

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

katedra speciální pedagogiky



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Věra KUBÍČKOVÁ

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE

Pedagogická fakulta

katedra speciální pedagogiky



SOCIÁLNÍ PRÁCE S DELIKVENTNÍMI JEDINCI

SOCIAL WORK WITH DELIQUENT INDIVIDUALS

Vedoucí diplomové práce: **Doc. PaedDr. Eva Šotolová, PhD.**

Autor diplomové práce: **Věra Kubičková**

Studijní obor: **Speciální pedagogika**

Forma studia: **Prezenční – kombinovaná**

Bakalářská práce dokončena: **duben 2010**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Sociální práce s delikventními jedinci* vypracovala samostatně s využitím uvedené literatury.

V Praze dne: 11. dubna 2010

Podpis:

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní **Doc. PaedDr. Evě Šotolové, PhD.** za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracování této práce.

Anotace:

Sociální práce je autonomní obor, který se řídí vlastní teorií a postupy, přesto se v mnoha oblastech prolíná s jinými disciplínami. Lze ji pochopit jen základě znalosti sociálního a kulturního kontextu dané společnosti. Samotnou sociální práci v terénu zajišťují multidisciplinární teamy odborných pracovníků. V České republice došlo v posledních dvou dekádách k oživení zájmu o tuto problematiku, neboť v socialistickém Československu se tato oblast nebyla ani uznávána ani podporována. V této práci jsem se zaměřila na objasnění základních teoretických aspektů sociální práce s důrazem na práci s delikventními dětmi a mladistvými v České republice, protože, jak vyplývá ze statistik MV ČR, podíl dětí a mládeže dopouštějících se trestných činů neustále narůstá.

Abstract:

Social work is an autonomous branch, which is governed by its own theory and practice, but in many areas, intertwined with other disciplines. It can be understood only by the knowledge of social and cultural context of the company. Alone in the field of social work teams provide a multi-disciplinary professional staff. In the Czech Republic during the last two decades, a revival of interest in this issue, because in communist Czechoslovakia, this area was neither recognized nor supported. In this work, I focused on the clarification of the basic theoretical aspects of social work with emphasis on work with delinquent children and adolescents in the Czech Republic, because, as is clear from the statistics of the Ministry of Interior, the proportion of children and young people perpetrating crime continues to grow.

Obsah práce:

Úvod	7
1. Etopedie	9
2. Socializace	10
3. Sociální pedagogika	12
3.1. Historie sociální pedagogiky u nás	13
3.2. Současná situace v ČR	14
3.3. Vymezení sociální pedagogiky	15
3.4. Funkce sociální pedagogiky	15
4. Sociální práce	16
5. Sociální prevence	28
6. Sociální práce v trestní justici	34
7. Poruchy chování a emocí v dětském věku	36
7.1. Vymezení pojmů	36
7.2. Poruchy chování a emoci v dětském věku podle MKN-10	38
8. Sociálně patologické chování dětí a mladistvých	56
8.1. Vymezení pojmů	56
9. Systém vzdělávání a výchovy ohrožených dětí a rizikové mládeže v ČR	58
9.1. Funkce výchovných zařízení	59
9.2. Výchovná zařízení pro děti a mladistvé	60
9.3. Středisko výchovné péče	62
9.4. Problémy klientů opouštějících zařízení ústavní výchovy	63
Závěr	65
10. Seznam použité literatury	

Úvod

Během své pedagogické praxe jsem se často setkávala s dětmi a mladistvými, kteří ve svém dosavadním životě neměli to štěstí, aby mohli prožít své dětství, podle mnohých ono nejkrásnější období života v harmonickém, láskyplném a podnětném prostředí, jaké může dítěti poskytnout jen a pouze úplná a funkční rodina. V uplynulých třech letech, v době studia na pedagogické fakultě, jsem si na přednáškách a seminářích jednotlivých oborů obecné i speciální pedagogiky uvědomila, že citová deprivace, která se zákonitě rozvíjí u takto hendikepovaných dětí, následně výrazně determinuje jejich celou životní dráhu a uplatnění ve společnosti. Proto jsem si zvolila pro svou závěrečnou bakalářskou práci téma Sociální práce s delikventními jedinci. Problematika sociální práce byla v naší společnosti po mnohá desetiletí podceňována a teprve změna politického systému umožnila uplatňovat moderní poznatky ze světa i v našich podmínkách. Současně s tím se mezi odbornou i laickou veřejnost dostalo množství překladové i původní literatury, zájemci o tuto problematiku mohli začít studovat na různých typech škol a výrazně se změnil, a nadále se i mění, celý systém sociálního politiky České republiky.

Jeden z nejvýznamnějších odborníků na tuto oblast u nás, O. Matoušek, definuje sociální práci těmito slovy: *„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“* (Matoušek, Nečasová a kol., 2008, s. 11)

V této definici se odráží celé široké spektrum zájmů a aktivit pracovníků sociální sféry a já se ve své práci pokusím klíčové termíny a oblasti blíže specifikovat a uvést do kontextu s problematikou dětí a mladistvých, kteří v období formování osobnosti mladého člověka z nejrůznějších důvodů museli být klienty různých výchovných zařízení.

Názory na jejich úroveň a přínos pro společnost jsou poměrně různorodé. Já se přikláním k závěrům, které jsou obsaženy v kapitole 9, tedy že úroveň jednotlivých zařízení a pracovníků v sociální sféře stojí a padá s kvalitou personálního obsazení těchto zařízení a funkcí, a že práce s rodinou hraje zcela zásadní roli v celém procesu sociální práce s delikventními jedinci. Tato stanoviska jsem si měla možnost ověřit během přípravných prací k sepsání této práce, kdy jsem byla v osobním kontaktu s klienty a pedagogy diagnostických výchovných zařízení, sociálními kurátory či pracovníky nízkoprahových center a klubů.

1. Etopedie

Etopedie neboli speciální pedagogika zabývající se osobami s poruchami chování, se jako samostatný obor vyčlenila z psychopedie v roce 1969. Základem pro toto označení jsou řecká slova *Éthos* a *Paideia*. *Éthos* znamená mrav a *Paideia* znamená výchova. Obecně se dá konstatovat, že předmětem etopedického zkoumání je:

1. Výchova resp. převýchova
2. Vzdělávání
3. Profesní příprava

děti a mladistvých, které některé prameny označují jako mravně narušené, obtížně vychovatelné, delikventní nebo psychosociálně retardované.

Etopedie je vědním oborem, který se zabývá edukací a resocializací difilních jedinců. V České Republice bývá definován na pomezí speciální pedagogiky a sociální pedagogiky. Ve světovém kontextu a to i vzhledem ke své struktuře je označován spíše jako behaviorální psychologie nebo behaviorální patologie. Připravuje do praxe odborníky na problematiku patologie chování napříč resocializačním a penitenciárním systémem.

1.1. Etopedická, speciálně-pedagogická péče

Etopedickou, speciálně-pedagogickou péčí poté rozumíme souhrn všech pedagogických, psychologických, sociálních a zdravotních služeb poskytovaných výše popisovaným osobám. Tuto péči můžeme také označit jako péči převýchovnou a je zpravidla v ČR zajišťována specializovanými školskými výchovnými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy nebo zařízeními preventivní péče. Pro osoby, které jsou již trestně odpovědné, je tato převýchova realizována během výkonu trestu odnětí svobody ve věznicích všech typů.

1.2. Etopedická, speciálně pedagogická diagnostika

Stejně jako v jiných oborech speciální pedagogiky, i v etopedii je základem práce vytvoření etopedické, speciálně pedagogické diagnostiky. Její stěžejní body jsou:

1. Určení předmětu zkoumání
2. Určení situací, jevů a symptomů
3. Určení přiměřených diagnostických metod
4. Aplikace těchto metod (popis a záznam zjištěných skutečností)
5. Analýza, syntéza a interpretace (tzn. vytvoření vlastní etopedické diagnózy)
6. Ověření diagnózy

Taková etopedická, speciálně-pedagogická diagnostika je zpravidla výsledkem týmové práce odborníků pracujících v diagnostických ústavech nebo ve střediscích výchovné péče. Kolektiv odborníků, kteří se podílejí na vypracovávání těchto diagnóz, je tvořen nejčastěji:

- sociální pracovník
- speciální pedagog – etoped (učitel)
- speciální pedagog – etoped (vychovatel)
- psycholog

2. Socializace

Socializace je „proces postupné přeměny člověka jako biologické bytosti v bytost společenskou, tedy postupné začleňování se do života dané společnosti, proces, v němž se naučíme v dané společnosti žít.“ (Kraus, 2008, str. 59) Člověk vstupuje do tohoto

procesu s určitou genetickou výbavou a po celý svůj život si osvojuje kulturu dané společnosti (tzn. chování, jazyk, poznatky a normy). Vše tedy probíhá v určitém prostředí a čase.

Socializace se dá chápat i jako určitý proces společenské adaptace, během které musí každý člověk osvojením pravidel chování a způsobů dané společnosti, přijetím určité sociální role (tzn. způsob chování, které ostatní očekávají, a které je determinováno věkem, pohlavím a sociálním postavením) upravit svůj vztah ke společnosti.

V prvním období (tzv. primární socializace) je nejdůležitějším faktorem rodina či jiné prostředí, které z nejrůznějších důvodů funkci rodiny supluje, a ve druhém období (tzv. sekundární socializace) poté navazuje na působení rodiny škola či jiné výchovně-vzdělávací zařízení, které rozvíjí výsledky primární socializace.

2.1. Fáze socializace

Jak bylo výše konstatováno, jedná se o proces probíhající v čase, a proto jej můžeme rozdělit na určité dějové úseky, tzv. fáze. Existuje několik modelů, zde uvedu jen některé. Například Hroncová píše o tzv. přípravné a realizační fázi. V přípravné fázi se jedná o základní osvojení si řeči, ztotožnění se s normami a hodnotami dané společnosti a v realizační fázi jde o přijetí společenské role a naplňování životní dráhy. (Hroncová a kol., 2001) V ceněné publikaci Sociální pedagogika¹ B. Kraus rozděluje proces socializace do čtyř fází:

- Fáze sociability (formování základů osobnosti v rámci primární socializace)
- Fáze personalizace (osvojování si základních rolí a formování vlastního povědomí)
- Fáze profesionalizace (vliv více faktorů a období přípravy na budoucí povolání)

¹ Kraus, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008, s. 62

- Fáze společenské angažovanosti (plná integrace do života společnosti)

2.2. Činitelé procesu socializace

- Genotyp (soubor vlastností získaný v okamžiku početí)
- Vrozené dispozice (změny v prenatálním období)
- Přirozené aktivity
- Vlivy prostředí (předměty a jevy existující okolo nás nezávislé na našem vědomí)
- Výchova (dynamický proces socializace)
- Fenotyp (soubor znaků, kterými se jedinec projevuje v daném stadiu vývoje)

3. Sociální pedagogika

V systému výchovy a vzdělávání je etopedii nejbližší další pedagogická disciplína, a to sociální pedagogika, která zkoumá sociální činitele narušující vývoj člověka, a hledá postupy a metody, kterými lze omezit či dokonce zamezit jejich vlivy. Zaměřuje se na ovlivňování tzv. rizikové a sociálně handicapované skupiny dětí, mládeže i dospělých a snaží se ovlivňovat prostředí, ve kterém se objekt jejího zájmu vyskytuje.

Vztah sociální pedagogiky a speciální pedagogiky je poněkud specifičtější, neboť jak píše Procházková *„Především dnes, kdy je celá tato oblast poznamenána snahou o integraci postižených do života ostatních, vyvstává řada problémů sociálně pedagogického rázu (ovlivňování vztahů a celého prostředí) jak na straně člověka s postižením, tak u skupiny (např. školní třídy), do níž je jedinec integrován. V rámci speciální pedagogiky existuje dokonce oblast, která mimořádně těsně koresponduje se sociální pedagogikou. Je jí etopedie, zabývající se výchovou narušené či obtížně vychovatelné mládeže. Někteří speciální pedagogové soudí, že etopedie byla v podstatě násilně spojena se speciální pedagogikou, takže otázky ústavní, náhradní výchovy, poradenství apod. nemají nyní onen potřebný sociální rozměr. Speciální pedagogika*

(především etopedie) hledá proto tuto oporu právě v sociální pedagogice.“ (In Kraus, 2008, str. 56)

3.1. Historie sociální pedagogiky v ČR

Na tomto místě je potřeba zmínit i stručnou historii sociální pedagogiky u nás. Do konstituování a rozvoje sociální pedagogiky jako vědního oboru negativně zasáhl vývoj po roce 1948, ve kterém, v souladu s ideologickými doktrínami, byla sociální pedagogika prohlášena za buržoazní pavědu. Po dlouhých dvaceti letech, kdy tato integrální součást pedagogiky prožívala v západním světě bouřlivý rozvoj, došlo v zemích socialistického tábora k částečné změně v nazírání na sociální pedagogiku až po zasedání XX. sjezdu KSSS v roce 1956. V okolních zemích a poté i u nás začala vznikat sociologická pracoviště a vycházet překlady prací zahraničních autorů a Sociologický časopis.

Zásadní význam mělo pak vydání publikace K. Gally *Úvod do sociologie výchovy* (1967), kde se zabývá i sociální pedagogikou následujícími slovy: „*sociální pedagogika v širším pojetí chápe širokých sociálních vrstev, tedy i jako péče osvětová, a poskytování vzdělání je vnímáno jako předpoklad pro lepší uplatnění!*.“ V kontextu s politickým klimatem té doby dále dodává: „*...v socialistické společnosti je z tohoto hlediska veškerá pedagogika sociální*“ (Galla, 1967, s. 34-36).

