nevyvolá žádnou odezvu. Vidí svět v extrémech, černobíle. Se sebou jsou vcelku spokojeni, jejich uvažování je egocentrické a egoistické a bývají zaměřeni jen na bezprostřední vlastní uspokojení. Neuznávají obecné platné normy, nejsou schopni se přizpůsobit běžným sociálním požadavkům, a snaží se přinutit okolí, aby vyhovělo jejich potřebám. Mívají slabě rozvinuté svědomí, své chování omlouvají, nejsou schopni plánovat, přežívají ze dne na den. Kvůli své omezené schopnosti sociálního učení nejsou schopni dobře rozlišovat jednotlivé situace a jejich význam a jejich chování jim opakovaně přináší problémy. Tresty u nich nemají obvyklý korektivní účinek. Vztahy s lidmi bývají účelové, zajímají se o ně jen tehdy, pokud jsou jim k užitku. Často selhávají ve většině rolí, nejsou schopni plnit požadavky profesní, partnerské ani rodičovské role. Celkově lze říci, že tito lidé nezvládají roli dospělého, neumějí přijmout odpovědnost a nejsou schopni být soběstačnými. U takto postižených jedinců je i zvýšené riziko kriminálního chování, a proto mnohdy značnou část života stráví ve vězení **(71)**.

Tato porucha se vyznačuje vzdorem, nedostatkem soucitu, potřebou mít materiální nebo poziční zisky **(55)**.

### Diagnostika

Naplnění diagnózy vyžaduje nejméně tři následujících šesti znaků:

1. chladný nezájem o cítění druhých;
2. bezohlednost vůči společenským normám;
3. neschopnost navazovat vztahy a udržet trvalé vztahy;

4. nízká frustrační tolerance, nízký práh pro uvolnění agrese;
5. neschopnost poučit se z trestu a zkušeností;
6. tendence svádět vinu na jiné, nebo své chování racionalizovat.

### Epidemiologie

Tato diagnóza je potvrzena až u 75 % vězňů v nápravných zařízeních. Častější je u mužů. V rodinách postižených se vyskytuje více osob s jinými poruchami **(55)**.

### Terapie

Disociální vývoj osobnosti dětí se utváří v průběhu delšího období, a proto je jeho náprava obtížná a dlouhodobá. Naděje na úspěch jakéhokoliv typu léčby je velmi malá. Je důležité si uvědomit, že úkolem terapeuta není soudit, ale jen být pomocníkem při hledání adaptivnějšího chování. Cílem psychoterapeutického působení je změna maladaptivního chování a zvýšení odpovědnosti vůči okolí i vůči sobě **(55)**.

Je třeba si uvědomit, že tito klienti potřebují „akci“ a „soutěže“, protože se snadno nudí, což vede k probuzení agrese. Nutně potřebují do života plánovat činnosti, které „akci“ a „výhru“ umožňují, nalézt společensky bezpečný rámec, jako je sport, namáhavé úkoly, u kterých se mohou předvést **(49)**.

Při terapii můžeme volit z několika psychoterapeutických směrů. Účinná léčba vyžaduje kombinaci a integraci různých psychoterapeutických přístupů, metod a forem. Obecně se podpůrná psychoterapie snaží o normalizaci dysfunkčního chování. Pomáhá klientovi rozvinout nedostatečné dovednosti, které se týkají zejména zvládání zátěže a frustrace v mezilidských vztazích. Ke zlepšení dovedností a jejich využívání v běžném životě je nejúčinnějším postupem strukturovaný nácvik, který umožňuje „zautomatizování“ nových dovedností. Strategie řešení problémů je dovednost, která většinou klientům chybí. Často řeší problémy zkratkovitě a impulzivně nebo vysilující strategií pokus – omyl, případně je neřeší vůbec. Proto v terapii daleko více než o vyřešení jednotlivého problému jde o to naučit klienta, jak vůbec k problémům v životě přistupovat **(54)**.

#### 1.4.6 Histriónská porucha osobnosti (F 60.4)

##### Etiologie

Není spolehlivě odhalena. V popředí se udržují analytická východiska, která předpokládají, že falická fáze vývoje (tři až pět let) přináší sexuální zvědavost a zaujetí rodičem opačného pohlaví **(19)**.

##### Klinický obraz

Osobnostní projevy utváří mělká a labilní emotivita, dramaturgizace, teatralita. Emoční projevy jsou zvýrazněné, postoje jsou egocentrické s malými ohledy na ostatní, je zvýšená zranitelnost, touha po ocenění, pozornosti a vzrušení. S hysterickou osobností se dosud spojuje konfliktní erotizovaný vztah k rodičovským postavám, který je dědictvím psychoanalytických konceptů **(19)**.

##### Diagnostika

Naplnění diagnózy vyžaduje nejméně čtyři z uvedených pěti příznaků:

1. zdramaturgizované sebevyjádření, teatralita, zdůrazněná emocionalita;
2. sugestibilita a ovlivnitelnost;
3. mělkost a labilita emočních projevů;
4. vyhledávání vzrušení a situací a činností, které by upoutávaly pozornost;
5. nepřiměřená koketérie ve vzhledu nebo chování **(55)**.

##### Epidemiologie

Prevalence se pohybuje okolo 2-3 % v obecné i klinické populaci. Klinici diagnostikují poruchu častěji u žen. Je nutné přihlížet ke společenským zvyklostem prostředí, z něhož klient přichází, porucha se zřetelně začne projevovat v časně dospělosti, často však splňuje diagnostické podmínky již v adolescenci **(55)**.

##### Terapie

Klient této kategorie často přichází s depresí, se somatickými problémy, pro obtíže v mezilidských vztazích, kterým je nutné věnovat spíše symptomatický

léčebný postup. Ukázněný a potřebný déletrvající terapeutický vztah pacienti obvykle neudrží **(19)**.

#### 1.4.7 Neorganická enuréza (F 98.0)

##### Etiologie

Dříve byla zdůrazňována role psychogenních faktorů vzniku a udržování enurézy. V současné době nacházíme více příčin, které mohou v etiogenezi poruchu spolupůsobit.

1. hereditární vlivy,
2. organické vlivy,
3. psychogenní vlivy.

Kompletním pediatrickým a neurologickým vyšetřením je třeba vyloučit organickou příčinu pomočování **(40)**.

##### Klinický obraz

Jako enurézu označujeme mimovolní pomočení u dětí starších pěti let, ke kterému dojde nejméně dvakrát za měsíc. Další podmínkou je, že u těchto dětí vyšetřením nenajdeme organickou příčinu pomočování. Dle MKN–10 je porucha charakterizována bezděčným pomočováním ve dne nebo v noci. Primární enuréza bývá též kombinovaná s hyperkinetickým syndromem. Někdy bývá enuréza v kombinaci s enkoprézou **(19)**.

##### Diagnostika

Rozlišujeme enurézu primární (nikdy nebyl suchý interval) a sekundární (dítě se šest měsíců nepomočovalo). Dále lze enurézu rozdělit na denní a noční **(40)**.

##### Epidemiologie

Do pěti let je fakt, že se dítě občas pomočí, fyziologický. V pěti letech nacházíme enurézu asi u 16 % dětí, v sedmi letech u 7 % a ve čtrnácti letech u necelých

2 %. Primární enuréza je dvakrát častější než enuréza sekundární. V jedenácti letech je počet chlapců dvojnásobný oproti počtu dívek **(19)**.

### Terapie

1. Režimová opatření: je zapotřebí naučit dítě správnému pitnému a mikčnímu režimu, s převahou tekutin během dne, s menší potřebou příjmu tekutin v noci.
2. Medikamentózní léčba používá antidiuretický hormon, který se aplikuje v kapkové formě do nosu před spaním. Další skupinou léků jsou tricyklická antidepresiva, zejména imipramin.
3. Používání budících přístrojů.
4. Psychoterapie a práce s rodinou. Uplatňují se prvky psychoterapie podpůrné, psychoanalyticky orientované i behaviorální **(19)**.

## **1.5 Ústavní péče**

Ústavní péče se u klientů mladších osmnácti let v současnosti nařizuje v případě, jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena. Předchozí výchovná opatření nevedla k nápravě a jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit **(87)**.

Ve své knize Ústavní péče uvádí O. Matoušek tři hlavní funkce ústavů:

1. **Podpora a péče**, která je důležitá především v ústavních zařízeních, která poskytují náhradu za rodinu (nefunkční či chybějící). Jedná se o dětské domovy, kojenecké ústavy, výchovné ústavy (následně se jedná o zařízení pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované lidi, domovy důchodců atd.).

2. **Léčba, výchova a resocializace**, jsou v popředí v nemocnicích, rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež. Cílem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient bude odcházet v pozitivně změněném stavu.



3. **Omezení, vyloučení, represe** se uplatňují především ve věznicích, psychiatrických zařízeních s nedobrovolným pobytem. Jinak by byla společnost ohrožena kriminálními osobami nebo lidmi trpícími duševními nemocemi **(37)**.

Zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy patří mezi zařízení s funkcí výchovnou a resocializační, plní však samozřejmě i funkci péče a podpory, kterou klienti nemuseli vždy zažít v rodinném prostředí **(75)**. Konkrétně klienti mají zažít řád, disciplínu, získat vedle sociálních dovedností pracovní dovednosti, naučit se nekonfliktně spolupracovat. Klienti by se měli během pobytu zotavit z tíživé situace, kterou často zažívali v přirozeném prostředí. Kromě podpory vztahové je klientům poskytována i podpora ve smyslu zabezpečení základních potřeb obživy, střechy nad hlavou, praní prádla atd. **(37)**.

Ústavní péče byla v posledních dvou desetiletích v západních zemích podrobena ostré kritice. V důsledku toho docházelo k jejímu - možno-li tak říci – ukvapenému a nerealistickému rušení. Odborníci si však postupem času stále více uvědomovali, že ne pro všechny děti je okamžitá náhradní rodinná péče vhodná a že ústavní péče je nezbytnou součástí celého systému náhradní péče o děti, které jsou nucené vyrůstat mimo vlastní rodinu **(39)**.

### ***1.6 Program „Borouk“***

Výchovný ústav Husův domov a školní jídelna ve Dvoře Králové nad Labem je zařízení pro výkon ústavní výchovy podle zákona č. 109/2002 Sb., v platném znění, pro chlapce ve věku od patnácti do osmnácti let věku s diagnostikovanými poruchami chování a dalšími psychiatrickými poruchami, kteří mají ukončenou povinnou školní docházku. Jedná se o zařízení školské, jehož zřizovatelem je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR **(85)**.

Socializačním programem „Borouk“ zajišťuje ústav výchovu, vzdělávání a asistenční pomoc dětem trpícím poruchami chování (viz výše). Současně je programem ošetřena i výchova a vzdělávání dětí s dalšími psychiatrickými poruchami.

Program „Borouk“ vychází z manuálu, který obsahuje kompletní informace a pokyny ke všem typům odborných a pedagogických činností, které klienti výchovného ústavu v průběhu pobytu absolvují. Je rozpracován v přibližném časovém sledu, jak navazují činnosti klienta v rámci pobytu. Jedná se o soubor požadavků, které se vyžadují v současném přístupu k problematice poruch chování a dalších komorbidních onemocněních. Materiál je doplněn praktickými příklady a náměty činností, které jsou ověřeny praxí.

Základní filozofií socializace klientů je kognitivně behaviorální přístup. Páteřním prvkem socializačního programu je režimová terapie spojená s krátkodobými a střednědobými motivacemi, v návaznosti na další vzdělávání klientů a na ambulantní zdravotnickou léčbu.

Klienti jsou rozděleni do dvou komunit (tzv. klub modrých, klub žlutých), a to dle specifikace poruch chování a hlavně komorbidit. V klientech se cíleně vytváří pozitivní přístup „ke svému klubu“ pomocí rituálů (rozdělení při stravování, při pracovní terapii apod.).

Režimová terapie nemá význam „drilu“, vypuštěny jsou z ní všechny ponižující a imperativní způsoby, které mají donucovací podtext **(64)**.

Většinou není možné dosáhnout výraznějšího úspěchu při odstraňování poruch chování klientů bez systémového přístupu k jejich řešení. Celou problematiku vychovatelnosti klientů s kombinovanými poruchami chování komplikuje skutečnost, že v řadě případů je porucha způsobena více faktory (kombinací výchovných chyb, sociální zanedbaností, disharmonickými rysy osobnosti, organickými symptomy a mikrosymptomy) **(78)**.

Výkonnými pracovníky programu jsou v první řadě vychovatelé, odbornou a podpůrnou péči v Husově domově podle tematických oblastí zajišťuje ředitel, etoped, zdravotní sestra, sociální pracovnice, pomocný personál, hospodářský úsek **(83)**.

### Vychovatel

*Motto: Pedagogický personál je svými postoji a svým jednáním pro dítě šancí, dobrodiním, ale také ohrožením či neštěstím (16).*

Na funkci vychovatele jsou při výchovném programu kladeny vysoké nároky. Jedinci s poruchami chování vyžadují od vychovatele nestandardní, vskutku individuální přístup, který je ve svém výsledku nezdědka málo uspokojivý nebo dokonce neuspokojivý **(75)**.

Výchovná práce v ústavních zařízeních je značně náročná a vyžaduje speciální vysokoškolskou přípravu. Základem výchovného a převýchovného působení je pevně stanovený denní režim, jasné vymezení práv a povinností, vytvoření hodnotové a motivující náplně volného času. Důsledné dodržování stanovených pravidel má v převýchově zásadní význam. Vychovatel, který provádí individuální terapii s dětmi, musí mít odborné znalosti v oblasti psychopatologie dítěte, psychických poruch, které vedou k odhalení příčin konfliktů, neurotických reakcí a umožňují objektivní poznání klientů a na základě tohoto poznání jim účinně pomáhají a ovlivňují je žádoucím směrem **(78)**.

Vychovatel musí mít přehled o speciálních metodách léčby, skupinových procesech, metodách vedení skupiny a musí ovládat terapeutické metody, jako je např. diskuse, hraní rolí, nácvik podle vzoru, záznam na video, malování, hraní her, vyprávění příběhů a provozování hudby **(51)**. Postoj vychovatele po stránce aktivního vedení a direktivního strukturování terapeutického dění musí být v terapii dětí mnohem pružnější a přizpůsobivější, než je třeba u dospělých. Závisí více na vzniklé situaci než na problému či zvoleném postupu. K profesionálním předpokladům pedagoga patří i zvláštní osobní a technická připravenost cíleně navozovat terapeutické změny. Vychovatel je při vedení klienta s poruchami chování často postaven do situace rychlého bezodkladného rozhodování, kdy by míra subjektivity při takovém rozhodování měla být omezována úrovní a kvalitou jeho odborných znalostí **(75)**. Terapeut, který „léčí“ děti, musí být tvořivý, přizpůsobivý, musí umět děti zaujmout, musí je mít rád a mít přirozenou schopnost jim rozumět a komunikovat s jejich myšlením a představami **(56)**. Rovněž tak by svým jednáním s ostatními měl ukazovat a dokazovat, že konflikty lze řešit bez agrese a ubližování druhým, bez pocitů bezmocnosti a sebelítosti, přiměřeně a asertivně. Svým chováním (vědomě i nevědomě)

zpevňuje žádané vzorce chování klientů (pochvalou, úsměvem, zájmem) a oslabuje chování jiné (verbálním či neverbálním nesouhlasem, nezájmem) **(55)**.

V práci s klienty trpícími poruchou chování je vztah vychovatel – klient ohniskem terapie. Kvalita vztahu ovlivňuje ochotu klienta spolupracovat a v jejím důsledku průběh terapie, její pokračování a výsledky **(56)**. Vychovatel, který má ke klientům dobrý vztah, může částečně nahradit nefunkční rodinu nebo doplnit její působení tam, kde je funkční jen omezeně. *Jako znaky dobrého vztahu klienti často uvádějí např. některé neverbální projevy vychovatele („neodtahuje se ode mne, neuhýbá očima“)* či *ochota pravidelně a předvídatelným způsobem si pro něj nacházet čas* **(50)**. Vychovatel by neměl zapomínat, že se často stává jedinou dospělou osobou, k níž má klient důvěru, čímž je, vzhledem ke svým vědomostem, „odborníkem první linie“, který může rozpoznat problémy a nacházet jejich řešení, pozorně naslouchat a odhalovat skryté významy v tom, co mu klient říká **(50)**. Prohlubující se vztah mezi pedagogem a klientem, vzájemné akceptování a respektování pocitů a emocí přináší klientovi pocit jistoty a důvěry.

Vychovatel by měl klientovi od počátku dávat najevo, že ho přijímá jako plnocenného spolupracovníka, který je pro úspěch jejich počínání nepostradatelný a jemuž přísluší důležitý podíl na jeho úspěších **(31)**, že ho přijímá takového, jaký je, a jasně odlišovat jednotlivé složky jeho chování a myšlení od jeho lidské hodnoty a nehodnotit jej pod nálepkou poruchy **(55)**. Je důležité se do příčin problematického chování klienta vcítit a objektivně je zhodnotit.

Rovněž tak nedopouštět se chyb tím, že si vychovatelé všimají pouze problematického chování klienta a vypouštějí tak ocenění a pozitivní stránky klienta. Pro průběžnou kontrolu stejně jako pro motivaci klienta je zapotřebí registrovat denní úspěchy a ocenit je uznáním a chválou. Zásadně by měla být cílem všech pedagogů výchova pokud možno bez trestu. Trest má smysl jen tehdy, když je nevhodné chování spojeno s určitou ztrátou prestiže klienta, ne však, abychom klienta trestali **(2)**.

Při výchově dětí s poruchami chování a emocí je vychovatel neustále vystaven riziku vzniku krizové situace (např. vzniku agresivního jednání klienta). Aby tomu předešel, neměl by sám vytvářet „podhoubí“ pro takovou situaci. Často k tomu dochází

proto, že vychovatel přenáší vlastní problémy do výchovného procesu, snaží se nad klienty „zvítězit“ silou, nemá dostatek iniciativy pro vedení výchovy, nemá dostatek lásky a pokory **(51)**.

Součástí odbornosti vychovatelů by mělo být umění včas rozpoznat krizovou situaci, v níž se klient ocitá, a přiměřenými prostředky mu aktivně nabídnout podporu a patřičnou pomoc. Každý, kdo pracuje s mladými lidmi, by měl umět provést základní diagnózu krizové situace, tj. zachytit a rozpoznat signály nadcházející krize, a poté se zorientovat v situaci, zjistit, co se děje neobvyklého **(23)**.

#### Vodítka k výchovné práci

Při rozhodování, které metody má vychovatel při práci s klienty použít, nám mohou pomoci odpovědi na čtyři základní otázky:

1. Je dítě v takovém vývojovém stádiu, aby to umožnilo verbální terapii?
2. Je dítě schopno klidně sedět, naslouchat a soustředit se?
3. Je dítě k terapii motivováno, nebo je vhodné využít terapie hrou ke zvýšení jeho motivace?
4. Je dítě verbálně zdatné, nebo má sklon k malování, hudbě, tanci, či hře?

Vhodný přístup lze také charakterizovat pomocí šesti pravidel pro myšlení terapeutů, vychovatelů **(32)**.

- Přemýšlejte o chování klienta (místo abyste se soustředili na problémy).
- Přemýšlejte o možných řešeních (místo abyste přemýšleli o příčinách).
- Přemýšlejte o přednostech klienta (místo abyste se zaměřili na jeho nedostatky).
- Přemýšlejte o jednotlivých malých krůčcích (místo o dlouhodobých výsledcích).
- Přemýšlejte pružně (místo abyste pořád opakovali totéž).
- Přemýšlejte o budoucnosti (místo o minulosti) **(32)**.

### 1.6.1 Přijímání klienta do programu

Klient je přijímán na základě správního rozhodnutí Diagnostického ústavu, Praha 2, Lublaňská 33, po diagnostickém pobytu z jiného ústavního zařízení, nebo přímo z Dětské psychiatrické léčebny. Dobrovolné pobyty v rámci socializačního programu „Borouk“ nejsou v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy realizovány **(89)**.

Důležitý je souhlas zákonných zástupců s ambulantní psychiatrickou léčbou, který je v mnoha případech pro rodiče pouze formalitou. V případě, že není možné zákonné zástupce nalézt, či z jiného důvodu nemohou písemně stvrdit souhlas s ambulantní psychiatrickou léčbou, je souhlas opatřen soudní cestou **(64)**.

Soud nařizuje ústavní výchovu nebo ukládá ochrannou výchovu, avšak nerozhoduje o tom, jak dlouho a v jakém zařízení bude výchova realizována. Délka pobytu záleží na změně podmínek, pro které byla ústavní/ochranná výchova nařízena, může být zrušena na žádost zákonných zástupců dítěte, či automaticky zaniknout dosažením zletilosti. Ve zvlášť odůvodněných případech může soud ústavní/ochrannou výchovu prodloužit, maximálně však do devatenácti let věku jedince. O místě, kde bude ústavní/ochranná výchova realizována, rozhoduje příslušný diagnostický ústav na základě komplexního vyšetření jedince **(66)**.

### 1.6.2 Adaptační období

Adaptační období má za cíl, funkční adaptační změny, které vedou klienta k přijetí socializačního programu jako dočasného způsobu života v Husově domově.

Pro vývoj skupiny i pro vývoj klienta jsou důležité vstupní projevy chování, v nichž se projevují jeho osobnostní rysy, a jeho obranné reakce. Každá forma počátečního chování klienta ve skupině prozrazuje jeho základní problém. Skupina má poskytovat každému zařazenému klientovi jistotu, sociální uznání a přijetí. Klient se v ní může plně projevit beze strachu z navazování kontaktu. Pečlivý výběr do skupiny předchází riziku odmítání mezi klienty **(31)**.

System adaptace klientů předpokládá, že první kontakt nově příchozího klienta probíhá s adaptačním týmem. Adaptační tým se skládá ze zkušeného pedagoga, zdravotní sestry a pěti až šesti klientů již zapojených v socializačním programu. Nový klient je převážen mikrobusem z předešlého zařízení. Už během cesty získává informace o životě v Husově domově na úrovni vrstevníků, kteří jsou pro něho nejdůležitější autoritou. Současně dochází ke vzniku prvních interpersonálních relací a klient přijíždí do zařízení informovaný o režimu, volnočasových aktivitách, o pedagogických pracovnících a to v kladném i záporném slova smyslu. Takto pojatá první adaptační fáze snižuje riziko útěku u klienta, jeho rychlejší adaptaci a vytváří předpoklady pro včasné nastavení etopedické diagnostiky **(64)**.

Po příjezdu do Husova domova se klient ocitá v pozornosti všech pracovníků Husova domova. Příjezd nového klienta je vždy třeba chápat jako pozitivní událost. Po stránce odborné zdravotní sestra z adaptačního týmu kontaktuje zdravotní personál předešlého zařízení a získává neformální informace, které nejsou obsaženy v propouštěcích nebo překladových zprávách a jsou důležité pro rychlé vypracování individuálně výchovného plánu klienta. Tyto předává vychovateli ve službě pro rychlejší adaptování nováčka v probíhající fázi denního režimu. Současně předává případné léky, aby mohlo být pokračováno v nastavené terapii bez jejího přerušení a to do doby předání klienta ambulantnímu lékaři.

Sociální pracovnice Husova domova zajišťuje převzetí stávající dokumentace. Jejím úkolem je doplnit chybějící dokumentaci a doklady, zajišťuje návaznost na předchozí vzdělávání, aby nedošlo k přerušení kontinuity školní docházky. Současně kontaktuje rodinu, blízké příbuzné nového klienta, a je-li to možné, zprostředkovává vzájemný telefonický kontakt **(64)**.

Etaped ústavu provádí vstupní pohovor s klientem, obsahující zejména informace o důvodech umístění, podmínkách jeho pobytu v Husově domově, vnitřním řádu, právech a povinnostech a o jeho dalších perspektivách a seznámí klienta s organizačním zajištěním dalšího vzdělávání **(83)**.

Začlenění dítěte do výchovné skupiny provádí rovněž etoped ústavu. Pověřený pedagogický pracovník seznámí klienta s ostatními klienty, přidělí mu lůžko, osobní skříňku a věci osobní potřeby, včetně ošacení a dalšího vybavení. Současně informuje klienta o organizaci života v zařízení. Klient je etopedem zařazen do jednoho z „klubů“, současně zpracovává tento pracovník program rozvoje osobnosti dítěte na základě komplexní diagnostické zprávy ve spolupráci s odborným pracovníkem diagnostického ústavu, který dvakrát ročně ověřuje účelnost a výsledky výchovně vzdělávací činnosti v zařízení **(85)**.

Ředitel zařízení zajistí, aby se s programem seznámili všichni pedagogičtí pracovníci, obvykle se to děje na pedagogické radě Husova domova. O všech těchto popsaných krocích je veden záznam, který je součástí osobního spisu klienta **(64)**.

Při adaptačním programu je třeba eliminovat vznik animozity a pokračování jiných negativních vztahů, které s sebou přináší předchozí pobyt klientů v předchozích zařízeních, psychiatrických léčebnách a ústavech. Je třeba blokovat pokračování negativních vztahů táhnoucích se z minula, zvláště tam, kde se jedná o klienty s počínající sexuální deviací. Je nezbytné vzbudit u klientů hned zpočátku důvěru a vést je k přesvědčení, že se v novém prostředí setkají s porozuměním **(64)**.

Adaptační program trvá přibližně jeden měsíc, kdy dochází k první výrazné korektuře programu rozvoje osobnosti tím, že se stanoví reálné reparační priority, a to ve všech oblastech služeb, které ústav poskytuje nebo zprostředkovává (vzdělávací, sociální, zdravotní a právní ochrana). Spolu s vypracováním programu rozvoje osobnosti je vypracována předběžná sociální prognóza, kdy některé úkony sociálních služeb je třeba realizovat s velmi značným předstihem (invalidita z mládí, žádost o umístění klienta do Ústavu sociální péče, oznámení o nadcházejícím propuštění) **(64)**.

V průběhu adaptačního období současně probíhá komplexní preventivní zdravotní péče o klienta, která se skládá ze základního vyšetření pediatrického, psychiatrického, laboratorního vyšetření na hepatitidy, HIV a jiné přenosné choroby a kterou organizuje zdravotní sestra. Smyslem specializované psychiatrické péče je v kombinaci s programem „Borouk“, s jeho sportovními, volnočasovými a pracovními



terapeutickými částmi docílit postupného snižování dávek psychofarmak na úroveň nezbytně nutnou, při zachování veškerých aktivit klienta.

Adaptační program má smysl jen tehdy, adaptuje-li se klient na pozitivní a vlídné prostředí ústavního zařízení. Úkolem celého personálu je vlídné prostředí pro klienty trvale udržovat, především vstřícným jednáním („My jsme tady pro Vás, ne Vy pro nás“) a odstraňovat náznaky vzniku negativních jevů a antisociálních projevů (eliminace šikany, „obchodu mezi klienty“, snižování důstojnosti klientů a všech xenofobních projevů a rasismu). Adaptační období má proto za úkol, aby vynikla pozitivní adaptovanost v rámci společenského obecně využívaného systému hodnot **(64)**.

### 1.6.3 Organizace dne

Organizace dne je uspořádána tak, aby odpovídala kolísání výkonnosti klientů, kteří při vyučování převážně sedí a mají nedostatek pohybu. Důležitou součástí dne se stávají pohybové aktivity formou rekreační tělovýchovy nebo soustavnějších zájmových pohybových činností. Nezanedbatelnou součástí režimu dne jsou činnosti související s osobní hygienou a stravováním **(50)**.

Organizace dne má rozdílný charakter v pracovní dny a ve dnech pracovního volna (soboty, neděle, svátky).

#### Snímek dne

6:00 hod.	budíček (v sobotu a neděli v 8:00 hod.)
6:10 – 6:40 hod.	ranní hygiena a ranní úklidy
6:45 – 7:00 hod.	snídaně (v sobotu a v neděli v 8:30 hod.)
7:05 – 7:15 hod.	příprava na dopolední zaměstnání
7:30 hod.	začátek vyučování a nástup na dopolední zaměstnání
10:00 hod.	svačina
12:30 – 13:00 hod.	příprava na oběd
13:00 hod.	oběd

13:30 – 14:00 hod.	příprava na odpolední program
14:05 – 17:30 hod.	hlavní odpolední program, individuální vycházky
17:30 – 18:00 hod.	hygiena, příprava na večeri
18:00 hod.	večeře
18:45 – 19:45 hod.	osobní volno
19:45 – 20:00 hod.	II. večeře
20:00 – 21:00 hod.	večerní hygiena, úklidy společných prostor
21:00 – 22:00 hod.	večerka

O sobotách a nedělích je program sestavován v rámci pedagogiky volného času. Klienti se na sestavování programu podílejí a jsou s ním seznámeni. V těchto dnech probíhají, mimo jiné, celodenní a polodenní individuální vycházky **(64)**.

#### Budíček

Jedná se o úsek dne, který je pro klienta nejvíce stresující. Klient se musí probudit za situace, kdy je většinou pod vlivem psychofarmak a v relativně krátkém časovém úseku třiceti minut vykonat ranní hygienu a sebeobslužné činnosti, ustláni lůžka, obléknutí a ranní úklidy. Tento úsek dne je velmi konfliktní, a proto je zajišťován všemi zaměstnanci v ranní službě, kdy jejich úkolem je navodit atmosféru pohody, vstřícnosti, optimismu.

V tomto úseku dne je nutná úzká součinnost pedagoga a jeho asistentů především v oblasti krátkodobé motivace a rozvolňování počínajících projevů agresivity. V této fázi je vhodné používat krátkodobé cvičení navozující aktivitu. Nicméně je nezbytné, aby blok ranních činností byl důsledně bezzbytku plněn všemi klienty s přihlédnutím k jejich psychickému stavu a možnostem **(64)**.

Účelem je nácvik souboru sebeobslužných kroků, které odpovídají civilizačním zvyklostem a v budoucnu umožní klientům nedostávat se do konfliktu se sociálním prostředím **(21)**.

### Stravování a stolování

Podle některých odborníků je špatná strava jednou z příčin poruch chování. Jedná se hlavně o rychle se spalující potraviny a rafinovaný cukr, pokrmy z něj připravené mají znatelně nepříznivý vliv na chování klientů. Mnoho klientů má bezprostředně po jídle, příliš mnoho energie, která se rychle uvolňuje. Klienti bývají podráždění, hyperaktivní, jednoduše zlobiví. Další rizikovou složkou obsaženou v potravinách je tartrazin (E 102), který je součástí potravinářského žlutého barviva, u klientů může vyvolávat prudké výbuchy hyperaktivity. Silně škodlivé jsou fosfáty obsažené v průmyslově zpracovávaných potravinách, což jsou hamburgery, tavené sýry, instantní polévky a podobně. Rozumný přístup ke stravování přesvědčivě podporuje i studie, jejíž výsledky uveřejnil v září 1988 list *New Internationalist*, která prokázala, že kriminalita tří tisíc mladých delikventů, jímž byla po dobu jednoho roku podávána vysoce hodnotová strava, se za tu dobu snížila o 70-80 % **(2)**.

Společná příprava jídla a společné stravování hraje v komunitě významnou roli. Ve většině našich ústavních zařízení plní společné stravování pouze jediný úkol – nasytit klienta, popřípadě jej naučit sebeobslužným návykům a dovednostem **(57)**.

Důležitou úlohu u dětí hraje postupný nácvik stolování a pochopení jeho významu. Nejedná se pouze o výuku etikety, ale o pochopení a zažití si funkce stolování jako komunikativního sociálního prostředí **(29)**.

Cíleně je klient veden k promyšlenému budování vlídnosti a ohleduplnosti k druhému člověku a k obnovení archetypální úlohy společného jídla jako prostředku, kterým je sdílení společenství **(30)**.

Po ukončení snídaně asistenti pedagoga převádějí klienty k dopolednímu zaměstnání k teoretické nebo k praktické výuce. Předáním klientů učitelům školy končí ranní úloha pedagoga a dále asistent pedagoga zajišťují výuku spolu s učiteli **(64)**.