K dalšímu oživení zájmu o problematiku došlo až v roce 1978, kdy na Slovensku vyšla studie O. Baláže *Sociálna pedagogika v systéme pedagogických vied*², ve které autor načrtl strukturu sociální pedagogiky jako samostatné teoretické disciplíny. Ve stejném roce vychází u nás publikace M. Přadka *Výchova a prostředí*³, ve které autor shrnul trendy v západní sociální pedagogice. Oba autoři ve své práci pokračovali i v následujících letech, kdy vydávali další publikace a studie.

² Baláž, O. Sociálna pedagogika v systéme pedagogických vied. *Pedagogika*, 1978, č. 5, s. 559-578.

³ Přadka, M. *Výchova a prostředí (Vybrané problémy)*. 1. vyd. Brno : Univerzita JEP, 1978. 92 s.

Bouřlivý rozvoj sociální pedagogiky, jako samostatného teoretického oboru, došlo u nás po roce 1989. Z velkého množství překladové literatury i z nových teoretických prací československých odborníků zde uvedu jen Balážovu *Sociální pedagogika – problémy a perspektivy*⁴ (1991) nebo Špičákovo *Prostředí z pohledu sociální pedagogiky*⁵ (1993). V této době také vzniká Sdružení pro sociální pedagogiku a sociální prevenci vydávající časopis ÉTHUM (Bulletin pro sociální pedagogiku). K významným autorům, publikujícím v této době patří kromě již zmiňovaných ještě P. Klíma, M. Hradečná, B. Kraus, S. Kvapilová, J. Sekot nebo J. Dočkal. Posledně jmenovaný v *Úvodu do sociální pedagogiky* (1999) se zabývá i podstatou člověka ve čtyřech rovinách: biologické, psychické, sociální a duchovní.

3.2. Současná situace v ČR

V České republice se sociální pedagogika vyučuje na jako samostatný obor na některých vyšších odborných školách a na pedagogických fakultách některých univerzit. Podobná praxe je i v zemích střední Evropy, naopak v anglosaských zemích, zvláště pak v USA či Kanadě, není sociální pedagogika chápána jako samostatný vědní obor, „protože zde od samých počátků probíhá řešení všech sociálních problémů sociálně znevýhodněné populace v rámci oboru sociální práce (social work), který zde má, na rozdíl od evropských zemí, nesrovnatelně bohatší tradici. Souvislosti výchovy se společností řeší sociologie výchovy (sociology education)“ (Kraus, 2008, s. 24) Oproti tomu Matoušek uvádí že „V německy mluvících zemích se sociální pedagogika do jisté míry překrývá se sociální prací, v jiných západních zemích a v USA je pedagogika sociálně hendikepovaných viděna jako samostatný podobor pedagogiky. Někteří evropští autoři termín sociální pedagogika vyhrazují pro mimoškolní výchovu ohrožených dětí a mládeže se zdůrazněním prevence sociálního selhání a termín sociální práce rezervují pro práci s dospělými.“ (Matoušek, 2003).

⁴ Baláž, O. Sociální pedagogika – problémy a perspektivy. *Pedagogická revue*, 1979, č. 8, s. 606-618.

⁵ Špičák, J. *Prostředí z pohledu sociální pedagogiky*. Olomouc: PdF UP, 1993. ISBN 80-7068-227-7.

3.3 Vymezení sociální pedagogiky

Sociální pedagogika je tedy „*aplikované odvětví pedagogiky zabývající se výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny mládeže a dospělých. Je rovněž zaměřena na výchovu a pomoc rodinám s problémovými dětmi, na skupiny mládeže ohrožené drogami, na jedince propuštěné z vazby aj.*“ (Průcha, Mareš, Walterová, 1995, s. 203) Podle Matouška se jedná „o odbornou disciplínu, která se zabývá rozpoznáváním sociálních činitelů ohrožujících vývoj člověka a uplatňování postupů, jež vyvažují jejich nepříznivé působení.“ (Matoušek, 2003, s. 210) Konečně Klíma s Jedličkou definují sociální pedagogiku těmito slovy: „*Sociální pedagogika je teorií o pomoci, tedy specializovanou, aplikovanou disciplínou, v níž jsou pedagogické postupy využívány v situacích, kde běžné způsoby ovlivňování psychosomatického vývoje selhávají a kde výchovné působení provázejí problémy.*“ (Klíma, Jedlička, 2004, s. 4-18)

Sociální pedagogika, na rozdíl od pedagogiky v tradičním pojetí, klade důraz na sociální skupiny, ať již si pod tímto termínem zde představíme určité komunity, minority či delikventní mládež obecně. Jedince pojímá téměř výhradně jako součást určitého prostředí, neboť je tímto prostředím zcela zásadně determinován. Také cíle jsou výrazně odlišné, neboť sociální pedagogika se orientuje na rozvíjení spolupráce a vzájemné pomoci při zlepšování daných životních podmínek. Na rozdíl od jiných pedagogických oborů také výrazně akcentuje nepřímé ovlivňování objektu výchovy a to především úpravami vzájemných vztahů, režimů a prostředí.

3.4. Funkce sociální pedagogiky

Sociální pedagogika má dvě základní funkce, profylaktickou, neboli preventivní a terapeutickou, čili kompenzační. V preventivní složce vychází z analýzy těch oblastí rozvoje osobnosti, které jsou nejvíce determinovány vlivy prostředí, čímž zde rozumíme vliv rodiny, lokality, vrstevníků apod. Na takto získaných podkladech vypracovávají pracovníci diagnostických ústavů, středisek prevence či protidrogových center pedagogické návrhy k minimalizaci škodlivých vlivů takového prostředí. Ve

složce terapeutické se jedná o specifické přístupy k lidem, kteří jsou v centru jejího zájmu, tedy k osobám společensky nepřizpůsobivým, osobám s delikventním či deviantním chováním apod. Místem, kde dochází k uplatňování terapeutické složky, jsou diagnostické ústavy, nápravná zařízení či léčebny.

4. Sociální práce

4.1. Vymezení pojmu

Pod tímto termínem se skrývá celý komplex teoretických, metodických i praktických postupů, které, jak již bylo uvedeno v úvodu této práce, jsou vyjádřeny v definici formulované naším předním odborníkem, O. Matouškem. Sociální práce je zároveň hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci, neboť *„se jejím prostřednictvím transferují zdroje k závislým lidem (staří lidé, nezaměstnaní, děti, mentálně i tělesně postižení apod.). Tímto způsobem se kompenzují defekty tržního systému.“* (Matoušek, 2008, s. 25)

Sociální práce je zároveň oborem, který má k sociální pedagogice v současnosti asi nejbližší. Podle Krause se jedná o *„disciplínu, která u nás v posledních deseti letech zaznamenala značný rozvoj, podobně jako sama sociální pedagogika. V zahraničí má ovšem za sebou vývoj mnohem rozsáhlejší a dlouhodobější. Ve své nejširší podobě je zpravidla vymezována jako disciplína zabývající se činnostmi, kterými předcházíme problémům jedinců (skupin) vznikajících z konfliktů potřeb jedince a společenských institucí, a to se záměrem zlepšovat kvalitu života nebo tyto problémy zmírňovat. V praxi jde o uskutečňování sociální politiky.“* (Kraus, 2008, s. 56)

Sociální práce se tedy zabývá péčí o lidi s velmi širokou škálou problémů, přičemž každý takový problém zahrnuje zároveň i určitý morální rozměr, determinovaný morálkou dané společnosti. *„Normativní představy toho, co je pro společnost žádoucí jsou sporné, protože podléhají rozdílům v přesvědčení a názorech jednotlivých lidí. Sociální práce bude vždy reflektovat hodnoty (protože intervnuje do důležitých*

aspektů každodenního života) a zároveň bude také vždy předmětem konfliktu (protože cíle nemusejí být nutně akceptovatelné pro všechny členy společnosti).“ (Hugman, Smith, 1995)

4.2. Úrovně sociální práce

Sociální práci lze rozdělit do tří úrovní. V první z nich, podle Matouška „mikroúrovni“, se jedná o vlastní práci sociálního pracovníka s konkrétním klientem, tedy o vlastní vedení případu, tedy o podporu klientovy schopnosti vyrovnat se situací či vzniklými problémy, zejména formou poradenství. Ve druhé, neboli střední úrovni sociální práce, se jedná o práci s rodinami či malými skupinami. Matoušek zde uvádí široký rozsah forem sociální práce, od víkendových programů v přírodě pro rizikovou mládež z velkých městských sídlišť, přes organizování klubů pro seniory až po pracovní aktivity pro hendikepované osoby. Do této úrovně spadá i práce s rodinou či rodinami, přičemž jednotlivé aktivity jsou mnohem cílenější (např. rodiny s adoptovanými dětmi, rodiny dětí experimentujícími s drogami apod.). A konečně ve třetí, podle Matouška „makroúrovni“ se jedná o práci s velkými skupinami resp. komunitami a organizacemi. Na této úrovni se jedná především o ovlivňování veřejného mínění a politiky místních orgánů.

Na rozdíl od okolních států, kde například v Německu v poslední době dochází k nahrazování pojmů sociální pedagogika a sociální práce jedním termínem sociální studia, či Polska a Slovenska, kde je z historického hlediska kladen důraz na metodologický základ sociální práce vychází ze sociální pedagogiky, jsme v České republice převzali spíše anglosaský model, který poměrně striktně odlišuje obě disciplíny.

4.3. Etika sociální práce

Etika se zabývá studiem morálky a rozumovým odůvodněním morálního jednání. Etikou sociální práce tedy rozumíme „*soubor mravních zásad, které by měl pracovník v sociálních službách dodržovat. V současnosti je v západních zemích*

formalizován do podoby kodifikovaných pravidel (standardů) schválených profesní komorou či jinou reprezentativní národní asociací sociálních pracovníků. Tato pravidla fixují žádoucí způsob profesionálního chování zejména s ohledem na náročné, resp. konfliktní situace. Týkají se klientova práva na seburčení, ochrany klientova soukromí, klientova přístupu k záznamům, klientova nároku na služby, na způsob jejich poskytování (včetně platby za služby), způsobu ukončování kontaktu, způsobu kontaktu s klientovou rodinou a okruhem blízkých osob, ohlašovací povinnosti v případech, kdy klient překračuje zákon, rozhodování o omezených zdrojích pomoci, omezování klientovy svobody v případě, kdy sám sebe svým chováním ohrožuje, konfliktu zájmů sociálního pracovníka, dále sexuálního, případně i jiného zneužívání klientů, ohlašování neprofesionálního chování kolegů apod. Nejnověji je standardy upravováno i poskytování služeb elektronickými medií, kontakty sociálních pracovníků se sdělovacími prostředky, pořizování elektronických záznamů a přístup k nim, fyzický kontakt s klienty aj. Odpovědnost sociálního pracovníka je etickým standardem definována nejen vůči klientům, ale také vůči kolegům, vůči vlastní profesi i vůči celé společnosti. Překročení mezí definovaných standardy řeší příslušná komise odborné komory, která svého člena může postihnout odebráním licence k výkonu povolání. Etický kodex pro sociální pracovníky v České republice vydala v roce 1995 Společnost sociálních pracovníků, systém monitorování jeho dodržování však v ČR zatím chybí.“ (Matoušek, 2003, s. 62, 63.)

4.4. Etické teorie

Teorie, které jsou základem pro sociální práci, mají svůj původ v daleké minulosti a v průběhu mnoha staletí se výrazně modifikovaly. Dnes se uvádí nejčastěji těchto pět teorií:

- 4.4.1 Teorie přirozeného zákona (provázanost náboženských tradic judaismu, křesťanství, klasické antické filozofie s pozdějšími hodnotami humanismu)

- 4.4.2 Deontologie (nauka o povinnostech; důležitý je úmysl, nikoli dopad jednání aktéra)
- 4.4.3 Utilitarismus (základním předpokladem je skutečnost, že žádné lidské konání není ve své podstatě dobré ani špatné – mravní hodnocení se vytváří až na základě následků)
- 4.4.4 Antipresivní teorie – na rozdíl od výše uvedených teorií chápe člověka jako součást většího celku (člověk jako nezbytně společenská bytost)
- 4.4.5 Teorie diskursu –

4.5 Metody sociální práce

Metodami sociální práce jsou podle většiny autorů určité konkrétní postupy vázané zejména na:

- Cílový subjekt (tzn. vlastní práce s konkrétním jedincem, rodinou, skupinou či komunitou)
- Jeho aktuální situaci (sociální znevýhodnění na začátku života, předvídatelné a nepředvídatelné sociální události)
- Relevantní vztahový kontext (vrstevnická skupina, rodina, organizace)
- Systémové vazby (regionální, národní či nadnárodní politika)

(Matoušek, O. a kol., 2008, s. 13)

4.6 Cíle a úkoly sociální práce

Základní úkoly a cíle jsou pro všechny pracovníky pohybující se v oblasti sociální práce dva základní, které například Matoušek definoval následovně: „uspokojování sociálních potřeb klientů a zajištění kontroly, příp. změny chování, které je považováno za sociálně problematické nebo deviantní“. (Matoušek, 2008, str. 25). Podle Americké

asociace sociálních pracovníků, které ve své práci uvádí Zastrow (1995) jsou cíle sociální práce následující:

1. Podpora schopnosti klienta řešit problémy, adaptovat se na nároky a vyvíjet se
2. Zprostředkování kontaktů mezi klientem a agenturami, poskytujícími zdroje, služby a potřebné příležitosti
3. Napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně
4. Rozvíjet a zlepšovat sociální politiku daného státu

Zejména bod číslo tři je důležitý, neboť sociální pracovník by měl být schopen působit hned v několika rolích, a to v roli osobního poradce klienta, který se nachází v krizové situaci, dále v roli poskytovatele sociálních služeb, také jako organizátor resp. supervizor již existujících sociálních služeb a konečně by měl fungovat i jako konzultant nově zaváděných služeb.

4.7. Formy sociální práce

4.7.1. Terénní sociální práce

Terénní sociální práce je v podstatě jakákoliv sociální práce s rizikovými jednotlivci nebo skupinami, která je prováděna v jejich přirozeném prostředí, sociálními pracovníky. Tuto práci tvoří despitáž, navazování a upevňování kontaktů, poskytování sociální pomoci, rekognoskace prostředí, ze kterého se rekrutují klienti, analýzy a sumarizace poznaných informací o příčinách, charakteru a intenzitě nepříznivé sociální situace cílové skupiny. Terénní sociální práce může kladně působit na rizikové chování, resp. životní styl klientů. Cílem terénní sociální práce je často i zapojení rizikových skupin mladistvých či jednotlivců do činností pořádaných nízkoprahovými kluby a centry. V těchto specializovaných zařízeních se mohou věnovat smysluplným zájmovým aktivitám, ale najdou tam i odbornou pomoc s řešením svých nejčastějších problémů. Na provoz těchto klubů a center přispívá jak stát a místní samospráva, tak i komerční či charitativní organizace. Například v letošním prvním

čtvrtletí věnovala největší česká banka 1,4 miliónu korun na provoz těchto prospěšných zařízení. Speciálním typem terénní sociální práce je tzv. streetwork.

4.7.2. Streetwork

„Vyhledávací, doprovodná a mobilní sociální práce s nízkoprahovou nabídkou sociální pomoci. Ta je zaměřená na jednotlivce a skupiny s rizikovým chováním, které sociální pracovník kontaktuje v době a místech jejich spontánního pobývání a setkávání. Jsou to zejména děti a mladiství trávící svůj volný čas bez dozoru a smysluplné náplně na ulicích, příslušníci rodin s nízkou sociokulturní úrovní, členové skupin vyznačujících se negativistickým a agresivním přístupem k okolí, osoby experimentující s drogami, problémoví uživatelé drog nebo osoby na drogách závislé, osoby žijící na ulici, osoby trávící mnoho času hrou na hracích automatech, mladiství provozující prostituci apod.“ (Matoušek, 2003, s. 242)

V zásadě se nejedná o jakýkoliv typ pouliční práce, ale jde o přesně vymezenou činnost odborně vyškoleného pracovníka, pro kterého se u nás vžilo nepěkné označení streetworker. Tento terénní pracovník tedy vyhledává závadové osoby resp. skupiny, kterým posléze nabízí specifické formy sociální pomoci.

4.8. Nejčastější termíny související se sociální prací

4.8.1. Sociální stát

Pod označením sociální stát je myšlen takový stát, který prostřednictvím svých administrativních struktur poskytuje v souladu s vlastní legislativou materiální a ekonomickou pomoc těm občanům, kteří nejsou z nejrůznějších příčin se sami o sebe postarat resp. sami vyřešit složité životní situace. Do této skupiny spadají dlouhodobě nezaměstnaní, nemocní a přestárlí, hendikepovaní apod. Pomocí se rozumí regulace osobních a rodinných příjmů (tzn. podpory, přídavky apod.), poskytování lékařské péče, sociální byty, vzdělávání a rekvalifikace a poskytování sociálních služeb zdarma. Rozlišujeme tři formy sociálního státu podle konstrukce a rozsahu práv:

4.8.1.1. konzervativně-korporativní model

(preferuje princip sociálního pojištění – každý si spoří za sebe, čímž dochází k zachování sociálních rozdílů)

4.8.1.2. liberalistický model

(preferuje princip sociálního pojištění vytvářeného v době, kdy se pojištěnci daří a používá systém přísného zkoumání adresnosti a potřebnosti poskytovaných podpor)

4.8.1.3. sociálnědemokratický model

(univerzální přerozdělování podpor, které má vyrovnat rozdílnou životní úroveň různých sociálních vrstev obyvatelstva daného státu)

V České republice zatím chybí jednoznačná koncepce v budování pravidel sociálního státu, protože je zde:

- nedostatečně kvalifikovaná veřejná diskuze na toto téma
- vliv minulého politického systému na myšlení lidí
- nevykonná státní správa (povolební rozsáhlé personální změny)
- nedokončená reforma státní správy (tzn. nedotažená decentralizace poskytování sociálních služeb)
- odkládaná reforma zdravotnictví
- nevhodná legislativa a způsob financování neziskových organizací

4.9. Sociální pomoc

Sociální pomocí se v kontextu sociální práce rozumí finanční nebo materiální dávka a služby poskytované za určitých podmínek, na základě určitých kritérií a průzkumu majetkových poměrů jednotlivcům nebo rodinám, které se nacházejí na spodní hranici příjmového žebříčku nebo pod určitou úroveň sociálního minima. Pomoc může být státem resp. obcí organizovaná či nařízená (tzv. obligatorní), povolená (např. právo žebrot) nebo podporovaná (např. příspěvky na činnost nestátních organizací). V dosud platných zákonech České republiky není sociální práce odlišována od sociální

péče. V západních zemích čerpají sociální pomoc zejména tyto skupiny obyvatel: dlouhodobě nezaměstnaní, rodiče pečující v neúplné rodině o děti, mladí lidé rodinného zázemí, uprchlíci a staří lidé.

4.10. Sociální zabezpečení

Souslovím sociální zabezpečení je zde myšlen mezinárodním právem definovaný soubor institucí a institutů, který poskytuje ochranu a pomoc lidem v případech ohrožení zdraví, nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození, invalidity, pracovního úrazu, stáří, těhotenství a mateřství, rodičovství a úmrtí živitele. Na rozdíl od výše uvedené sociální pomoci si na sociální zabezpečení občané sami přispívají. Ve většině vyspělých zemí se sociální zabezpečení opírá o následující typy institucí a opatření:

- Organizace a občané platí na sociální zabezpečení pojistné v rozsahu stanoveném zákonem
- Sociálním pojištěním, které mívá složku dobrovolnou a povinnou, jsou zajišťováni pro případy možných sociálních událostí (viz. Dále)
- Sociální zabezpečení vedle toho přerozděluje příjmy, a to obvykle směrem od bezdětných k rodinám s dětmi a směrem od majetných rodin k rodinám méně majetným.
- Poskytování pomoci lidem v předem definovaných případech nouze, v takzvaných případech sociální potřeby

4.11. Sociální opora

Sociální oporou je zde myšlena určitá pomoc poskytovaná osobě, která se nachází v zátěžové situaci, a podle Mareše můžeme rozlišovat tři základní typy této opory:

4.11.1. Nabízená

Poskytovatel signalizuje možnost a dává najevo připravenost pomoci

4.11.2. Vyhledávaná

Příjemce pomoci si o ni sám „zažádá“

4.11.3. Poskytovaná

Poskytovatel má jasný cíl usnadnit jedinci zvládnutí situace, tedy nenabízí, ale jedná

(Mareš, 2003, s. 41-54)

4.12. Sociální událost

Podle Matouškova slovníku sociální práce je sociální událost (angl. social event) taková událost, která je v rámci státní sociální politiky a příslušné legislativy považována za riziko, jež jednotlivec nebo rodina nemusí být schopen (-na) zvládnout vlastními silami. Takováto událost zakládá nárok na sociální ochranu (viz. Heslo). V zásadě se dají rozčlenit do dvou skupin:

1. Standardní či předvídatelné (narození dítěte, stáří apod.
2. Nestandardní či nepředvídatelné (ztráta zaměstnání, úraz, narození postiženého dítěte apod.)

Hlavní typy státem uznávaných sociálních událostí jsou dnes v Evropě následující: nemoc, stáří, ztráta zaměstnání, mateřství a péče o děti, ztráta příjmu, ztráta společenských vazeb (sociální dezintegrace) a některé další, méně časté faktory.

4.13. Sociální normy

Sociální normy jsou v kontextu tématu této práce „*soubory psaných a nepsaných předpisů ovlivňující chování lidí. Sociální normy mají mnoho úrovní. Patří mezi ně: obyčeje a zvyklosti, které nemají formalizovanou podobu; kodexy a konvence; stanovy a řády; nařízení a instrukce; zákony a mezinárodní právní normy. Největší vliv*

na chování lidí mají zákony, neboť stát má vytvořeny nástroje a instituce na jejich vynucování.“ (Matoušek, 2003, s. 209)

4.14. Sociální ochrana

Matoušek ve Slovníku sociální práce definuje sociální ochranu, jako *„systematické úsilí veřejnoprávního subjektu o řešení obtížných životních situací, jež vedou k sociální nouzi a které občané nejsou schopni řešit vlastními silami nebo silami své rodiny. Zahrnuje tedy zajišťování sociální prosperity občanů, poskytování sociální péče, zdravotní a sociální prevenci, bezpečnost práce a ochranu prostředí.“ (Matoušek, 2003, s. 210)*

4.15. Sociální práva

Pod tímto termínem si je potřeba představit všechna *„práva zaručovaná občanům orgány státu, která jim mají umožňovat důstojný život bez ohledu na jejich majetek, příjmy a společenskou pozici“.* (Matoušek, 2003, s. 213) Z historického kontextu se jedná poměrně o určité novum, které se v evropských zemích začalo objevovat teprve v polovině dvacátého století (koncept tzv. sociálního státu). Tato práva zajišťuje občanům systém sociálního zabezpečení, systém podpory bydlení, přístupu lékařskému ošetření apod. Sociální práva jsou také zakotvena v Listině základních práv a svobod Evropské Unie⁶, kde se v článku 34. doslova praví:

1. Unie uznává a respektuje nárok na přístup k dávkám sociálního zabezpečení a k sociálním službám zajišťujícím ochranu v takových případech, jako je mateřství, nemoc, pracovní úrazy, závislost nebo stáří, jakož i v případě ztráty zaměstnání, podle pravidel stanovených právem Unie a vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi.

2. Každý, kdo oprávněně pobývá a pohybuje se uvnitř Evropské unie, má nárok na dávky sociálního zabezpečení a na sociální výhody v souladu s právem Unie a vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi.

⁶ <http://eur-lex.europa.eu/cs/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303CS.01000101.htm>

3. Za účelem boje proti sociálnímu vyloučení a chudobě Unie uznává a respektuje právo na sociální pomoc a pomoc v oblasti bydlení, jejichž cílem je zajistit, v souladu s pravidly stanovenými právem Unie a vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi, důstojnou existenci pro všechny, kdo nemají dostatečné prostředky.

4.16. Sociální služby

V oblasti sociální práce se pod pojmem sociální služby „seskupují všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti. Základními sociálními službami jsou podle českého návrhu zákona o sociální pomoci: ubytování, stravování, hygiena, pomoc při zajištění chodu domácnosti, kontakt se společenským prostředím, poradenství, pomoc při prosazování práv a zájmů, služby výchovné, vzdělávací a aktivizační a sociálně terapeutické služby. Z těchto uvedených komponent se skládají komplexy služeb poskytované klientům. V současnosti je české republice aktuální rozlišovat mezi službami poskytovanými klientů (klientskými službami) a službami administrativními. Tento protiklad je používán na podporu snah o změnu tradičního, administrativního pojetí sociální práce (spočívajícího zejména v rozdělování dávek a rozhodování o náhradní rodinné péči) ve prospěch přímé práce s klienty, jejich skupinami a s určitými komunitami.“ (Matoušek, 2003, s. 214)

4.17. Sociální zabezpečení

„Sociálním zabezpečením v širším slova smyslu se rozumí podpora státu svým občanům při tzv. sociálních událostech. U některých těchto událostí se předpokládá, že jsou dočasné (nezaměstnanost), u jiných je naopak zřejmá jejich dlouhodobost nebo trvalost (stáří, invalidita). Charakter události se pak zohledňuje ve formě pomoci, případně výši dávky, délce podpůrčí doby apod. Stát v sociálních událostech své občany podporuje finančně, věcně nebo službou, aby tak zabránil sociálnímu napětí ve společnosti.“⁷

⁷ <http://www.icm.cz/system-socialniho-zabezpeceni-v-cr>

4.17.1. Systém sociálního zabezpečení v ČR

Konkrétně systém sociálního zabezpečení v České republice se v současnosti opírá o tři základní pilíře:

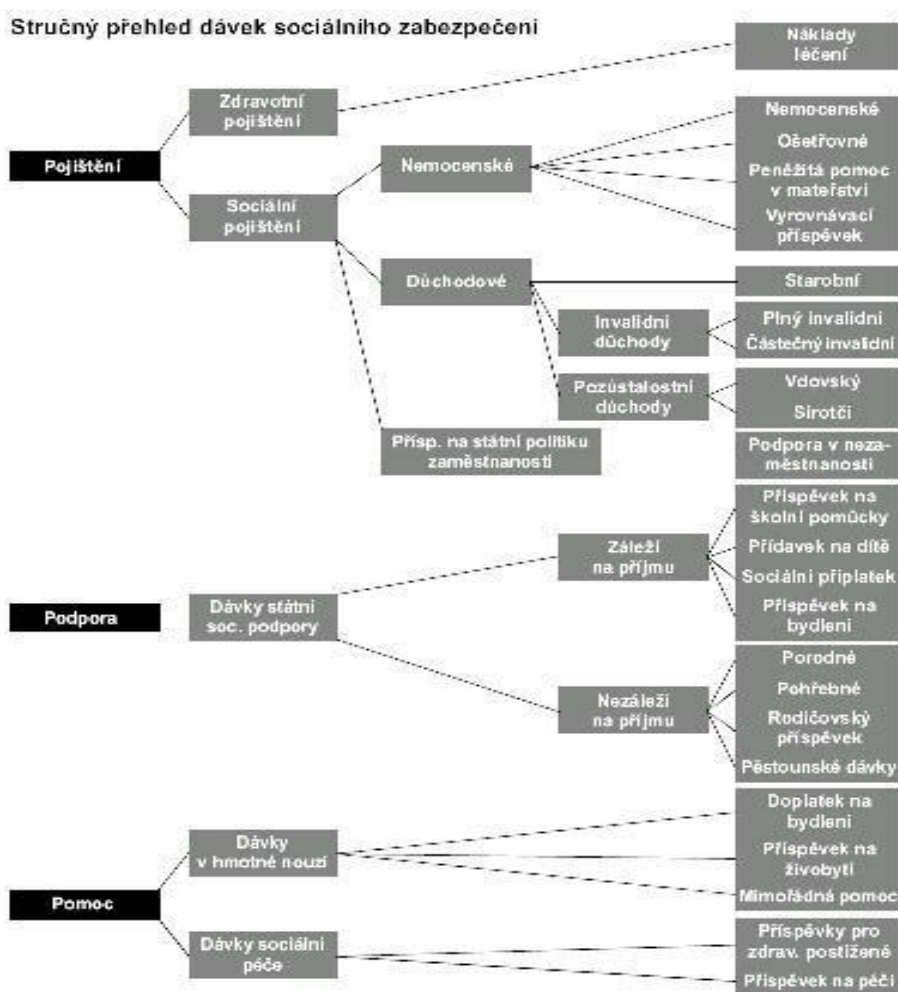
- a) Sociální pojištění (komplex důchodového a nemocenského pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti)
- b) Státní sociální podporu (zaměření na rodiny s nízkými příjmy; upřednostňující rodiny početné)
- c) Sociální pomoc (dávky poskytované osobám s příjmy nižšími, než je stanovené životní minimum)

Tento systém navíc zahrnuje i služby pro staré a nemocné občany. U dávek, které mají charakter sociální pomoci, je prověřována majetková situace příjemce. Veškeré příjmy a výdaje systému sociálního zabezpečení jsou v ČR součástí státního rozpočtu. V rámci sociálního pojištění se hradí 81% z celkových výdajů na systém sociálního zabezpečení, u státní sociální podpory je to 16% a sociální pomoc představuje 3% těchto prostředků. Podle platné české legislativy jsou orgány, pověřené organizací a distribucí sociálního zabezpečení tyto: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Správa sociálního zabezpečení, okresní úřady a obce.

V České republice bývá sociálním zabezpečením označováno pouze důchodové a nemocenské pojištění, tak jak to vyplývá z pojmosloví zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění pozdějších předpisů.

4.17.2. Schéma sociálního zabezpečení v ČR⁸

⁸ <http://www.icm.cz/system-socialniho-zabezpeceni-v-cr>



Pro ICM NIDM MŠMT zpracovala Mgr. Alice Marciszová, listopad 2007
 Zdroj: příručka Sociální zabezpečení 2007

5. Sociální prevence

5.1. Vymezení pojmu

Sociální prevencí neboli vztahem sociální práce k prevenci se podle Matouška rozumí „soubor opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání, a to zejména těm typům sociálního selhání, které ohrožují základní hodnoty společnosti.“ (Matoušek, 2003, strana 164).

Nejběžnější příklady sociálního selhání jsou kriminalita, toxikomanie, prostituce, alkoholismus, sebevražedné jednání, gamblerství, bezdomovectví, sektářství, nezaměstnanost, xenofobie, rasismus, sociální parazitismus, předčasně ukončená povinná školní docházka, těhotenství ve věku nižším 15 let, násilí a některé další.

Podle materiálů Ministerstva vnitra ČR tedy „sociální prevence představuje aktivity ovlivňující proces socializace a sociální integrace a aktivity zaměřené na změnu nepříznivých společenských a ekonomických podmínek, které jsou považovány za klíčové příčiny páchaní trestné činnosti.“⁹ Sociální prevence je nedílnou součástí sociální politiky státu a vzájemně se v ní prolínají sociální a situační přístupy. Efektivita sociální prevence je obtížně statisticky či ekonomicky měřitelná, lze na ni jen usuzovat, a to z hlediska odhadů sociálních perspektiv jedinců či skupin, kteří jsou objekty preventivního působení.

5.2. Rozdělení sociální prevence

Prevenici můžeme rozdělit podle různých kritérií, Nejčastěji se setkáváme s dělením prevence v závislosti na čase. Matoušek uvádí ve Slovníku sociální práce (Matoušek, 2003, s. 164) rozdělení na tři typy podle stadia, ve kterém se určité problémové chování klienta či skupiny nachází:

5.2.1. Primární prevence

Primární prevence je preventivní činnosti v době, kdy se očekávaný problém jednotlivce či skupiny ještě neprojevil (nemanifestoval).

„Primární prevence sociálního selhávání nemůže být – zejména u dětí – specifická, protože nejde chránit děti jen před jedním nežádoucím vlivem. Účinná primární prevence nespočívá ve varování a zákazech, ale v podpoře pro-sociálních postojů a chování. Podmínkou je její nízkoprahovost, tzn., musí být psychologicky, finančně i místně mládeži přístupná.“ (Matoušek, 2003, s. 164) Lze tedy konstatovat, že primární prevence zahrnuje především výchovné, vzdělávací, volnočasové, osvětové a

⁹ <http://www.mvcr.cz>

poradenské aktivity zaměřené zejména na nejširší veřejnost. Zvláštní pozornost by měla být zaměřena na pozitivní ovlivňování zejména děti a mládeže a to vhodným a smysluplným využíváním volného času, možností sportovního vyžití, vedením ke zdravému životnímu stylu apod.

Vlastním cílem primární prevence by neměla být pouhá absence sociálně patologických jevů, cílem musí být takové sociálně příznivé chování, tzn. chování, které je v ostrém protikladu s jednáním protispolečenským. To tedy znamená, že účinná primární i sekundární prevence je nemyslitelná bez zřetele na hodnotovou orientaci dětí a bez podpory alternativních životních programů, které by odkláněly skupiny ohrožených dětí a mládeže od stylu života, vedoucího k jejich společenskému znevýhodnění.

Odpovědnost za primární sociální prevenci plně spadá do působnosti rodiny, obce a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy české republiky a její těžiště se nachází v rodinách, ve školách a v lokálních společenstvích.

V odborné literatuře se setkáváme ještě následným dělením primární prevence podle velikosti skupiny, se kterou se pracuje. Potom hovoříme o tzv.

5.2.1.1. nspecifická primární prevence

(pracuje s celou populací)

5.2.1.2. specifická primární prevence

(pracuje vždy s určitou konkrétní skupinou)

5.2.2. Sekundární prevence

Sekundární prevence bývá zaměřena na klienty nebo skupiny se zvýšeným rizikem sociálního selhání, resp. na klienty či skupiny, u nichž už k selhání dochází, ale jeho míra se ještě nedá indikovat. Cílem je včasné zajištění odborné pomoci)

Sekundární prevence je některými jinými autory označována termínem indikovaná, a podle MV ČR se zabývá rizikovými jedinci a skupinami osob, u nichž je zvýšená pravděpodobnost, že se stanou pachatelé nebo oběťmi trestné činnosti

(specializovaná sociální péče). Zaměřuje se i na sociálně patologické jevy, kterými jsou, jak již bylo uvedeno například drogové a alkoholové závislosti, záškoláctví, gamblerství, povalečství, vandalismus, konflikty mezi etniky, dlouhodobá nezaměstnanost a podobně. V centru zájmu jsou i příčiny tzv. kriminogenních situací.

Sekundární prevence je s ohledem na odbornou náročnost jednotlivých aktivit záležitostí resortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, které v některých konkrétních případech spolupracuje s Ministerstvem spravedlnosti ČR resp. s Ministerstvem zdravotnictví ČR.

5.2.3. Terciární prevence

Pod pojmem terciární prevence jsou zahrnuty činnosti u osob či skupin, u kterých již k selhání došlo, mající za cíl zabránit recidivě a minimalizovat tak míru sociálního handicapu.

Terciární prevence se primárně zabývá resocializací kriminálně narušených osob, tím, že jim po absolvování pobytu v diagnostickém či nápravném zařízení nabízí získat pracovního uplatnění, zajišťuje rekvalifikace, poskytuje sociální a rodinné poradenství, pomoc při získávání bydlení a tak podobně. Jejím cílem je udržet dosažené výsledky předchozích intervencí a rekonstrukce nefunkčního sociálního prostředí.

I terciární prevence je v české republice, stejně jako sekundární prevence, záležitostí resortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, které v některých konkrétních případech spolupracuje s Ministerstvem spravedlnosti ČR resp. s Ministerstvem zdravotnictví ČR.

5.3. Situace v České republice

Z výše popsaných skutečností vyplývá, že sekundární a terciární prevence jsou zajišťovány především poradnami, krizovými centry nebo nejrůznějšími telefonickými či internetovými „linkami důvěry“. Poradenská a preventivní centra, resp. kluby, se diferencují podle věku dětí a mládeže, které je navštěvují, tak, aby vhodným,

nenásilným způsobem pomáhaly utvářet hodnoty a návyky pro celý život. Nejvýznamnějším prvkem zde bývá využívání příkladného vlivu vrstevníků. Podobně důležitou úlohu zde hrají školy. Součástí prevence je komplexnost, ucelenost a zapojení rodin ohrožených dětí a mládeže do organizace volnočasových aktivit.

Podle Matouška jsou v České republice „...preventivní aktivity zatím nesystematické a nekoordinované. Preventivní kampaně se zaměřují na nové typy ohrožení (drogy, gamblerství, obchod se ženami), jsou málo vynalézavé i málo účinné a málo si všímají tradičních, větších rizik...“ (Matoušek, 2003 s. 164). K těmto rizikům počítá především nadměrnou propagaci a následnou konzumaci piva, které není, na rozdíl od ostatních návykových látek považována u nás za příliš nebezpečnou. Podle mnoha jiných odborníků v poslední době vzrůstá nebezpečí šikany ve školách a i mezi školní mládeží se setkáváme, podobně jako v celé společnosti s masivním nárůstem rasistických projevů, xenofobie a celé řady dalších společensky nebezpečných jevů. Proto byl na Ministerstvu vnitra České republiky zřízen Odbor prevence kriminality, který plní funkci ústředního orgánu státní správy v oblasti vnitřního pořádku a bezpečnosti při tvorbě a realizaci koncepce prevence kriminality. Zároveň plní funkci sekretariátu Republikového výboru pro prevenci kriminality. (MVČR)

5.4. Formy, aktivity a cílové skupiny preventivních kampaní

Obecně lze konstatovat, že jednoznačně nejvýznamnějším prostředkem všech forem sociální prevence je správná výchova dětí a mladistvých, která začíná v rodině a pokračuje ve školách všech stupňů. Zde se otevírá prostor i pro jiné nevládní organizace (např. sportovní kluby apod.). Správná sociální politika státu, které ovlivňuje školní vzdělávací systém, míru nezaměstnanosti, zajištění rodin a osob, které se samostatně starají o výchovu dítěte, koordinuje činnosti bezpečnostního a soudního aparátu, přispívá na chod dalších institucí, je pak tím nejúčinnějším nástrojem. Menší, ale stále významnou úlohu mají všechny regionální nebo lokální programy, které bývají mnohem detailněji zaměřeny na určitou problematiku či skupinu ohrožených dětí či mládeže. Všechna zde uvedená opatření mohou být efektivní jen za předpokladu,

vycházejí-li z důkladně detekovaných a analyzovaných příčin problémů, je-li prováděno kontinuální sledování a vyhodnocování problému a je-li brán zřetel na možné vedlejší účinky, které mohou vzniknout při řešení daného problému. Žádná, byť sebelepší primární či sekundární prevence kriminality nemůže být tak specifická, aby bránila pouze budoucímu kriminálnímu jednání dětí, naopak by měla být natolik nespécifická, aby obsáhla co nejrozsáhlejší množinu výše zde zmiňovaných rizikových oblastí.

Cílovými skupinami osvětových kampaní jsou

- a) rodiče všech dětí v určitých komunitách
- b) všichni občané státu

a cílovými skupinami preventivních opatření jsou děti:

- hyperaktivní
- selhávající ve škole
- s poruchami chování
- zneužívané nebo týrané v rodinách
- z dysfunkčních nebo neúplných rodin
- z rodin sociálně slabých
- z oblastí s vysokou mírou kriminality
- s predeliktivním chováním

Správná volba cílové skupiny určuje nejvhodnější preventivní strategii, nejvhodnější prostředí pro ni a okruh osob, které má kromě dítěte zahrnovat. Bez jasné definice cílové skupiny, postupu práce s ní a hodnocení efektivity nemůže být prevence přínosná. Čím více prostředí, v nichž se cílová skupina sdružuje, preventivní program zahrnuje, tím větší je naděje na její ovlivnění. Čím více osob významných pro každého člena skupiny program využije, tím větší je naděje na jeho ovlivnění.