Setkání u stolu nám umožňuje kromě setkání s člověkem tváří v tvář i pocit, že někam patřím, poskytuje člověku emoční jistotu a stává se prostředkem navazování přátelských vztahů, posezení u jídla stmeluje lidi a dává jim pocit životní jistoty. Vždyť již v raném dětství bylo jídlo naším prvním zážitkem a zároveň i požítkem, způsobem

zahnání prvotních pocitů nelibosti, potěšení z jídla nás nadále provází celým životem **(63)**. S jídlem je spojena také většina svátků, společenských oslav, přijímání, ale i loučení. Bývalo zvykem za jídlo poděkovat, stolování bylo rodinným obřadem a od stolu se odcházelo, až když všichni členové rodiny dojedli. Jídlo by se pro klienty mělo stát rituálem, obřadem. V Husově domově před příchodem do jídelny vychovatelé zklidňují klienty a do jídelny se vchází v tichosti. Během stravování nejsou klienti vedeni k soutěžím“ kdo bude první“, raději je necháváme v klidu se najíst, jen upozorňujeme opozdilce na to, že celá komunita čeká, až oni dojedí. Průběh každého jídla u klientů se řídí akcentem na význam stolování, vzhledem k zatížení dětí léky a projevy neurologických či jiných onemocnění. Při jídle klienty obsluhuje personál ve službě bez rozdílu funkčního zařazení, čímž signalizuje klientovi, „my jsme tu pro Vás“, ale současně předchází rizikům při samoobsluze, která jsou způsobována aplikovanými léky **(64)**.

#### Zakončení dne

Po ukončení večeře probíhá krátké hodnocení dne, činnosti jednotlivých klientů, chování apod. Následují sebeobslužné činnosti, úklidy, hygiena. Krátký individuální program klientů, který zahrnuje sledování televize, čtení, psaní dopisů apod., probíhá na pokojích nebo klubovnách oddělení. Následuje druhá večeře a ve 21 hodin večerka **(64)**.

#### 1.6.4 Vzdělávání

##### Teoretické vyučování

Většina klientů vyžadující výchovně léčebný režim, je přijata po nástupu po nástupu k dvouletému studiu v Základní a Praktické škole ve Dvoře Králové n/L, obor společného stravování. Vyučovací třída je součástí zařízení, sem externě docházejí pedagogické pracovnice základní a praktické školy na výuku **(64)**.

Při výuce je přítomen asistent pedagoga, který je podřízen učiteli a zajišťuje zejména kázeň ve třídě i rychlou reakci na mimořádné situace způsobené poruchami chování nebo nepříznivým zdravotním stavem klienta. Povinností asistenta pedagoga je

rovněž dbát na pitný režim dětí a v případě agresivní tenze většího počtu dětí, nebo výraznějších projevů hyperkinetického chování nastavuje po dohodě s učitelem relaxační přestávku (použití přilehlého bazénu, krátká procházka s dětmi po okolí, použití videa s krátkým relaxačním programem), která zabrání přetěžování (frustraci), vyčerpání a následné neurotizaci klientů a pomáhá udržet příznivou sociálně psychologickou a pracovní atmosféru ve skupině **(64)**.

Teoretické vyučování je ukončeno odchodem na oběd. Asistenti pedagoga převádějí klienty do školní jídelny na oběd, za asistence pedagoga v žurnální službě. Účast pedagoga v žurnální službě je rovněž nezbytná při výměně prádla (krizový bod týdenního programu).

Úkolem asistenta pedagoga je předat svěřený „klub“ klientů v určený čas pedagogům k odpoledním blokům volnočasových aktivit. Klienti jsou v této době převlečení a po polední aplikaci léků **(64)**.

#### Praktické vyučování

Dle požadavku vyučujícího převáží asistenti pedagoga mikrobusem klienty na pracoviště praktického vyučování. Úzce spolupracuje s vyučujícím, při praktickém vyučování v terénu odpovídá za využívání pojízdné šatny a dodržování předpisů bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

V případě neklidu a agresivní tenze většího počtu klientů po dohodě s vyučujícím zvolí relaxační přestávku, pokud se situace nedaří zklidnit, po dohodě s vyučujícím přerušuje praktické vyučování a vrací se s klienty na Husův domov.

Asistenti pedagoga jsou po celou dobu vyučování vybaveni příslušným komunikačním zařízením **(64)**.

#### 1.6.5 Volnočasové aktivity

*Jak se člověk může naučit hospodařit s volným časem? Naučí se to sám od sebe, nebo potřebuje, aby ho někdo vedl? Jak můžeme ve volném čase na mladé lidi pozitivně výchovně působit a jak je můžeme vychovávat pro volný čas? **(50)**.*

Způsob využívání volného času je jedním z důležitých ukazatelů životního stylu. Osobní zájmy a záliby dokážou člověka doslova zachránit v náročných situacích, životních neštěstích a ztrátách. Předpokládá se formování takových rysů osobnosti, které jsou z hlediska potřeb společnosti chápány jako kladné a žádoucí. Podíl výchovy mimo vyučování může být zanedbatelný, může se však stát činitelem, který závažným způsobem ovlivňuje život a budoucnost člověka **(50)**. Funkce a možnosti volného času komplexně (a v některých směrech obdobně) vymezil německý pedagog volného času Horst W. Opaschowski (nar. 1941), který za základní považuje:

- Rekreaci (zotavení a uvolnění).
- Kompenzaci (odstraňování zklamání a frustrací).
- Výchovu a další vzdělávání (učení o svobodě a ve svobodě, sociální učení).
- Kontemplaci (hledání smyslu života a jeho duchovní výstavba).
- Komunikaci (sociální kontakty a partnerství).
- Participaci (podílení se, účast na vývoji společnosti).
- Integraci (stabilizaci života rodiny a vrůstání do společenských organismů).
- Enkulturu (kulturní rozvoj sebe samých, tvořivé vyjádření prostřednictvím umění, sportu, technických a dalších činností) **(17)**.

Ve výchovných ústavech by měly být ve volnočasové výchově zahrnuty: a) výchovné programy usilující o sociální interakci mladých jedinců, o posílení jejich motivace ke změně chování a následné získání potřebných schopností a sociálních dovedností, b) léčebně výchovné programy kompenzující nepříznivé důsledky snížených předpokladů k učení souvisejících s nejrůznějšími formami vrozených nebo jiných organických postižení **(23)**.

Pedagogické ovlivňování volného času poskytuje příležitost vést jedince k racionálnímu využívání volného času, formovat hodnotné zájmy, uspokojovat a kultivovat významné lidské potřeby, rozvíjet specifické schopnosti a upevňovat žádoucí morální vlastnosti **(51)**. Plní funkci výchovnou, vzdělávací i sociální a výrazně

přispívá k prevenci společensky nevhodných a škodlivých forem chování, ke kterým mají klienti Husova domova blízko.

Kromě ovlivňování volného času výchova mimo vyučování zahrnuje další oblasti, např. přípravu na školu a upevňování hygienických a kulturních návyků. Cílené ovlivňování volného času mimo jiné přispívá k osvojení si zdravého způsobu života a pomáhá tak vytvořit zdravý životní styl. Součástí sociální funkce výchovy mimo vyučování je nácvik komunikativních dovedností, rozvoj sociálních kompetencí, seznamování s pravidly společenského chování a musí zahrnovat rozvojovou i preventivní složku **(50)**.

V socializačním programu „Borouk“ je nabídka volnočasových aktivit dětí skupinová, nebo individuální. Zájmové činnosti by měly poskytovat pocit radosti a uspokojení i chuť v nich pokračovat. Pro některé druhy činnosti je nutné klienty promyšleně získávat poukazováním na praktické využití a užitečnost činnosti apod. Pokud vychovatel vzbudí opravdový zájem, proces učení probíhá spontánně, nenásilně, bez nadměrného úsilí a v dobré pohodě **(64)**.

Činnost v době volna je volena s ohledem na psychohygienu a předchází aktivity. Odpočinkové činnosti jsou nenáročné psychicky i fyzicky a slouží k odstranění únavy. Do režimu dne se zařazují nejčastěji po obědě, ale podle potřeby i kdykoliv během dne. Mohou mít charakter klidu na lůžku, klidného pohybu, např. procházky, volných rozhovorů, popovídání **(64)**.

Součástí socializačního programu musí být i aktivity, které umožní klientům získat dovednosti potřebné k tomu, aby se dokázali efektivně orientovat i v náročnějších životních situacích, adekvátně řešit nejrůznější konflikty a vyrovnávat se s negativními emocemi **(23)**.

Pro děti, které nemohou trávit prázdniny u rodičů, jsou v Husově domově zajištěny různorodé zájmové činnosti rekreačního, sportovního a turistického zaměření.

Klienti spolu s vychovatelem jsou společnou aktivitou motivováni – mohou se na ní podílet počínaje záměrem a zpracováním projektu přes realizaci až po zakončení a hodnocení jeho bezprostředního nebo dlouhodobého výsledku **(17)**.

Z těchto důvodů je zpočátku socializačního programu volný čas plně organizován, postupně klienti přecházejí do fáze, kde si svůj volný čas organizují sami, v prostoru, který jim dávají polodenní a celodenní individuální vycházky. Rozdělení klientů podle volnočasových aktivit (skupinových i individuálních) je zapsáno do provozní knihy oddělení.

Volnočasové aktivity končí obvykle třicet minut před podáváním večeře, na kterou klienti přecházejí převlečení do domácího oděvu po běžné hygieně před jídlem **(63)**.

Skupinová nabídka volnočasových aktivit klientů Husova domova:

Pondělí	- městské lázně, keramika.
Úterý	- canisterapie, keramika.
Středa	- tělocvična, hřiště, příp. zimní stadion.
Čtvrtek	- městské lázně.
Pátek	- Zvonky.
Sobota	- celodenní program (výlety, hipoterapie).
Neděle	- polodenní program.

Individuální nabídka

Jedná se o individuální vycházky bez programu nebo individuální vycházky s programem – knihovna, muzeum, bruslení, cukrárna, kino, psí útulek, rybářský kroužek, internet. O zařazení dětí k volnočasovým aktivitám rozhoduje pedagog na základě hodnocení soutěže „vzorňák“ a s přihlédnutím ke kriminálnímu riziku, které by případná individuální vycházka s sebou přinesla **(63)**.

1.6.6 Sebeobslužné činnosti

Nácvik sebeobslužných činností se zaměřuje na vedení dětí k samostatnosti v péči o vlastní osobu a osobní majetek. Jejich podstata spočívá v pěstování návyků



osobní hygieny **(41)**. Podmínkou výchovného úspěchu je pravidelnost, denní režim, důslednost, vytrvalost a velká trpělivost **(20)**.

### 1.6.7 Terapeutická komunita

*„Komunita je místo, kde člověk může získávat emoční podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“ (Hartl, 1997) **(35)**.*

#### Žlutý a Modrý klub

Klienti oddělení pro mládež vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku jejich neurologického poškození, psychického a psychiatrického onemocnění jsou rozděleni do dvou klubů. Rozdělení klientů do menších komunit než je celé oddělení vychází ze základních potřeb každého jedince na soukromí. Klienti mají potřebu komunikovat, touží cítit, že jsou přijímáni, potřebují vzájemnost, intimitu. V rámci užší skupiny se učí naslouchat druhým, vyjadřovat se, tolerovat, respektovat a obhajovat to, co je pro ně důležité. Zkouší rozumět sobě i druhým, hledat vhodná řešení konfliktů, učí se nalézat takové způsoby, aby jejich osobní potřeby a zájmy, nebyly v rozporu se zájmy skupiny **(1)**. Začlenění jedince do systému vztahů ve skupině vytváří atmosféru, která mu poskytuje určitou míru ochrany, a zároveň prostor pro prezentaci individuálních postojů a hodnot. V rámci skupiny jsou realizovány i nejrůznější vzdělávací aktivity a zájmové činnosti **(23)**.

Klienti Husova domova jsou rozděleni do dvou klubů, které bydlí odděleně, stravují se odděleně a mají většinu programů samostatných.

Komunita dětí „Modrý klub“ je ubytována v prostoru, kde je stálá služba ve dne i v noci. Do této komunity jsou zařazováni klienti v adaptačním období a klienti vyžadující stálou péči a dozor. V prvním patře jsou velké pokoje, společné sprchy a společné toalety, centrální vypínání světel a zásuvek z vychovatelny a část pokojů, klubovna a počítačová pracovna jsou zabezpečeny posuvnými mřížemi, okna jsou opatřena bezpečnostními foliemi. Terapeutická komunita „Modrý klub“ má rozdělený pracovní den na dvě části, z nichž mají všední dny charakter praktického vyučování

s výjimkou středy, jež je dnem teoretického vyučování. Z těchto důvodů je v komunitě „Modrý klub“ žádoucí, aby volnočasové aktivity ve dnech praktického vyučování měly povahu relaxační. Následně pak je třeba program středečních volnočasových aktivit vyvažovat zátěží vůči teoretickému vyučování **(64)**.

V terapeutické komunitě „Žlutý klub“, která je ubytována ve druhém patře, jsou dvou a tři lůžkové pokoje pod vlastním uzavřením a s výjimkou zdravotní izolace nejsou okna opatřena mřížemi ani jinými bezpečnostními prvky. Každý pokoj má svoji toaletu, včetně sprchového koutu. Chodba mezi jednotlivými pokoji je v noci monitorována, rovněž tak i pokoj sloužící jako zdravotní izolace. Mezi oběma patry je umístěna posuvná mříž, kterou je možno použít v případě potřeby pro oddělení pater při mimořádných událostech. I tato komunita klientů je pod stálou kontrolou ve dne i v noci **(64)**.

Terapeutická komunita „Žlutý klub“ má také rozdělený pracovní den na dvě části, ale teoretické vyučování je zařazeno třikrát týdně (pondělí, úterý a čtvrtek), zbylé všední dny mají charakter praktického vyučování. Volnočasové aktivity jsou pak podle typu vyučování zaměřeny relaxačně nebo více dynamicky **(64)**.

#### Soutěž „vzorňák“

Soutěž „vzorňák“ je týdenní soutěž, která je pravidelně vyhodnocována na konci týdne v pátek. V soutěži klienti soupeří ve třech disciplínách (školák, pracant, snaživec). Kategorie školák a pracant dává vyniknout klientům s lepšími dispozicemi a schopností socializovat se, oproti kategorii snaživec, která je vyhrazena klientům se sociálním, intelektovým nebo zdravotním handicapem. Proto je každý týden vyhlášena soutěž v jiných specifických disciplínách, jako je např. nejrychlejší zvládnutí vstávání po dobu celého týdne, účast ve sportovních programech, nejlépe upravený klient, gentleman týdne atd. **(64)**.

Hodnocení má vždy charakter motivační **(47)**. Jde zejména o to, aby každý klient prožil svůj osobní úspěch, často první v životě. Z těchto důvodů se nepoužívá exaktních hodnotících pomůcek, jako je sčítání bodů, černé puntíky, ale využívá se

denních záznamů o chování, záznamů v provozních knihách a výsledků jednání pedagogických rad k tomu, aby všichni klienti dostali příležitost obstát. V úvahu se bere jejich zdravotní stav, intelektová dispozice i míra sociální adaptace **(64)**.

Soutěž je vedena snahou o získání atraktivních odměn pro klienty, které kopírují zákonné možnosti ústavu a atraktivitu z hlediska klientů.

Při vyhodnocování soutěže „vzorňák“ je třeba předcházet zklamání z nereálných představ klientů, kteří chtějí soutěž vyhrát bez jakéhokoliv úsilí. Obecně platí, že musí vzniknout komunikační pouto s empatickým nábojem mezi moderujícím pedagogem a klienty **(64)**.

#### Skupinové sezení „Zvonek“

Pro utužení vztahů v klubu slouží i páteční skupinové sezení klientů a vychovatelů, konajících službu, na kterém se hodnotí celotýdenní aktivita jednotlivých klientů, udělují se odměny, vyhodnocuje se soutěž „vzorňák“. Jedná se o komunitní sezení „Zvonek“, které se koná jednou týdně pro každý klub zvlášť. Úkolem komunity je mimo vyhodnocení soutěže i vyhodnocení uplynulého týdne, návrhy programu volného času, připomínky k jídelnímu lístku a projednání všech nahromaděných problémů během týdne. Symbolem sezení je zvonek, který se pokládá do kruhu sedící skupiny. Ten, kdo zvonek vezme do ruky a zazvoní, má právo mluvit, ostatní ho nesmí přerušovat **(64)**.

Před zahájením sezení je třeba klienty s poruchami chování zklidnit, připravit se na reakce těch, kteří neobstáli v soutěži „vzorňák“, a na afektivní jednání některých klientů. To vše vede k aktuálnímu zvýšení nárůstu agresivity některých klientů a odpovědi na průběh komunitního sezení. *Pro dosahování a udržování kázně v dětských skupinách byla vytvořena řada systémů tzv. managementu skupiny, které vycházejí z různých psychologických technik a poskytují praktické návody, jak jednat s dětmi agresivními neukázněnými apod.* **(50)**.

Sezení je třeba vést dynamicky, podrobné hodnocení jednotlivých témat vede k destrukci skupinového sezení. Pedagogický pracovník, který vede sezení, musí být

aktivním moderátorem, ne přednášejícím ani „uspávačem hadů“. Aktivní moderování předpokládá dokonalou znalost uplynulého týdne a vzniklé problematiky.

Na skupinovém sezení Zvonek je třeba prokládat témata osobní s tématy neutrálními nebo s takovými na nichž má klub společný zájem. Zvonek je třeba chápat jako interaktivní hru **(64)**.

Témata necháváme z části na komunitě klientů, abychom jednali o tom, co je nejvíce zajímavá **(42)**.

#### 1.6.8 Aplikace léků

Při aplikaci psychofarmak je třeba se řídit některými zásadami: počítat s citlivostí centrálního nervového systému, možností vzniku vedlejších příznaků, dyskinéz, epileptických záchvatů aj. **(49)**. Předpis léku by měl být vždy v součinnosti s úpravou výchovného prostředí. Dávky léků a jejich aplikaci je třeba pozorně sledovat a měnit, jak vzhledem k psychickému stavu klienta, tak i vzhledem k věku a tělesným komplikacím **(90)**.

Aplikace předepsaných léků je v rámci socializačního programu zajišťována zdravotní sestrou. Podávání psychofarmak je spojeno s nežádoucími účinky, které se projevují ospalostí, utlumenou psychomotorikou, extrapyramidovým syndromem **(74)** a v neposlední řadě i přesvědčením klientů, že léky jsou trestem za zlobení. Zvyšování dávkování je proto klienty přijímáno jako trestní opatření, naopak snížení dávek léčiv je pro klienty momentem přijímaným s radostí **(64)**.

Součástí socializace je změna přístupu klienta k lékům, a to zvláště proto, že je mnohdy budou provázet po celý život.

S psychiatrickou léčbou a jinými terapiemi souhlasí před započítím rodiče nebo zákonní zástupci svým prohlášením, ale velkým problémem zůstává její aplikace při negativním postoji samotného klienta k léčbě **(64)**.

U klientů, kde aplikace léků vytváří tlak na hierarchické postavení klientů ve skupině a klient odmítá léky z prestižních důvodů, je vhodná aplikace mimo výchovnou skupinu tak, aby ostatní klienti nebyli jejími svědky. Klient se dále musí

motivovat k užívání léku optimistickou prognózou, že dávky léku se budou v budoucnu snižovat, případně zůstane klient po úpravě chování zcela bez medikace. O realitě této motivace se klienti přesvědčují skutečností, že se tak děje u spoluklientů. Při vzdorovitém a opozičním postoji klienta, který vyústí v negování aplikace léků, je třeba tuto opozici a vzdor rovněž krátkodobou motivací rozvolnit a dosáhnout aplikace léku. Po úvodních dávkách psychofarmak se většinou projevy vzdorovitosti a opozice snižují v návaznosti na délce užívání léku. Klientům je třeba ukazovat na příkladech klientů, že je nezbytné v jejich stavu léky ordinované lékařem užívat, protože je chrání před případnou trestnou činností nebo obecně snižují jejich agresivitu.

V zásadě platí, že aplikace léků nesmí být prováděna násilným způsobem, ani u léků ordinovaných při neklidu, protože i tam je třeba spolupráce klienta, silný neklid musí být předem pacifikován.

Zdravotní sestra vede dokumentaci o ordinaci léků, jejich změnách u každého klienta a diář kontrol u ambulantních lékařů. Do denního záznamu o chování klienta zaznamenává změny medikace a to tak, aby bylo patrné, jestli změna ordinace přináší předpokládaný efekt **(64)**.

Základním úkolem zdravotní sestry je zabezpečení a zprostředkování přehledu o skutečném množství požitých léků. Toto opatření předejde nejen neúspěchům kúry, ale i vedlejším účinkům z nepravidelnosti užívání léků, a zároveň je i prevencí příhod, které mohou nastat v důsledku shromažďovaných a utajovaných zásob léků na oddělení **(91)**.

Léčba by měla být zaměřena tak, aby její dopad klient co nejvíce pocítil. Je vhodné plánovat léčbu společně s klientem a podpořit ho, aby si sám určil, čeho chce v léčbě dosáhnout. Když se klient může podílet na plánování terapie, zvyšuje se jeho spolupráce a snižují se jeho obavy z vnější kontroly (lépe ví, co může od medikace očekávat, a do budoucnosti je větší pravděpodobnost, že bude léky pravidelně užívat) **(55)**.

Diagnózy poruch osobnosti jsou obecně spojeny s vyšší mírou dysfunkce v sociálních rolích, a tudíž by měla být farmakologická léčba vedena tak, aby se

zlepšovaly klientovy sociální funkce. Ve farmakologických studiích je třeba zjišťovat i úroveň fungování klienta v práci, v rodině a dalších sociálních rolích **(55)**.

#### 1.6.9 Propouštěcí program

Vzhledem k dlouhé době, kterou naši klienti strávili v ústavní péči, a vzhledem k jejich zdravotnímu postižení je propuštění klientů věnována zvýšená pozornost. Půl roku před propuštěním je formálně oznámeno kurátorům pro mládež nadcházející propuštění (podle zákona č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, v platném znění), ale ve většině případů se s kurátory jedná o následné péči již rok před plánovaným propuštěním a jsou upozorňováni na závažnost problematiky s umístěním při pravidelných návštěvách klientů v zařízení (nyní jednou za tři měsíce) **(88,89)**.

#### Nácvik

Tři měsíce před propuštěním klienta z ústavní výchovy přechází klient do režimu propouštěcího programu.

Klient je seznámen s místem, kde mu ústav zajišťuje startovací podmínky po dosažení zletilosti, případně po skončení ústavní výchovy, která byla soudem prodloužena do devatenácti let.

Klienti se propouštějí do rodin, do ústavu sociální péče, domů na půli cesty, psychiatrických léčeben, azylových zařízení nebo jiných institucí. V případě odmítnutí této pomoci se vyhotovuje písemné prohlášení klienta o této skutečnosti. Klient je seznamován s možnostmi materiální pomoci dle příslušných zákonných ustanovení, především o podmínkách a výši přiznání pomoci a o její formě v materiálním a peněžním plnění. Z hlediska pedagogického se klientovi upravuje čerpání kapesného tak, aby se učil hospodařit s menšími finančními částkami. Učí se pracovat s bankovní kartou a je mu ponechána volba organizace volného času s tím, že si sám vypracovává rozvrh volnočasových aktivit **(64)**.

V této době je možné nechat narůstat frekvenci dovolenek v rodině nebo u blízkých příbuzných, kam bude klient propuštěn. Klient si má sám ověřovat realitu společného života s jeho blízkými po propuštění z ústavní výchovy a mít možnost volby přijmout pomoc od ústavu nebo se orientovat jinak. Návštěvy a propustky domů mají velký význam, umožňují nejen posoudit stupeň dosaženého zlepšení v důsledku léčby, ale i sledovat reakci okolí. Z toho pak plyne možnost předvídat proces adaptace a případně již během pobytu připravit sociální opatření. Dalším krokem je posoudit stav klienta a podle toho upravovat medicínská a sociální opatření **(80)**.

Je samozřejmostí, že klient má v propouštěcím programu u sebe občanský průkaz, kartičku zdravotního pojištění a jiné potřebné doklady, aby si zvykl o ně pečovat a při jejich ztrátě či zničení zůstala ústavu možnost ho osobními doklady znovu vybavit. Při nezvládnutí propouštěcího programu se klient vrací na přechodnou dobu do režimové části příslušného klubu a po stabilizaci klienta je pokračováno opět v propouštěcím programu. Propouštěcí program při komplikovaných případech může být nastaven úpravou plánu rozvoje osobnosti klienta. Součástí propouštěcího programu je návštěva klienta v zařízení následné péče, kam by měl být po propuštění umístěn. Přání klienta je respektováno všude tam, kde je to z technických i kapacitních důvodů možné. Klientům, u nichž by skončení ústavní výchovy zasahovalo do jejich možnosti ukončit vzdělávání, je činěna nabídka v setrvání v ústavu podle zákona č. 109/2002 Sb.. Klientovi, který má být propuštěn ze zařízení z důvodů zletilosti, je umožněno jednání se sociálním kurátorem v rámci návštěv kurátorů pro mládež **(88,89)**.

Klientům v propouštěcím programu je věnována zvláštní péče etopedem ústavu a je s nimi probírán ústavní dokument „Průvodce životem“. Etoped pracuje s klientem na vytvoření podrobné představy o jeho budoucnosti po několik měsíců. Vhodné je vybrat určité významné datum, například klientovy narozeniny nebo první den nového roku. Klient je vyzván k představě a k popsání, jak tento den stráví, jak se změnilo jeho chování a postoje, co všechno se mu za tu dobu podařilo splnit, co mu dělalo potíže, jaké jsou jeho vztahy s blízkými osobami, jaké je jeho postavení v zaměstnání apod.. Klient by si měl vytvořit podrobnou představu, jak stráví určený den v budoucnosti. Je

nutné mu stále připomínat, jaké chování a postoje si má procvičovat, a na jaké cíle se má soustředit. Musíme přitom klienta upozornit na případné nereálné plány **(64)**.

Další vhodnou metodou při propouštění klienta je časová projekce. Tato metoda se používá v případě, že se klient obává určité události, která jej čeká. Tuto metodu navrhl A.A. Lazarus **(43)**.

Rovněž se používá nácvik v představě, kdy je vhodné, aby si klient v rámci sezení prošel plánovaný úkol v představě, protože se tak může připravit na případné problémy a předem si naplánovat, jak by je mohl řešit. Tuto metodu je vhodné používat při krátkodobých úkolech **(43)**.

V rámci nácviku sociálních dovedností využíváme celé řady metod, jako je např. vysvětlování, hraní rolí, instruktáž, nácvik podle vzoru, nápověda, zpětná vazba. Během nácviku je třeba sledovat verbální i neverbální projev klienta, který musí být přesně specifikován – oční kontakt, výraz v obličeji, tón a hlasitost řeči, srozumitelnost atd. **(55)**.

#### Příprava propuštění

Vzhledem ke schopnostem klientů, kteří zvládají pracovat pouze v režimu chráněných dílen za podpory asistence, je ze strany sociální pracovnice Husova domova podána žádost o invalidní důchod, který je v mnoha případech přiznán a tvoří tak jediný budoucí příjem klientů. Invalidní důchod je vyřízen předvoláním k lékařské posudkové komisi v místě trvalého bydliště po dosažení osmnácti let věku klienta.

V některých případech je zažádáno o omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům, které je vyřizováno po dosažení osmnácti let věku.

Sociální pracovnice úzce spolupracuje s kurátory na vyhledávání vhodných zařízení následné péče v případech, kdy se klienti nemohou vrátit zpět do rodinného prostředí **(89,88)**.

#### Propuštění

V den propuštění doprovází klienta sociální pracovnice Husova domova, někdy v doprovodu ostatních klientů, do místa propuštění.



První cesta vede na městský úřad ke kurátorovi pro mládež nebo ke kurátorovi pro dospělé. Klientovi se tím tímto krokem představí člověk, na kterého se může obrátit se žádostí o pomoc či radu. Kurátor nebo sociální pracovnice Husova domova (podle míry ochoty kurátora) pomáhá zaevidovat klienta na úřadu práce, zaevidovat jej u praktického lékaře, popř. zajistit průkazku městské hromadné dopravy. Následuje cesta do zařízení následné péče, kde se zaplatí nájemné ubytovny, předává spisová dokumentace, léky apod.

Při propuštění program „Brouk“ poskytuje nezajištěným klientům jednorázovou hotovostní výpomoc ve výši 10.000 až 15.000 Kč, která se vzhledem k charakteristice klientely Husova domova předává kurátorovi, nebo pracovníkovi zařízení následné péče, v podobě gastrotravenek, hotovostí se platí ubytovna na dva až tři měsíce dopředu, průkazky na městskou hromadnou dopravu. Z hotovosti je nakoupeno i vybavení osobními věcmi (oblečení, hygiena, povlečení, nádobí, budík...). Klientům se z hotovosti přímo do ruky předává malá částka a je dohodnuta s kurátory, nebo pracovníky zařízení postupná výplata hotovostí a postupné předávání gastrotravenek **(89)**.

Hotovostní výpomocí a způsobem její výplaty, pomocí sociální pracovnice v místě bydliště, zajištěním invalidního důchodu, následným ubytováním se program "Brouk" snaží oddálit případnou kriminalitu propuštěných klientů tím, že jsou v prvním období po propuštění sociálně zabezpečeni. V době, kdy jim ještě není přiznán invalidní důchod, mají příjem v podobě podpory v nezaměstnanosti, gastrotravenek a malé hotovosti z ústavu. Program „Brouk“ tak pomáhá klientovi zvládnout první nápor paniky a nejistoty a dává mu čas zorientovat se v nastalé situaci a připravit se postupně na její zvládnání.

Doprovázením klientů do místa propuštění stávajícími klienty ústavu se snižuje vznikající tenze a pro vracející se stávající klienty se jedná o dobrou ilustrující zkušenost, která jim pomáhá konkretizovat představu, jak bude vypadat jejich propuštění a také existují možnosti v oblasti zařízení následné péče **(64)**.

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

- 1) **zmapování vzorku propuštěných klientů a analýza statistických údajů** získaných ze vzorku klientů Výchovného ústavu Husův domov Dvůr Králové n/L propuštěných v letech 2001 až 2005;
- 2) **zmapování situace po propuštění a zhodnocení následné péče** klientů s poruchami chování odcházejících z výkonu ústavní výchovy/ochranné výchovy ve Výchovném ústavu Husův domov ve Dvoře Králové n/L v letech 2001 až 2005;
- 3) **vyhodnocení socializačního programu „Borouk“**, který provází klienty během výkonu ústavní/ochranné výchovy a snaží se o jejich výchovu a pomoc při jejich vstupu a začlenění do samostatného života.

Při zmapování vzorku klientů odcházejících v letech 2001 až 2005 se autorka zaměřila na zjištění procentuálního zastoupení a četnosti typů poruch chování u vybraného souboru klientů a na zjištění charakteristik rodin, ze kterých přicházejí klienti Husova domova.

Při analýze situace po propuštění klientů a při analýze programu „Borouk“ se autorka snaží zhodnotit funkčnost programu a délku trvání jeho efektu. Zaměřuje se na faktory, které pomáhají určit míru socializace klienta, jeho následné obtíže nebo naopak úspěchy při začlenění do společnosti. Sledovanými faktory jsou: důvody propuštění, dosažené vzdělání, přiznání invalidního důchodu, zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům, pokračující ambulantní psychiatrická léčba, dlouhodobé hospitalizace v psychiatrických léčebnách, soudně nařízená psychiatrická či sexuologická léčba ve formě ústavní nebo ambulantní, místo propuštění, doba setrvání v místě propuštění, úroveň následného bydlení, následné vzdělávání, zaměstnání, trestná činnost a výkon trestu, bezdomovectví a případná úmrtí.

## **2.2 Hypotézy**

V souvislosti s formulací cílů byly stanoveny 3 základní hypotézy.

**Hypotéza 1:** Klienti, kteří procházejí programem „Borouk“, jsou klienti s nesocializovanou poruchou chování a s hyperkinetickou poruchou chování (ADHD).

*Hypotézu 1 autorka stanovila na základě dlouhodobých zkušeností s klienty Husova domova, kdy lze předpokládat, že více než 50 % klientů přichází do Husova domova s diagnózou nesocializovaná porucha chování F 91.1 a s diagnózou hyperkinetická porucha chování F 90.1.*

**Hypotéza 2:** Klienti jsou po odchodu ze zařízení Husova domova umísťováni do zařízení následné péče.

*Hypotéza 2 testuje místo propuštění, kdy se za zařízení následné péče považují odborná pracoviště typu: dům na půli cesty, ústav sociální péče, psychiatrická léčebna, azylová ubytovna. Zařízením následné péče není rodina, výkon trestu, jiný výchovný ústav. Autorka předpokládá, že více než 50 % klientů je propuštěno do zařízení následné péče.*

**Hypotéza 3:** Program „Borouk“ realizuje nácvik základních dovedností nutných pro život a pozitivně pomáhá v dalším začlenění klientů do společnosti.

*Hypotéza 3 má za úkol potvrdit účinnost programu „Borouk“, jeho zaměření na pomoc klientovi po propuštění. Autorka předpokládá, že u více než 50 % klientů proběhla některá z intervencí propouštěcího programu (viz kapitola 1.6.9 Propouštěcí program) v rámci programu „Borouk“ a že více než 50 % klientů bylo vhodně začleněno do společnosti.*

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodický postup***

Provedený výzkum je z hlediska sociologického výzkumem kvantitativním. V rámci kvantitativního výzkumu byla zvolena technika sběru dat pomocí obsahové analýzy archivovaných dat, telefonického řízeného dotazování a řízeného rozhovoru v případové studii **(9,72)**.

Celý kvantitativní výzkum (zjišťování dat, analýza dat) **(68)** byl proveden Lenkou Nápravníkovou, autorkou diplomové práce. Období, ze kterého je vybírán zkoumaný vzorek, je období, kdy autorka pracovala ve Výchovném ústavu Husův domov jako sociální pracovníce a podílela se na propouštění a přípravě následné péče klientů. S jednotlivými klienty se osobně znala a byla podrobně seznámena s jejich případovými studiemi.

První část výzkumu byla zaměřena na sběr dat, který byl prováděn metodou obsahové analýzy dat v dostupné spisové dokumentaci jednotlivých klientů archivované v Husově domově **(12)**. Další informace ke zpracování byly získány průběžným telefonickým dotazováním propuštěných klientů, rodičů nebo blízkých příbuzných propuštěných, kurátorů, zaměstnanců pracovišť následné péče v rámci zjišťování katamnestických dat. Poslední telefonické dotazování bylo provedeno v březnu 2007.

Sběr dat probíhal ve Výchovném ústavu Husův domov na oddělení pro klienty vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku jejich neurologického, psychického a psychiatrického onemocnění a v místech propuštění jednotlivých klientů.

Druhá část výzkumu je klasifikační a vztahová analýza získaných dat, která probíhá na základě principů kvantitativního výzkumu. Data jsou zpracována do tabulek I. řádu, kde jsou zaznamenány konkrétní počty, a do výsečových grafů a sloupcových grafů s procentní výměrou **(72)**.

Při získávání informací o účinnosti programu „Borouk“ byla zjišťována úspěšnost a vhodnost zvoleného zařízení následné péče. Proběhlo dotazování v rodinách a v uvedených zařízeních následné péče. Faktory úspěšnosti jsou: setrvání v zařízení, setrvání v rodině, spokojenost v rodině, plnění ambulantní psychiatrické péče, zařízení

invalidního důchodu, studium nebo zaměstnání. Faktory neúspěšnosti jsou absence ambulantní léčby (v případech, kdy je nezbytná), dlouhodobé pobyty v psychiatrických léčebnách, omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům, páchaní trestné činnosti, výkon trestu, zneužívání drog a alkoholu, bezdomovectví, úmrtí v důsledku zneužívání drog nebo v důsledku psychické choroby.

Pro přesnější dokreslení programu „Borouk“ je zpracována případová studie, obohacená údaji z katamnestického zjišťování dat po propuštění. Aktuální informace jsou získány z řízeného rozhovoru s klientem po 18 měsících od propuštění (březen 2007). Otázky rozhovoru byly zaměřeny především na zjištění nynější situace klienta, jeho situace po propuštění, na zjištění zpětného pohledu na účelnost programu „Borouk“ a na vyhlídky do budoucna.

Následně v diplomové práci dochází k testování hypotéz, jejich zhodnocení. V diskusi jsou rozvedeny výsledky výzkumu a zvážení zvoleného přístupu.

### **3.2 Charakteristika souboru**

Pro výzkumné účely byl metodicky stanoven soubor pomocí kvótního výběru, který základní soubor přesně definuje. Kvótní výběr patří mezi skupinu nenáhodných výběrů vzorků. Vytváří základní soubor, ve kterém jsou zachovány základní strukturální proporce (kvóty) podle vybraných znaků **(68)**.

Kvótní znaky pro zkoumaný soubor jsou:

1. nařízená ústavní nebo ochranná výchova;
2. umístění klienta na oddělení pro mládež vyžadující léčebně výchovný režim v důsledku jejich neurologického postižení, psychického a psychiatrického onemocnění;
3. propuštění v době od 1.1.2001 do 31.12. 2005 z Husova domova.

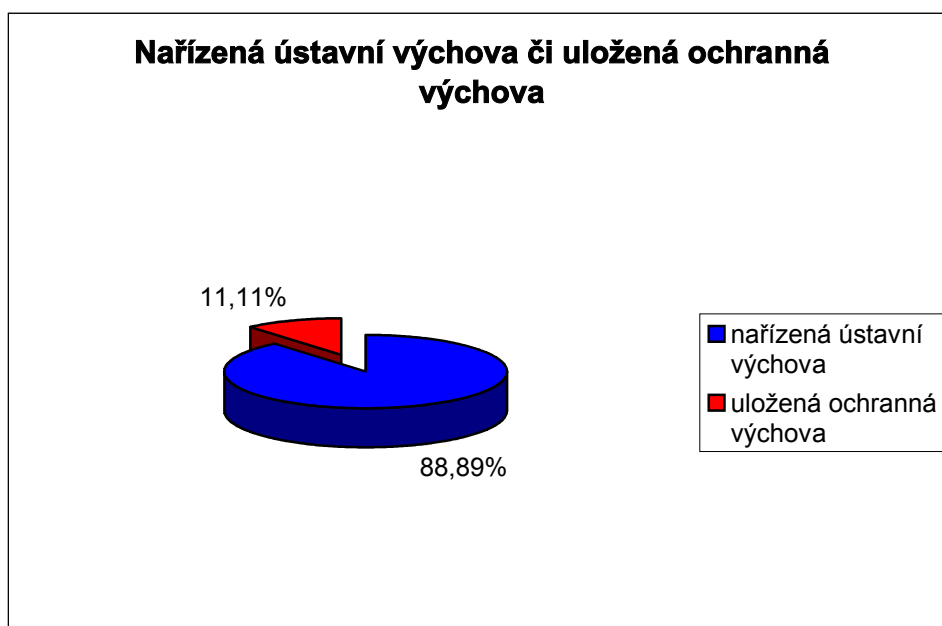
Celkový počet klientů ve vzorku je 63. Všichni klienti jsou propuštění chlapci ve věkovém rozmezí od patnácti let do devatenácti let.

Následné grafy podrobně ilustrují vybraný vzorek podle kritérií: typ rozsudku, na jehož základě jsou umístěni do Husova domova (ústavní výchova nebo ochranná výchova, ochranné léčení), typ rodiny, ze které klienti přicházejí, typ psychiatrické diagnózy. Zvolená kritéria přibližují důvody umístění klientů do ústavní péče. V popiskách jsou uváděny procentní hodnoty a v závorkách za nimi konkrétní počty, pro lepší ilustraci situace.

### 3.2.1 Ústavní/ochranná výchova

Graf 1 zobrazuje procentuální zastoupení klientů s nařízenou ústavní a ochrannou výchovou při přijetí do Husova domova.

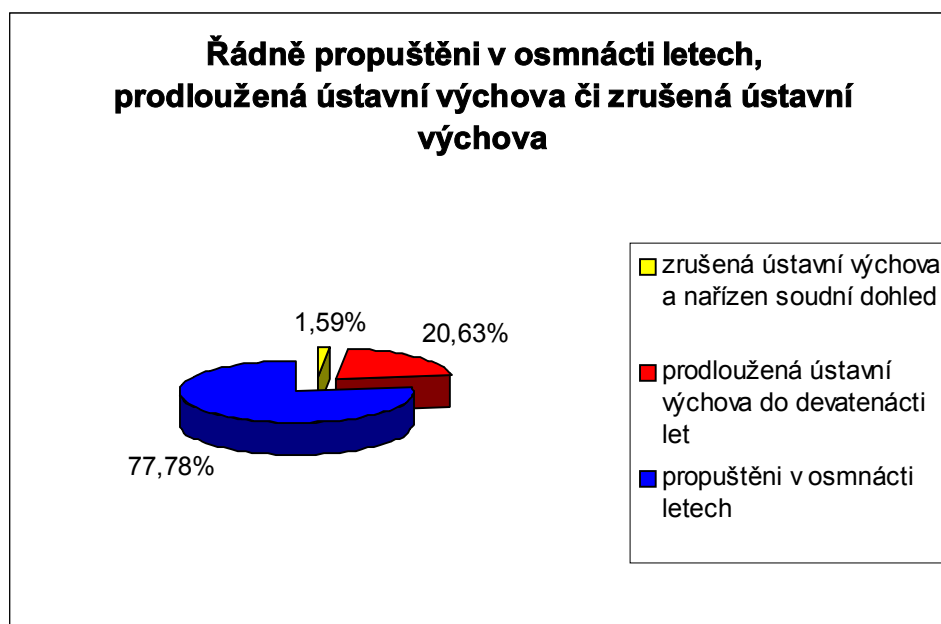
Graf 1:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 odráží stav klientů při propuštění, procentuální zastoupení klientů s ukončenou ústavní výchovou zletilostí, procentuální zastoupení klientů s prodlouženou ústavní výchovou a zrušenou ústavní výchovou.

Graf 2:



Zdroj: vlastní výzkum

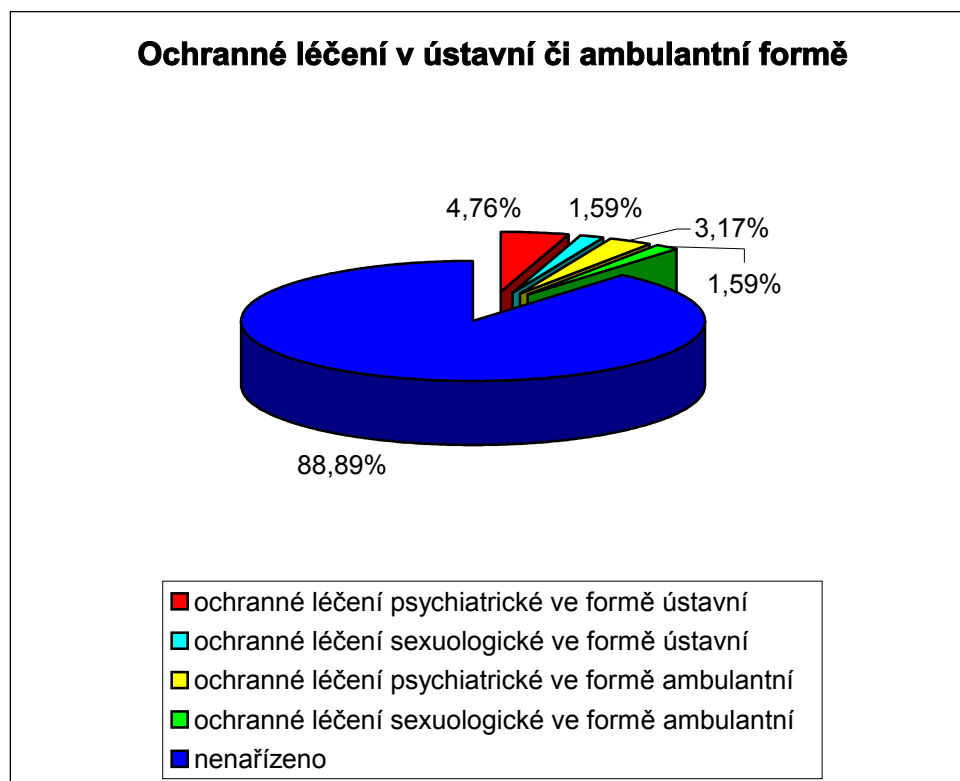
### 3.2.2 Ochranné léčení psychiatrické, sexuologické

Při přijetí do Husova domova mělo nařízeno ochranné ústavní léčení psychiatrické/sexuologické, nebo jim bylo během pobytu v Husově domově nařízeno, celkem 11,11 % klientů /7/.

Ochranné léčení psychiatrické ve formě ústavní	4,76 % /3/.
Ochranné léčení sexuologické ve formě ústavní	1,59 % /1/.
Ochranné léčení psychiatrické ve formě ambulantní	3,17 % /2/.
Ochranné léčení sexuologické ve formě ambulantní	1,59 % /1/.

Procentní zastoupení ochranného léčení nařízeného během pobytu klientův Husově domově odráží graf 3.

Graf 3:



Zdroj: vlastní výzkum

Po propuštění z Husova domova do března 2007 bylo nařízeno ochranné léčení sexuologické ústavní formou u 1,59 % klientů /1/.

Po propuštění z Husova domova do března 2007 bylo nařízeno ochranné léčení psychiatrické ústavní formou u 1,59 % klientů /1/.

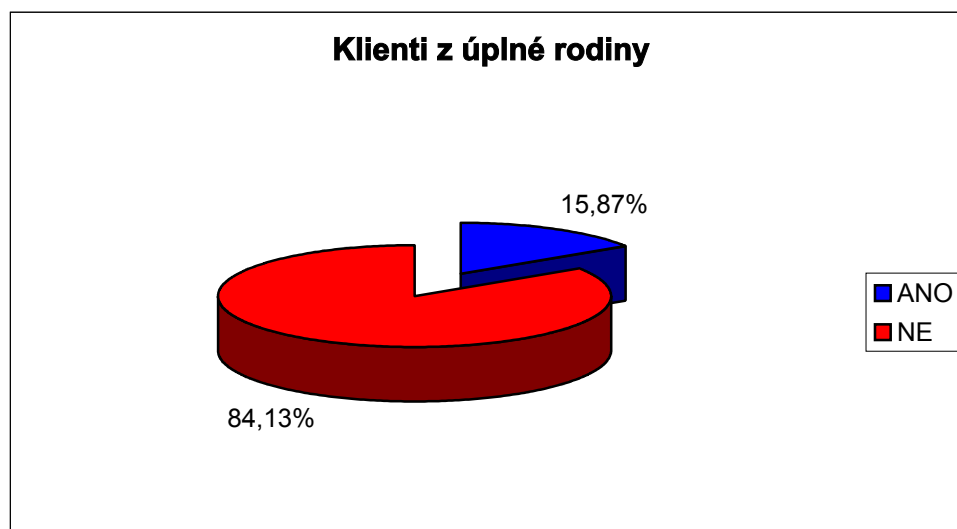
### 3.2.3 Rodinné poměry

Následuje členění souboru klientů podle rodinných poměrů, kdy sledovanými znaky byly: úplná rodina, rozvedení rodiče, úmrtí jednoho z rodičů, rodiče zbaveni rodičovských práv, trestná činnost rodičů, adopce, pěstounská péče.



Graf 4 udává procento neúplných rodin, ze kterých pocházejí klienti Husova domova.

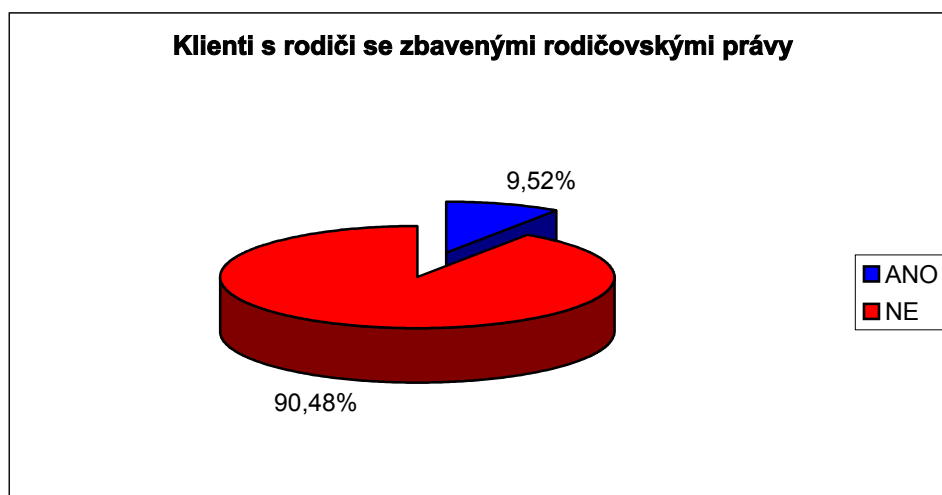
Graf 4:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 udává procento rodičů zbavených způsobilosti k právním úkonům.

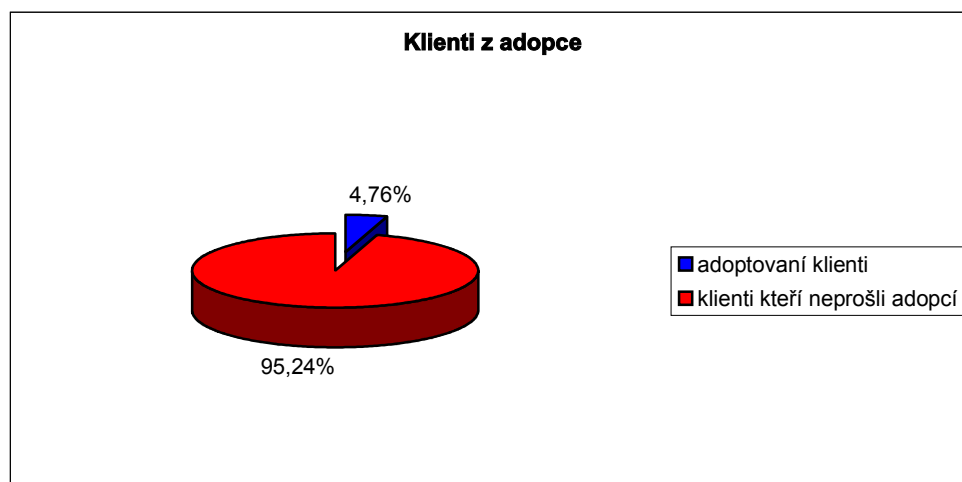
Graf 5:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 odráží četnost adoptovaných klientů umístěných dlouhodobě v Husově domově.

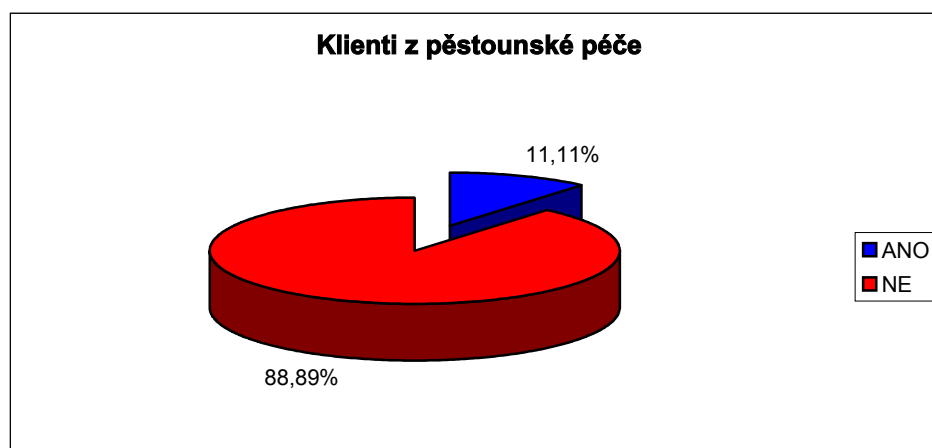
Graf 6:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 odráží četnost klientů, kteří byli umístěni do pěstounské péče a vzhledem k výchovným problémům byla zrušena.

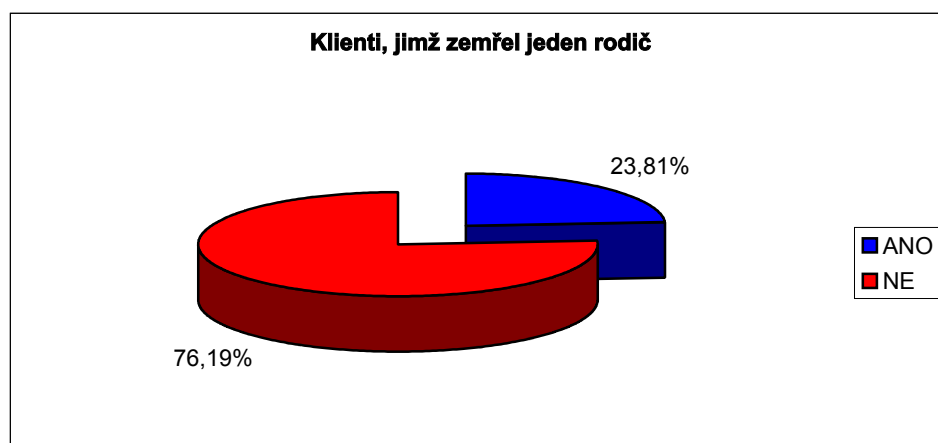
Graf 7:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 udává procento rodičů, kteří zemřeli. Pro doplnění uvádím, že ve dvou případech se jednalo o násilnou smrt, ve čtyřech případech byla příčinou úmrtí rakovina, u ostatních byla příčina jiná.

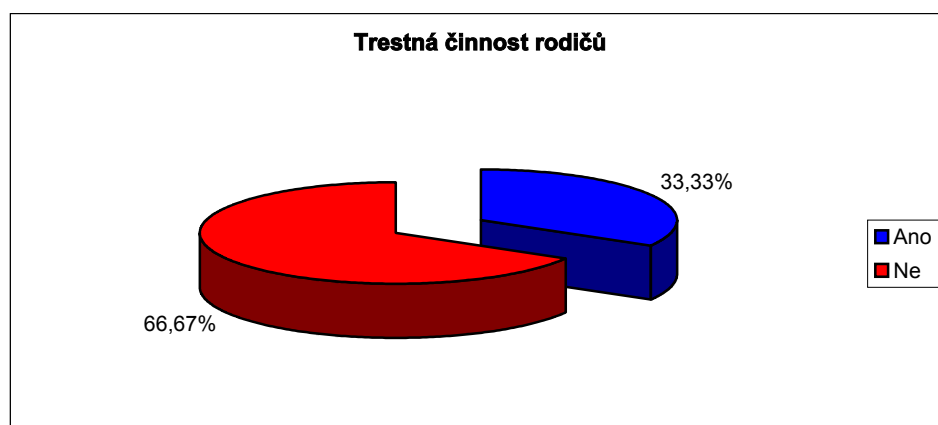
Graf 8:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 zobrazuje trestnou činnost rodičů. Trestné činnosti se dopustila jedna třetina rodičů klientů Husova domova. Graf 9 udává procento rodičů, kteří se dopustili trestné činnosti a byli odsouzeni pro trestnou činnost výkonem trestu odnětím svobody.

Graf 9:

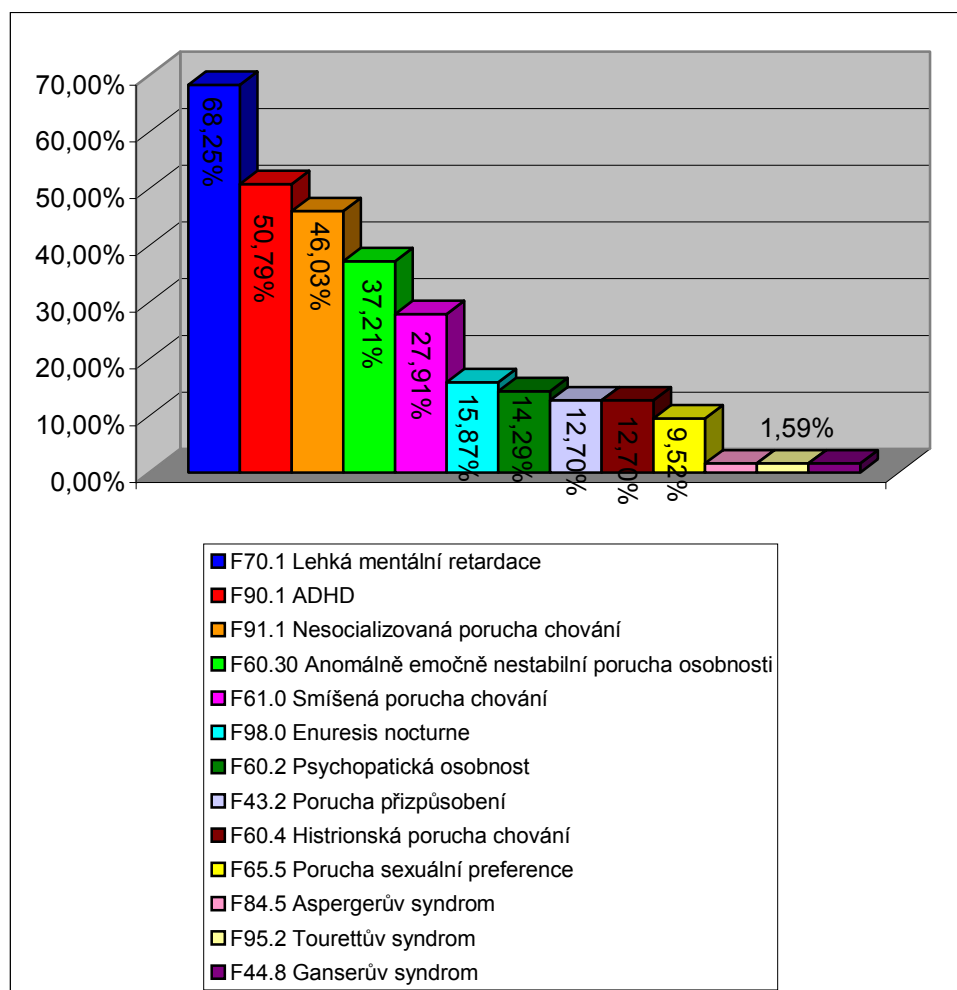


Zdroj: vlastní výzkum

### 3.2.4 Stratifikace klientů podle typu diagnózy

V grafu 10 je na prvním místě v četnosti lehká mentální retardace (nejedná se o poruchu chování), která je průvodní diagnózou u zhruba 70 % klientů. Nejčetněji z poruch chování a osobnosti je zastoupena hyperkinetická porucha chování a nesocializovaná porucha chování. Hyperkinetická porucha chování (ADHD) je nejednotně diagnostikována jako samostatná porucha chování, nebo v některých případech jako symptom poruch chování.

**Graf 10: Výčet diagnóz v Husově domově vyžadujících psychiatrickou a sexuologickou intervenci, případně jinou odbornou pomoc.**



Zdroj: vlastní výzkum

Jako průvodní diagnóza, která není zobrazena v grafu, se vedle lehké mentální retardace objevuje u 65 % klientů citová deprivace a hospitalismus.

Při čtení výše uvedených grafů je třeba mít na paměti, že jeden klient může mít diagnostikováno více poruch. Součet procentních výměr tak nedává dohromady 100 %.

## 4. Výsledky

### 4.1 Zmapování situace klientů po propuštění

Zmapování situace klientů po propuštění má několik hodnotících parametrů:

- 1/ **místo propuštění a místo současného pobytu**
- 2/ **finanční zajištění**, tj. přiznaný invalidní důchod (částečný, plný), hotovostní nebo věcná sociální výpomoc poskytovaná domovem (podle ustanovení § 33 zákona č. 109/2002 Sb.);
- 3/ **zbavení způsobilosti k právním úkonům;**
- 4/ **dosazené vzdělání a následné vzdělávání;**
- 5/ **výkon zaměstnání;**
- 6/ **trestná činnost.**

Každý z parametrů má dvě hodnoty: první v době propuštění, druhá v roce 2007.

#### 4.1.1 Místo propuštění

V následující tabulce 1 jsou konkrétně podle počtů rozepsána místa, kam byli klienti Husova domova propouštěni postupně v jednotlivých letech 2001 až 2005. Vysvětlení k jednotlivým sloupkům je uvedeno pod tabulkou.

**Tabulka 1: Přehled počtu propuštěných podle místa propuštění**

Rok	Rodina	DPC	VÚ	PL	AU	VV	Internát SOU	ÚSP	Útěk	Úmrtí	Celkem
2001	7	2	2	0	1	0	0	0	0	0	<b>12</b>
2002	2	2	3	0	0	0	0	0	1	0	<b>8</b>
2003	7	4	0	2	0	1	1	0	0	0	<b>15</b>
2004	8	1	0	1	0	0	0	0	0	0	<b>10</b>
2005	10	2	0	0	3	1	0	1	0	1	<b>18</b>
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>63</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Vysvětlivky zkratk v tabulce 1: DPC – dům na půli cesty, AU – azylová ubytovna, ÚSP – ústav sociální péče, PL psychiatrická léčebna, Internát SOU – internát středního odborného učiliště, VÚ – výchovný ústav, VV výkon testu.

### Výchovný ústav

(Tabulka 1, 3. sloupek)

Jedná se o počet klientů, kterým nebyla ukončena ústavní výchova, nebyli propouštěni do následné péče, ale pouze v rámci ústavní/ochranné výchovy byli přeřazeni do jiného zařízení pro výkon ústavní/ochranné výchovy.

### Útěk

(Tabulka 1, 9. sloupek)

Jedná se o klienty, kteří byli v době zletilosti na útěku ze zařízení, a ústav jim z tohoto důvodu neposkytl pomoc při propuštění.

### Propuštění do rodiny

(Tabulka 1, 1. sloupek)

Odráží míru návratnosti klientů do přirozeného prostředí ke svým rodičům, nebo blízkým příbuzným.

### Zrušena ústavní výchova

(Tabulka 1, 1. sloupek)

Jedná se o klienty, kterým byla soudně zrušena ústavní výchova na požádání zákonných zástupců a za garance soudně nařízeného dohledu byli propuštěni do místa trvalého bydliště k rodičům. Předpokládá se fungující rodinné zázemí (konkrétně slovy jeden klient).

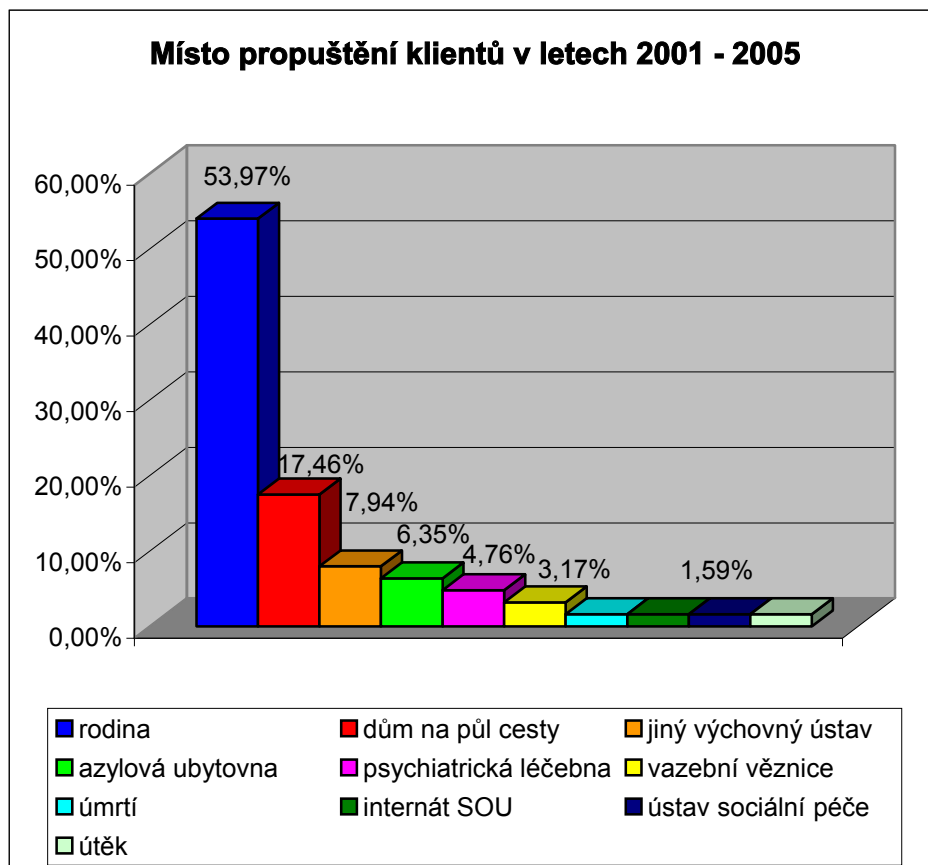
### Následná péče klientů bez rodinného zázemí

(Tabulka 1, 2., 4., 5., 7., 8. sloupek)

Jedná se o klienty bez rodinného zázemí, kterým byla ve spolupráci s odbory sociálních věcí pověřených úřadů zařízena následná péče.