Nejhorší preventivní strategií je podle Matouška pouhé poskytování informací ohroženým dětem, která je v České republice poměrně hluboce zakořeněná. Přitom ochota dětí přijímat poznatky je přímo závislá na postoji dětí k tomu, kdo tyto

informace poskytuje. Poznatek má na dítě mnohem větší vliv, je-li spojen s přímou zkušeností dítěte. Proto má větší smysl formou interaktivního učení podporovat rozvoj sociálních kompetencí dítěte. Tyto tzv. kompetence by měly být, a zpravidla jsou, součástí vzdělávacích programů každého školského zařízení. Tyto sociální kompetence dětí by měly být posilovány společně se sociálními kompetencemi jejich rodičů, pedagogů, vychovatelů, trenérů či sociálních pracovníků. Proto můžeme preventivní programy, které mají rozvíjet sociální kompetence, rozdělit do následujících skupin:

- pro děti předškolního věku
- pro rodiče
- školní programy (pro děti i pro pedagogické pracovníky)
- vrstevnické programy
- komunitní programy

6. Sociální práce v trestní justici

6.1. Vymezení pojmů

Sociální práce v trestní justici je podle Matouškova Slovníku sociální práce veškerá činnost, kterou vykonávají sociální pracovníci „...s pachateli trestných činů v době od obvinění až po konec výkonu trestu. Sociální pracovníci se zločinností zabývali od počátku existence sociální práce jako oboru. Jejich role v trestní justici je obtížně definovatelná, protože se pohybují na hranici mezi restriktivními a pomáhajícími postupy. Reakce společnosti na kriminalitu jsou přímo závislé na konsenzu politických sil. V posledních desetiletích existují dvě protichůdné vize optimální reakce společnosti na zločinnost. Jedna pokládá za univerzální lék snižování hranice trestní odpovědnosti a přitvrzování represí, druhá chce omezovat počty lidí ve věznicích a budovat systém sankcí vykonávaných pokud možno na svobodě se zřetelem k potřebám poškozeného subjektu. Tyto tzv. alternativní sankce, s jejichž formou v některých zemích musí pachatel souhlasit, soudy navrhují, realizují a monitorují pomocí specializovaných

probačních úředníků Někde jsou probační úředníci vzdělávání jako sociální pracovníci, jinde tomu tak není. V České republice je vysokoškolská kvalifikace v sociální práci jedním z možných typů kvalifikace pro práci probačního úředníka.“ (Matoušek, 2003, 213)

6.2. Osoby pohybující v oblasti sociální práce

Vzhledem k rozsahu a zaměření této práce se zde opět omezím na vyjmenování postav a vymezení jejich pracovní náplně.

6.2.1. Kurátor pro mládež

Kurátorem pro mládež je „v České republice odborný pracovník státní sociální pomoci, který se zabývá dětmi a mladistvými obtížně vychovatelnými, mladistvými pachateli trestné činnosti i jejich rodinami, jimž poskytuje poradenskou a sociálně terapeutickou činnost.“ (Matoušek, 2003, s. 99)

6.2.2. Probační pracovník

Nově zřizovaná funkce probačního pracovníka, která je v současnosti zaváděná u soudů v ČR. „Úkolem těchto probačních pracovníků je shromažďovat informace o obviněném před rozhodnutím soudu a poskytovat je jako tzv. soudní pomoc soudu, zajišťovat výkon obecně prospěšných prací, provádět narovnávání mezi pachatelem a obětí a vykonávat probační dohled.“ (Matoušek, 2003, s. 165)

6.2.3. Sociální kurátor

„Odborný pracovník státní sociální pomoci v České republice, který poskytuje kontinuální poradenskou a sociálně terapeutickou službu a pomoc při překonávání obtížných životních situací:

- a) Občanům propuštěným z výkonu trestu odnětí svobody a občanům, proti nimž je vedeno trestní řízení, popřípadě jim byl výkon trestu podmíněně odložen*

b) Občanům propuštěným ze školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy po dosažení zletilosti

c) Občanům žijícím nedůstojným způsobem života

d) Občanům závislým na alkoholu a jiných drogách

Ve všech výše uvedených čtyřech případech se jedná o osoby dospělé.“
(Matoušek, 2003, s. 209)

6.2.4. Sociální asistent

V zahraničí, zvláště v anglofonních zemích se vžilo označení „streetworker“. Toto označení postupně proniká i k nám. V České republice se zpravidla jedná o specializovaného terénního pracovníka sociální pomoci, který pracuje s rizikovými dětmi a mladistvými metodou tzv. „streetworku“. Zaměstnavatelem bývá zpravidla obecní, obvodní, případně krajský úřad. Náplní práce tohoto terénního pracovníka je vyhledávání rizikových jednotlivců a skupin, jejich doprovázení a systematická práce s jednotlivci i skupinami v terénu. Obecněji řečeno, jde o sekundární a terciární prevenci sociálního selhání.

7. Poruchy chování a emocí v dětském věku

7.1. Vymezení pojmu

Poruchami chování jsou označovány nežádoucí projevy různého stupně. Obecně lze označit jako chování, kdy jedinec nerespektuje sociální normy (viz. 4.13.), platné v dané společnosti. Je zde potřeba zdůraznit, že tyto normy je zpravidla schopen pochopit, ale neakceptuje je, nebo se jimi nedokáže řídit. Na vznik těchto poruch má vliv celá řada faktorů. Základní, a v naší republice nejpoužívanější, rozčlenění poruch chování je podle závažnosti, obsahu či forem a používá se pro ně následující terminologie:

- disociální chování

- asociální chování
- antisociální chování

Matoušek ve své práci uvádí, že se jedná o „Označení užívané u dětí ve středním a vyšším školním věku a také u mládeže pro chování překračující sociální normy. Závažné formy poruch chování ohrožují na zdraví a na životě svého nositele nebo jiné lidi (sebepoškozování, napadání druhých, šikanování apod.), méně závažné mohou jiné lidi nebo toho, kdo se jich dopouští, poškozovat sociálně nebo ekonomicky (soustavné lhaní, ničení věcí, útěky, krádeže, sexuální chování na veřejnosti apod.). Poruchy chování jsou konstatovány převážně u chlapců, méně často u dívek. Bývají spojeny s nekvalitním výchovným prostředím (selhávající rodina, ústavní péče), s extrémní chudobou, se syndromem hyperaktivity, s poruchami učení, se smyslovými poruchami a s epilepsií. Poruchy chování jsou u některých dětí předehrou k pozdějšímu chování kriminálnímu nebo k duševní nemoci. Nová anglosaská odborná literatura užívá termín vyzývavé chování / *challenging behaviour*, resp. rušivé chování / *disruptive behaviour*, aby zdůraznila jeho interakční charakter. Poruchy chování mají smysl, který je možné odhalit jen pečlivým prozkoumáváním zážitkového a vztahového kontextu. Je potřeba shromáždit údaje od klienta i od blízkých osob a opřít se rovněž o přímé pozorování klienta v různých situacích. Na tyto poruchy by mělo být reagováno kombinací proaktivních strategií (lepší přístup klienta k sociálně přijatelným a zajímavým aktivitám, účast v programech zlepšujících klientovy dovednosti, přímé ovlivnění léky nebo psychoterapií) se které brání tomu, aby klient poškozoval sebe či druhé.“ (Matoušek, 2003, s. 153)

Poruchy osobnosti (angl. *personality disorders*) jsou „trvalé psychické anomálie osobnosti, projevující se jako stereotypní reakce na širokou škálu mezních situací. Poruchu osobnosti v celé řadě případů špatně snáší sám její nositel, často jí trpí i jeho okolí. Poruchy osobnosti se projevují od dětství a trvají do dospělosti. Může jít o přecitlivělost na sociální odezvy stupňovanou až do vnímání neexistujících reakcí (paranoidní osobnostní porucha); emoční chladnost a staženost (schizoidní osobnostní

porucha); *sklon k dramatizacím* a přehnanému vyjadřování emocí (histriónská porucha osobnosti); *perfekcionismus, váhavost, pochybovačnost, silné zaujetí pravidly a detaily* (anankistická porucha osobnosti); *a další.*“ (Matoušek, 2003, s. 153-154)

Podle staršího označení se jednalo o psychopatie či psychopatické chování. Obecně se dá říci, že se jedná určité psychické poruchy s malou procesuální aktivitou. Zpravidla se setkáváme s klienty, u nichž došlo k disharmonickému rozvoji osobnosti, u které jsou určité rysy výrazně akcentovány a jiné dokonce absentují. V závislosti na typu poruchy je příznaky této poruchy postižen buď sám nositel, nebo jeho okolí. Etiologie není zcela objasněna, předpokládá se geneticky podmíněný vznik a následný rozvoj v průběhu postupného rozvoje osobnosti. U těchto poruch jsou typické trvalé projevy maladaptivního chování, poměrně časté je též střídání období tzv. kompenzace a dekompenzace. Dekompenzace bývá zpravidla podmiňována vnějšími vlivy, kterými mohou být například stress, nástup do zařízení, apod., u některých klientů se může jednat i o vlivy endogenní, tedy vnějšímu pozorovateli obtížně identifikovatelnými.

7.2. Poruchy chování a emocí v dětském věku podle MKN-10

7.2.1. Obecné shrnutí

Vzhledem k povaze popisovaných diagnóz jsem zvolila doslovnou citaci popisu jednotlivých poruch podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize, které jsou obsaženy v oddílu F90 – F98 s názvem Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci.

„Po mnoho let existoval známý problém v rozdílném mezinárodním pohledu na širší konceptu hyperaktivních poruch. Byl detailně prodiskutován na schůzích poradců SZO a dalších expertů, které se konaly pod záštitou společných projektů SZO-ADAMHA. Hyperkinetická porucha je nyní v MKN-10 definována mnohem úžeji, než tomu bylo v MKN-9. Definice MKN-10 je rovněž odlišná tím, že klade důraz na základní příznaky hyperkinetického syndromu. Od doby, kdy byl proveden empirický výzkum jako základ

pro vytvoření definice, je dostatek důvodů věřit, že definice v MKN-10 je zřetelným pokrokem.

Hyperkinetická porucha chování (F90.1) je příkladem kombinace kategorií, které zůstaly v kapitole V (F) MKN-10. Použití této diagnózy znamená, že jsou splněna jak kritéria pro hyperkinetickou poruchu (F90.-), tak i pro poruchu chování (F91.-). Tyto výjimky z obecného pravidla jsou považovány za oprávněné na základě klinické zkušenosti, že se obě poruchy často vyskytují souběžně a potvrzují tak důležitost smíšených syndromů. Nicméně je pravděpodobné, že MKN-10 Klasifikace duševních poruch a poruch chování: Diagnostická kritéria pro výzkum doporučí pro výzkumné účely popisovat individuální případy v těchto kategoriích samostatně v termínech hyperaktivita, emoční porucha, závažnost poruch chování (na rozdíl od kombinovaných kategorií, užívaných jako obecnější diagnóza).

Porucha opozičního vzdoru (F91.3) se v MKN-9 nevyskytovala, ale byla zařazena do MKN-10, protože je nepochybně prognostickým znakem pozdějších poruch chování. U této poruchy je varovná poznámka s doporučením užívat ji výlučně u mladších dětí.

V MKN-9 byla kategorie 313 (emoční poruchy vyskytující se v dětství a v adolescenci). Pro MKN-10 byla rozvinuta do dvou samostatných kategorií, a to emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (F93.-) a poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (F94.-). Je tomu tak proto, že stále trvá potřeba rozlišovat mezi dětmi a dospělými s ohledem na různé formy patické úzkosti a podobných emočních poruch. Zřetelnými důvody pro tuto diferenciaci jsou jednak častá pozorování, že emoční poruchy v dětství nepokračují již podobnými stavy v dospělosti, jednak častý vznik neurotických poruch až v dospělém věku. Klíčovým definujícím kritériem, které je použito v MKN-10, je emoční přiměřenost vývojovému stadiu dítěte a dále neobvyklé trvání, které narušuje fungování. Jinými slovy jsou tyto dětské poruchy výrazným vystupňováním emočních stavů a reakcí, které jsou považovány za přiměřené věku, když se objevují pouze v malé intenzitě. Jestliže jsou okolnosti vzniku emočního

stavu neobvyklé nebo jestliže se objeví v jiném věku, pak je nutno využít jiných obecných klasifikačních kategorií.

Vzdor svému názvu, nová kategorie F94.– (poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci) nestojí proti obecnému pravidlu MKN-10, že se nebude užívat změn sociálních rolí jako diagnostického kritéria. Abnormality v sociálním fungování, zahrnuté do F94.–, se týkají vztahu dítěte k současné rodině. Tento vztah nemá stejný význam ani kulturní odlišnosti jako vztah, který se vytváří prací nebo činností pro rodinu, což není předmětem diagnostických kritérií.