Graf 11 odráží procentní počty klientů podle místa propuštění.

Graf 11:



Zdroj: vlastní výzkum

### Místo pobytu v roce 2007

Tabulka 2 se snaží zachytit počty propuštěných podle místa propuštění a místa pobytu, které následovalo, tj. míra setrvání v místě propuštění. Vysvětlení k tabulce: první řádek uvádí místo pobytu klientů. V druhém řádku je celkový počet klientů podle místa propuštění v době propuštění z ústavní péče. V řádcích 3 až 12 jsou počty klientů rozdělených podle aktuálních míst pobytu v roce 2007. Porovnáním řádku 2 a posledního sloupku zjistíme míru úspěšnosti jednotlivých míst propuštění podle setrvání v místě propuštění.



**Tabulka 2: Místa pobytu klientů v roce 2007.**

<b>1.</b>		<i>Rodina</i>	<i>DPC</i>	<i>AU</i>	<i>PL</i>	<i>VV</i>	<i>Internát SOU</i>	<i>ÚSP</i>	<i>VÚ</i>	<i>Útěk</i>	<i>Úmrtí</i>	<i>Celkem</i>
<b>2.</b>	<b>celkem</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>63</b>
<b>3.</b>	Samostatný byt	2	2	-	-	1	-	-	-	-	-	5
<b>4.</b>	Rodina	12	-	1	-	1	-	-	-	-	-	14
<b>5.</b>	DPC	-	3	-	1	-	-	-	1	-	-	5
<b>6.</b>	AU	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	3
<b>7.</b>	ÚSP	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
<b>8.</b>	PL	5	4	-	2	-	-	-	1	-	-	12
<b>9.</b>	VV	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
<b>10.</b>	bezdomovec	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5
<b>11.</b>	úmrtí	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
<b>12.</b>	nezjištěno	5	-	2	-	-	1	-	3	-	-	11

Zdroj: vlastní výzkum

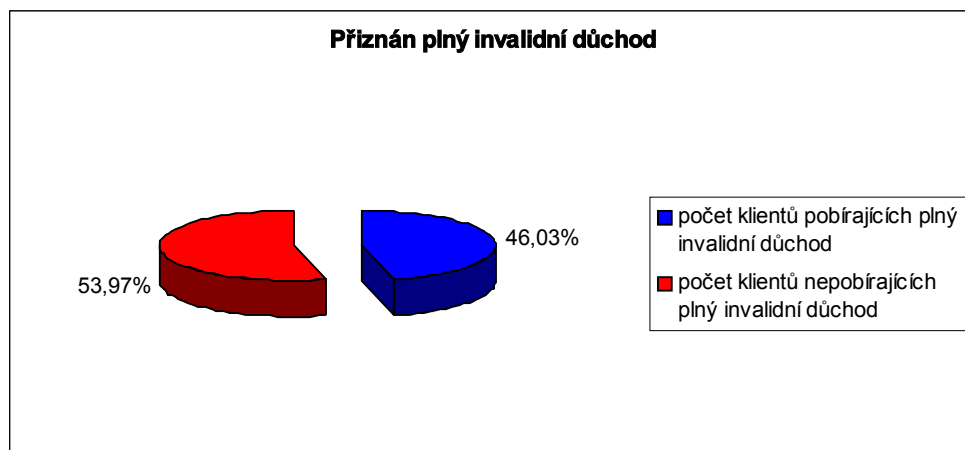
Vysvětlivky zkratk v tabulce 2: *DPC* – dům na půli cesty, *AU* – azylová ubytovna, *ÚSP* – ústav sociální péče, *PL* psychiatrická léčebna, *Internát SOU* – internát středního odborného učiliště, *VÚ* – výchovný ústav, *VV* výkon trestu.

#### 4.1.2 Finanční zajištění

##### Invalidní důchod

Plný invalidní důchod mělo přiznáno 46,03 % klientů /29/ při odchodu z ústavní/ochranné výchovy (graf 12)

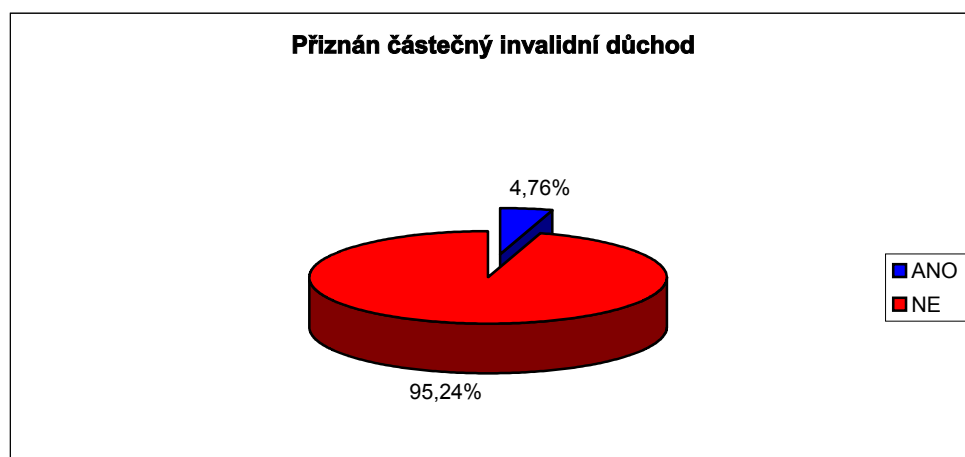
Graf 12:



Zdroj: vlastní výzkum

Částečný důchod mělo zařízeno 4,76 % klientů /3/ z celkového počtu (graf 13).

Graf 13:



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem bylo 50,79 % klientů zabezpečeno invalidními důchody (plným nebo částečným) při odchodu z Husova domova.

Místo, kam byli klienti s důchodem propuštěni: 28,57 % klientů /18/ s přiznaným plným invalidním důchodem bylo propuštěno do zařízení následné péče; 4,76 % klientů /3/ s přiznaným částečným invalidním důchodem bylo propuštěno do zařízení následné péče; 17,46 % klientů /11/ se zařízeným plným invalidním důchodem bylo propuštěno do rodiny.

#### Počet invalidních důchodů v roce 2007

Plný invalidní důchod pobírá v roce 2007 53,97 % klientů /34/. Částečný invalidní důchod pobírá v roce 2007 3,17 % klientů /2/, 25,40 % klientů /16/ nemá nárok na invalidní důchod. U 17,46 % klientů /11/, se nepodařilo zjistit, zda mají nebo nemají přiznan invalidní důchod. Došlo k nárůstu počtu klientů s přiznaným invalidním důchodem o 6,35 % (v čemž mohou být zahrnuti klienti, kterým byla podána žádost ještě v Husově domově).

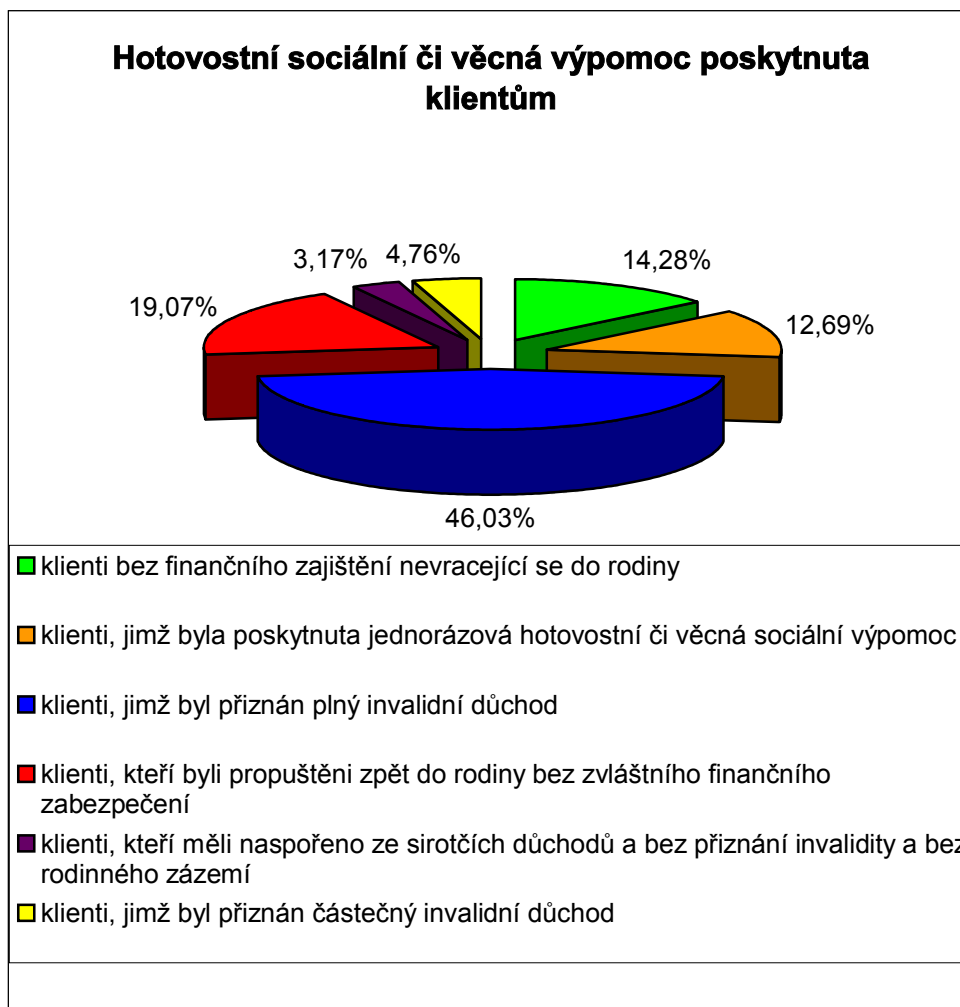
#### Hotovostní výpomoc

Celkový počet klientů, kterým byla vyplacena hotovostní výpomoc, je 12,69 % /8/. Výše hotovostní pomoci za roky 2001 až 2005 celkem činí 62.125 Kč. Průměrná částka na jednoho klienta činí 7.765 Kč.

Podíl klientů odcházejících z Husova domova bez finančního zajištění je 14,28 % /9/, mezi které jsou zahrnuti klienti převedení do jiného výchovného ústavu v rámci ústavní výchovy; klienti, kteří byli v době ukončení ústavní/ochranné výchovy ve výkonu trestu; na útěku ze zařízení; nebo zemřeli.

Ostatní klienti byli zabezpečeni invalidními důchody 50,79 % /32/, nebo péčí rodičů bez invalidního důchodu 19,07 % /12/, nebo měli naspořeno ze sirotčích důchodů 3,17 % /2/ bez zajištění invalidního důchodu a bez zajištění rodinou (graf 14).

Graf 14:



Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.1.3 Zbavení způsobilosti

Od osmnáctého roku věku bylo soudně zbaveno způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu 1,59 % klientů /1/ z celkového počtu propuštěných.

Od osmnáctého roku byla soudně částečně omezena způsobilost k právním úkonům ve věci nakládání s financemi u 6,35 % klientů /4/.

U 4,76 % klientů /3/ nedošlo k vyřízení návrhu během pobytu v Husově domově, byl podán k soudu pouze návrh na omezení způsobilosti k právním úkonům.

Graf 15:



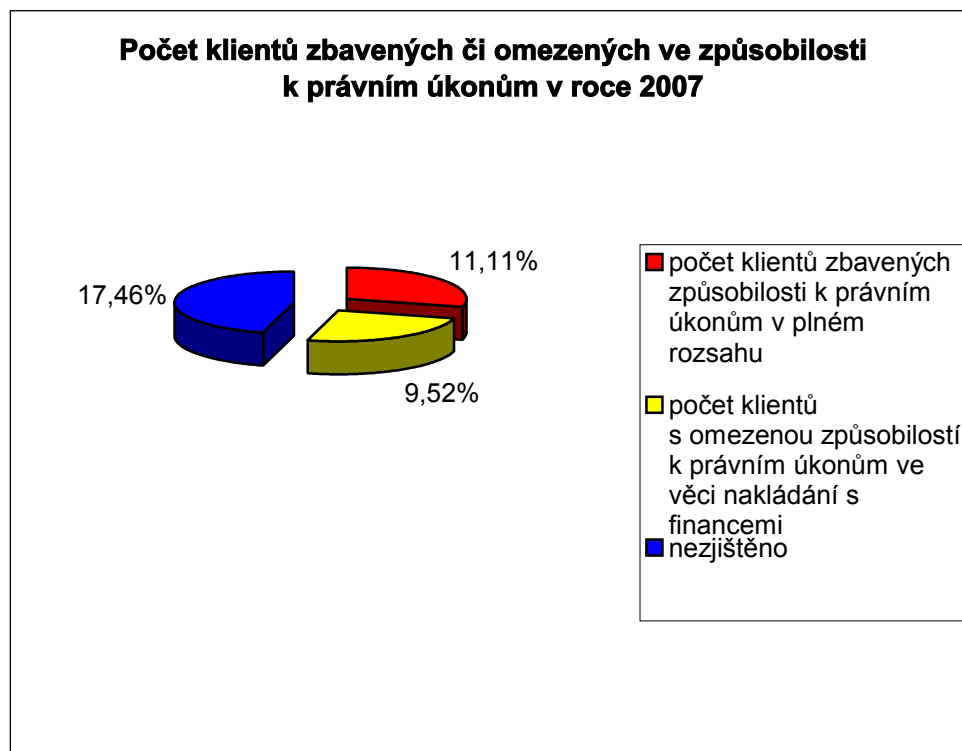
Zdroj: vlastní výzkum

#### Zbavení způsobilosti k právním úkonům v roce 2007

V roce 2007 bylo zbaveno způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu 11,11 % klientů /7/. Počet klientů s omezením způsobilosti k právním úkonům ve věci nakládání s financemi 9,52 % klientů /6/. U 17,46 % klientů /11/ nebylo možné potřebné informace zjistit /graf 16/.

V roce 2007 došlo k nárůstu počtu klientů se zbavením způsobilosti v plném rozsahu o 9,52 % klientů /6/ a nárůst omezení k právním úkonům ve věci nakládání s financemi o 3,17 % klientů /2/.

Graf 16:



Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.1.4 Vzdělání

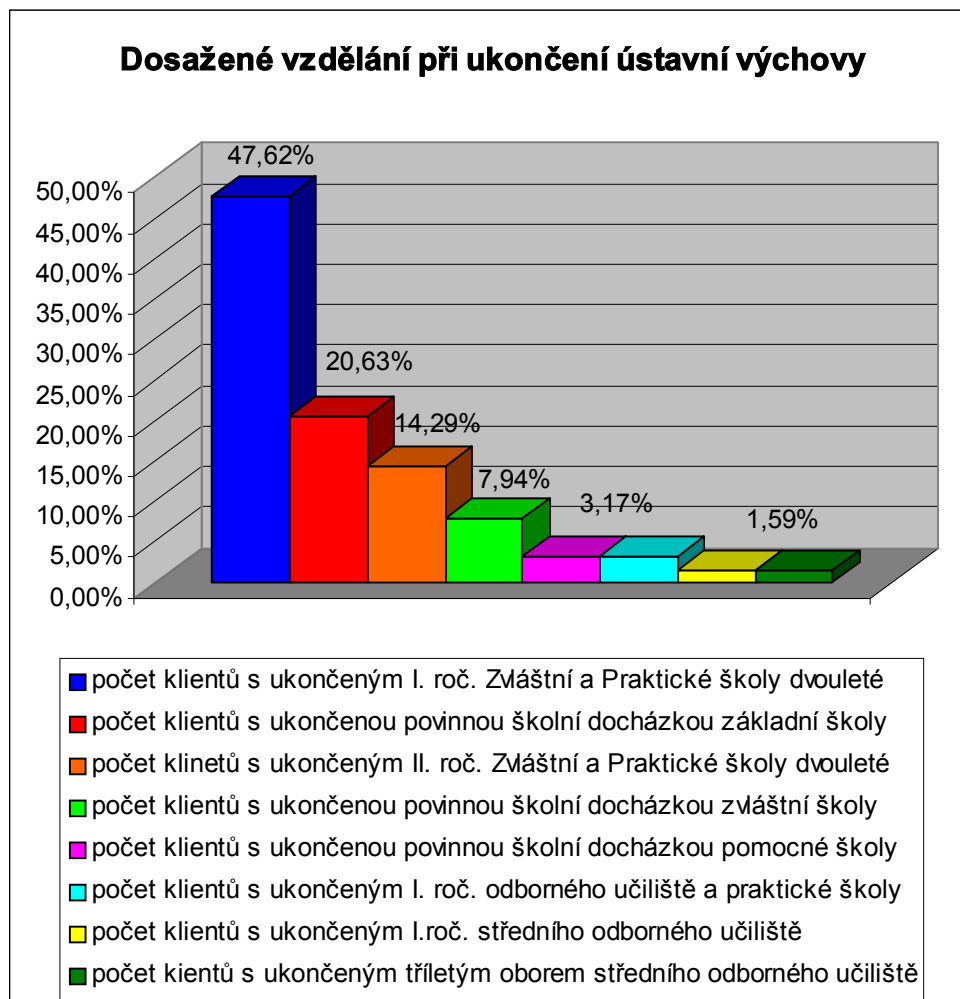
Při odchodu mělo ukončenou povinnou školní docházku základní školy 20,63 % klientů /13/, povinnou školní docházku zvláštní školy 7,94 % klientů /5/, povinnou školní docházku pomocné školy desetileté 3,17 % klientů /2/.

Ukončený 1. ročník Základní a Praktické školy (dále PŠ) při propuštění mělo 47,63 % klientů /30/, s ukončeným dvouletým oborem Základní a Praktické školy při propuštění odcházelo 14,28 % klientů /9/.

Ukončený 1. ročník odborného učiliště (dále OÚ) při propuštění mělo 3,17 % klientů /2/. S ukončeným 1. ročníkem středního odborného učiliště (dále SOU) při propuštění odcházelo 1,59 % klientů /1/. Počet klientů s ukončeným tříletým učebním oborem na SOU je 1,59 % /1/.

Uvedené údaje jsou zpracovány v grafu 17.

Graf 17:



Zdroj: vlastní výzkum

#### Následné vzdělávání do roku 2007

Počet klientů, kteří pokračovali ve studiu do roku 2007:

1,59 % klientů /1/ dokončuje 2. ročník PŠ v roce 2006/2007,

1,59 % klientů dokončuje dvouletý obor OÚ v roce 2006/2007,

1,59 % klientů se připravuje na maturitu v SOU v roce 2006/2007.

#### 4.1.5 Zaměstnání

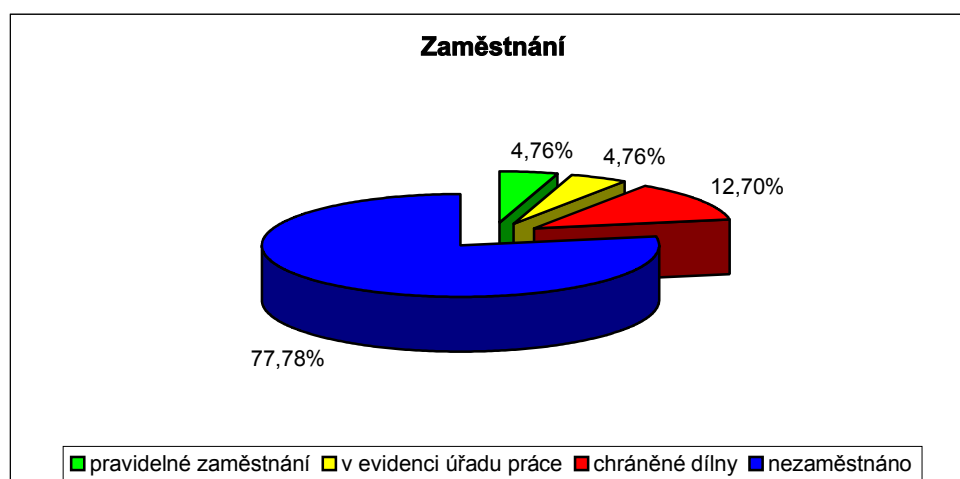
Klienti, kteří neměli přiznán plný invalidní důchod, byli zaevidováni na úřadě práce v místě původního trvalého bydliště. Jedná se o 49,21 % klientů /32/ při propuštění z výkonu ústavní/ochranné výchovy. Při propuštění mělo zajištěno chráněné zaměstnání v rámci programů zařízení následné péče celkem 20,63 % klientů /13/, v této kategorii se objevují i klienti se zařízeným invalidním důchodem. Do samostatného zaměstnání bezprostředně po propuštění nenastoupil nikdo.

#### Zaměstnání v roce 2007

V roce 2007 bylo zjištěno, že pravidelně do samostatného zaměstnání dochází 4,76 % klientů /3/. V evidenci úřadu práce bylo 4,76 % klientů /3/. V chráněných dílnách v roce 2007 pracovalo 12,70 % klientů /8/, kteří mají zajištěn i invalidní důchod. Ze zbývajících 77,78 % klientů /49/ je 44,44 % klientů /30/ zajištěno plným invalidním důchodem; 9,52 % /6/ klientů jsou bezdomovci bez schopnosti plnit nároky úřadu práce, část souboru 17,46 % klientů /11/ nebylo možné zjistit a u 3,17 % klientů /2/ se jedná o úmrtí (graf 18).

Celkově 22,2 % klientů ze vzorku se nějakým způsobem snaží řešit otázku zaměstnání.

Graf 18:



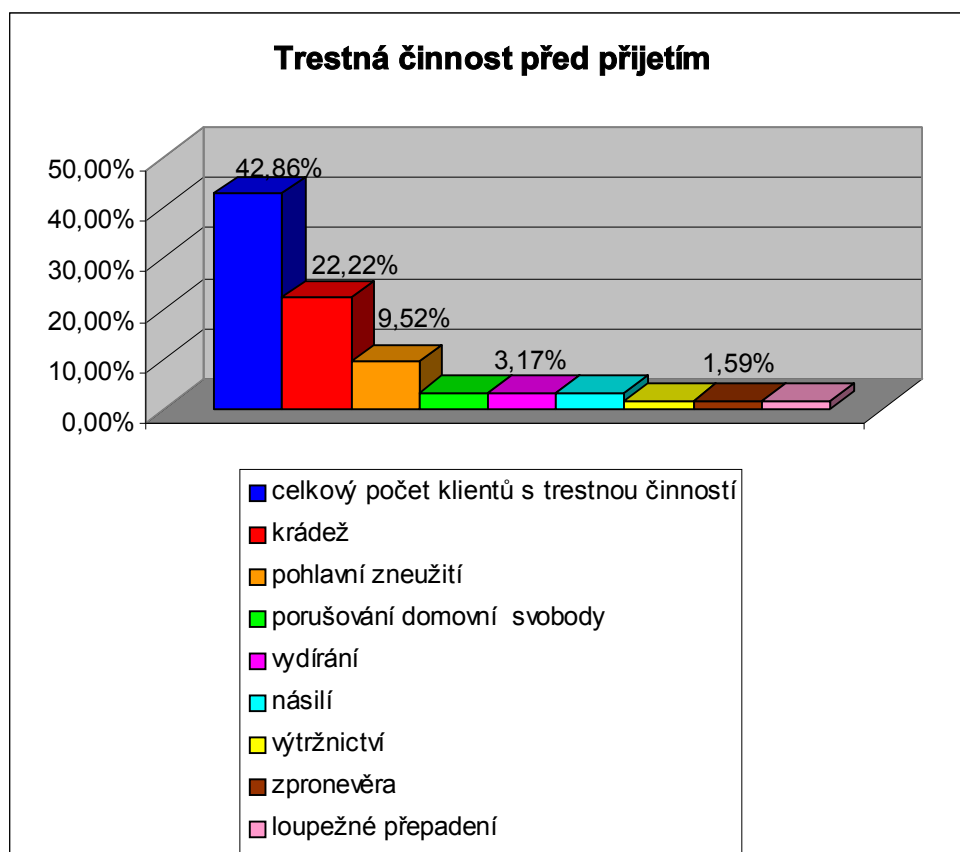
Zdroj: vlastní výzkum



#### 4.1.6 Trestná činnost

V grafu 19 je uveden počet klientů ze vzorku, kteří měli trestnou činnost zaznamenanou při propuštění z ústavní/ochranné výchovy, tzn. kteří se dopustili trestné činnosti před nástupem do zařízení, nebo ojediněle (3,17 %) během pobytu. S již spáchanou trestnou činností bylo propuštěno z výkonu ústavní/ochranné výchovy 42,86 % klientů /27/. Masivní trestnou činností u klientů Husova domova jsou krádeže podle ustanovení § 247 Trestního zákona č. 140/1961 Sb., v platném znění (**86**). Následuje trestná činnost pohlavního zneužití podle ustanovení § 242 Trestního zákona č. 140/1961 Sb., v platném znění, která je úzce spojena se sexuálními deviacemi klientů (graf 19).

Graf 19:



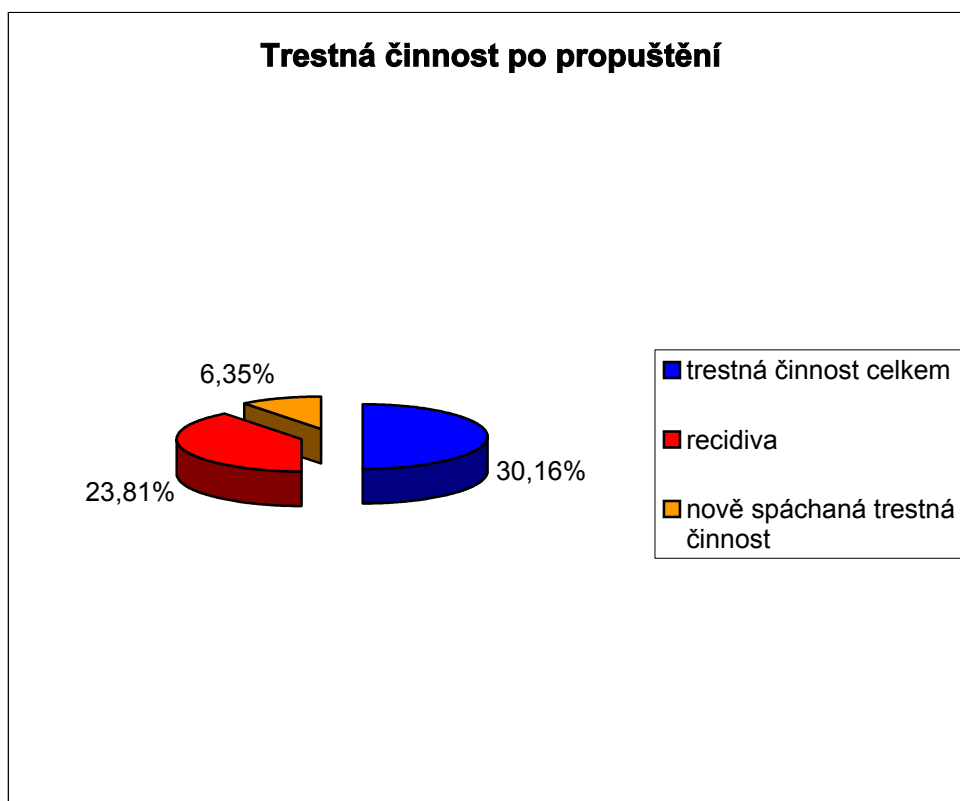
Zdroj: vlastní výzkum

### Trestná činnost po ukončení ústavní/ochranné výchovy

Po propuštění z Husova domova se dopustilo trestné činnosti 30,16 % klientů /19/. Opakované trestné činnosti se dopustilo 23,81 % klientů /15/. Počet klientů, kteří se dopustili trestné činnosti poprvé až po propuštění z ústavní/ochranné výchovy je 6,35 % /4/. U 17,46 % klientů /11/ nebylo možné zjistit potřebné informace. Zobrazené údaje pochází z roku 2007.

Graf 20 odráží míru recidivy klientů Husova domova, kteří se dopustili trestné činnosti před nástupem nebo během výkonu ústavní/ochranné výchovy, po propuštění a vznik první trestné činnosti klientů po ukončení ústavní/ochranné výchovy.

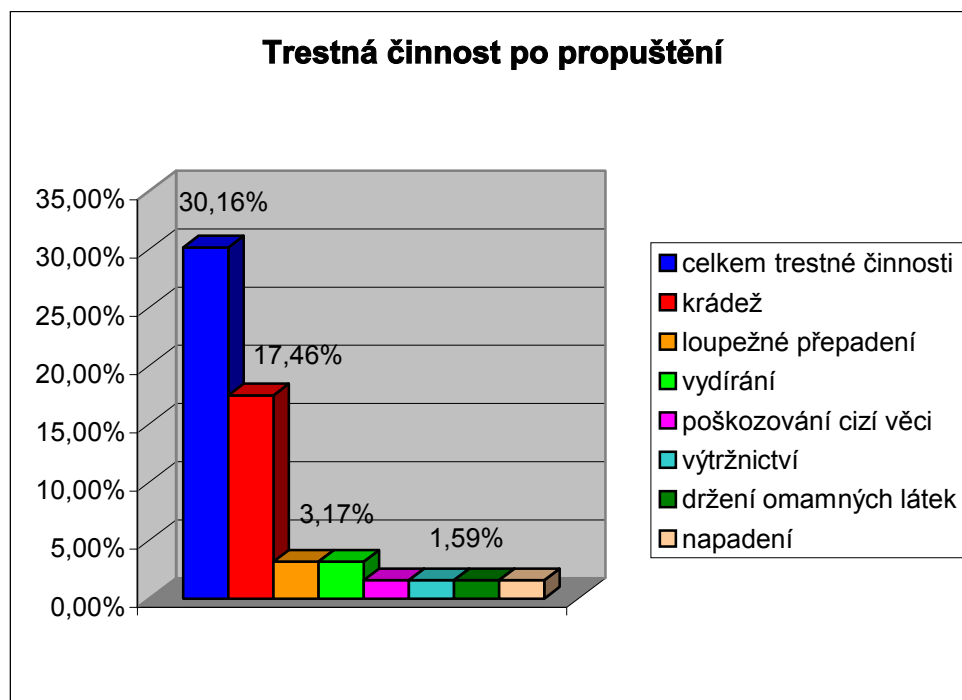
Graf 20:



Zdroj: vlastní výzkum

Podle druhu trestné činnosti páchané po propuštění z výkonu ústavní/ochranné výchovy je členěn graf 21.

Graf 21:



Zdroj: vlastní výzkum

#### **4.2 Případová studie**

Případová studie je v diplomové práci uvedena, pro názorné vysvětlení situace klientů s poruchami chování. Klienti jsou v dospělosti vnímáni širokou společností, ale bohužel i odbornými pracovníky jako problémová skupina, jako jedinci, kteří se vědomě dopouštějí nepřiměřeného agresivního chování a se kterými je obtížné pracovat. Nepřihlíží se k jejich často velmi smutnému průběhu dětství a dospívání a specifickému typu postižení.

V případové studii autorka uvádí klienta, který reprezentuje svou anamnézou většinu klientů, závěr pak patří k úspěšně provedené následné péči a zajištění klienta pro budoucí život. Autorka klienta znala během jeho pobytu v Husově domově

a připravovala jeho následnou péči po propuštění. Pro případovou studii čerpala ze spisového materiálu archivovaného v Husově domově. Katamnestická data v průběhu let čerpala telefonickým dotazováním klienta (dvakrát) a pracovníků zařízení (dvakrát). V březnu letošního roku se s klientem osobně setkala a provedla s ním řízený rozhovor, který byl zaměřen na současnou situaci (zdravotní stav, ubytování, vzdělávání, zaměstnání), jeho náhled na dobu strávenou v Husově domově, hodnocení programu „Borouk“ a na jeho budoucí perspektivu.

#### M.R.

Narozen: říjen 1986.

Přijat do Husova domova: září 2003.

Propuštěn z Husova domova: říjen 2005.

#### Diagnóza

Při pobytu v dětském diagnostickém ústavu v roce 1994 bylo diagnostikováno insuficietní rodinné prostředí, dyslalie, enureza, suicidiální pokus – opakované sebepoškozování, intelekt v pásmu lehké mentální retardace, přítomny organické známky postižení centrální nervové soustavy, se sklonem k impulzivitě při snížené frustrační toleranci.

Z druhého diagnostického pobytu v roce 2003 (tj. před přijetím do Husova domova) diagnostikován intelekt v pásmu lehké mentální retardace, deprivace, smíšené poruchy chování a emocí, s dysfázií s disharmonickým vývojem osobnosti – rysy impulzivity, egocentrismu, agresivity, nízké frustrační tolerance a z toho vyplývající maladaptace a subdepresivní syndrom a enuréza. Bází vzniku je perinatální organické postižení centrální nervové soustavy typu lehké mozkové dysfunkce, susp. heredita.

Výsledkem byl závěr, že je kontraindikován k zařazení do ústavu sociální péče.

Konečná diagnóza po propuštění z Husova domova: Oligofrenie na stupni střední debility - Lehká mentální retardace (F 70.1), anomální osobnost (F 60.30), poruchy chování, snížená schopnost korekce emocí, hyperkinetická porucha chování (ADHD), reaktivní depresivní syndrom, disharmonický vývoj osobnosti, neadekvátní

agrese verbální i brachiální na drobné podněty, bez pocitu viny, sexuálně obtěžoval dívky i dospělé ženy. Enuresis nocturna (F 98.0), dyslálie, impulzivita, egocentrismus, citová deprivace.

#### Rodinná anamnéza

Otec, rok narození 1956, dělník; matka, rok narození 1955, ošetřovatelka zvířat; rodiče od 1998 nežijí ve společné domácnosti; sestra, rok nar. 1989, od roku 1996 v dětském domově.

#### Ústavní kariéra

Rodina byla v evidenci odboru péče o dítě příslušného okresního úřadu od roku 1989 pro zanedbávání péče (nalezen hladový, špatná manipulace, neadekvátní motorický vývoj). V roce 1994 byl rozsudkem soudu stanoven nad klientem a jeho sestrou dohled pro vážné nedostatky v péči rodičů. V souvislosti se stanoveným dohledem bylo dojednáno s rodiči umístění dětí do dětského domova k týdennímu pobytu, kdy na víkendy, svátky a prázdniny si je měli rodiče brát domů. Umístění dětí do domova bylo doporučeno kvůli jejich celkové opožděnosti, poruchám řeči a nepodnětnosti rodinného zázemí. Dohoda o umístění dětí na týdenní pobyt platila do roku 1998, kdy se opakovaně začaly objevovat žádosti otce o ponechání dětí v ústavu přes víkend. Žádosti byly odůvodňovány tím, že matka opustila otce a nezanechala mu žádné finanční prostředky a on je psychicky rozrušený a nemá možnost se o děti starat. Vzhledem k dlouhodobému pobytu dětí v dětském domově byla celá situace legalizována nařízením předběžného opatření dne 29.6.1998. Děti byly předány do dětského diagnostického ústavu a 8.1.1999 byla nařízena ústavní výchova a děti umístěné zpět do dětského domova. Náhradní výchova v rodině nebyla uvažována a děti byly umístěny v dětském domově, kde je otec mohl i nadále navštěvovat a brát si je domů. Matka o děti v dětském domově projevovala zájem sporadicky, domů si je nebrala, navštěvovala je zřídka, k vánocům jim posílala balíček s drobnostmi. S nařízením ústavní výchovy nesouhlasila s tím, že si je vezme domů. Otec si děti bral

na víkendy domů, více méně vykonával péči o děti on i v době, kdy žil společně s matkou, s nařízením ústavní výchovy souhlasil.

Klient byl od roku 1994 do dubna 2003 kmenově zařazen do dětského domova, odkud byl přijímán k léčebným pobytům v Dětské psychiatrické léčebně v Opařanech, kterých prodělal celkem devět. V dubnu 2003 byl pro masivní výchovné problémy přijat na diagnostický pobyt do diagnostického ústavu, který byl ukončen v červenci 2003 a bylo připravováno přemístění do Husova domova.

Do zařízení Husova domova byl klient přijat na počátku září 2003. Byl zařazen na oddělení pro klienty vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku jejich neurologického poškození, psychického a psychiatrického onemocnění a byla zahájena ambulantní psychiatrická péče. Klient byl zařazen do dvouletého studia základní a praktické školy. Při propuštění ukončil 1. ročník základní a praktické školy, prospěl s vyznamenáním. V terapeutickém programu „Borouk“ byl zařazen do žlutého klubu.

Na začátku pobytu opakovaně cokoli odmítal, měl časté špatné nálady, nechtěl se zapojovat do režimových činností, kamaráda si nenašel. Na začátku pobytu na napomenutí, neúspěch reagoval vztekem, verbální i brachiální agresí. Při dostatečné motivaci byl aktivní a snažil se prováděnou činnost dokončit. Po změně (snížení) psychiatrické medikace se jeho chování výrazně změnilo k lepšímu. Byl společenský, rád se účastnil sportovních her.

Vzhledem k rodinné situaci byla ústavní výchova prodloužena do devatenácti let a byla ukončena v říjnu 2005.

#### Následná péče

Před dovršením osmnácti let věku byla klientovi prodloužena ústavní výchova do devatenácti let dne 22.10.2004 (dle ustanovení § 46 odst. 1, zákona o rodině, v platném znění) z důvodu nezájmu a nespolupráci rodičů se zařízením a pro získání potřebného času k pokračování ambulantní psychiatrické léčby, ukončení socializačního programu, vyřízení žádosti o invalidní důchod, jeho přiznání a nalezení vhodného

chráněného bydlení. Otec si pozvánku k soudnímu líčení o prodloužení výchovy nevyzvedl, k líčení se nedostavil. Matka s prodloužením souhlasila.

Plný invalidní důchod byl klientovi přiznán od října 2004 ve výši 5.946 Kč podle ustanovení § 42 odst 1 s přihlédnutím k ustanovení § 39 odst. 1, písmene a) zákona č. 155/1999 Sb., valorizací navýšen v době pobytu v zařízení na 6.287 Kč. Před propuštěním byl klientovi zřízen účet v bankovním ústavu, kam je důchod pravidelně zasílán.

Při hledání zařízení následné péče bylo s klientem zahájeno řízení o umístění do ústavu sociální péče. Rozhodnutím z května 2005 byla žádost zamítnuta, protože nespĺňuje podmínky pro přijetí podle § 75 a přílohy č. 7 vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Dle vyjádření lékaře je kontraindikován pro přijetí do ústavu sociální péče. Dále v rozhodnutí: „ *občané postižení mentálním postižením lehčího stupně mohou být do ústavu přijati jen tehdy, jestliže potřebují nezbytně ústavní péči*“.

Dne 8.9.2005 byl klient přijat na adaptační pobyt do Azylového domu sv. Pavla, jehož zřizovatel je Městská charita. V případě potíží a zjištění nevhodnosti zařízení byla jako náhradní řešení nalezena Obecně prospěšná společnost Sluníčko. Klient byl předán za přítomnosti sociální pracovnice Husova domova pracovníkům azylového domu.

Vzhledem k finančnímu zajištění chlapce plným invalidním důchodem, nebyla chlapci vyplacena při odchodu hotovostní sociální výpomoc. Z naspořenéhotovosti mu byly zakoupeny stravenky (209 kusů po 50 Kč za kus), bylo zapláceno ubytování na dva měsíce a klient byl vybaven osobními věcmi (hygienické potřeby, lůžkoviny, potraviny, oblečení, léky...).

Klientovi po ukončení ústavní výchovy byla na účet vyplacena našetřená hotovost 44.000 Kč.

#### Zařízení následné péče

Adaptační pobyt před ukončením ústavní výchovy proběhl zcela bez problémů a klient v Azylovém domě sv. Pavla zůstal i po ukončení ústavní výchovy.

Klient má v zařízení pokoj, který sdílí s jedním spolubydlícím. Měl možnost bydlet sám, ale preferuje soužití s někým. V azylovém domě má jedno teplé jídlo denně. S přípravou ostatních jídel mu pomáhají pracovníci domova. Ti mu asistují také při nakupování, doprovázejí ho k lékaři a na úřady. Jako největší problém spatřují pracovníci domova jeho důvěřivost, půjčuje peníze bezdomovcům a jiným živlům, kteří mu částky nevracejí. Pracovníci se mu snaží vysvětlit hospodaření s penězi. Pracoval v lese v rámci projektu Tolerance. V roce 2006/2007 nastoupil do praktické školy k ukončení II. ročníku studia.

#### Současná situace (rozhovor březen 2007)

S bývalým klientem si autorka předem telefonicky dohodla schůzku, setkala se s ním ve městě jeho současného místa pobytu, vlastní rozhovor proběhl v kavárně.

U klienta nadále přetrvává vědomí handicapu vady řeči, proto hovoří tiše, v holých větách a občas bylo nutné větu zopakovat.

Z rozhovoru bylo zjištěno:

#### Bydlení

- Klient stále žije v azylovém domě, kam byl propuštěn, je tam spokojen. Nyní se připravuje v rámci programu Městské charity jeho přechod do chráněného bydlení, kde má klient větší samostatnost a odpovědnost, za částečné asistence odborného pracovníka.

#### Zaměstnání

- Dodělává si II. ročník základní a praktické školy.
- Dochází na příležitostné brigády (např. sázení stromků).
- Připravuje se na přechod do chráněného zaměstnání při Městské charitě v souvislosti s ukončením studia a nástupu do chráněného bytu.

#### Léčba a zdravotní stav

- Pravidelně chodí k psychologovi a psychiatrovi, medikace byla postupně



vysazena, 14 dní je bez medikace.

- Enurezou již netrpí.
- Kouří tři cigarety denně (při odchodu z Husova domova deset až patnáct cigaret denně).
- Zhubl dvacet kilogramů.

#### Kontakty s rodinou

- Je v kontaktu se sestrou, telefonují si a jezdí vzájemně na návštěvy.
- Otce ani matku nevyhledával. Otec jej dvakrát navštívil, byl opilý a chtěl po něm peníze.

#### Finanční zabezpečení

- Má stále přiznán plný invalidní důchod.
- Má zařízenou průkazku ZTP/P.
- Přehled měsíčního hospodaření s penězi: Klient platí 1.500 Kč za ubytování; za telefon platí 1.000 Kč; za jídlo ve škole a azylovém domě platí 800 Kč. Zbytek hotovosti z invalidního důchodu mu vydávají postupně po 50 Kč denně pracovníci domova.
- Má našetřeno asi 6. 000 Kč.

#### Schopnosti

- Není schopen bez pomoci hospodařit s penězi (nechá se přesvědčit a půjčuje důvěřivě cizím lidem, aniž by mu peníze vrátili, větší hotovost utratí). Dvakrát byl okraden o peníze.
- Je schopen vyplnit volný čas (rád chodí do divadla, kina, jezdí na kole se sociálním pracovníkem azylového domu).
- Uvaří si základní jídla (vajíčka, ohřeje hotová jídla, umí palačinky).

#### Hodnocení programu Borouk

- Na Husův domov vzpomíná dobře.

- Rád vzpomíná na pobyty na horách a na výlety do aqua parku, nemůže si to dovolit, ale moc rád by jel.
- Ještě půl roku po odchodu z Husova domova chodil do bazénu, na keramiku, do tělocvičny. Neuměl si sám vyplnit volný čas a byl zvyklý na činnosti podle programu Borouk. Nechtěl se nudit.

### **4.3 Hodnocení hypotéz**

Výsledky výzkumu vzhledem k uvedeným hypotézám přinesly následující závěry:

**Hypotéza 1:** *Klienti, kteří procházejí programem Borouk, jsou klienti s nesocializovanou poruchou chování a s hyperkinetickou poruchou chování (ADHD).*

**Hypotéza 1 byla potvrzena.**

Do výkonu ústavní/ochranné výchovy v Husově domově bylo za roky 2001 až 2005 přijato 46,03 % klientů s nesocializovanou poruchou chování F 91.1 z celkového počtu klientů. S hyperkinetickou poruchou chování F 90.1 bylo přijato 50,79 % klientů.

Celkem **96,82 %** klientů trpí buď nesocializovanou poruchou chování nebo hyperkinetickou poruchou chování (graf 9).

**Hypotéza 2:** *Klienti jsou po odchodu ze zařízení Husův domov umístováni do zařízení následné péče.*

**Hypotéza 2 nebyla potvrzena.**

Propuštění po ukončení ústavní/ochranné výchovy do zařízení následné péče proběhlo u **31,75 %** klientů (viz tabulka 1). Nadpoloviční většina 53,97 % klientů byla propuštěna k rodičům, nebo blízkým příbuzným.

**Hypotéza 3:** *Realizace programu „Borouk“ se promítá v nácviku základních dovedností nutných pro život a pozitivně se odráží v dalším začlenění klientů do společnosti.*

**Hypotéza 3 byla potvrzena.**

Programem „Borouk“ prošlo 100 % klientů souboru. Propouštěcí částí programu „Borouk“ prošlo 85,70 % klientů.

Některá z intervencí vedoucích k zabezpečení následné péče (zajištění umístění do zařízení následné péče, zajištění invalidního důchodu, poskytnutí hotovostní výpomoci) byla poskytnuta **63,49 %** klientům.

Úspěšně se začlenilo **55,77 %** klientů (z celkového počtu zjištěných v roce 2007) s ohledem na své schopnosti do společnosti v rámci rodiny, samostatného bydlení a zaměstnání, do domů na půli cesty, stacionářů azylových ubytoven, ústavů sociální péče.

V detenčních zařízeních typu psychiatrická léčebna (23,07 %), nápravné zařízení pro výkon trestu (7,7 %) je umístěno **30,77 %** klientů. Záchranou sociální sítí propadlo 9,61 % klientů a stali se bezdomovci a 3,85 % zemřelo.

Nezjištěno zůstává 17,46 % klientů z celkového počtu.

## 5. Diskuse

Výchovný ústav Husův domov byl prvním státním zařízením v ČR, které přijímalo klienty na oddělení s výchovně léčebným režimem v důsledku jejich neurologického, psychického a psychiatrického onemocnění. Do zařízení jsou přijímáni klienti s ústavní/ochrannou výchovou na základě správního rozhodnutí Diagnostického ústavu pro mládež Praha 2, Lublaňská 33. Většina klientů přichází přímo z psychiatrických léčeben.

V praktické části diplomové práce autorka analyzovala data propuštěných klientů v době od roku 2001 do roku 2005. Data byla získávána ze spisové dokumentace jednotlivých klientů a aktuální stav za rok 2007 byl zjišťován řízenými telefonickými rozhovory s klienty, s příbuznými, kurátory a zaměstnanci zařízení následné péče jednotlivých klientů. Autorka zvolila kvantitativní způsob zpracování výzkumu, kdy se zaměřuje především na četnosti jednotlivých vybraných jevů. Pro názornější dokreslení poměrně komplikované situace klientů propouštěných z Husova domova, které neobjasní tabulky a grafy, je do textu vložena případová studie. Ta má za úkol pomoci se zorientovat čtenářům, kteří se s problematikou poruch chování dosud nesetkali, nebo ji bagatelizují na pouhé zlobení, agresivitu a nepřizpůsobivost. Případová studie byla zpracována ze spisové dokumentace klienta. Informace o průběhu následné péče byly postupně zjišťovány čtyřmi telefonickými kontakty se zařízením následné péče po propuštění a v březnu roku 2007 došlo k osobnímu setkání s klientem a řízenému rozhovoru.

Období 2001 až 2005 bylo pro výběr souboru respondentů zvoleno na základě autorčiny osobní účasti na přípravě následné péče a znalosti propuštěných klientů a také vzhledem k tomu, že mezi propuštěním a zjišťováním aktuálního stavu je minimálně jednoletý časový odstup a tak je možné lépe zhodnotit vhodnost následné péče podle současného stavu klienta. Je také prokazatelnější způsob, jak klienti zvládají samostatný život mimo ústavní péči. Soubor klientů je dostatečně velký, aby výsledky výzkumu měly dostatečnou výpovědní hodnotu. Rok 2001 je také mezní v možnostech zjišťování potřebných údajů ke zhodnocení následné péče. Procento nezjištěných klientů pochází právě z roku 2001 a klienty odcházející v dřívějších ročnících je velmi

obtížné vyhledat a zkontaktovat se s nimi (nejsou evidováni v péči sociálních kurátorů, odešli ze zařízení následné péče apod.).

V diplomové práci byly stanoveny tři hypotézy.

1/ **Hypotéza 1** se vztahuje ke zmapování vzorku klientů, kteří jsou přijímáni do Husova domova, ke zjištění jaké nejčastější poruchy a postižení má typický klient Husova domova. Vybraný vzorek je také stratifikován podle kritérií: typ rozsudku - ústavní výchova nebo ochranná výchova, rozsudek ochranného léčení; typ rodiny, ze které klienti přicházejí. Zvolená kritéria přibližují důvody umístění klientů do ústavní péče.

Prvním kritériem charakterizujícím vybraný soubor klientů byla zvolena četnost nařízené ústavní a ochranné výchovy. Graf 1 zobrazuje procentuální zastoupení klientů s nařízenou ústavní a ochrannou výchovou při přijetí do Husova domova. Jedná se o faktor, který upozorňuje na příčinu přijetí do ústavní péče, odráží míru závažnosti problémového chování klienta nebo narušení rodinného prostředí, ze kterého klient pochází. Ústavní výchova je nařízena v případě, kdy je vážně ohrožena výchova a není možno jiným způsobem zabezpečit péči o nezletilého. Ochranná výchova se nařizuje v případě společensky nebezpečného chování klienta, který se dopustil trestné činnosti, nebo je z jiných důvodů požadována jeho důslednější kontrola a zabezpečení před útekem (podle zákona č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy v platném znění.). Během pobytu klienta v zařízení dochází v některých případech ke změnám v rozsudcích o ústavních/ochranných výchovách. Ojedinele dojde ke zrušení ústavní výchovy a stanovení soudního dohledu (1,59 %). Častější změnou (20,63 %) je prodloužení ústavní výchovy do devatenácti let, ke kterému dochází před dovršením osmnáctého roku věku. Graf 2 odráží stav při propuštění, procentuální zastoupení klientů s prodlouženou ústavní výchovou, zrušenou ústavní výchovou a ústavní/ochrannou výchovou ukončenou zletilostí. Ústavní výchova prodloužená do devatenácti let pomáhá získat čas pro přípravu zabezpečení klienta po propuštění (přiznání invalidního důchodu, zbavení způsobilosti k právním úkonům, nalezení vhodného zařízení následné péče).

Soudní rozsudky, které dále definují důvody umístění do specializovaného zařízení, se kterými se ve spisové dokumentaci klientů Husova domova setkáváme, jsou rozsudky o nařízeném ochranném léčení psychiatrickém/sexuologickém v ústavní nebo ambulantní formě (graf 3). Jedná se o klienty s nařízenou ústavní/ochrannou výchovou, kteří se dopustili trestné činnosti před nástupem do Husova domova a měli rozsudkem soudu nařízeno ochranné léčení sexuologické nebo psychiatrické v ambulantní nebo ústavní formě pro trestnou činnost podle ustanovení § 197, 221, 235, 242, 247 Trestního zákona č. 140/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Při přijetí do Husova domova mělo nařízeno ochranné ústavní léčení psychiatrické/sexuologické, nebo jim bylo během pobytu v Husově domově nařízeno, celkem 11,11 % klientů. Po propuštění z Husova domova do března 2007 bylo nařízeno ochranné léčení sexuologické ústavní formou u 1,59 % klientů a psychiatrické v ústavní formě u 1,59 % klientů.

U propuštěných klientů nedošlo k nárůstu četností ochranných léčení.

Dalším kritériem členění souboru klientů je diagnóza postižení, se kterou jsou klienti přijímáni do Husova domova. Zdrojem dat pro členění klientů podle diagnózy byly závěrečné zprávy diagnostického ústavu, propouštěcí zprávy dětských psychiatrických léčeben a závěrečné zprávy ambulantního psychiatra vykonávajícího léčbu během pobytu klienta v Husově domově.

Při hodnocení údajů musíme mít na paměti komplikace spojené se stanovováním diagnóz odborníky a s překrýváním některých diagnóz. Na což odkazuje i zjištění, že u některých klientů se vyskytuje kombinace více poruch chování. Nejčastěji byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování a nesocializovaná porucha chování. U 68,25 % klientů se jako průvodní diagnóza objevuje lehká mentální retardace, snižující schopnost sociální adaptace. V 65 % se ve výčtech diagnóz objevuje citová deprivace a hospitalismus, což odkazuje na nedostatečné citové rodinné zázemí a dlouhou dobu trvání ústavní péče. Ostatní poruchy se vyskytují v nižším procentuálním zastoupení.

Autorka se snažila přiblížit nejčtenější poruchy chování v Husově domově a úroveň rodinného prostředí, ze kterého klienti pocházejí. Snažila se zjistit, je-li porucha chování jediným důvodem pro umístění klienta do specializovaného ústavního zařízení, nebo existuje-li souvztažnost mezi poruchou, nefungujícím rodinným prostředím a umístěním dítěte do ústavu. O. Matoušek a V. Kroftová upozorňují na spojitosti pozorovaných společenských jevů, kdy jeden faktor souvisí s druhým, nebo kdy jeden faktor je příčinou vzniku druhého **(38)**.

Při analýze archivovaných materiálů bylo zjištěno, že do Husova domova jsou přijímáni klienti, u kterých se jedná o kombinaci poruch chování s nízkou sociální úrovní rodinného prostředí (kapitola 3.2.3 Rodinné poměry). Znaky pro členění souboru klientů podle rodinných poměrů byly: úplná rodina, rozvedení rodiče, rodiče zbavení rodičovských práv, trestná činnost rodičů, adopce, pěstounská péče. Informace o úrovni rodinného prostředí byly získány z rozsudků o ústavní/ochranné výchově, ze závěrečných zpráv diagnostických ústavů a ze zpráv kurátorů pro mládež. Úroveň rodinného prostředí, která je ovlivněna geneticky i sociálně, je jednou z uvažovaných příčin poruch chování. *Při empirickém šetření na vzorku dětí umístěných v dětském diagnostickém ústavu za účelem analýzy jejich rodinného prostředí byly zjištěny výsledky: Většina respondentů přišla do dětského diagnostického ústavu z neúplných rodin, vyskytuje se velké procento rozvodovosti rodičů, časté byly rodiny s jedním rodičem vlastním a druhým nevlastním, řada rodičů byla opakovaně trestána a velká část z nich aktuálně pobývala ve věznicích. Zaznamenáno bylo i nadměrné užívání alkoholu ze strany rodičů, nadměrné fyzické tresty ze strany rodičů, nízká hygienická a kulturní úroveň rodin (91). Skladba dětí, které přicházejí do náhradní ústavní péče, se mění. Přetrvává vyšší podíl chlapců, přibývá dětí postižených, dědičně zatížených, romských, dětí starších, dětí, jejichž biologičtí rodiče nejsou současně rodiči ve smyslu psychosociálním, a dětí, pocházejících často z rodin zatížených sociální patologií a alkoholismem (39).*

Což potvrzuje graf 4, kdy 84,13 % klientů zkoumaného souboru pochází z neúplné rodiny. Ve 23,81 % rodin je zaznamenáno úmrtí jednoho z rodičů.

V mnoha rodinách se objevuje alkoholismus a trestná činnost rodičů (33,3 %). Z dostupného spisového materiálu nebylo možné zjistit, pro jaký typ trestných činů byly rodiče odsouzeni.

Graf 5 udává procento rodičů zbavených způsobilosti k právním úkonům, které činí celkem v 9,52 %. V těchto případech se překrývá zbavení způsobilosti k právním úkonům se zbavením rodičovských práv. Jedná se o soudní zbavení způsobilosti podle ustanovení § 44, odst. 3 a 5 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění, ke kterému dochází v případě hrubého zanedbávání nebo zneužívání péče o dítě a pro dlouhodobý nezájem rodičů o dítě. V mnoha případech rodiče, kteří mají zbavení způsobilosti k právním úkonům, jsou umístěni dlouhodobě v psychiatrických léčebnách, nebo se jedná o alkoholiky a bezdomovce. Rodinné vazby jsou vážně narušeny, nebo neexistují a klient je právně volný pro případ adopce nebo pěstounské péče. Bohužel, klienti s poruchami chování nejsou, vzhledem k výchovné náročnosti, vhodní do běžných pěstounských péčí, což dokládá míra návratnosti klientů z pěstounské a adoptivní péče (graf 7). Jedná se o 15,87 % klientů souboru, kteří přicházejí z neúspěšných adopcí a zrušených pěstounských péčí.

Rodiny, ze kterých klienti Husova domova přicházejí jsou rodiny, jejichž péče o dítě je nedostačující, neposkytuje stimulující podněty a nesaturuje základní lidské potřeby pro zdravý vývoj dítěte. Jde o rodiny, které nedokáží vhodně výchovně působit na dítě a nejasně stanovují limity vhodného chování. Rodiče náročného klienta s poruchami chování nezvládají, hromadí se problémy ve školce, škole, děti jsou hospitalizovány k přechodným pobytům v dětských psychiatrických léčebnách, umístěny do zvláštních internátních škol a objevuje se první kriminalita, která často není trestně postihována pro nízký věk klientů. Dítě je umístěno do ústavní péče s nařízenou ústavní/ochrannou výchovou, nebo dokonce s nařízeným ochranným léčením. S rodinou nikdo výchovně nepracuje a nedochází v ní k žádné změně. Již tak křehké vztahy mezi rodinou a dítětem se ničí a zanikají úplně.

2/ **Hypotéza 2** se týká situace klientů po propuštění, zjištění, kam jsou klienti Husova domova propouštěni a jaká zařízení jsou pro ně připravena.



Rozlišujeme dvě základní místa propuštění (kapitola 4.1.1, tabulka 1): rodinu (tj. návrat k zákonným zástupcům, nebo blízkým příbuzným) a zařízení následné péče, kam se klienti propouští v případě chybějící nebo nefunkční rodiny, nebo rodiny, která nemá o ně zájem. V ostatních uvedených případech neproběhlo propuštění v pravém slova smyslu, klient byl v době zletilosti na útěku, nebo ve výkonu vazby, patří sem klienti, kterým nebyla ukončena ústavní výchova, ale pouze v rámci ústavní/ochranné výchovy byli přeřazeni do jiného zařízení pro výkon ústavní/ochranné výchovy.

V případě propuštění klienta ze zařízení plní faktor rodiny důležitou funkci při začlenění do společnosti a určuje budoucí prosperitu klienta. Je otázkou, do jaké míry rodina zvládne klienta s poruchami chování (vzhledem k charakteristice rodin uvedených výše), na jakou dobu setrvá klient v rodině, je-li předán do odborné péče, nebo ponechán napospas sám sobě (tabulka 2).

Klientům bez rodinného zázemí je ve spolupráci s odbory sociálních věcí pověřených úřadů zařízena následná péče. Úroveň následné péče je různá, vychází z charakteristiky zařízení, kam je klient propuštěn. Lze ji posuzovat z několika hledisek:

A) **Míra detence**, tj. jak nejlépe izolovat nebezpečného jedince od ostatní společnosti bez možnosti začlenění. Podle míry detence leží nejvýše nápravné zařízení pro výkon trestu odnětí svobody, následují psychiatrické léčebny (pavilony pro dlouhodobě nemocné) a některé ústavy sociální péče.

B) **Míra asistence** poskytovaná klientovi, která odráží míru samostatnosti klienta v každodenním životě (přičemž musíme mít na paměti, že většina klientů Husova domova není schopná po propuštění plnohodnotné samostatné existence vzhledem k typu postižení). Podle míry asistence jsou pracoviště následné péče seřazena od nejvyšší míry asistence po nejnižší v pořadí: psychiatrická léčebna, ústav sociální péče, dům na půli cesty (se socializačním programem, s asistenční službou, často s chráněnou dílnou), azylová ubytovna (čímž je míněno nízkoprahové zařízení, které předpokládá volní záměr klienta aktivně spolupracovat, bez vnějšího donucování

nebo dohledu, a teprve po projeveném zájmu a splnění stanovených podmínek následuje intervence), podporované bydlení, samostatný byt.

Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že nadpoloviční většina klientů (53,96 %) je propuštěna zpět do rodiny. Do zařízení následné péče je propuštěno 31,75 % klientů; konkrétní procentuální četnosti odchodů do jednotlivých typů zařízení následné péče jsou: 17,46 % klientů bylo propouštěno do domů na půli cesty, 6,35 % klientů bylo propuštěno do azylové ubytovny (ve 4,76 % se jednalo o stacionář azylové ubytovny), 4,76 % klientů bylo propuštěno do psychiatrické léčebny, 1,59 % klientů bylo propuštěno do ústavu sociální péče, 1,59 % klientů přešlo na internát středního odborného učiliště.

Zbývající klienti souboru byly v 7,94 % převedeni do jiného výchovného ústavu v rámci výkonu ústavní výchovy před dovršením osmnácti let věku; 6,34 % klientů bylo v době propuštění ve výkonu trestu, na útěku, nebo zemřeli (tabulka 1, graf 10).

3/ **Hypotéza 3** testuje, jak ovlivňuje program „Borouk“ situaci klientů po propuštění a hodnotí úspěšnost následné péče a zařazení bývalých klientů do společnosti. Při mapování situace klientů po propuštění bylo sledováno několik parametrů, které do jisté míry určují prosperitu klientů v životě po ukončení ústavní/ochranné péče: **místo propuštění a doba setrvání v místě propuštění, současné místo pobytu; finanční zajištění**, tj. přiznaný invalidní důchod (částečný, plný), hotovostní nebo věcná sociální výpomoc poskytovaná domovem (podle ustanovení § 33 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, v plném znění); **zbavení způsobilosti k právním úkonům; vzdělání; zaměstnání; trestná činnost**.

Zhodnocení následné péče, která byla zajištěna po odchodu klientů z ústavní/ochranné výchovy, bylo provedeno na základě informací získaných telefonickým dotazováním rodičů, klientů, zaměstnanců zařízení následné péče a kurátorů pověřených úřadů v roce 2007.

Na základě údajů z roku 2007 byla zjišťována doba, kterou strávili klienti v zařízení následné péče, a úspěšnost klientů v místě propuštění (jak se klienti zařadili do programů zařízení následné péče, měla-li jejich životní kariéra vzestupný charakter nebo propadli-li záchytnou sociální sítí a stali se bezprizorními). Základním předpokladem je, že všeobecnou podmínkou pro setrvání v rodině, domu na půli cesty, azylovém domu, ústavu sociální péče je plnění režimových prvků (různě náročných podle typu místa). Pokud dojde k závažnému porušení dohodnutých podmínek, dochází k vyloučení klienta ze zařízení následné péče i z rodiny. Situace je většinou řešena umístěním problémového klienta/dítěte do psychiatrické léčebny. V případech nedostatečné péče ze strany rodiny, nebo nedostatečné asistence ze strany zařízení se klienti stávají bezdomovci, v případě trestné činnosti odchází do výkonu trestu odnětí svobody a v extrémních případech dochází k úmrtí.