Některé kategorie, které bude dětský psychiatr často potřebovat, jako poruchy příjmu jídla (F50.–), neorganické poruchy spánku (F51.–) a poruchy pohlavní identity (F64.–), jsou v ostatních oddílech klasifikace, protože se vyskytují a začínají jak v dětském věku, tak i v dospělosti. Přesto specifické klinické rysy dětských poruch ospravedlňují některé další kategorie poruch příjmu potravy v dětství (F98.2) a piky u dětí a mladistvých (F98.3).

Uživatelé oddílů F80 – F89 a F90 – F98 musí být též obeznámeni s obsahem kapitoly o neurologických nemocech (kapitola VI [G] MKN-10). Ta obsahuje syndromy s převážně somatickými projevy a s čistě „organickou“ etiologií. Z nich např. Kleine-Levinův syndrom (G47.8) spadá i do oblasti zájmů dětských psychiatrů.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 32-34)

Rozlišujeme tedy následující poruchy osobnosti:

7.2.2. Hyperkinetické poruchy (F90.)

„Skupina poruch charakterizovaná raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé.

Obecně se má za to, že v genezi těchto poruch hrají rozhodující roli konstituční odchylky, ale specifická etiologie v současné době není známa. V posledních letech se podporovala snaha užívat pro tyto syndromy diagnostický termín „deficit pozornosti“.

Zde nebyl použit z těchto důvodů: znamená znalost psychologických pochodů, kterou zatím nemáme, vede k zařazení úzkostně roztržitých nebo zasněných netečných dětí, jejichž problémy jsou pravděpodobně odlišné. Je však jasné, že z hlediska chování tvoří problémy nepozornosti ústřední rys těchto hyperkinetických syndromů.

Hyperkinetické poruchy vznikají vždy v raném stadiu vývoje, obvykle v prvních 5 letech života. Jejich hlavními rysy jsou chybění vytrvalosti při činnosti, která vyžaduje kognitivní funkce, a sklon jedince přecházet od jedné aktivity ke druhé, aniž by některou dokončil, spolu se špatně organizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou činností. Tyto nedostatky obvykle trvají po celá školní léta a dokonce přetrvávají do dospělého života, avšak mnoho postižených se postupně lepší v činnosti a pozornosti.

Mohou být přidruženy i některé jiné abnormality. Hyperkinetické děti bývají často nedbalé a impulzivní, mají sklon k úrazům a často se dostávají do disciplinárních nesnází, spíše však kvůli neúmyslným přestupkům než pro úmyslné porušování pravidel. Jejich vztah k dospělým často postrádá společenské zábrany, chybí normální obezřelost a ukázněnost, u ostatních dětí nejsou oblíbené a mohou se dostávat do izolace. Kognitivní narušení je běžné a nepoměrně často se vyskytuje specifické zpoždění ve vývoji motoriky a řeči.

Mezi druhotné komplikace patří dissociální chování a pocity méněcennosti. Proto se hyperkinéza značně překrývá s jinými typy rušivého chování, např. „nesocializovanou poruchou chování“. Nicméně běžná zjištění podporují oddělení skupiny, v níž je hlavním problémem hyperkinéza.

Hyperkinetické poruchy se objevují u chlapců několikrát častěji než u dívek. Běžné jsou přidružené potíže se čtením a/nebo jiné školní problémy.

Diagnostická vodítka

Hlavními rysy jsou narušená pozornost a hyperaktivita. Oba tyto rysy jsou pro diagnózu nutné a mají být patrné ve více než v jedné situaci (např. doma, ve škole, na klinice).

Narušená pozornost se projevuje tím, že jedinec přeruší předčasně práci na úkolu a zanechá činnost nedokončenou. Děti často přecházejí od jedné činnosti ke druhé, zdánlivě ztrácejí pozornost v jednom úkolu, protože jejich pozornost se obrací na úkol jiný, i když laboratorní studie obyčejně neprokazují neobvyklý stupeň sensorické nebo percepční roztržitosti. Tyto aspekty nestálosti a nepozornosti by měly být diagnostikovány pouze tehdy, přesahují-li obvyklou míru pro věk a IQ dítěte.

Při hyperaktivitě dítě projevuje nadměrný neklid, zvláště v situacích vyžadujících poměrný klid. Může pobíhat, poskakovat nebo vstávat ze sedadla (což záleží na situaci), když se předpokládá, že bude sedět, nebo je nadměrně povídavé a hlučné, nebo neposedné a vrtí se. Standardem pro posouzení by měla být příliš vysoká aktivita ve srovnání s tím, co se očekává v dané situaci a ve srovnání se standardem jiných dětí stejného IQ. Tento rys chování je nejvíc zřejmý ve strukturovaných, organizovaných situacích, které vyžadují vysoký stupeň sebekontroly v chování.

Přidružené rysy nejsou dostačující ani nutné pro diagnózu, ale pomáhají ji potvrdit: dezinhibice v sociálních vztazích, nedbalost v situacích zahrnujících určité nebezpečí, impulzivní porušování společenských pravidel (dítě se např. vnucuje do činnosti druhých nebo ji přerušuje, nebo předčasně a ukvapeně odpovídá na otázky, které ještě nebyly dokončeny, nebo má potíže s čekáním, až na ně přijde čas).

Poruchy učení a pohybová neohrabanost se vyskytují příliš často, a když jsou přítomny, měly by být zaznamenány odděleně (v F80 – F89). Neměly by však být částí aktuální diagnózy hyperkinetické poruchy.

Příznaky poruchy chování nejsou pro hlavní diagnózu vylučovacím ani zařazujícím kritériem, ale jejich přítomnost nebo nepřítomnost tvoří základ pro hlavní rozčlenění poruchy (viz níže).

Charakteristické problémy s chováním by měly začínat brzy (před věkem 6 let) a měly by mít dlouhé trvání. Avšak v předškolním věku se těžko rozpoznávají vzhledem k

velkým rozdílům v normě. K diagnóze u předškolních dětí by měl vést jen extrémně závažný stupeň.

Diagnóza hyperkinetické poruchy může být stanovena ještě v dospělosti. Důvody jsou stejné, ale pozornost a aktivita se musí posuzovat s ohledem k vývojově přiměřeným normám. Když byla hyperkinéza přítomna v dětství a již přítomna není a následoval-li po ní jiný stav, např. dissociální porucha osobnosti nebo zneužívání návykových látek, pak by měl být kódován současný stav spíše než stav minulý.

Diferenciální diagnóza

Běžné jsou smíšené poruchy. Pokud jsou přítomny pervazivní vývojové poruchy, dává se jim přednost. Při diferenciální diagnóze je největším problémem rozlišení od poruch chování. Pokud jsou splněna kritéria pro hyperkinetickou poruchu, dává se jí přednost před poruchou chování. Avšak mírnější stupně hyperaktivity a nepozornosti jsou u poruch chování běžné. Když jsou přítomny rysy jak hyperaktivity, tak poruch chování, pak pokud je hyperaktivita pronikavá a výrazná, měla by vést k diagnóze „hyperkinetická porucha chování“ (F90.1).

Další problém se opírá o skutečnost, že nadměrná aktivita a nepozornost (spíše jiného druhu, než který je charakteristický pro hyperkinetickou poruchu) mohou vzniknout jako symptomy úzkostných nebo depresivních poruch. Neklid, který je typickou částí agitované depresivní poruchy, a podobně neklid, který je často součástí těžké úzkosti, by neměly vést k diagnóze hyperkinetické poruchy. Když jsou splněna kritéria pro jednu z úzkostných poruch (F40.–, F41.–, F43.–, nebo F93.–), měla by takto mít přednost před hyperkinetickou poruchou kromě případů, kdy vedle neklidu spojeného s úzkostí jsou přítomny další důkazy spolupřítomnosti hyperkinetické poruchy. Podobně, jestliže jsou dána kritéria pro poruchu nálady (F30 – F39), nemá být diagnostikována hyperkinetická porucha jako přídatná prostě proto, že i zde je symptomaticky narušena koncentrace pozornosti a je zde psychomotorická agitovanost. Dvojitá diagnóza má být použita pouze tehdy, když je jasné, že separátně je

přítomna hyperkinetická porucha prokázaná symptomy, které nejsou prostou částí poruch nálady.

Akutní začátek hyperaktivního chování u dítěte školního věku bývá s větší pravděpodobností vyvolán nějakým typem reaktivní poruchy (psychogenní nebo organické), manickým stavem, schizofrenií nebo neurologickou poruchou (např. revmatickou horečkou).“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 247-249)

7.2.2.1 Porucha aktivity a pozornosti (F90.0)

„Stále trvá nejistota, jak co nejspokojivěji dělit hyperkinetické poruchy. Katamnézy však naznačují, že důsledky poruchy jsou v adolescenci a dospělosti velmi ovlivňovány tím, zda jsou nebo nejsou přidruženy agrese, delikvence nebo dissociální chování. Proto další dělení je provedeno podle přítomnosti či nepřítomnosti těchto přidružených projevů. F90.0 by se měla kódovat, pokud jsou splněna všechna kritéria pro hyperkinetickou poruchu (F90.–), ale nejsou splněna kritéria pro poruchy chování (F91.–).“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 249)

7.2.2.2. Hyperkinetická porucha chování (F90.1)

„Toto kódování by se mělo užívat, pokud jsou splněna všechna kritéria jak pro hyperkinetickou poruchu (F90.–), tak i pro poruchu chování (F91.–).“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 250)

7.2.2.3. Jiné hyperkinetické poruchy (F90.8)

7.2.2.4. Hyperkinetická porucha nespecifikovaná (F90.9)

„Tato zbývající nedoporučovaná kategorie by se měla užívat jen tehdy, chybí-li diferenciaci mezi F90.0 a F90.1, avšak všeobecná kritéria pro F90. – jsou splněna.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 250)

7.2.3. Poruchy chování (F91.)

„Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem dissociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, mělo by porušovat sociální očekávání přiměřeně věku a proto být závažnější než obyčejná dětská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci. Ojedinělé dissociální nebo kriminální činy nejsou samy o sobě důvodem pro tuto diagnózu, která vyžaduje, aby charakter takového chování byl trvalý.

Projevy poruchy chování mohou být symptomatické také pro jiné psychiatrické stavy. V tom případě by měla být kódována základní diagnóza. Poruchy chování mohou v některých případech vést k dissociální poruše osobnosti (F60.2). Porucha chování se často sdružuje s nepříznivým psychosociálním prostředím, včetně neuspokojivých vztahů v rodině a selhávání ve škole. Je častěji podchycena u chlapců. Odlišení od emoční poruchy je jasné, odlišení od hyperaktivity je méně jasné a porucha chování se s ní často překrývá.

Diagnostická vodítka

Při posuzování, zda je přítomna porucha chování, by se měl brát v úvahu vývojový stupeň dítěte. Např. výbuchy zlosti jsou normální součástí vývoje tříletého dítěte a pouhá jejich přítomnost by neměla být důvodem pro diagnózu. Rovněž tak porušování občanských práv jiných osob (např. násilným činem) není v moci většiny sedmiletých dětí, a proto není nutným diagnostickým kritériem pro tuto věkovou skupinu.

Příklady chování, na nichž je diagnóza založena, zahrnují nadměrné rvačky nebo tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, opakované lhaní, chození za školu a útěky z domova, mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovité provokativní chování a trvalou silnou neposlušnost. Každá z těchto kategorií, pokud je výrazná, dostačuje k potvrzení diagnózy, avšak ojedinělé dissociální činy pro tuto diagnózu nestačí.

Vylučující kritéria zahrnují neobvyklé, ale závažné základní stavy, jako jsou např. schizofrenie, mánie, pervazivní vývojová porucha, hyperkinetický syndrom a deprese.

Nedoporučuje se stanovit tuto diagnózu, pokud by shora uvedené chování netrvalo alespoň šest měsíců nebo déle.

Diferenciální diagnóza

Porucha chování se překrývá s jinými chorobnými stavy. Pokud se současně vyskytují emoční poruchy v dětství (F93.–), měla by se uvést diagnóza smíšené poruchy chování a emocí (F92.–). Jestliže případ splňuje kritéria pro hyperkinetický syndrom (F90.–), měla by se mu dát při diagnóze přednost, avšak mírnější nebo situačně specifitější stupně hyperaktivity a nepozornosti, jakož i pocit méněcennosti a menší emoční výkyvy, jsou u dětí s poruchou chování obvyklé a nevylučují tuto diagnózu.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 250-251)

7.2.3.1. Porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0)

„Tato kategorie obsahuje poruchy chování, zahrnující dissociální či agresivní chování (nikoliv pouze opoziční, vzdorovité, rušivé), u nichž je abnormální chování úplně nebo téměř úplně omezeno na domov a/nebo na interakce se členy nukleární rodiny nebo bezprostřední domácnosti. Tato porucha vyžaduje, aby byla splněna všechna kritéria pro F91. Ani těžce narušené vztahy rodič-dítě nejsou samy o sobě pro diagnózu dostačující. Mohou to být krádeže věcí z domova, často typicky zaměřené na peníze nebo majetek jednoho nebo dvou určitých jedinců. To může být doprovázeno úmyslným destruktivním chováním, opět často zacíleným na určité členy rodiny, např. rozbíjením hraček nebo ozdob, trháním šatů, vyřezáváním do nábytku nebo jiným ničením cenného majetku. Násilí vůči členům rodiny (avšak ne jiným) a úmyslné zakládání ohně omezené na domov jsou též podklady pro tuto diagnózu.

Diagnostická vodítka

Diagnóza vyžaduje, aby se nevyskytovala žádná výrazná porucha chování mimo rodinu a aby sociální vztahy dítěte mimo rodinu byly normální.