Program „Borouk“ se režimovou terapií pokouší naučit klienty základní návyky pro fungování v běžném životě, zvládnání sebeobslužných činností, nácvik praktických dovedností, uspořádání volného času, zvládnání pravidelné aplikace léků, schopnosti spojené s výkonem zaměstnání (jako je pravidelné vstávání, setrvání v zaměstnání apod.) a tak klienty připravit na budoucí život v zařízeních, kde se předpokládá hladké zvládnutí režimových prvků.

Ukazuje se, že bezproblémové fungování klientů Husova domova po propuštění z ústavní péče je průměrně šest měsíců od doby propuštění. Klienti plní režimové prvky, tak jak se je naučili zvládat v Husově domově, ve volnočasových aktivitách hledají podobné zaměření, na jaké byli zvyklí během pobytu v Husově domově, z čehož lze usuzovat, že režimový program „Borouk“ zanechal stopy ve výchově klientů, ale bez pravidelného upevňování návyků dochází k jejich vymizení.

Jako úspěšné začlenění klientů s poruchou chování do společnosti lze vnímat osamostatnění se, bydlení ve vlastním bytě a docházení do práce; setrvání v rodině; bydlení v podporovaném bytě; setrvání v domu na půli cesty a docházení do chráněného zaměstnání; setrvání ve stacionáři azylových ubytoven, který má podobný charakter jako dům na půli cesty (viz dále) a setrvání v ústavu sociální péče.

Za neúspěšné začlenění lze považovat výkon trestu odnětí svobody, dlouhodobý pobyt v psychiatrické léčebně, bezdomovectví, úmrtí v důsledku zneužívání drog.

Zjišťováním situace v roce 2007 se autorka pokouší zhodnotit účinnost následné péče. Zhruba polovina všech klientů je propuštěna zpět do rodiny, nebo k blízkým příbuzným. Na základě tabulky 2 vidíme, že téměř 35 % klientů (z celkového počtu) u rodičů nezůstalo. Přičemž úspěšně se z tohoto počtu podařilo začlenit pouze 3,17 % klientů (tj. žijí ve vlastním bytě, docházejí do zaměstnání). Zbytek klientů, kteří nežijí s rodiči, byl předán k dlouhodobým pobytům v psychiatrických léčebnách (7,94 %), ústavům sociální péče (1,59 %), je ve výkonu trestu (4,76 %), nebo jsou bezdomovci (6,35 %).

Zhruba 60 % klientů (z počtu klientů propuštěných do rodiny) rodinu opouští s nejistou prognózou do budoucna. Na základě těchto poznatků nelze propuštění do rodiny vnímat jako bezpodmínečnou výhru pro klienta, ačkoliv po něm většina klientů touží. Tento výsledek plně koresponduje s popisem absurdnosti systému ústavní výchovy, kdy dítě je na počátku odebráno z nefunkčního rodinného prostředí, aby bylo uchráněno před nedostačující výchovou. Následuje umístění do ústavu a po dostatečně dlouhé izolaci je opět propuštěno do stejného prostředí, odkud bylo vyňato, a které se nezměnilo **(4)**.

Klienti, kteří nemají rodinné zázemí, do kterého se mohou vracet, jsou nejčastěji ze 17,46 % propouštěni do domů na půli cesty. Jedná se o zařízení s asistencí, často i chráněným zaměstnáním, která mají postupně dovést klienty k samostatnému způsobu života. Při sledování úspěšnosti pomoci poskytované domy na půli cesty klientům sledovaného souboru bylo zjištěno, že 18,19 % klientů (z počtu klientů propuštěných do domů na půli cesty) se opravdu osamostatnilo a žije ve vlastním bytě; 27,27 % klientů (z počtu klientů propuštěných do domů na půli cesty) zůstává v domech na půli cesty dlouhodobě a plní jejich program; 36,36 % klientů (z počtu klientů propuštěných do domů na půli cesty) bylo propuštěno a převedeno do psychiatrických léčeben; 9,09 % klientů (z počtu klientů propuštěných do domů na půli cesty) do výkonu trestu a z 9,09 % se stali bezdomovci. Tzn. 45,45 % klientů (z počtu klientů propuštěných

do domů na půli cesty) lze považovat za úspěšně začleněné. U zbylých 54,55 % klientů domů na půli cesty měla jejich „životní kariéra“ sestupný charakter.

Následují azylové ubytovny se 6,35 % zařazených klientů, které se jeví mírou poskytované péče jako nejméně vhodné. Výhodou azylových ubytoven je jejich dostupnost, nevýhodou typ klientely, který ji vyhledává. Klienti Husova domova se v azylových ubytovnách lehkostavají, vzhledem ke své mentální úrovni, obětí trestných činů, počínaje bezprostředním okradením hned po příchodu a následným zneužitím k páčání další trestné činnosti. Doba, kterou stráví klienti v klasické azylové ubytovně je velice krátká, většinou vyděšení úrovní ubytovny odcházejí bezprostředně po umístění, buď k příbuzným, nebo se ocitají na ulici. Některé azylové ubytovny mají několika stupňovou úroveň poskytovaných služeb, kdy základní úrovní je nízkoprahová ubytovna, kam se klient dostaví vždy večer, dostane jídlo a ráno si odnese své věci, lůžko mu není zamluveno, ubytování záleží na tom, zda je volná kapacita v čas, kdy klient přichází. Počet nocujících v jedné místnosti se pohybuje mezi patnácti až třeba třiceti klienty. Vyšší úroveň poskytovaných služeb je ubytovna se zaměstnáním, kdy klient má svoje stabilní místo v ubytovně, může si tam nechávat své věci, má nárok na pravidelné stravování. Jeho povinností je docházet do zprostředkovaného zaměstnání a dodržovat stanovené podmínky. Pro klienty, kteří plní povinnosti v zaměstnání a provozní podmínky ubytovny dlouhodobě, je po nějakém čase připraven azylový byt a následně poskytnuta pomoc při hledání vlastního bytu a zaměstnání a klient je úspěšně resocializován. Tento typ ubytovny předpokládá samostatnou motivaci klienta a samostatné dodržování stanovených podmínek – čehož většina klientů Husova domova samostatně není schopna. V některých městech jsou při azylových ubytovnách zřízeny tzv. stacionáře azylových ubytoven, které poskytovanou péčí odpovídají zařízení typu dům na půli cesty. Jedná se o zařízení s vyšší mírou asistence, která jsou určena pro obtížněji zařaditelné klienty s mentálním handicapem. V současnosti stacionáře azylových ubytoven využívá 4,76 % propuštěných klientů sledovaného souboru.

Dalšími místy propuštění jsou psychiatrické léčebny pavilóny pro chronicky nemocné (4,76 % z celkového počtu propuštěných klientů). Na základě výsledků lze

řící, že se jedná o nejúspěšnější místo pobytu z hlediska setrvání v místě propuštění (66,6 % klientů z počtu klientů propuštěných do psychiatrické léčebny, zde setrvalo) a z hlediska počtu nově zařazených sledovaných klientů Husova domova (konečná bilance je čtyřnásobek původního počtu klientů propuštěných do psychiatrické léčebny), ale to neznámá, že se jedná o nejvhodnější místa pobytu. Klienti v léčebnách jsou zvládnáni především farmakologicky, výchovná terapie stojí stranou.

V ústavu sociální péče našlo útočiště 1,59 % klientů a následně se podařilo umístit ještě 1,59 % klientů. Nízký počet klientů, který je přijat do ústavu sociální péče je dán diagnózou porucha chování, která je kontraindikací pro přijetí do ústavu sociální péče.

Ve výkonu trestu v době zletilosti bylo 3,17 % klientů, kteří byli během sledovaných let propuštěni domů, nově se do výkonu trestu dostalo 6,34 % klientů (graf 20).

Počet úmrtí v roce 2007 vzrostl z 1,59 % klientů v době propuštění z výkonu ústavní/ochranné výchovy o 1,59 % klientů. Příčinou úmrtí bylo poškození centrální nervové soustavy v důsledku meningitidy a zneužívání toluenu.

V roce 2007 lze místa pobytu seřadit podle četností následovně: rodina (22,2 %); psychiatrická léčebna (19,06 %); nezjištěno (17,46 %); samostatný byt (7,94 %), dům na půli cesty (7,94 %), bezdomovectví (7,94 %); výkon trestu (6,35 %); azylová ubytovna (4,76 %); ústav sociální péče (3,17 %).

Na základě výzkumu zjišťujeme, že můžeme považovat 46,03 % klientů (z celkového počtu zjištěných klientů) úspěšně začleněných s poměrně pozitivní perspektivou, tzn. udrželi se v místech, kde je pro ně dostupná péče, bez které se nemohou obejít, a zároveň jim byla zachována určitá míra samostatnosti a volnosti. Uzavření klientů (25,40 %) do detenčního zařízení, typu psychiatrická léčebna, nápravné zařízení; bezdomovectví (7,94 %) a úmrtí (3,17 %) nelze za úspěšně začlenění považovat.

Při hodnocení finančního zabezpečení bylo zjištěno, že u 90 % klientů je před odchodem ze zařízení podána žádost o plný invalidní důchod a vyplněn

praktickým lékařem formulář pro posudkovou komisi. Lékařská posudková komise na základě dodaných podkladů rozhoduje o plné nebo částečné invaliditě. Grafy 12, 13 odrážejí množství klientů, kterým byl před propuštěním ze zařízení přiznán invalidní důchod nebo částečně invalidní důchod v letech 2001 až 2005. Jednalo se o invaliditu z mládí, u které nemusí být splněna zákonná podmínka odpracovaných dob (v letech 2006 až 2007 se situace změnila, invalidní důchody jsou přiznávány až po osmnáctém roku věku klienta v místě trvalého bydliště, proto v současné době počet klientů, kteří odcházejí z Husova domova s přiznaným invalidním důchodem, je minimální. Důchod je přiznán klientům s nařízenou prodlouženou ústavní výchovou do devatenácti let). Podle zákona č.155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, v platném znění, klienti plný invalidní důchod získali z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Jejich schopnost soustavné výdělečné činnosti poklesla nejméně o 66 %, nebo byli schopni výdělečné činnosti jen za speciálních podmínek (tj. chráněné dílny, chráněná zaměstnání). Konkrétním důvodem pro přiznání plného invalidního důchodu je psychiatrická diagnóza klientů. Celkem bylo zabezpečeno invalidními důchody 50,79 % klientů; 28,57 % klientů s přiznaným plným invalidním důchodem bylo propuštěno do zařízení následné péče; 4,76 % klientů s přiznaným částečným invalidním důchodem bylo propuštěno do zařízení následné péče; 17,46 % klientů se zařízeným plným invalidním důchodem bylo propuštěno do rodiny. Do roku 2007 došlo k nárůstu počtu klientů s přiznaným plným invalidním důchodem o 6,35 % (v čemž jsou zahrnuti klienti, kterým byla podána žádost ještě v Husově domově).

Nezajištěným klientům byla poskytována jednorázová hotovostní výpomoc podle ustanovení § 33 zákona č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, v platném znění, tzn. klientům, kterým nebyl při propuštění přiznán invalidní důchod, klientům, kteří nebyli propuštěni k rodičům nebo neměli naspořeno ze sirotčích důchodů. Hotovostní výpomoc se poskytuje pouze při propuštění klienta z ústavní/ochranné výchovy. Hotovostní výpomoc byla poskytnuta 12,69 % klientů. Zbytek klientů zkoumaného souboru, kteří nezískali jednorázovou hotovostní výpomoc a ani neměli zajištěn invalidní důchod, byl zajištěn péčí rodičů (19,07 %) nebo odcházeli s naspořenými částkami ze sirotčích důchodů (3,17 %) (graf 14). Úplně

bez zabezpečení odchází 14,28 % klientů, do kterých jsou zahrnuti klienti převedení do jiného výchovného ústavu v rámci ústavní výchovy; klienti, kteří byli v době ukončení ústavní/ochranné výchovy ve výkonu trestu; na útěku ze zařízení; nebo zemřeli.

Ve věci soudního zbavení způsobilosti k právním úkonům (graf 15) bylo zjištěno: Od osmnáctého roku věku byl soudně zbaven způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu 1,59 % klientů z celkového počtu propuštěných. Od osmnáctého roku byla soudně částečně omezena způsobilost k právním úkonům ve věci nakládání s financemi u 6,35 % klientů. U 4,76 % klientů nedošlo k vyřízení podaného návrhu k soudu během pobytu v Husově domově. Pravomocný rozsudek o zbavení způsobilosti k právním úkonům obdrželi pouze klienti Husova domova, kterým byla prodloužená ústavní/ochranná výchova do devatenácti let. Zbavení způsobilosti je možné až po dosažení osmnácti let věku. Jedná se o soudní zbavení způsobilosti podle ustanovení § 44, odst. 3 a 5 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění. V roce 2007 došlo k nárůstu počtu klientů se zbavením způsobilosti v plném rozsahu o 9,52 % a omezení k právním úkonům ve věci nakládání s financemi o 3,17 %. Impulzy pro zbavení způsobilosti u klientů Husova domova byly např. gamblerství, utracení vysokých finančních částek. Vzhledem k mentální úrovni klientů Husova domova se nejedná o výrazné zvýšení procenta omezení k právním úkonům. Dochází k němu v případě, že klient nemá nikoho blízkého (rodiče, pracovníka specializovaného zařízení), kdo mu pomáhá s vyřizováním úřední agendy, hospodařením s finančními prostředky a s každodenními problémy, čehož sám není schopen. Tímto opatřením jsou také klienti chráněni před trestným zneužitím jejich osoby (např. uzavření smlouvy o půjčce na jejich jméno).

Situaci vzdělávání zobrazuje graf 17. Klienti Husova domova jsou přijímáni k výkonu ústavní/ochranné výchovy s ukončenou povinnou školní docházkou. V minulých letech bylo možné přijmout i klienty s nedokončenou povinnou školní docházkou s výjimkou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR, kdy klientům



byl zařízen individuální studijní plán a během pobytu v Husově domově si povinnou školní docházku dokončili (*v současné době ministerská výjimka již neexistuje a do výkonu ústavní výchovy jsou do Husova domova přijímáni jen klienti s ukončenou povinnou školní docházkou*). Při přijetí do Husova domova jsou klienti zapsáni do dvouletého oboru Základní a Praktické školy ve Dvoře Králové nad Labem vždy s počátkem školního roku. Dokončení studia, nebo dokončení jen 1. ročníku záleží na době přijetí klienta a délce jeho pobytu v Husově domově. V některých případech nedojde k ukončení ani jednoho ročníku studia (tj. v případě, je-li klient přijat před koncem školního roku, nemůže být řádně zapsán do studia a odchází-li před ukončením následného pololetí nebo roku). Pouze s ukončenou povinnou školní docházkou odchází z Husova domova 31,74 % klientů. S ukončeným 1. ročníkem praktické školy odchází 47,63 % klientů. S ukončeným dvouletým oborem praktické školy odchází 14,28 % klientů. Zanedbatelné množství klientů Husova domova je přijato na odborné učiliště a ještě menší množství (4,76 %) dostuduje 1. ročník. Pouze jeden klient z celého souboru dostudoval před odchodem z Husova domova tříletý učební obor středního odborného učiliště.

Počet klientů, kteří pokračovali ve studiu do roku 2007, je zanedbatelný: jeden klient dokončuje 2. ročník praktické školy v roce 2006/2007, jeden klient dokončuje dvouletý obor odborného učiliště v roce 2006/2007 a jeden klient se připravuje na maturitu ve středním odborném učilišti v roce 2006/2007.

Úroveň dosaženého vzdělání koresponduje s mentálními schopnostmi klientů. Klienti mají možnost prodloužit pobyt v Husově domově v souvislosti s pokračováním studia na základě smlouvy podle ustanovení § 24 zákona č. 109/2002 Sb., odst. 4, o prodlouženém pobytu v zařízení v souvislosti se studiem. Zákon dává možnost ubytování v ústavu a plného přímého zaopatření zletilé nezaopatřené osobě po ukončení výkonu ústavní nebo ochranné výchovy, jestliže se připravuje na budoucí povolání, nejdéle však do dvaceti šesti let věku. Tato forma znamená výraznou pomoc klientům, kteří profesní přípravu zahájili pozdě a v rámci výkonu ústavní/ochranné výchovy ji nestihnou dokončit **(36)**. Klienti ale často dávají přednost propuštění z Husova domova ke dni zletilosti a v místě propuštění již o studium z vlastní vůle neprojeví zájem,

nechápu jeho význam, nebaví je, nebo nevědí, že vůbec existuje možnost studovat a nevědí, jak by si studium zařídili. Bez pomocné asistence pracovníků následné péče k dokončení vzdělání nedojde.

Při propuštění neměli zajištěno samostatné zaměstnání žádní klienti. Klienti bez zajištění invalidního důchodu byli zaevidováni na úřadě práce v místě trvalého bydliště. V evidenci úřadu práce se ocitlo 49,21 % klientů po propuštění z výkonu ústavní/ochranné výchovy. Při propuštění mělo zajištěno chráněné zaměstnání v rámci programů zařízení následné péče celkem 20,63 % klientů.

Při hodnocení upevnění pracovního návyku bylo v roce 2007 zjištěno, že 22,2 % klientů dochází do zaměstnání, nebo jinak řeší problematiku zaměstnání. Zlepšit kvalifikaci studiem se pokouší 4,76 % klientů. Nízký počet klientů, kteří docházejí do zaměstnání, je z velké části ovlivněn přiznáním plného invalidního důchodu a tím finančním zabezpečením klientů a také nedostatkem nebo nedostupností chráněných dílen, které jsou vhodné pro klienty Husova domova.

Jako důsledek poruch chování je uváděna trestná činnost. Z četností trestné činnosti vyskytující se po propuštění je zřejmé, že došlo ke zlepšení. S již spáchanou trestnou činností bylo přijato do výkonu ústavní/ochranné výchovy 42,86 % klientů.

Po propuštění z Husova domova se dopustilo trestné činnosti 30,16 % klientů, opakované trestné činnosti 23,81 % klientů. Počet klientů, kteří se dopustili trestné činnosti poprvé až po propuštění z ústavní/ochranné výchovy, je pouze 6,35 %. Trestná činnost se výrazně snížila, během výkonu ústavní/ochranné výchovy a i po propuštění z Husova domova nedošlo k drastickému nárůstu trestné činnosti. Nejčastěji páchanou trestnou činností zůstává krádež. Sexuální delikty úplně vymizely. Ostatní typy trestné činnosti zůstávají v nízkém procentuálním zastoupení.

V závěrečném shrnutí lze program „Borouk“ hodnotit jako vhodný program pro klienty s poruchami chování, který pomáhá jejich socializaci a resocializaci. Výsledky práce dokazují, že u souboru zkoumaných klientů došlo ke zlepšení v řadě

oblastí života (viz např. případová studie). Do jaké míry má program „Borouk“ vliv na úspěšné znovuzачlenění klientů do společnosti nelze konkrétně zjistit, protože samotné začlenění je ovlivněno mnoha nesourodými proměnnými, jako je stupeň závažnosti diagnózy, úroveň rodinného prostředí a v neposlední řadě i štěstí při nalezení vhodného vstřícného odborného pracoviště.

Klienti s poruchami chování se jen v ojedinělých případech stanou samostatnými a nezávislými na pomoci druhých. Pro jejich vhodné začlenění, a s tím související eliminaci negativních společenských jevů, je třeba klientům s poruchami chování poskytovat celoživotní asistenci, podporu a výchovu.

## 6. Závěr

V diplomové práci jsem se snažila přiblížit problematiku poruch chování a situaci klientů s poruchami chování po propuštění z ústavní/ochranné výchovy. Podrobně popisuji socializační program „Borouk“, který se uplatňuje při práci s klienty ve Výchovném ústavu Husův domov. V příloze uvádím exkurz terapeutických technik, které zařízení v rámci programu „Borouk“ používá s tím, že do budoucna se uvažuje o jeho rozšíření o videotrénink interakcí a magnetoterapeutické léčení enuréz. V praktické části jsem se věnovala zmapování typu klientů, kteří procházejí Husovým domovem, a především zmapování situace klientů Husova domova, po ukončení ústavní/ochranné výchovy.

Cílem práce bylo seznámit širší veřejnost s problematikou poruch chování a s možnou metodou práce socializačním programem „Borouk“, jež je aplikován ve Výchovném ústavu Husův domov na oddělení pro klienty vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku jejich neurologického, psychického a psychiatrického onemocnění. Snahou diplomové práce bylo poukázat na výhody programu a jeho účinnost, kterou testuji v praktické části zhodnocením průběhu poskytnuté následné péče a zhodnocení úspěšnosti začlenění klientů do společnosti. Dalším cílem bylo zmapování situace při odchodu klientů z výkonu ústavní/ochranné výchovy (zařízení následné péče, možnost dalšího vzdělávání klientů, zaměstnání, počet přiznaných invalidních důchodů, počet nařízených ambulantních a psychiatrických léceb, zbavení způsobilosti, trestná činnost, bezdomovectví, úmrtí atd.).

V souvislosti s cíli jsem si stanovila 3 hypotézy. Hypotéza 1 a 3 byly potvrzeny, hypotéza 2 byla vyvrácena.

Vzhledem k výsledkům je zřejmé, že celkově lze program „Borouk“ hodnotit jako vhodný program pro klienty s poruchami chování, který pomáhá klientů se začleněním do společnosti. Nicméně bez vhodného navazujícího systému následné péče a doprovodné celoživotní péče, který by se zaměřoval na pomoc klientům s poruchami chování, program „Borouk“ nemá a ani nemůže mít vzhledem k uvedené problematice dlouhodobý efekt.

Většina odcházejících klientů není dostatečně připravena na podmínky samostatného života. Jedná se o klienty, kteří často strávili v ústavní péči většinu života a jejich schopnost zařadit se do reálného života je snížena jejich postižením a časem stráveným v ústavních zařízeních. Vzhledem k jejich náročnosti je většina zařízení (ústav sociální péče, chráněné domy apod.) nechce přijímat. V oblasti zařízení následné péče, kam mohou být klienti Husova domova umístováni, chybí vhodný typ zařízení.

I v případech, kdy se klient vrací do rodiny, je jeho situace neradostná a složitá vzhledem k sociální úrovni rodin. „Nezvladatelní“ klienti Husova domova pak často celý život setrvávají v pavilonech psychiatrických léčeben pro chronicky nemocné. V jiném případě bývají takto postižení klienti ponecháni vlastnímu osudu a vzhledem ke své maladaptivitě propadají sociální zachytnou síti, končí jako bezdomovci, často jsou souzeni pro trestné činy, stávají se obětí trestných činů a nabalují se na ně další a další sociální problémy, jejichž řešení stát stojí vysoké finanční částky. Stojí za zvážení, zda neinvestovat vynaložené finanční prostředky do preventivních programů pomoci obtížně zařaditelných jedinců.

Celou problematiku poruch chování je nutno zvládat komplexně, počínaje včasnou prevencí ovlivňující již prenatální období dítěte (přednášky ve školách o plánovaném těhotenství, o zdravotních rizicích dítěte v případě nedodržení správné životosprávy, poukazovat na nutnost poskytnutí lásky dětem). V oblasti sekundární prevence je nutno se zaměřit na to, aby co nejméně dětí využilo systém ústavní péče. Podle prof. Z. Matějčka, chceme-li posílit rodinný systém, musíme posilovat jednotlivé jeho členy. Před vyjmutím dítěte z rodiny je nutno pracovat s rodinou nejen prostřednictvím stávajících kurátorů (39), ale i dalších odborníků, kteří pomohou rodině získat nové schopnosti a tím ji posílit, aby zvládala péči o dítě a zvládla další parametry svého fungování (dobrým příkladem odborné práce s rodinou je videotrénink interakcí). Jako poslední možností péče o dítě je ústavní péče za současně probíhající terapie rodiny, aby dítě po propuštění z ústavní výchovy našlo rodinný systém pozitivně změněný a tak mohlo rozvíjet nově nabyté schopnosti a návyky. Je proto nutná dobrá spolupráce a komunikace rodiny a orgánů věnující se péči o dítě, tj. kurátorů, soudů,

oddělení péče o dítě, kojeneckých ústavů, dětských domovů, psychologických poraden a dalších odborných institucí, které hájí zájmy dětí. A je na straně institucí, aby komunikaci zajistili, protože sociálně slabší rodiny ji nezvládají a často odmítají.

Je potřeba poskytovat rodinám s klientem postiženým poruchou chování maximální podporu a pomoc, sociální vzdělávání a nácvik dovedností. V oblasti dávek se může konkrétně jednat o poskytnutí příspěvku na péči o osobu blízkou, protože péče o klienta s poruchou chování si vyžaduje často celodenní pozornost a rodina přichází o jeden příjem. Vhodnou pomocí je umístění klienta do chráněného zaměstnání, což předpokládá pomoc asistenta, nebo alespoň existenci chráněné dílny, denního stacionáře, které bude ochotné problematického klienta přijmout. Dále je možné rodině pomoci umístěním klienta na odlehčovací pobyt do vhodného zařízení, v současné době probíhají odlehčovací pobyty v psychiatrických léčebnách, odkud se klienti vrací se zvýšenou medikací, která často zabraňuje klientovi v pohybu a dalších aktivitách. Odlehčovací pobyt v psychiatrické léčebně je klientem vnímán jako trest a tak je spojen s negativními pocity viny i pro rodiče a odpočinek je spojen s výčitkami svědomí.

V oblasti zabezpečení zůstává v současnosti nevyřešena otázka přiznání invalidních důchodů, kdy okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ) místně příslušná Husovu domovu ve většině případech přeposílá žádosti o invalidní důchod do místa trvalého bydliště klienta, kde si klienti mají důchod zařídit v době po propuštění, čehož často, pokud nejsou v rodině, nebo v zařízení s asistenční službou, nejsou schopni. Druhou stranou mince v otázce důchodů je, že jejich pobírání často vede klienty k nečinnosti, lenosti a znučenosti, na kterou si rodiče klientů stěžují, a vzhledem k nedostupnosti zařízení (chráněných dílen, stacionářů) s vhodným socializačním programem v místě bydliště, kam by klienti mohli docházet a dál se rozvíjet v rámci svých možností, dochází ke kupení problémů a trestné činnosti.

Ve vyspělých státech je v posledních letech kladen důraz na komunitní péči, která propojuje postupy medicínské a postupy sociální rehabilitace tak, aby jedince provázela všemi životními situacemi **(53)**. Efektivní komunitní podpurný systém pro osoby s poruchami chování by měl vycházet z potřeb klienta, poskytovat mu podněty,

povzbuzovat ho a v rámci jeho možností rozvíjet, pomáhat mu uspokojovat speciální potřeby. Problematiku poruch chování je třeba řešit právě vytvořením funkčního systému komunitní péče a státní podporou těch zařízení a institucí, která by se věnovala obtížně začlenitelným klientům po odchodu z výkonu ústavní výchovy. Z práce je zřejmé, že je třeba školit odbornou veřejnost, pracující v zařízeních následné péče o problematice poruch chování a metodách práce s nimi, případně vytvořit specializované zařízení typu chráněné bydlení, chráněné dílny, specializovaných stacionářů, domy na půli cesty a problematiku společně řešit mezi resorty zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí.

Doporučuji klást důraz na osvětlu odborné veřejnosti v oblasti péče o postižené klienty poruchou chování, protože v současnosti převládá především farmakologické zvládnání problematiky, bez výchovného působení, které možné je, jak dokládá práce Výchovného ústavu Husův domov.

Domnívám se, že jedinci s poruchou chování potřebují naši podporu, pomoc a to nejen do osmnácti nebo do devatenácti let, kdy odcházejí z výkonu ústavní nebo ochranné výchovy, ale potřebují nadále provázet a podporovat vhodnou odbornou péčí, protože tito klienti jsou do jisté míry schopni samostatného života a za vhodné asistence nemusí končit v psychiatrických léčebnách, nebo jako bezdomovci, což je obojí velice smutný osud.

Jsem si vědoma toho, že téma si zaslouží důkladnější zpracování, než které ve své práci uvádím. Je to téma, které si zaslouhuje větší pozornost, protože se týká rizikové skupiny obyvatelstva s nízkou životní úrovní, na kterou společnost vydává velké finanční obnosy v podobě sociálních dávek a řešení důsledků negativního sociálního chování. Jak je vidět, nestačí problematiku sociálně slabších rodin, ze kterých se rekrutují právě klienti s poruchami chování, řešit pouze prvoplánovým systémem dávek, ale i komplexně programy sociálního vzdělávání a prevence.

## 7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přeprac. vydání. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BIDDULPH, S. *Proč jsou šťastné děti šťastné*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 139 s. ISBN 80-7178-411-7.
3. BOSCO, D. *Můj život pro mladé*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 226 s. ISBN 978-80-7367-247-8.
4. BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. Prohlášení neziskových organizací ke stavu systému náhradní péče a péče o dítě a o rodinu. *Náhradní rodinná péče*. Praha: 2003, ročník VI, číslo II. s. 6-7. ISSN 1212-3765.
5. BURIÁNEK, J. *Sociologie*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 2001. 127 s. ISBN 80-7168-754-5.
6. CAMBELOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998, 199 s. ISBN 80-7178-204-1.
7. ČIHÁK, F. Dětská agresivita a poruchy chování. *Lékařské listy*. Praha: 2006, ročník 55, číslo 15, s. 20-22. ISSN 0044-1996.
8. ČERNÁ, M. a kol. *Lehká mozková dysfunkce*. 3. vydání. Praha: UK Praha, 1999. 224 s. ISBN 80-7178-488-08.
9. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.



10. EDWIGE, A. *Agresivita dětí*. 1. vydání. Praha : Portál, 2004. 101 s. ISBN 80-7178-808-2.
11. FAUCHER, F. *František Bakule: Enfant terrible české pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 120 s. ISBN 80-7178-305-6.
12. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 80-7178-367-6.
13. GALAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 160 s. ISBN 80-7169-789-3.
14. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vydání. Praha: Argo, 1999. 596 s. ISBN 80-7203-124-4.
15. HAVLÍK, R., KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 184 s. ISBN 80-7178-6357.
16. HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 228 s. ISBN 80-7178-888-0.
17. HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 173 s. ISBN 80-7178-927-5.
18. HOLLÝ, K., HORÁČEK, K. *Hipoterapie*. 1. vydání. Praha: Kontes, 2005. 193 s. ISBN 80-7225-190-2.
19. HORT, J., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání, Praha: Portál, 2000. 492 s. ISBN 80-7225-190-2.

20. HUČÍN, J. Raději pevný řád než nic. *Psychologie Dnes*. 2003. ročník 9. č. 10, 13 s. ISSN 1212-9607.
21. ISRAELJAN, A. Aktuální problémy socializace mentálně postižených klientů. *Speciální pedagogika*. Praha : 2001, ročník 11, číslo 3, s. 129-136. ISSN 1211-2720.
22. JANATA, J. *Agrese tolerance a intolerance*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 220 s. ISBN 80-7169-889-X.
23. JEDLIČKA, R. *Děti a mládež v obtížných životních situacích, nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. 1. vydání. Praha: Tremis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.
24. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Metody práce s dětmi s LMD*. 3.vydání. Praha: D & H . 1999, 24 s. ISBN 80-7170-045.
25. KELLER, J. *Úvod do Sociologie*. 5. vydání. Praha: Slon, 2006. 204 s. ISBN 80-86429-39-3.
26. KLIK, J. Psychoterapeutické principy v průběhu hiporehabilitace. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, č. 4. 1995. s. 179-180.
27. KLÍMA, P., KLÍMA, J. *Základy etopedie: Uvedení do etopedie, nárys vývoje a organizační péče*. 2. vydání. Praha: SPN, 1984. 124 s.
28. KREJČÍŘOVÁ, O. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Eteria, 2002. 127 s. ISBN 80-238-8729-7.

29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
30. KAUFMAN, L. HUBEROVÁ, G. *Děti potřebují rituály*. 1. vydání Praha: Portál, 1998. 168 s. ISBN 80-7178-711-6.
31. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. přeprac. vydání. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.
32. LANGMEIER, J., LANGMEIER, M., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 120 s. ISBN 80-86180-03-4.
33. LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie - nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 1. vydání, Praha: Portál, 2005. 279 s. ISBN 80-7178-864-3.
34. MAKARENKO, A. S. *Začínáme žít*. 8. upravené vydání. Praha: Lidové nakladatelství, 1973. 445 s.
35. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
36. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 309 s. ISBN 80-7178-473-7.
37. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vydání. Praha: SLON, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
38. MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 336 s. ISBN 80-7178-226-2.

39. MATĚJČEK, Z. a kol. *Náhradní rodinná péče*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 184 s. ISBN 80-7178-304-8.
40. MIKKELSEN, EJ. Chapter 54 Modern Approaches to Enuresis and Encopresis. In: Lewis ML (ed). *Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, second edition. 1996, Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 593-597.-600
41. MÍČEK, L. *Sebevýchova a duševní hygiena*. 5. doplň. vydání. Praha: Státní pedagogické naklad., 1988. 230 s. SPN 4-11-16/5.
42. MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2.rozšíř. vydání. Brno: Paido, 2002. 189 s. ISBN 80-89044-39-5.
43. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně – behaviorální terapie úvod do teorie a praxe*. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. 304 s. ISBN 80-7254-38-6.
44. MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2.vydání. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-188-3.
45. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. dotisk 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0207-6.
46. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. 1. vydání. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3.
47. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vydání. Praha: Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.

48. NERADŽIČ, Z. *Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit*. 1. vydání. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
49. PACLT, I., FLORIAN, J. a kol. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. 400 s. ISBN 80-7169-506-8.
50. PÁVKOVÁ, J. a kol. *Pedagogika volného času*. 3. aktual. vydání. Praha: Portál, 2002. 231 s. ISBN 80-7178-711-6.
51. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšíř. vydání. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
52. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Brno: Paido, 1988. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
53. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9.
54. POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevů*. 2. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2001. 110 s. ISBN 80-86568-03-2.
55. PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.
56. PRAVDOVÁ, V. *Práce s dětmi, které trpí poruchami chování. Lékařské listy*. Praha: 2006, ročník 55, číslo 15, s. 23-24. ISSN 0044-1996.
57. PROUTY, G., WERDE VAN, D., PÖTNER, M. *Preterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 197 s. ISBN 80-7178-949-6.

58. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. rozšíř. vydání. Praha: Portál, 2003. 328 s. ISBN 80-7178-772-8.
59. RADIMSKÝ, M. a kol. *Psychiatrie II*. 2. přeprac. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 217 s. ISBN 80-7013-350-3.
60. ROMÉNOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-370-6.
61. SDRUŽENÍ PRO OTTŮV SLOVNÍK NAUČNÝ. *Ottův slovník naučný – desátý díl*. Praha: Paseka, 1998. 1025 s. ISBN 80-7185-155-8.
62. SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 141 s. ISBN 80-7178-315-3.
63. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 173 s. ISBN 80-7178-559-8.
64. Socializační program Borouk Výchovného ústavu Husův domov. Poslední aktualizace 4.3.2007. [ cit. 2007-5-3 ]. – jedná se o interní zdroj zařízení
65. SOVÁK, M. a kol.: *Defektologický slovník*, 3. uprav. vydání. H+ H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
66. SLOMEK, Z. Výkon ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních. *Kontakt*. České Budějovice: 2003, ročník 5, číslo 2, s. 80 - 83. ISSN 1212-4117.

67. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy (MKN 10, DSM-IV)*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
68. STRAUSS, A. CORBÍNOVÁ J. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1.vydání. Boskovice: Albert, 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
69. STYX, P. *O psychiatrii, jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vydání. Brno: Computer – Press, 2006. 177 s. ISBN 80-7226-828-7.
70. SVOBODA, M. (ed), ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychologie a psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
71. SVOBODOVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
72. SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. 164 s. ISBN 80-7261-038-4.
73. ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2005. 248 s. ISBN 80-7178-557-1.
74. ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. 1.vydání. Brno: Paido, 2002. 35s. ISBN 80-7315-017-4 .
75. ŠVANCAR, Z., BURIÁNOVÁ, J. *Speciálně-pedagogické problémy ústavní a ochranné výchov*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1998. 216 s. ISBN 14-363-88.

76. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2.
77. TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. 164 s. ISBN 80-7178-131-2.
78. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémových dětí a mládeže*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. 125 s. ISBN 80-7083-378-5 .
79. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profes*. 3. rozšř. a přeprac. vydání. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
80. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 1. vydání. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
81. VELKÝ SLOVNÍK NAUČNÝ m/ž. 1. vydání, Praha: Diderot, 1999. 1679 s. ISBN 80-902723-1-2.
82. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika Integrace školní a sociální*. 2.rozšř. a přeprac. vydání, Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
83. Vnitřní řád Výchovného ústavu Husův domov. Poslední aktualizace 1.7.2006. [ cit. 2007-5-3 ]. – jedná se o interní zdroj zařízení
84. VOJTOVÁ, V.: *Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 1.vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 94 s. ISBN 80-210-3532-3.



85. Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních, v platném znění pozdějších předpisů
86. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, v platném znění pozdějších předpisů
87. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění pozdějších předpisů.
88. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění pozdějších předpisů
89. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, v platném znění pozdějších předpisů
90. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1994. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.
91. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie a kolektiv*. 1. vydání. Praha: UK, 1996. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.
92. PEŠATOVÁ, I. Empirické šetření v dětském diagnostickém ústavu. *Speciální pedagogika*. Praha, 2002. ročník. 12 ,č. 4. s.242-250. ISSN –2720.

## **8. Klíčová slova**

Husův domov

klient

následná péče

poruchy chování

program „Borouk“

socializace

terapeutické techniky

ústavní/ochranná výchova

## **9. Přílohy**

Příloha 1: Exkurz terapeutických technik praktikovaných v Husově domově.

Příloha 2: Vzor motivační soutěže „Vzorňák“.

Příloha 3: Průvodce životem.

Příloha 4: Fotodokumentace arteterapie, keramiky.

## **Příloha 1**

### **Exkurz terapeutických technik vhodných pro poruchy chování**

#### **1. Terapeutická hra „Selská rodina“**

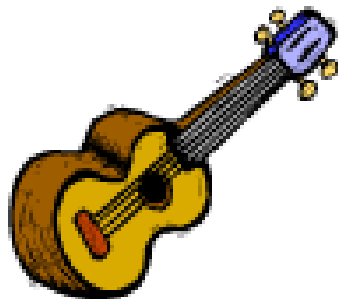


Při výuce společenské výchovy lze použít i terapeutickou hru Selská rodina, kdy je jídlo klientům pro jeden stůl dáváno ve společné „míse“ (vhodné jsou jídla kašovitá, brambory, luštěniny, apod.). Ke společné míse jsou vydány klientům lžíce a vypráví se příběh o selské rodině z dob našich předků, kdy se rodiny setkávaly právě u velkých mís a společně jedly připravený pokrm podle postavení v rodině, způsob konzumace jídla byl postupný neboli hierarchický (táta, máma, dítě). Vždy to muselo být spravedlivé, protože jídla bylo málo a všichni se museli nasytit.

V rámci hry se u stolu určí pravidlo zásluhovosti a potřeby nasytit členy rodiny a nejvíce především ty, kteří do rodiny přináší největší užitek. Je důležité učit klienty významu pojmu spravedlnost, kterou zvláště ústavní klienti vnímají jako rovnocenný podíl na poskytování postavě táty, nebo mámy nebo dítěte. Cílem hry je, aby děti poznali, jak takový model rodiny funguje.

Vhodné je hru provádět v odpoledních hodinách mezi obědem a večeří, aby klienti byli správně naladěni a aby „prázdný žaludek“ navodil zamýšlený prožitek ze hry. Neplatí zde „Všichni máme stejné žaludky, proto musíme dostat stejně“, ale spravedlivý může být i podíl, který je menší, než mají ostatní. Terapeutickou hru je třeba hrát i ve vyšších úrovních, kdy se hráči staví postupně do různých rolí, např. rodiče x malé dítě, návštěva v rodině, návštěva nevítaných hostů apod.

## 2. Muzikoterapie



### *Historie muzikoterapie*

Terapii hudbou znaly v podstatě všechny starověké civilizace v Egyptě, Asýrii, Babylonu, v Izraeli, Řecku a Římě. Jak byla terapeutická hodnota hudby uznávána ve starém Řecku, je zřejmé z ustanovení Apollóna bohem hudby a zároveň byl uctíván jako dárce zdraví. Řekové chápali význam hudby jako prevenci v oblasti mentální hygieny, kde hudba pomáhá vytvářet rovnováhu mezi psychickou a somatickou složkou člověka. Hudební terapií se proto zabývali i myslitelé, jako byl Pythagoras, Platon, Aristoteles. Můžeme je pokládat za přímé předchůdce muzikoterapie. Platon upozorňoval na morální význam hudby ve výchově a vzdělávání. V křesťanství hudba sehrávala obecně uklidňující a očištnou funkci v rámci církevních obřadů. Ze Starého zákona je známá postava harfeníka, který vyléčil z depresivních stavů krále Saula.

V období renesance se anglický lékař R. Burton zaměřoval na využití hudby při duševních poruchách a francouzský lékař Ambroise Paré studoval možnosti působení hudby na chirurgicky léčené pacienty. V 17. a 18. století se objevuje ještě více teorií a praktických metod. Anglický lékař R. Brocklesby píše první ucelenou publikaci o systému muzikoterapie.

V 1. polovině 19. století žádná nová koncepce iatrohudby sice nevznikla, avšak v některých psychiatrických léčebnách se praktikovala léčba hudbou ve formě „aktivního zaměstnání za pomoci hudby“.

V Lipsku na neurologické klinice byla vyvinuta speciální metoda muzikoterapie spojená s terapií spánkem, která je aplikována při neurotických poruchách. V roce 1971 bylo založeno Švýcarské muzikoterapeutické fórum, díky kterému spolu mohou

komunikovat odborní muzikoterapeuti z léčebně výchovných zařízení a psychiatrických léčeben po celé zemi.

Na Slovensku se s hudebně terapeutickými postupy pracuje v Bratislavě, v psychiatrické léčebně Pezinok a také v Ústavu pro emocionálně narušené děti v Lubochni. V České republice se muzikoterapie začala používat především v Praze v psychiatrické léčebně v Bohnicích, na Foniatické klinice M. Semana a na foniatickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho **(61)**.

### ***Využití***

Specifické účinky muzikoterapie se stále více využívají nejen v lékařství, ale také ve výchově jako jeden ze speciálních terapeutických prostředků. Je jedním z možných léčebně – výchovných postupů v práci s agresí. Je to metoda léčebné psychoterapie, zaměřená na proces fyziologického, emocionálního a smyslového ovlivňování člověka hudebními prostředky. Muzikoterapií chceme docílit zažívání pocitů radosti a štěstí, uvolňování vnitřní tenze. Hudba je lék. Zpěv a práce s dechem má velký vliv na další tělesné a psychické procesy. Správně sestavený program receptivní a aktivní muzikoterapie může přispět ke korekci emočního stavu klienta a zlepšit způsoby jeho chování. Hudba může pomoci člověku lépe vyjádřit svůj pocit neverbálně i verbálně a otevřít důležitá témata v terapii.

V případě heteroagresivních i autoagresivních projevů klienta je muzikoterapie zaměřena na korekci kognitivních, emočních a sociálních aspektů.

Při sestavování muzikoterapeutického programu terapeut volí mezi individuální a skupinovou terapií, přičemž bere v úvahu své možnosti, osobnost klienta a zkušenosti klienta s hudbou. Jako doplňující prostředek můžeme používat příběh či kresbu.

Muzikoterapie navozuje aktivitu, uklidňuje, odstraňuje napětí, pomáhá znovunabytí vnitřního klidu, uvolňuje, mírní agresí, posiluje pocit sounáležitosti, učí vnímat pocity vlastního těla, zlepšuje naslouchání sobě i druhým, uvolňuje endorfin, hormon štěstí, zlepšuje duševní funkce, rozvíjí osobnost, pomáhá relaxaci, napomáhá uvědomování si funkce jedince ve skupině a společnosti, rozvíjí komunikaci, rozvíjí abstraktní myšlení, zlepšuje schopnosti učení, rozvíjí intuici, harmonizuje hemisféry,

zlepšuje paměť, prodlužuje a zlepšuje soustředěnost, uvolňuje svalové napětí, zvyšuje smysl pro rytmus (důležité pro logopedii), pomáhá navodit správné dýchání(73,61).

### ***Rozlišení muzikoterapie***

1. **Receptivní muzikoterapie** léčí poslechem hudby. Vybrané hudební nahrávky (např. etnická hudba) jsou cíleně zaměřené k dosažení určitého cíle: zamyšlení, introspekce, autognoze, rozvoje tvořivosti po poslechu. Následuje skupinový rozbor pocitů, dojmů, myšlenek, vzpomínek (vhodné u autoagresivních klientů). Při terapii se poslechovým prožitkem a vyprávěním seznamují klienti s etnickou hudbou přírodních národů světa, poznávají tradice různých kultur, nechávají na sebe působit hudbu v přírodním ladění - gregoriánský chorál, australské didgeridoo, šamanské bubny, lyry a kalimby aj.

2. **Aktivní muzikoterapie** léčí vlastním vytvářením hudby (nikoli však hraní podle not nebo zpěv podle not), ale vyjadřováním aktuálního nebo minulého duševního stavu pomocí hlasového vyjádření - voice therapy, vyjádření tělem - body therapy a nebo vyjádření pomocí nástroje (např. bubínky, dřívka, gongy, Orfovo instrumentarium), eventuelně různými kombinacemi (hlas, tělo, nástroj). Součástí terapie je skupinový rozbor pocitů, dojmů, myšlení a vzpomínek. Práce s hudebním nástrojem, hlasem, pohybem – je účinná především v terapii heteroagresivních klientů. Muzikoterapie se využívá pro široké pole klientů, nejčastěji pro klienty trpící neurózami, jinými duševními poruchami a psychosomatickými onemocněními.

### ***Prostředky využívané při muzikoterapii***

Při muzikoterapii lze využít tradiční hudební nástroje (kytara, flétna, klávesy...), netradiční hudební nástroje (tibetské mísy, zvonky...), ale i tzv. elementární hudební nástroje (valcha, PET lahve, části lidského těla...).

Známý kufřík s Orffovým instrumentárem obsahuje sadu bubínků, činely, ozvučná dřívka, triangel, škrabky, metalofon, paličky atp.

### ***Muzikoterapie v Husově domově***

V prováděné muzikoterapii ve Výchovném ústavu Husův domov je kladen důraz na rozvíjení tvůrčích schopností, působí na zlepšení sociálních vazeb mezi klienty, usměrňování sebehodnocení. Je výrazným prvkem motivace. Např. při práci s oligofrenními dětmi muzikoterapie rozvíjí schopnost soustředění, dává možnost poznávat hlubší prožitek uspokojení a potěšení a rozvíjí motorické schopnosti. Poslech hudby, hudební hry, práce s tóny, pohyb, obohacuje klientům jejich poměrně chudý citový život. Možnost pohybovat se při hudbě vede děti k prohloubení vnímání hudebních prvků. Při práci s „našimi“ klienty se hlavně snažíme napravovat nedostatky v oblasti citové a sociálních vztahů. Při volbě některých her se soustředujeme na ovlivňování nežádoucího chování, což vede k socializaci jedince. K tomu je dobré použít hry, kdy jednotlivec zaujímá v kolektivu různé „role“, dále je možné i za pomoci nonverbální komunikace navodit situaci konfliktu, jeho překonání a usmíření.

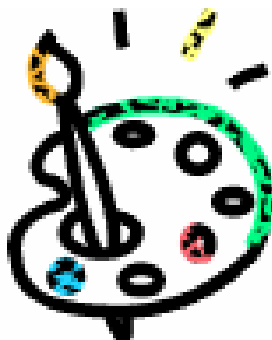
Právě kolektivní aktivity v rámci muzikoterapie napomáhají socializaci klientů s často narušeným sebehodnocením. Při práci v muzikoterapii neprosazujeme rozvíjení hudebních schopností a získání dovednosti. Tím se klient postupně učí emocionálně kladně prožívat kolektivní hru; jeho obava, zda „bude umět“, zda bude „stačit“, tak ustupuje do pozadí.

Při poslechu hudby je možné nechat klienty malovat, tančit. Účelem je dostat ven nahromaděné emoce a energii. Pomocí nástrojů mohou zhudebnit pohádku, vzájemně mezi sebou pomocí nástrojů komunikovat, submisivního jedince postavit do dominantní role dirigenta aj. Průběh hudebně společenských her je pro klienty tréninkem postojů a jednání v kolektivu **(51)**.

Práce s hudbou má za úkol naučit klienty rozvinout jejich narušený postoj k sobě samému, ke svému místu ve světě, ovlivnit vývoj jejich schopnosti k navazování správných mezilidských vztahů a tím pozitivně působit na jejich socializaci. Muzikoterapeut by si měl pečlivě promýšlet hodinu, reagovat na aktuální situaci a podle toho program korigovat. K provádění kvalitní muzikoterapie je bezpodmínečně třeba výcvik, protože se jedná o velice silnou terapeutickou metodu **(73)**.



### 3. Arteterapie



#### *Historie arteterapie*

Myšlenka využít umění k léčení různých duševních obtíží byla známa ve starověkém Egyptě, Řecku a později i v arabském světě. Vědecké základy oboru arteterapie se však kryjí až s rozvojem psychiatrie.

Samotný “obor arteterapie” vděčí za svůj vznik psychiatrovi H. Prinzhornovi a filozofu K. Jaspersovi a jejich následovníkům. Jako terapeutická metoda se arteterapie u nás začala cíleně využívat ve 30. až 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Postupně se začínala uplatňovat v pedagogice a sociálně-ústavní péči. Kulminačním vrcholem zájmu o arteterapii byla 70. léta XX. století, kdy se stala téměř “světovou módou”. V poslední době se arteterapie uplatňuje nejenom v sociální práci a klinické praxi, ale i ve výchovném procesu **(33)**.

#### *Využití*

Slovo arteterapie se skládá ze spojení z latinského ars = umění a řeckého therape = léčba. Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojmána jako svébytný obor. Nejde při ní o dokonalé konečné dílo, ale o proces tvorby. Umožňuje člověku uvědomit si podstatu jeho psychických problémů a pomáhá mu naučit se řešit je vlastními silami.

Cílem arteterapie bylo zpočátku pomoci upřesňovat diagnózu duševně nemocných jedinců, postupem času se přidal i terapeutický aspekt. Lidé se při výtvarné produkci odpoutávají od svých chorobných myšlenek a rozvíjí se u nich nové zájmy a chuť do života.

V arteterapii jde u každého jednotlivého klienta o naplnění běžných cílů. Mezi nejčastější patří navození kompenzačního procesu, aktivace, zprostředkování kontaktu, přeformování stereotypů, komunikace prostřednictvím výtvarného projevu, odstranění úzkostných stavů, socializace nebo kanalizace agresivity **(51)**.

Nejčastějším posláním arteterapie je doprovázení lidí z teritoria disharmonie, chaosu, z prostředí ohrožujícího jejich tělesné a duchovní zdraví do léčivého prostoru, který mohou najít sami v sobě prostřednictvím výtvarného umění. Umělecké formy tvorby jsou specifickým způsobem dorozumívání mezi lidmi. Dochází při nich k výměně takových informací, jejichž charakter a obsah není sdělitelný jinými prostředky.

Pomocí arteterapie klienti získávají inspiraci pro smysluplné využití volného času, pomáhá jedinci objevovat vlastní schopnosti a rozšiřuje tak repertoár jeho dovedností. Je tedy zároveň preventivní i rehabilitační činností a zvyšuje adaptační schopnosti.

Skupinová arteterapie se speciálně doporučuje lidem, kteří mají těžkosti ve vztazích k jiným, nebo těm, kteří trpí alkoholismem, závislostmi, anorexií a bulimií, nebo fyzickými či duševními handicapami, které komplikují komunikaci **(6)**.

### ***Příklady využití***

Úzkostným pacientům pomáhá v překonávání tenzí pravidelná malba vodovými barvami. Technika akvarelu neumožňuje tvůrci úplnou kontrolu nad vznikajícím dílem, do přesného plánu proniká náhodný prvek rozpíjejících se barev, klient je nucen v danou chvíli zapojit svou kreativitu a řešit výtvarný problém. Tento proces je pro klienta metaforou, nácvikem řešení situací v běžném životě.

U hyperkinetických dětí pomáhá tvorba z keramické hlíny a modelování, kdy se jejich hyperaktivita kultivuje, upravuje se psychomotorika. Fyzická náročnost je důležitá pro ventilaci přemíry energie, úzkosti, agresivity.

U psychotických pacientů je důležité vnímání reality hmatem, tím se ujišťuje o skutečnosti reálného světa a o svém místě v něm.

U dětí s autismem podobně jako u psychotiků pomáhá práce v dílně nalézt místo v reálném světě, významně pomáhá navázat kontakt s terapeutem **(33)**.

### ***Rozlišení arteterapie***

Obvykle se rozlišují dva základní proudy:

1. terapie uměním (v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné)
2. artpsychoterapie (kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány) **(51)**.

### ***Výtvarné techniky, se kterými je možno pracovat***

- volné čmárání tužkou
- volná kresba prsty (pomocí prstových barev nebo namočenými ve vodě)
- koláž z výstřižků (z různého materiálu: textilie, papíry atd.)
- sestavování objektů z přírodních materiálů
- tématická kresba (malování vlastní "začarované" rodiny do zvířat nebo do pohádkových bytostí)
- tématické modelování
- tvorba z keramické hlíny **(6)**.

### ***Arteterapie v Husově domově***

V Husově domově se nejčastěji pracuje ve skupinách. Jejich členové mají za úkol rozpracovávat zadané téma, jsou požádáni, aby vysvětlili, na co a proč se soustředili a co při tom prožívali.

Výhradně kolektivní technikou je tzv. doplňovačka, při níž se pracuje na společném tématu. Účastníci sedí v kruhu a doplňují společnou kresbu. Po ukončení

všech těchto činností se vždy o výtvorech společně diskutuje. Členové skupiny se snaží navzájem uhodnout, co kdo chtěl obrazně vyjádřit, a tak se do společného díla promítají i představy ostatních o autorovi.

#### **4. Horská terapie**



##### ***Historie horské terapie***

Průkopníkem horské terapie je italský psychoterapeut a psycholog Giulio Scoppola, který je horským instruktorem v Italském alpském klubu. S léčbou má bohaté zkušenosti a srovnává účinky horské terapie s účinky muzikoterapie nebo hipoterapie. První zkušenosti s horskou terapií sahají do počátku devadesátých let, kdy francouzské sdružení Moi-je z Mezie`res poprvé podniklo dlouhou túru v horách s pacienty. V Itálii s touto terapií začala Nadace Emilia Bosis v Bergamu.

##### ***Využití***

Túry v horách, lezení po skalách, nocování v horské chatě je nový druh terapie pro lidi s poruchami psychiky, pro schizofreniky a autisty, kdy vysoká nadmořská výška a otevřený prostor uvolňují mysl i tělo. Terapie spočívá v dlouhých túrách po horách, kdy menší skupinky klientů s různými psychickými problémy chodí a tím dochází k uvolňování mysli a těla a splynutím s prostředím.

Při túrách se stírají rozdíly mezi klienty a mizí pocit méněcennosti. Horská terapie vychází z přirozené potřeby lidí pobývat v přírodě. Zatímco ve městech jsou lidé neustále vystavováni nadměrnému hluku a mnohdy složitým společenským vztahům

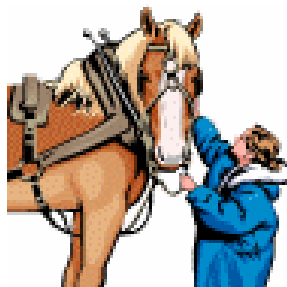
a stresu, v horách je toto obrovské množství podnětů vystřídáno omezeným počtem prvků. Existují jen vrcholky, chaty a pastviny. Vztahy vyvolávající strach a úzkost ustupují do pozadí a jejich hrozba a význam nabývají menších rozměrů.

### ***Horská terapie v Husově domově***

V Husově domově je využívána horská terapie v letním a zimním období na horských chatách. Délka pobytu se pohybuje v rozmezí od 7 dní do 16 dní. Před každou horskou terapií je rozpracován plán činností po dnech, aby se klienti mohli seznámit včas s programem, případně mohli navrhnout jiné řešení.

V zimním období je terapie zaměřena převážně na sjezd, běžecké trasy a sáňkování. V letním období se terapie věnuje pěší turistice a pobyty jsou delší. Většinou je program uzpůsoben tak, že dva dny je naplní pěší turistika a třetí den následuje odpočinek v podobě relaxace a venkovních her. Tento postup se opakuje bez větších výjimek (počasí) do konce pobytu.

## **5. Hipoterapie**



### ***Historie hipoterapie***

Terapeutická metoda vznikla v 60. letech 20. století. V Čechách se začala rozvíjet v 80. letech a jejím průkopníkem byla MUDr. Bia Frantalová z Dětské Hamzovy léčebny Luže-Košumberk **(18)**.

### ***Využití***

Jízda na koni nebo jen kontakt s ním má nezanedbatelný vliv na lidskou psychiku. Prostředí jízdárny, které je na rozdíl od stereotypního režimu zdravotnických

nebo ústavních zařízení plně nových podnětů, má psychosociální vliv na postiženého. Určitou formu psychoterapie a socioterapie představuje jízda na koni pro osoby s poruchami chování, s duševními chorobami a pro závislé osoby.

Klienti s psychózou navážou snáze kontakt se zvířetem než s člověkem, a to kontakt spíše neverbální než verbální. Kůň se pak stává prostředníkem mezi klientem a terapeutem při rozvoji vzájemné komunikace a mohou se otevřít i dveře k další psychoterapeutické spolupráci. Často naváže terapeut spolupráci s dosud nespolupracujícím klientem a zlepšují se i volní vlastnosti klientů.

Při psychoterapeutickém ježdění lze pracovat na změně submisivního nebo naopak agresivního chování. Využívají se techniky, které vyžadují dominantní nebo naopak podřídívý projev ze strany klienta. Klient může reflektovat svou zkušenost se vztahem ke koni a práci s koněm a objevovat své skryté rezervy či alternativy chování. Svým stabilním jednáním usměrňuje kůň nepřiměřené jednání klienta. Kůň reaguje teď a nyní, reaguje přirozeně v dané situaci bez ohledu na budoucí důsledky jednání a nastavuje tak klientovi zrcadlo upřímnosti.

Při intenzivním kontaktu s koněm je klient nucen k soustředění pozornosti, jeho chování je neustále konfrontováno s jednoznačnými a okamžitými reakcemi koně. V takové situaci se často "ztratí" problémový příznak (např. úzkost, stereotypní stesky atd.), protože pozornost je upřena na práci s koněm. Tuto "ztrátu" lze pak reflektovat a hledat možnosti, kdy by ke ztrátě mohlo docházet také v jiných situacích v běžném životě klienta. Při psychoterapeutickém ježdění dochází k významnému oživení emotivity u klientů, kteří mají emotivitu plošší nebo jsou laděni subdepresivně.

Důležitou roli hraje strach a jeho překonávání při práci s koněm, čímž se podporuje zvyšování sebehodnocení klienta a získávání pocitu jeho vlastní kompetence. U slabších jedinců přebírá kůň roli ochránce.

Možnost přicházet pravidelně ke koním do stáje a účastnit se hipoterapie představuje klienty významné zlepšení celkové kvality jejich života.

Působením hipoterapie dochází k normalizaci svalového tonusu, koordinaci pohybů a synchronizaci organismu. Hipoterapie vyvolává vzorec chůze a jeho reedukaci. V oblasti psychiky pozitivně působí na sebevědomí, zvyšuje sebedůvěru,

pomáhá uvědomění si sebe samého, snižuje emoční hladiny, snižuje agresivitu a disociální jednání, odbourává úzkosti. Pomáhá k ujasnění reálných schopností, ke zlepšení komunikace a k celkovému zlepšení adaptace jednotlivce **(26)**.

### ***Rozlišení hipoterapie***

1. *Hiporehabilitace* - Rehabilitační metoda pro pohybově postižené, která využívá hlavně tělesné faktory, kdy mechanismem účinku je jízda na koni.

2. *Pedagogicko-psychologické ježdění* - U psychoterapeutické ježdění se využívá hlavně psychických vlastností a psychického působení koně, který figuruje jako koterapeut.

3. *Sportovní ježdění hendikepovaných* - Pohybově i duševně hendikepovaní sportovci trénují jízdu na koni a účastní se různých závodů (sem patří např. paravoltiž, paradrezura) **(26)**

### ***Hipoterapie v Husově domově***

Ve Výchovném ústavu Husův domov probíhá hipoterapie v kempu Kateřina u Dvora Králové nad Labem.

V našem zařízení používáme metodu pedagogicko-psychologického ježdění. Cílem je vytvoření přímého vztahu klient-kůň a vztahu klient-kůň-terapeut-komunita dalších klientů. Hipoterapie tvoří celodenní program v sobotu.

## **6.Canisterapie**



### ***Historie canisterapie***

Canisterapie patří do oblasti zooterapie a jedná se o celostní léčbu zabývající se fyzickou a duševní stránkou člověka. Využívá se pozitivního působení psa na člověka. Její počátky nalézáme již před mnoha tisíci lety. První dokumentované použití zvířat jako doplňkové terapie je zaznamenáno v devátém století v Belgii.

V současnosti se canisterapie využívá v mnoha léčebných odvětvích (práce s autisty, starými lidmi, v psychiatrii...).

Základ pro canisterapii je canisterapeutický tým. Je tvořen psem a psovodem, kteří musí být pro tuto činnost odborně připraveni. Předpokladem je neagresivní a vyrovnaný pes, který prošel zkouškami a testem povahy **(13)**.

### ***Využití***

Používá se u klientů pro zlepšení jejich psychického i fyzického stavu. Pes „společník“ podněcuje rozvoj verbální i neverbální komunikace a motorické obratnosti, uspokojuje citové potřeby včetně potřeby tělesného kontaktu. Dokáže vyslechnout bez připomínek a nevysmívá se, přispívá k psychické rovnováze klienta. Canisterapie se uplatňuje v logopedii a ve vytváření kladného vztahu ke zvířeti. Terapie se řídí vždy dle diagnózy a momentální potřeby dítěte.

U agresivnějších klientů vede ke zklidnění, posilování žádoucích způsobů chování, možnost zažít přátelství bez nátlaku a agrese. Canisterapie dále pomáhá rozvoji hrubé a jemné motoriky, koordinace pohybu, posilování koncentrace a pozornosti, vede ke zlepšení sociálního klimatu ve skupině, rozvoji sociálních dovedností a ohleduplnosti.

Pes dává klientům možnost zažít dominanci. Pomocí polohování dochází ke zklidnění hyperaktivních klientů. Rovněž tak působí jako motivační prvek.

Cílová skupina klientů, kde se canisterapie využívá, jsou jedinci ze sociálně nepodnětného prostředí, hyperaktivní, citově deprivovaní, klienti s narušenou jemnou i hrubou motorikou, agresivní jedinci, epileptici (snižuje se počet epileptických záchvatů a dále v některých případech někteří psi poznají blížíící se záchvat a varují), pasivní klienti, apatičtí, autističtí, týrané a zneužívané děti **(48)**.



### ***Rozlišení canisterapie***

1. Animal Assisted Therapy – tj. terapie pomocí zvířat, cílená intervence.
2. Animal Assisted Activities – činnost za účasti zvířat.

### ***Canisterapie v Husově domově***

Výchovný ústav Husův domov využívá canisterapii v Městském psím útulku ve Dvoře Králové nad Labem, kde canisterapie probíhá pod vedením Bc. Daniely Hoblové.

Z počátku si klienti museli uvědomit, jak se v přítomnosti psa chovat. Osvědčila se nám hra: „ Jak se cítí pes? “, kdy se vždy jeden klient postavil doprostřed skupiny a ostatní na něj křičely a dávali povely jeden přes druhého. Všem klientům tento hluk nebyl příjemný a tak poznali, jak se pes cítí, pokud se v jeho přítomnosti neumí chovat správně. Podle chování klienta vůči psu lze odvodit skrytá přání, nebo odpozorovat známky citového strádání a podle toho postupovat v terapii. Canisterapie je léčba laskavostí, která má klienta nasměrovat na radostnější cestu životem. Už jen samotné hlazení a mazlení se psem je velmi cenným medikamentem, který snižuje a odstraňuje pocity úzkosti, citové deprivace, osamělosti a zbytečnosti.