Ve většině případů tyto specifické rodinné poruchy chování vznikají asi v souvislosti s nějakou formou zřetelného narušení vztahu dítěte k jednomu nebo několika členům nukleární rodiny. Například může tato porucha někdy vzniknout v souvislosti s konfliktem s novým nevlastním rodičem. Nozologická validita této kategorie zůstává nejistá, je však možné, že tyto vysoce specifické poruchy chování obvykle nemají špatnou prognózu, jakou mají pervazivní poruchy chování.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 251-252)

7.2.3.2. Nesocializovaná porucha chování (F91.1)

„Tento typ poruchy chování je charakterizován kombinací trvalého dissociálního nebo agresivního chování (splňujícího obecná kritéria pro F91 a nezahrnujícího pouze opoziční, vzdorovité a rušivé chování) s výrazným rozsáhlým narušením vztahů jedince k ostatním dětem.

Diagnostická vodítka

Nedostatečné zapojení do skupiny vrstevníků je klíčovým rozdílem oproti „socializovaným“ poruchám chování a to má přednost před všemi jinými diferenciacemi. Narušené vztahy s vrstevníky se hlavně projevují izolací od ostatních dětí a/nebo odmítáním nebo neoblíbou u ostatních dětí a nedostatkem blízkých přátel nebo trvalých empatických, vzájemných vztahů k jiným dětem stejné věkové skupiny. Vztahy k dospělým bývají poznamenány neshodami, nepřátelstvím a vzdorem. Někdy se mohou vyskytnout i dobré vztahy k dospělým, avšak obvykle jim chybí důvěrnost. Pokud jsou přítomny, nevylučují tuto diagnózu. Často, ale ne vždy, je přidružena nějaká emoční porucha (pokud je však natolik vážná, aby splňovala kritéria smíšené poruchy, měla by se kódovat pod F92.–).

Pacient typicky (ale ne nutně) páchá přestupky samostatně. Charakteristické chování zahrnuje tyranizování slabších, nadměrně mnoho rvaček a u starších dětí vydírání nebo násilnosti, přílišnou neposlušnost, hrubost, nespolupráci a odmítání autority, těžké výbuchy zlosti a nekontrolovaný vztek, ničení majetku, zakládání ohňů a

krutost k druhým dětem a ke zvířatům. Nicméně některé osamělé děti páchají přestupky ve skupině. Při stanovení diagnózy je povaha přestupku méně důležitá než kvalita osobních vztahů.

Obvykle se porucha projevuje ve všech situacích, ale nejvíce bývá zřejmá ve škole. Situační specifická k jinému prostředí než k domovu je s touto diagnózou slučitelná.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 252)

7.2.3.3. Socializovaná porucha chování (F91.2)

„Tato kategorie se hodí pro poruchy chování, zahrnující trvalé dissociální nebo agresivní chování (odpovídající obecným kritériím pro F91 a nezahrnující pouze opoziční, vzdorovité a rušivé chování, které se vyskytuje u jedinců, obvykle dobře zapojených do skupiny svých vrstevníků.

Diagnostická vodítka

Hlavním rozlišujícím rysem je přítomnost přiměřeného trvalého přátelství s vrstevníky zhruba stejné věkové skupiny. Často, ale ne vždy, se skupina vrstevníků skládá z mladých lidí, kteří jsou zapleteni do delikventních nebo dissociálních aktivit (v tomto případě může být chování dítěte, které neschvaluje společnost, schváleno skupinou vrstevníků a regulováno prostředím, do kterého patří). Avšak toto není nutnou podmínkou pro diagnózu. Dítě může být členem nedelikventní skupiny vrstevníků a samo se může mimo ni chovat dissociálně. Pokud dissociální chování zahrnuje tyranizování, mohou být vztahy k obětem nebo jiným dětem narušeny. To však nevylučuje diagnózu za předpokladu, že dítě má nějakou skupinu vrstevníků, ke které je loajální a trvale přátelské.

Vztahy k dospělým autoritám bývají špatné, ale k některým dospělým může mít dítě vztah dobrý. Emoční poruchy jsou obvykle minimální. Porucha chování může nebo

nemusí zahrnovat rodinné prostředí, ale je-li omezena jen na domov, pak tuto diagnózu vylučuje. Často se porucha nejvíce projevuje mimo rodinu a specifčnost vztahu ke škole (nebo jinému mimorodinnému prostředí je s touto diagnózou slučitelná.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 253)

7.2.3.4. Porucha opozičního vzdoru (F91.3)

„Tento typ poruchy chování je charakteristický výskytem u dětí ve věku do 9 či 10 let. Je definován přítomností výrazného vzdorovitého, neposlušného, provokativního chování a nepřítomností vážnějších dissociálních nebo agresivních činů, které by narušovaly zákon nebo práva druhých. Tato porucha vyžaduje, aby byla splněna obecná kritéria pro F91. Ani výraznější zlomyslné nebo nezbedné chování není samo o sobě dostačující pro stanovení této diagnózy. Četné autority mají za to, že opozičně vzdorovitá úroveň chování představuje méně závažný typ poruchy chování spíše než typ kvalitativně odlišný. Výzkum nedokázal rozhodnout, zda je rozdíl kvalitativní nebo kvantitativní. Zjištění však napovídají, že jestliže rozdíl existuje, je tomu tak hlavně nebo pouze u mladších dětí. Při užití této kategorie je třeba opatrnosti, zvláště u starších dětí. Klinicky signifikantní poruchy chování u starších dětí jsou obvykle provázeny antisociálním nebo agresivním chováním, které překračuje vzdorovitost, neposlušnost nebo narušování, může navazovat na opozičně vzdorovité poruchy v časnějším věku. Tato kategorie je zde proto, aby vyjádřila běžnou diagnostickou praxi a usnadnila klasifikaci poruch vyskytujících se u mladších dětí.

Diagnostická vodítka

Podstatným rysem této poruchy je negativistické, nepřátelské, vzdorovité, provokativní a rušivé chování, které je jasně mimo rámec normálního chování pro dítě stejného věku a stejného sociokulturního zázemí a které nezahrnuje vážnější narušování práv druhých, jak to je vyjádřeno agresivním a dissociálním chováním specifikovaným pro kódování poruchy chování kategoriemi F91.0 a F91.2. Děti s touto poruchou mají často sklon vzpírat se požadavkům dospělých a pravidlům a úmyslně trápit druhé. Obvykle mají tendenci být zlostné, podrážděné a snadno rozzlobené druhými, které

obviňují ze svých vlastních chyb a nesází. Obecně mají nízkou frustrační toleranci a snadno ztrácejí duševní rovnováhu. Jejich vzdorovitost má typickou provokativní kvalitu, takže podněcuje konfrontace a obyčejně projevuje nepřiměřenou míru hrubosti, nekooperativnosti a odporu k autoritě.

Často je toto chování nejviditelnější v interakcích s dospělými či vrstevníky, které dítě dobře zná. Příznaky poruchy tedy nemusí být evidentní během klinického interview.

Klíčovým rozlišením od jiných poruch chování je nepřítomnost chování, porušujícího zákony a základní práva druhých, jakým je krádež, surovost, týrání, znásilňování a ničení. Výrazná přítomnost čehokoli z výše uvedeného tuto diagnózu vylučuje. Opozičně vzdorovité chování je však často zjišťováno i u jiných typů poruch chování. Jestliže je přítomný jiný typ (F91.0 – F91.2), má být při hodnocení dána přednost jemu před opozičně vzdorovitou poruchou.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 253-254)

7.2.3.5. Jiné poruchy chování (F91.8)

7.2.3.6. Porucha chování nespecifikovaná (F91.9)

„Toto je nedoporučovaná kategorie zbývajících poruch, které splňují obecná kritéria pro F91, ale které nebyly specifikovány, pokud jde o subtyp, nebo které neodpovídají kritériím žádného ze specifických subtypů.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 254)

7.2.4. Smíšené poruchy chování a emocí

„Tato skupina poruch je charakterizovaná kombinací trvale agresivního, dissociálního a vzdorovitého chování se zřejmými a výraznými příznaky deprese, úzkosti a jiných emočních výkyvů.

Diagnostická vodítka

Závažnost by měla být dostatečná k tomu, aby splňovala jak kritéria pro poruchy chování v dětství (F91.–), tak pro emoční poruchy v dětství (F93.–) nebo pro nějaký typ neurotické poruchy dospělých (F40 – F49), nebo poruchy nálad (F30 – F39).

Dosud nebyl proveden výzkum dostačující k tomu, aby bylo jisté, že by se tato kategorie měla skutečně oddělit od poruch chování v dětství. Je sem zahrnuta vzhledem ke své potenciální etiologické a terapeutické důležitosti a vzhledem k tomu, že přispívá k reliabilitě klasifikace.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 255)

7.2.5. Depresivní porucha chování (F92.0)

„Tato kategorie vyžaduje kombinaci poruchy chování v dětství (F91.–) s trvalou a zřejmou depresivní náladou, která se projevuje nadměrným smutkem, ztrátou zájmu a radostí z běžných činností, pocity viny a beznaděje. Mohou být přítomny též poruchy spánku a chuti k jídlu.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 255)

7.2.5.1. Jiné smíšené poruchy chování a emocí (F92.8)

„Tato kategorie vyžaduje kombinaci poruchy chování v dětství (F91.–) s trvalými a výraznými emočními příznaky, jako jsou úzkost, bázlivost, obsese nebo kompulze, depersonalizace nebo derealizace, fobie nebo hypochondrie. Zlost a rozmrzelost jsou spíše rysy poruchy chování než emoční poruchy, které diagnózu nevyklučují ani nepodporují.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 255)

7.2.5.2. Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná (F92.9)

7.2.6. Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

„V dětské psychiatrii se tradičně odlišovaly emoční poruchy specifické pro dětství a dospívání od neurotických poruch dospělých. Pro tuto diferenciaci jsou čtyři hlavní důvody:

- 1. Výsledky výzkumu se shodují v tom, že většina dětí s emočními poruchami se v dospělosti stává normální. Pouze menšina má v dospělosti neurotické poruchy. Obráceně se zase jeví, že mnoho neurotických poruch dospělých začíná až v*

dospělosti, aniž by jim předcházely výrazné psychopatologické prekurzory v dětství. Proto je značná diskontinuita mezi emočními poruchami, které se vyskytují v těchto dvou věkových obdobích.

2. Zdá se, že mnohé emoční poruchy v dětství představují spíše přehnané normální trendy ve vývoji než fenomény, které jsou samy o sobě kvalitativně abnormální.
3. V souvislosti s předešlou úvahou často existuje teoretický předpoklad, že nemusí být zasazeny stejné duševní mechanismy jako u neuróz dospělých.
4. Emoční poruchy v dětství jsou méně zřetelně vymezeny do specifických entit, jakými jsou fobické stavy nebo obsedantní poruchy.

Třetímu bodu chybí empirické zhodnocení a epidemiologická data naznačují, pokud je čtvrtý bod správný, že je to pouze záležitost stupně (s chabě diferencovanými emočními poruchami dosti obvyklými jak v dětství, tak v dospělosti). Proto se druhý rys, tj. přiměřenost vývojovému stupni, užívá jako hlavní diagnostické vodítko při definování rozdílu mezi emočními poruchami se začátkem specifickým pro dětství (F93.–) a neurotickými poruchami (F40 – F49). Validita tohoto rozdílu je nejistá, ale jsou určité empirické důkazy naznačující, že vývojové emoční poruchy v dětství mají lepší prognózu.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 256)

7.2.6.1. Separační úzkostná porucha v dětství (F93.0)

„U batolat a předškolních dětí je normální, že se objevuje určitá úzkost, když jsou odloučeny nebo jim hrozí odloučení od osob, ke kterým mají citovou náklonnost. Separační úzkostná porucha by měla být diagnostikována pouze tehdy, když strach z odloučení tvoří ohnisko úzkosti a když taková úzkost poprvé vznikla v útlém věku. Od normální separační úzkosti je diferencována, je-li takového stupně závažnosti, který je statisticky neobvyklý (včetně abnormálního přetrvávání přes obvyklé věkové období) a je spojena s výrazně narušenou sociální funkcí. Kromě toho diagnóza vyžaduje, aby porucha vývoje funkcí osobnosti nebyla generalizovaná (pokud ano, mělo by se uvažovat o kódování v sekci F40 – F49). Úzkost z odloučení, která vzniká ve vývojově

nepřiměřeném věkovém období, jako je adolescence), by neměla být kódována zde, pokud není abnormálním pokračováním vývojově přiměřené separační úzkosti.