## Příloha 2

### Motivační soutěž „VZORŇÁK“

#### Disciplíny

- a) pohodář – školák,
- b) pracant,
- c) snaživec.

#### Hodnotící období

7 dní (od pátku do pátku).

#### Místo hodnocení

Komunita „Zvonek“, hodnotí se zvlášť modrý klub a zvlášť žlutý klub.

#### Způsob hodnocení

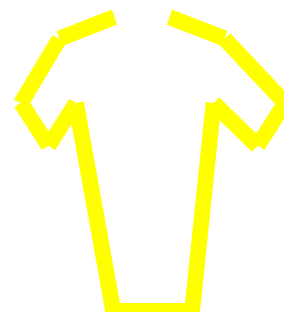
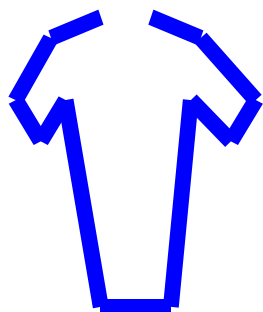
- a) pohodář – školák: hodnotí se výsledky školní práce.
- b) pracant: hodnotí se výsledky v pracovní terapii,
- c) snaživec: je hodnocena kategorie dětí, kterým se pro handicap nedaří získat „vzorňáka v disciplíně a) a b), ale snaží se.

Ve všech kategoriích se započítává dodržování Vnitřního řádu, pořádek na pokojích a ve skříních.

#### Odměny

V každé disciplíně 50,-Kč.

Současně čestné tričko s nápisem „Vzorňák“, které umožňuje mimořádné samostatné vycházky, sledování televize do 22 hod a ostatní priority.



## **Příloha 3**

### **Ukázka z ústavního dokumentu Průvodce životem Macharáčková, K., Bortlík, L.**

#### **O B S A H:**

<b>1. Něco o sobě a druhých</b>	1
Asertivita – způsob zdravého sebeprosazení	1
Asertivní lidská práva	3
Asertivní techniky	4
<b>2. Zdraví</b>	6
Lékaři	6
Hasiči	7
Policie	7
<b>3. Osobní doklady</b>	8
Občanský průkaz	8
Cestovní pas	8
Řidičský průkaz	8
<b>4. Smlouvy</b>	8
Co má každá smlouva obsahovat	8
Na co si dát pozor	9
<b>5. Bydlení</b>	9
Slovníček ze světa bydlení	10
<b>6. Práce</b>	11
Způsoby hledání práce	12
Úřad práce	12
Podpora v nezaměstnanosti	14
Životopis	14
Pracovní poměr	15
Dohoda o provedení práce	18
Dohoda o pracovní činnosti	18
Slovníček ze světa práce a pracovního práva	19

<b>7. Hospodaření s penězi</b>	20
<b>8. Nákupy a služby</b>	21
Nákupy	21
Služby	22
<b>9. Volný čas</b>	22
<b>10. Doprava</b>	23
Autobusová a vlaková doprava	24
Letecká doprava	24
<b>11. Cestování do zahraničí</b>	24
<b>12. Struktura státních institucí</b>	25
<b>13. Sociální péče</b>	27
<b>14. Manželství</b>	28
<b>15. Trestní řád</b>	29
<b>16. Evropská unie</b>	30
<b>17. Problémy s alkoholem a drogami</b>	31

PŘÍLOHY :

<b>Příloha 1</b> .....	<i>Smlouva o nájmu bytu</i>
<b>Příloha 2</b> .....	<i>Smlouva o podnájmu</i>
<b>Příloha 3</b> .....	<i>Kupní smlouva</i>
<b>Příloha 4</b> .....	<i>Životopis</i>
<b>Příloha 5</b> .....	<i>Pracovní smlouva</i>
<b>Příloha 6</b> .....	<i>Dohoda o provedení práce</i>
<b>Příloha 7</b> .....	<i>Dohoda o pracovní činnosti</i>
<b>Příloha 8</b> .....	<i>Žádost o zaměstnání</i>

*Milí, mladí přátelé,*

*Držíte v rukou knížku, která byla zpracována a vydána pro Vás. Obsahuje výběr užitečných informací pro všeobecnou orientaci v naší zdánlivě nepřehledné byrokracii a informace o Vašich občanských právech a povinnostech. Nemůže být úplná a bude stále podle získaných poznatků doplňována a aktualizována. Bude Vám sloužit jako pomůcka při řešení životních a pracovních problémů.*

*Jak budete v životě úspěšní, bude záležet jen na Vás. Nečekejte na pomoc od druhých a snažte se být co nejdříve úspěšnými. Často budete neúspěšní nebo se Vám nebude dařit. Hlavně to nesmíte vzdát, a tak můžete dosáhnout cíle, který si stanovíte.*

***Den každý vezmi vděčně,***

***který ti život dá,***

***na světě nejsme věčně,***

***život je velký dar.***

***O přátelství a lásce sníš,***

***a možná dožiješ se zrady,***

***pro lék si jdi však k lidem blíž,***

***jen neutíkej z řady.***

***Jen zbabělý si sedne do koutečku,***

***při první prohře v životě***

***a za životem dělá tečku***

***a hořkne ve své samotě.***

***Vždycky je ještě pro co žít,***

***i když jsi hodně ztratil,***

***vždy se má člověk za co bít,***

***co druhým štěstí vrátí.***

***Marie Kratochvílová***

## **Asertivní lidská práva**

*Asertivita vyžaduje, aby se člověk rozhodoval sám za sebe a za svoje rozhodnutí nesl plnou odpovědnost.*

- I. Máme právo sami posuzovat své chování, myšlenky a emoce a nést za ně i za jejich důsledky sami odpovědnost (každý má právo být rozhodčím ve vlastních životních rozhodnutích).
- II. Nemáme právo se vymlouvat nebo omlouvat za naše chování.
- III. Máme právo sami posoudit, zda a nakolik jsme odpovědni za problémy druhých lidí.
- IV. Máme právo změnit svůj názor (pokud se změnou názoru dostaneme blíže k pravdě, ale i proto, že se nám nějaká věc jednoduše přestala líbit).
- V. Máme právo dělat chyby a být za ně odpovědni (kdo nic nedělá, nic nezkazí, ale také nevytvoří).
- VI. Máme právo říci „já nevím.“
- VII. Máme právo být nezávislí na dobré vůli ostatních (nejde se zavděčit všem).
- VIII. Máme právo dělat nelogická rozhodnutí.
- IX. Máme právo říci „já ti nerozumím“ (není naší povinností číst druhým jejich přání přímo z očí a nevyřčené představy plnit na počkání).

### Jak reagovat na oprávněnou kritiku

Asertivně jednající člověk s oprávněnou kritikou souhlasí a přemýšlí, jak věc napravit.

### Postup jak reagovat :

Souhlasíme s kritikou. Stručně se omluvíme. Navrhne se a co nejdříve realizujeme nápravu. To předpokládá, že co nejrychleji uzavřeme diskusi o problému našeho prohřešku a dáme se do práce na nápravě.

Nejsme smutní, protože víme, že nejsme dokonalí a trochu nedokonalosti velkoryse tolerujeme i na druhé straně. Chápeme, že se někdy člověk může i pro drobnost velmi rozzlobit.

### Jak získat sebekázeň

Co udělat, aby člověk byl pořád vyrovnaný? Důležitá je rovnováha a vyváženost mezi časem stráveným s lidmi a o samotě. Poměr se může měnit podle různých okolností jako je roční období i podle životních fází. A co s časem, který mám pro sebe? Můžeme číst dobrou knihu, věnovat se koníčkům, jít na procházku nebo meditovat. Televize tuto potřebu uspokojí jen zřídka. Jak se cítit opravdu spokojený sám se sebou? Důležité je stravování, především vydatnost snídaně a pravidelná doba oběda a večeře.

### Nebezpečí drog

Názor o škodlivosti drog každý slyšel v životě již několikrát. Uvádíme také, že každý si musí při zneužívání drog uvědomit, že páchá trestný čin. Trestní zákon postihuje všechny, kdo drogy vyrábí, šíří, nabízí a prodává. Společensky nejnebezpečnější je, když se výrobou zabývá organizovaná skupina.

Trestní zákon definuje trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů v ustanoveních § 187, § 187 a), § 188.

### Co je pohlavní zneužití

Pohlavní zneužití je především soulož s dítětem mladším 15 let. Trestné je také dotýkání se pohlavní orgánů a osahávání. Nezáleží na tom, zda s tím dítě souhlasí nebo ne. Nezáleží také na tom, zda jde o jednorázový čin nebo k němu docházelo opakovaně.

Pokud by si pachatel vynucoval pohlavní styk násilím nebo výhrůzkami násilí, jedná se o trestní čin znásilnění.

Trestní sazba za čin pohlavního zneužití se pohybuje od jednoho roku do osmi let.

### Praktický lékař

Každý z vás by měl být registrován u praktického lékaře, kterého si sám vybere v místě svého bydliště. V jeho ordinaci je také uložena vaše zdravotní dokumentace,

kde jsou vedeny záznamy o vašich zdravotních potížích a nemocech. Za praktickým lékařem chodíme v případě onemocnění jako je chřipka, bolesti, nevolnost nebo další zdravotní problémy. Tento lékař vás vyšetří a nebo vás pošle k jinému odbornému lékaři s doporučením. Jedná se například o onemocnění ušní, krční, srdeční, kožní potíže, bolesti kloubů apod.

Praktický lékař také vydává průkaz o pracovní neschopnosti pro zaměstnavatele a na jeho základě je přiznána nemocenská dávka. Dále tento lékař také provádí zdravotní prohlídky před nástupem do zaměstnání.

### Zubní lékař

Kromě svého praktického lékaře, bychom se měli zaregistrovat i zubního lékaře, kterého si také vyberete v místě svého bydliště. Doporučují se pravidelné návštěvy každého půl roku z důvodu prevence, nejen když zuby bolí. Prevence je dobrým startem, jak nepřijít o zuby ještě v mládí.

### Zdravotní pojištění

Při každé návštěvě praktického lékaře nebo zubního lékaře, musíme mít s sebou „kartičku pojištěnce“, kterou vydává zdravotní pojišťovna. Váš zaměstnavatel odvádí této pojišťovně z vašeho platu částku určenou na zdravotní pojištění. V případě, že pobíráte plný invalidní důchod, odvádí finanční částku na zdravotní pojištění stát. Pokud pobíráte částečný invalidní důchod, tak finanční částku na zdravotní pojištění odvádí stát, ale sociální pojištění, pokud jste zaměstnán odvádí zaměstnavatel nebo Úřad práce, kde jste zaregistrován. V jiném případě, musíte odvádět sociální pojištění ze svého částečného invalidního důchodu.

### První pomoc

Lékaři mají v čekárně vypsány ordinační hodiny, kdy vám mohou poskytnout pomoc. V případě, že máte nečekaný zdravotní problém a váš lékař neordinuje, můžete buď navštívit lékařskou pohotovostní službu nebo ve vážných zdravotních problémech



telefonicky (linka č. 155) zavoláte rychlou záchranou službu. Uvádíme jméno a příjmení, bydliště a přesný popis zdravotních problémů.

### Hasiči

Hasiče přivoláme telefonicky na č. 150 v případě zjištěného požáru, který se nepodařilo uhasit hasicím přístrojem nebo jiným způsobem. Dále přivoláme pomoc v případě havárie (únik zemního plynu, prasklé vodovodní potrubí, dopravní nehoda, přírodní katastrofa).

### Policie

Jsme-li svědkem trestného činu, dopravní nehody nebo někdo ubližuje nám, voláme na telefonické číslo 158 Policii České republiky. Ve větších městech je ustavena Městská policie, která zajišťuje pořádek při konfliktech mezi občany, výtržnostech, poškozování majetku města, ale i omezeně při řešení dopravní situace. Pro telefonické přivolání Městské policie se většinou používá linka č.156 (ověř si v telefonním seznamu).

### Integrovaný záchranný systém

Pokud budeme telefonicky volat na č.112, ozve se asistent integrovaného záchranného systému, který při požáru, dopravní nehodě, přírodní katastrofě zhodnotí situaci a bude kontaktovat hasiče, Policii ČR nebo rychlou záchranou službu. Když se rozhodneme přivolat pomoc, nesmíme opouštět místo nahlášené události a vyčkáme do jejího příjezdu.

### Osobní doklady

#### Občanský průkaz

Každý občan České republiky starší 15 let je povinen mít vždy při sobě Občanský průkaz na prokázání totožnosti, kde je uvedeno jeho jméno a příjmení, datum narození, rodné číslo, adresa bydliště a další údaje. Občanský průkaz vydává obecní úřad s rozšířenou působností, městský úřad nebo magistrát města. K vyhotovení průkazu musí žadatel předložit dvě fotografie určeného formátu a rodný list. Při ztrátě

nebo krádeži Občanského průkazu, musí být tato skutečnost nahlášena Policii ČR, protože hrozí jeho zneužití.

### Smlouvy

V dnešní době je nutné jakékoliv dohody, výměny a prodeje stvrzovat písemně, nejlépe smlouvou. Každý z nás i při běžném nákupu obuvi smluvně potvrzuje tento obchod. Stvrzenka nebo účtenka je toho dokladem. Jednoduše řečeno je to důkaz, který máme že k dohodě, prodeji, nákupu došlo. Pokud vzniknou problémy z jedné nebo druhé strany, máme v písemné formě jasně dané podmínky.

Zákon v některých případech přímo ukládá, že taková smlouva musí být vypracována (koupě nemovitosti, smlouva o nájmu bytu, pojistná smlouva). V jiných případech může být smlouva uzavřena ústně, ale v zájmu větší právní jistoty doporučujeme ji uzavírat v písemné formě.

### Co by každá smlouva měla obsahovat :

- označení smluvních stran (jméno příjmení, bydliště, rodné číslo, právní postavení smluvní strany, tzn. kupující, pronajímatel, objednavatel apod.)
- co nejpřesnější popis předmětu
- způsob plnění smlouvy, datum, místo, další podmínky plnění smlouvy
- datum a místo podpisu smlouvy a vlastní podpisy smluvních stran.

Pokud se jedná o důležitou smlouvu a nevíme si rady, doporučujeme pověřit jejím sepsáním advokáta nebo notáře. Písemná smlouva se vyhotovuje dvakrát a každá ze smluvních stran obdrží jednu.

### Na co si dát pozor při uzavírání smlouvy :

- vždy si smlouvu důkladně přečteme;
- zaměřte se na podmínky plnění smlouvy, např. kdy , jak a co zaplatíme, kdy a jak obdržíte zboží;
- zjistěte si jaké jsou podmínky vypovězení smlouvy;

- finanční částka se vypisuje vždy slovy;
- stvrzeným podpisem sdělujeme, že bereme na vědomí k čemu se zavazujeme;
- nikdy se nenechme k podpisu nutit v časové tísní, je dobré si smlouvu nejdříve vzít domů, pročíst, poradit se

## Bydlení

Objevení vhodného místa k bydlení, patří k jednomu z nejobtížnějších problémů dnešní doby. Přesto se po delší době trpělivého hledání dočkáme vytouženého nebo alespoň přijatelného bytu či domu. Co můžeme udělat, abychom naše čekání urychlili?

### Možnosti při hledání bytu :

V každém městě působí stavební bytové družstvo které vede poradník žadatelů o koupi nebo pronájem bytu. Můžete požádat také na Obecním úřadu, Městském úřadu, Magistrátu města, případně i v realitní kanceláři.

Inzeráty v novinách, i ve speciálních inzertních novinách.

Sledujeme nabídky realitních kanceláří a není na škodu se i zaregistrovat jako žadatel a pravidelně se informovat na aktuální nabídky.

Vyhledáváme informace na internetu.

[www.seznam.cz](http://www.seznam.cz), [www.atlas.cz](http://www.atlas.cz)- bydlení, reality

[www.bydlime.cz](http://www.bydlime.cz)

[www.sreality.cz](http://www.sreality.cz)

[www.ceskereality.cz](http://www.ceskereality.cz)

### Nájemní smlouva by měla dále obsahovat ještě podrobnosti jako:

- Vybavení bytu (kuchyňská linka, pračka apod.).
- Popis stavu bytu v době, kdy se předává.
- Za jakých podmínek a jak často bude umožněna kontrola bytu pronajímateli.

Vedle nájmu či podnájmu, můžeme po nastěhování platit, pokud ve smlouvě neuvedeme jinak, také inkaso, což je částka za spotřebu elektřiny, plynu, vody, tepla, pokud je tam zavedeno ústřední topení, koncesionářské poplatky za poslech televize a rozhlasu.

### Kupní smlouva

Při koupi bytu či domu se sepisuje kupní smlouva, která stejně jako předchozí smlouva obsahuje určité náležitosti dané zákonem :

Účastníci smlouvy – prodávající a kupující

Předmět smlouvy – nemovitost (dům, byt), jsou zapsány u Katastrálního úřadu.

Následuje adresa a popis domu či bytu.

Prohlášení prodávajícího.

Prohlášení kupujícího.

Ujednání o ceně – podmínky placení.

Vklad do katastru nemovitostí – o převodu nemovitosti na nového vlastníka, tzn. kupujícího, musí být proveden zápis na Katastrálním úřadě.

Závěrečná ustanovení – následují podpisy účastníků smlouvy, kupujícího a prodávajícího, datum a místo uzavření smlouvy.

Výhodou vlastního bytu či domu je, že vlastník již nemusí platit nájem či podnájem. Stále však platí inkaso, poplatky za spotřebu elektrické energie, plynu, vody, teplo, pokud je tam zavedeno ústřední topení, koncesionářské poplatky za poslech televize a rozhlasu.

### Způsoby hledání pracovního místa

#### Inzerce v denním tisku

Informace o volných pracovních místech najdete v úterním a čtvrtečním vydání Mladé fronty Dnes, které obsahuje přílohu Zaměstnání, v pondělním vydání Hospodářských novin a jejich přílohy Kariéry. Také se vyplatí sledovat inzertní noviny Anonce a regionální tisk.

### Nabídky na internetu:

[www.prace.cz](http://www.prace.cz) - obsahuje největší počet pracovních míst, které jsou určeny pro středoškoláky a vyučené uchazeče s krátkou praxí, ale také rady a informace

[www.prace.seznam.cz](http://www.prace.seznam.cz) - nabídka a poptávka o zaměstnání, informace a brigády

[www.volna-mista.cz](http://www.volna-mista.cz) - nabídky pracovních míst, brigád, informace jak psát životopis, jak se chovat u přijímacích pohovorů

[www.job.cz](http://www.job.cz) - největší nabídka zaměstnání pro celou Českou republiku

[www.uradprace.cz](http://www.uradprace.cz) - seznam úřadů práce v České republice, nabídka zaměstnání podle regionů

### Personální agentury

Agentury se zabývají vyhledáváním vhodných kandidátů pro firmy, které si zadávají požadavky na pracovníky. Po pohovoru s pracovníkem a zjištěním jakou mají odbornou kvalifikaci, jsou zařazeni do databáze. V případě, že uchazeč vyhovuje požadavkům, je o této skutečnosti informován.

### Úřad práce

Fyzická osoba si může zabezpečit zaměstnání prostřednictvím úřadu práce. Informace o možnostech zaměstnání a volných pracovních místech můžete požadovat u kteréhokoliv úřadu práce. Uchazečem o zaměstnání se můžete stát, pokud osobně požádáte o zprostředkování zaměstnání úřad práce ve správním obvodu bydliště a splníte zákonem stanovené podmínky, jste zařazeni do evidence. Uchazeč o zaměstnání může požádat příslušný úřad práce o zprostředkování zaměstnání úřadem práce, v jehož správním obvodu se z vážných důvodů skutečně zdržujete.

### Uchazeč o zaměstnání má právo :

- na zprostředkování zaměstnání
- na podporu v nezaměstnanosti, při splnění zákonem stanovených podmínek
- na zvýšenou péči, pokud ji potřebuje

- na pracovní rehabilitaci, pokud je osobou se zdravotním postižením

*Uchazeč o zaměstnání je podle zákona povinen :*

- spolupracovat s úřadem práce a řídit se jeho pokyny
- sdělit úřadu práce pravdivé údaje o zdravotních omezeních
- podrobit se na žádost úřadu práce lékařskému vyšetření na posouzení zdravotního stavu
- oznámit úřadu práce nejpozději do osmi kalendářních dnů změny, případnou změnu bydliště, důvody pro které se nedostavil na úřad práce

*Ukončení vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání :*

Úřad práce uchazeči o zaměstnání ukončí vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání dnem nástupu do zaměstnání podání písemné žádosti uchazeče o zaměstnání o ukončení vedení v evidenci o zaměstnání, nástupu výkonu trestu odnětí svobody.

*Vyřazení z evidence uchazečů o zaměstnání :*

Úřad práce uchazeče o zaměstnání z evidence uchazečů o zaměstnání rozhodnutím vyřadí jestliže:

- nastala některá ze skutečností bránících zařazení nebo vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání
- není podle lékařského posudku schopen plnit povinnost spolupracovat
- je ve vazbě po dobu delší než 6 měsíců
- zrušil svůj souhlas se zpracováním osobních údajů
- vykonává nelegální práci

*Dále úřad práce uchazeče o zaměstnání vyřadí z evidence uchazečů o zaměstnání, jestliže bez vážných důvodů :*

- odmítne nastoupit do vhodného zaměstnání

- odmítne nastoupit na dohodnutou rekvalifikaci nebo neplní povinnosti související s rekvalifikací
- neplní podmínky stanovené v individuálním akčním plánu
- odmítne se podrobit vyšetření svého zdravotního stavu nespolupracuje s úřadem práce

Za maření spolupráce s úřadem práce se považuje :

- když neplní povinnosti a podle lékařského posudku toho je schopen
- neprojedná doporučené zaměstnání ve lhůtě stanovené úřadem práce
- neoznámí rozhodné skutečnosti ve stanovené lhůtě
- nedostaví se na úřad práce ve stanoveném termínu bez vážných důvodů
- nesdělí úřadu práce údaje o zdravotním omezení
- nepodrobí se na žádost úřadu práce lékařskému vyšetření
- jiným jednáním zmaří nástup do zaměstnání

Doklady potřebné k zařazení do evidence :

- platný občanský průkaz, kde je uvedeno místo trvalého bydliště
- originál potvrzení o zaměstnání, od posledního zaměstnavatele, že pracovní poměr je ukončen. Pokud potvrzení nemáte, napíšete čestné prohlášení.
- doklad o případné změně pracovní schopnosti

V pracovní smlouvě je zaměstnavatel povinen se zaměstnancem dohodnout :

- druh práce kterou má zaměstnanec vykonávat
- místo výkonu práce (obec a organizační jednotka nebo jinak určené místo)
- den nástupu do práce
- platové zařazení a výše mzdy (platová třída, platový stupeň, osobní příplatek)
- pracovní poměr sjednaný na dobu určitou nebo neurčitou
- stanovení týdenní pracovní doby a rozvržení pracovní doby

Slovníček pojmů ze světa práce a pracovního práva :

*Hlavní pracovní poměr* – je takový pracovní poměr, kdy je pracovník zaměstnán na stanovenou týdenní pracovní dobu, jež je obecně dána a činí 40 hodin týdně.

*Vedlejší pracovní poměr* – je definován jako pracovní poměr, který je kratší než stanovená týdenní pracovní doba. Jako vedlejší pracovní poměr se neposuzuje práce, která je sjednaná se zaměstnancem na dobu, kdy čerpá dovolenou na zotavenou.

*Živnostenský list* – dokument, který vydává živnostenský úřad na základě podání písemné žádosti a splnění podmínek živnostenského zákona. Musíme předložit občanský průkaz, potvrzení o odbornosti v oboru ve kterém chceme podnikat (výuční list, vysvědčení, potvrzení o rekvalifikaci) a výpis z rejstříku trestů. Živnostenský list opravňuje vlastníka k podnikatelské činnosti v daném oboru. „Živnostník“ je povinen dodržovat povinnosti dané živnostenským zákonem. Ukládá se mu vést záznamy o svém účetnictví a o činnostech které souvisejí s prováděním živnosti.

*Výpis z rejstříku trestů* – žádost podáváme na obecním, městském úřadu nebo magistrátu a po zaplacení příslušného poplatku obdržíme kolek, který nalepíme na žádost. Tato žádost se posílá do Prahy, kde je prováděna registrace odsouzených a potrestaných občanů. Během krátké doby, přibližně za čtrnáct dní, se výpis vrací zpět na úřad, na který jste ho podali a můžete si jej vyzvednout.

*Zdravotní a sociální pojištění*- musí platit každý pracující člověk v České republice, což ukládá zákon. Zaměstnavatel je plátcem pojištění za své zaměstnance. Na zdravotní pojištění odvádí 4,5 % z jejich platu a na sociální pojištění odvádí 8 % z jejich platu. V případě, že jsme v evidenci úřadu práce, platí pojištění stát. Pokud nejsme v evidenci úřadu práce, ani nejsme zaměstnáni, musíme si obě pojištění platit sami.

*Daně* – je povinen odvádět státu každý ze svých finančních příjmů a to v rozmezí platném pro daný rok. Na konci kalendářního roku si každý vyhotovuje tzv. daňové přiznání (za zaměstnance provádí zaměstnavatel).

*Mzda* – je uváděna zaměstnavatelem v pracovní smlouvě a jedná se o hrubý příjem. Z této finanční částky se odečítá zdravotní a sociální pojištění a také daň z příjmů. Po této srážce dostáváme čistou mzdu, která je vyplácena jednou měsíčně každému zaměstnanci.



*Zdravotní prohlídka* – je nutné podstoupit před nástupem do zaměstnání. Jedná se o standardní prohlídku u obvodního lékaře, kterou si každý hradí (50 – 360 Kč) sám.

*Potravinářský průkaz* – je vyžadován zaměstnavateli, když zaměstnanci pracují v provozech, kde se připravuje jídlo a pracuje s potravinami (pekaři, cukráři, řezníci, kuchaři, prodavači potravin). Jedná se o speciální prohlídku u obvodního lékaře, a pokud jste zdraví obdržíte za určitý poplatek potravinářský průkaz.

### Hospodaření s penězi

V zaměstnání dostává každý zaměstnanec určitou částku peněz, měsíční plat. S výplatou musíte uvážlivě hospodařit, protože musíte nakoupit jídlo, zaplatit nájem a inkaso a další věci jako je oblečení a obuv. Část peněz také utratíte za zábavu (kino, divadlo, diskotéky, koncert, výlet) nebo si koupíte pěknou knížku.

### Doporučení jak hospodařit s penězi :

Když dostanete výplatu, tak se zamyslete, jaké nezbytné výdaje vás v příslušném měsíci čekají. Připravíte si několik obálek a na každou napíšete, které výdaje z ní budete hradit. Zhodnotíte kolik peněz bude stát a příslušnou finanční částku tam odložíte :

1. *Obálka – **Nájemné, inkaso***

2. *Obálka – **Nutné výdaje** : splátky, jízdné, telefon, opravy*

3. *Obálka - **Jídlo a nápoje***

4. *Obálka - **Oblečení a obuv** : na dražší oblečení a obuv si můžete spořit a každý měsíc odkládat určitou finanční částku*

5. *Obálka- **Zábava** : do této obálky vkládáme peníze, které zbyly a můžete je použít například na nákup lístku do kina nebo divadla, knížky, dobrot, dárku pro dívku.*

### Volný čas

Po skončení pracovní doby a zejména o víkendech a dovolené, mají všichni čas se konečně věnovat svým koníčkům a zájmům. V každém větším i menším městě existují :

**Knihovny**, kde si můžete půjčit knihy a časopisy, načerpat nové informace, a také se pobavit

**Divadla**, kde herci hrají klasická představení i divadelní hry současných autorů. Vstupenky na představení si můžete koupit v pokladně divadla nebo si je rezervovat telefonicky.

**Koncertní sály** a jiná hudební zařízení, kluby, kam chodíme poslouchat hudbu různých žánrů (klasickou, populární, jazzovou, alternativní, moderní). Vstupenky si zakoupíme v pokladně nebo telefonicky.

**Kina**, kde se promítají filmy, popřípadě se tam konají jiné kulturní akce. Je třeba sledovat program a poté si vybrat. Vstupenky si můžete buď telefonicky rezervovat nebo koupit přímo v pokladně kina.

**Galerie** představují zejména díla výtvarného umění z různých historických období, ale i moderních výtvarníků.

**Muzea** – představují různé exponáty (věda, technika, kultura, příroda) z různých historických období.

**Sportovní kluby**, kde se provozují různé druhy kolektivních sportů (fotbal, házená, hokej, basketbal, volejbal), týmy hrají různé sportovní soutěže a vy můžete jako diváci navštěvovat jejich utkání. Existují i kluby, kde se vy sami můžete učit sebeobraně či různým bojovým uměním. Nebo navštěvovat plavecké bazény, sportovní hřiště, tělocvičny, posilovny a aktivně provozovat sport. V přírodě se můžete věnovat letní a zimní turistice, lyžování.

**Zájemové kroužky** organizují pro dospělé Domy dětí a mládeže, ale také Domy kultury a soukromé organizace, které nabízejí například jazykové, hudební, výtvarné a taneční kurzy. Zpravidla začínají v září, a proto je nutné se včas informovat a vybrat si.

**Zájemové kluby** umožňují svým členům věnovat jednomu konkrétnímu zájmu (koníčku). Jedná se například o šachové, modelářské, sběratelské kluby.

## Doprava

### Městská hromadná doprava

Ve městech a větších obcích je v České republice využívána městská hromadná doprava (dále jen MHD) k přepravě osob. Autobusy, trolejbusy, někde tramvaje (Praha, Brno, Ostrava, Olomouc) a v hlavním městě Praze, metro, dopravují občany po různých částech města nebo obce, podle stanovených tras. Bývají vždy označeny čísly, případně písmeny a vždy ještě velkým nápisem, který označuje cílovou stanici. Podle číselného označení a cílové stanice, můžete v jízdním řádu zjistit, jakou trasu projíždějí, kde zastavují a v kolik hodin a minut přijedou. Jízdní řády, kde je vše napsáno, jsou umístěné na každé zastávce. V některých městech se prodávají brožurky, kde jsou všechny jízdní řády a můžete si je zakoupit. K přepravě v MHD potřebujete jízdenku, kterou si můžete koupit v trafice, ale i na jiných určených místech. Pokud jezdíte pravidelně do zaměstnání MHD, tak se vyplatí si zakoupit měsíční jízdenku (kartička s vaší fotografií), která je levnější. Kartička se vyřizuje v prodejnách MHD, kam si musíte přinést fotografii o rozměru 3 x 4 cm a zaplatit příslušný obnos. Můžete si zakoupit jízdenku na měsíc, na tři měsíce, na půl roku nebo na rok. Po zaplacení dostanete známku, kterou nalepíte na kartičku a nesmíte zapomenout si včas koupit zase novou. Na jízdním řádu je třeba sledovat do kdy platí a hlavně, jak jezdí spoje MHD v pracovní den a jak v jiné dny ( sobota, neděle, svátky, prázdniny).

### Autobusová a vlaková doprava

Autobusová a vlaková osobní doprava se využívá při cestování mezi městy a obcemi, mezinárodní, při cestování do zahraničí. Informace o odjezdech a příjezdech, cenách jízdenek na přepravu, slevách, lze získat na autobusovém či vlakovém nádraží. Rovněž můžete zavolat na informace příslušného nádraží nebo využít internetu ([www.idos.cz](http://www.idos.cz)). Při cestování na delší vzdálenosti se doporučuje si zajistit rezervaci místa, zakoupením místenky. Pokud budete pravidelně cestovat do zaměstnání autobusem nebo vlakem, je výhodné si zakoupit týdenní nebo měsíční jízdenku, která je levnější.

**Příloha 4**

**Fotodokumentace: Práce dětí z keramiky a arteterapie**

Obrázek č.1



Obrázek č.2



Obrázek č.3



Obrázek č.4



Obrázek č.5



Obrázek č.6



Obrázek č.7





Obrázek č.8



Obrázek č.9