Diagnostická vodítka

Klíčovým diagnostickým rysem je nadměrná úzkost, soustředěná na odloučení od těch osob, kterým je dítě emočně nakloněno (obvykle rodiče nebo jiní členové rodiny). Tato úzkost není pouhou součástí povšechné úzkosti, týkající se rozmanitých situací. Může to být některá z následujících forem:

- a. nereálná obava, že se něco stane emočně nejbližším osobám nebo že odejdou a už se nevrátí,*
- b. nereálná stálá obava, že nějaká nepříjemná událost odloučí dítě od emočně nejbližší osoby, např. že se dítě ztratí, bude uneseno, přijato do nemocnice nebo zabito,*
- c. trvalé váhání nebo odmítání chodit do školy vzhledem ke strachu z odloučení (spíše než z jiných důvodů, jako je např. strach z dění ve škole),*
- d. trvalé váhání nebo odmítání jít spát, pokud by dítě nebylo vedle nebo blízko emočně nakloněné osoby,*
- e. trvalý bezdůvodný strach být ve dne doma samo nebo bez přítomnosti emočně blízké osoby,*
- f. opakující se noční můry se vztahem k odloučení,*
- g. opakovaný výskyt tělesných příznaků (nauzea, bolesti žaludku, bolesti hlavy, zvracení atd.) v situacích, kdy dochází k odloučení dítěte od emočně blízké osoby, např. při odchodu z domova do školy,*
- h. nadměrný, opakující se strach, projevující se úzkostí, pláčem, výbuchy vzteku, utrpením, apatií nebo sociálním odtazením, při předpokládaném odloučení od emočně blízké osoby nebo bezprostředně po něm.*

Mnohé situace, při nichž dochází k odloučení, často zahrnují i jiné možné stresory nebo zdroje úzkosti. Rozpoznání se opírá o důkaz, že obvyklým prvkem, který v různých situacích vyvolává úzkost, je odloučení od emočně blízké osoby. To vzniká snad

nejčastěji v souvislosti s odmítáním školy (nebo školní „fobie“). Často je to projevem separační úzkosti, ale ne vždy (zvláště v adolescenci). Odmítání školy vzniklé prvně v adolescenci by se nemělo kódovat zde, pokud není přítomna primární funkční separační úzkost a pokud úzkost nebyla v abnormálním stupni zřejmá již v předškolním věku. Pokud tato kritéria nejsou splněna, měl by být syndrom kódován v jedné z ostatních kategorií F93 nebo pod F40 – 48.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 256-257)

7.2.6.2. Jiné emoční poruchy v dětství (F93.8)

„Zahrnuje: poruchu identity, nadměrnou úzkostnou poruchu nebo rivalitu s dětmi stejného věku (ne sourozenci).“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 259)

7.2.6.3. Emoční porucha v dětství nespecifikovaná (F93.9)

„Zahrnuje: emoční poruchu v dětství NS.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 259)

7.2.7. Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci

„Jedná se o poněkud různorodou skupinu poruch, jejichž společným rysem jsou odchylky sociální funkce. Začínají během vývojového období, ale na rozdíl od pervazivních vývojových poruch nejsou primárně charakteristické zřejmou konstituční sociální neschopností nebo poruchou, která by pronikla do všech funkčních oblastí. Obvykle je přítomno vážné narušení prostředí nebo strádání, čemuž se v mnoha případech připisuje rozhodující etiopatogenetická úloha. V pohlaví nejsou rozdíly. Uznává se, že tato skupina poruch sociálních funkcí existuje, ale trvá nejistota, pokud jde o definování diagnostických kritérií a také se různí názory na nejvhodnější podrozdělení a klasifikaci.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 260)

7.2.7.1. Jiné poruchy sociálních vztahů v dětství (F94.8)

„Zahrnuje: poruchy sociálního zapojování s odtážitosti a plachosti v důsledku nedostatečného sociálního působení.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 264)

7.2.7.2. Porucha sociálních vztahů v dětství nespecifikovaná (F94.9)

7.2.8. Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci (F98.)

„Tato rubrika obsahuje heterogenní skupinu poruch, jejichž společnou charakteristikou je začátek v dětství, ale jinak se v mnoha ohledech liší. Některé z těchto stavů představují dobře definované syndromy, ale jiné nejsou více než symptomové komplexy, u nichž není prokázána nozologická validita. Je však potřeba je klasifikovat vzhledem k jejich častému výskytu a spojitosti s psychosociálním narušením, protože není možné je zařadit do jiných syndromů.“ (MKN – 10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s. 266)

7.2.8.1. Nespecifikované poruchy chování a emocí, začínající obvykle v dětství a v adolescenci (F98.9)

7.2.9. Selhávání ve škole

Selhávání ve škole (angl. poor school achievement nebo někdy school failure) je poměrně častou kombinací nezájmu o práci ve škole a rušivého chování, jehož následkem jsou špatné výsledky, případně přeřazení dítěte do méně náročného vzdělávacího programu, popřípadě odpadnutí dítěte ze vzdělávací dráhy. V západním světě se považuje za školní neúspěch také neschopnost dítěte navázat přátelské vztahy v kolektivu spolužáků a vyjít s učitelem. Jeden typ selhávání ve škole je předcházen – obvykle u mladších dětí – poruchami chování (nejčastěji hyperaktivitou). Podaří-li se chování dítěte ovlivnit, např. vhodným lékem nebo psychoterapií, školní výsledky se zlepší.

Druhý typ souvisí s odmítnutím běžných společenských norem a hodnot a je mnohem hůře ovlivnitelný. Selhávání ve škole může být způsobeno i jiným etnickým zázemím dítěte, se kterým vzdělávací systém nepočítá (u nás se to týká romských dětí). Současná odborná literatura potvrzuje souvislost mezi selháváním ve škole a delikventním chováním.

8. Sociálně patologické chování dětí a mladistvých

8.1. Vymezení základních pojmů

Pro přehlednost zde uvedu několik základních termínů, se kterými se nejčastěji setkávají sociální pracovníci i laická veřejnost ve spojitosti se sociální práce s delikventní mládeží.

8.1.1. Delikvence

V převládajícím pojetí se za delikvenci (angl. delinquency) považují všechny typy jednání, jež porušují společenské normy chráněné zákony, tedy všechny trestné činy a přestupky včetně protispolečenských činů které spáchali nezletilí, kteří ještě nejsou trestně odpovědní.

8.1.2. Predelikventní chování

Predelikventní chování (angl. pre-delinquent behaviour) označuje takovou formu společensky nepřijatelného chování, z kterého se s vyšší pravděpodobností než u jiných druhů chování u dětí vyvine chování kriminální. Jsou to zejména útoky z domova, záškoláctví a agresivní napadání spolužáků. V souvislosti s kriminalitou dospělých se tento termín nepoužívá.

8.1.1. Riziková mládež

Označení takové skupiny dětí resp. mladistvých, u níž je vyšší riziko sociálního selhání. Jedna z cílových skupin sekundární prevence. Dispozičními faktory jsou dědičnost, konstituce, nižší úroveň zdraví a rozumových schopností, poruchy

morálního vývoje, dysfunkční rodina, neúčast na vzdělávání a na trhu práce, bydlení ve velkém městě, příslušnost k asociálním subkulturám.

8.1.4. Sociální selhání

Termínem sociální selhávání (angl. social silure) lze označit jakýkoliv společenský neúspěch ohrožující svého nositele, případně další lidi. „*V nejužším anglosaském pojetí zahrnuje: kriminální chování, závislost na alkoholu, závislost na nealkoholových drogách, gamblerství, sebevražedná jednání, nezaměstnanost, předčasné ukončení povinného vzdělávání u dětí, těhotenství před dosažením hranice dospělosti. V širším evropském pojetí zahrnuje navíc: život bez domova na ulici, prostituci, příslušnost k sektám. U nás dosud tradovaný pojem sociální patologie má podobný obsah.*“ (Matoušek, 2003, s. 214)

8.1.5. Delikvence dětí a mládeže

Pod pojmem delikvence je potřebné si představit obecně širší pojem než je kriminalita, neboť delikvence označuje činnosti porušující nejen právní, ale i společenské normy. Delikventního chování, se na rozdíl od kriminality, mohou pouštět již děti a mladiství.

„V období dospívání překročí v západních zemích meze zákona téměř každý muž a skoro polovina žen. Tato kriminalita, která většinou nemá závažné následky, dokonce v 90-99% případů uniká pozornosti orgánům činným v trestním řízení a lze ji zjistit jen anonymními anketami ex post. Tento druh delikvence mladistvých má u naprosté většiny pachatelů charakter ojedinělých epizod. U nich představuje kontakt s represivním aparátem státu, jehož výsledkem je pobyt v ústavu či ve věznici nemalé riziko – do budoucna totiž zvyšuje pravděpodobnost různých typů sociálního selhání včetně kriminální dráhy. Jen menší část mladých lidí se trestné činnosti dopouští pravidelně, skoro vždy ve skupinách. Disponujícími faktory jsou: vrozený syndrom hyperaktivity, snížená úroveň rozumových schopností, osobnost s nepřiměřeným

sebehodnocením, s nízkou schopností empatie, s nižším stupněm dosaženého morálního vývoje, selhávající rodina, odpojování od standardní vzdělávací dráhy, členství v delikventně orientované partě, příslušnost k etnické menšině nebo k nemajetným společenským vrstvám.“ (Matoušek. 2003, s. 46)

9. Systém vzdělávání a výchovy ohrožených dětí a rizikové mládeže v ČR

V České Republice je ze zákona vytvořena soustava institucí, která má za úkol zajišťovat výchovu a vzdělávání ohrožených dětí a tzv. rizikové mládeže. Výchovná zařízení zahrnutá do této soustavy poskytují podle školského zákona (561/2004 Sb.) své služby a vzdělávání, které doplňují vzdělávání ve školách nebo s nimi přímo souvisejí, nebo zajišťují ústavní a ochranou výchovu či preventivní výchovnou péči, dětem a mladistvým od 3 do 18, v některých zvláštních případech do 19. let věku. Jejich fungování a kompetence se řídí podle vyhlášek Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR, konkrétně Vyhláška MŠMT č. 334/2003Sb. (upravuje podrobnosti výkonu ústavní, resp. ochranné výchovy ve školských zařízeních) a č. 458/2005Sb. (upravuje podrobnosti organizace výchovně-vzdělávací práce ve střediscích výchovné péče). Problematiku rovněž řeší zákon č. 109/2002 Sb. „O výkonu ústavní nebo ochranné výchovy a preventivně výchovné péči“, který konkrétně v §1 odst. 2 obsahuje pasáž: *„Účelem zařízení je zajišťovat nezletilé osobě, a to zpravidla ve věku od 3 do 18 let případně zletilé osobě do věku 19 let, na základě rozhodnutí soudu o ústavní výchově nebo ochranné výchově nebo o předběžném opatření náhradní výchovnou péči v zájmu zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělávání.“¹⁰* Mezi tato zařízení patří podle Krause školská poradenská zařízení, školská zařízení pro zájmové a další vzdělávání, výchovná a ubytovací zařízení a školská zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a pro preventivní výchovnou péči. (Kraus, 2008, s. 101)

¹⁰ zákon č. 109/2002 Sb., §1 odst. 2

9.1. Funkce výchovných zařízení

Výchovná zařízení by měla alespoň částečně naplňovat následující základní funkce, které jsou identické s funkcemi kteréhokoliv jiného školského zařízení. Tyto funkce jsou:

- Socializační
- Výchovná
- Pečovatelská
- Poradenská
- Rekreační či relaxační
- Profesionalizační
- Selektivní

V různých zařízeních se pouze liší dominantní funkce toho kterého typu zařízení, neboť například při práci s delikventní mládeží je potřebné klást důraz na odlišné funkce, než při práci s klienty dětských domovů. Obecně se dá říci, že všechna *„tato zařízení by měla naplňovat určité cíle a funkce a skloubit přitom potřeby a požadavky společnosti i jednotlivců.“* (Kraus, 2008, s. 102)

9.2. Výchovná zařízení pro děti a mladistvé

Nejdůležitějším článkem tohoto řetězu je podle současné platné legislativy tzv. diagnostický ústav pro děti a mládež. Do těchto ústavů jsou zařazovány děti a mládež s úředně nařízenou ústavní výchovou, úředně uloženou ochrannou výchovou (viz. Zákon č. 109/2002 Sb., §1 odst. 2) nebo děti, o jejichž umístění požádají rodiče nebo jiné osoby odpovědné za jejich výchovu. Dohoda o poskytnutí péče v diagnostickém ústavu je ve většině případů poté trojstranná dohoda mezi vedoucím zařízení, zákonnými zástupci svěřence a svěřencem samotným. Nutným předpokladem bývá předchozí vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně.

9.2.1. Diagnostický ústav pro děti a mládež

Diagnostický ústav pro děti a mládež je zařízení, které má ze zákona plnit tyto hlavní úkoly:

- diagnostika výše popisované skupiny
- výchova a vzdělávání
- terapie v oblasti psychologické, sociální, pedagogické
- organizační
- metodické
- koncepční

Každý diagnostický ústav má úředně stanovenou oblast působnosti, což znamená, že obhospodařuje vždy určité územní celky (většinou kraje či okresy). Po ukončení diagnostického pobytu předává klienty do odpovídajících dětských domovů, dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů. Toto rozmísťování se uskutečňuje na základě výsledků komplexního speciálně pedagogického, psychologického a sociálního vyšetření. Vždy by mělo být zohledněn i aktuální zdravotní stav klienta a rodinná situace. V diagnostických ústavech pro děti a mládež je zpravidla základní organizační jednotkou tzv. výchovná (někdy nesprávně označovaná jako terapeutická) skupina. Počet klientů ve skupině je vždy do 12 osob. Základní členění diagnostických ústavů je podle věku klientů a podle toho, zda absolvovali povinnou školní docházku (PŠD):

- dětský diagnostický ústav (děti s neukončenou PŠD)
- diagnostický ústav pro mládež (děti s ukončenou PŠD)
- diagnostický ústav (děti s neukončenou i ukončenou PŠD)

9.2.2. Dětský domov

Dětský domov je takové zařízení, které má za úkol zajišťovat výkon nařízené ústavní výchovy nezletilých svěřenců bez vážných poruch chování. To znamená, že plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Děti jsou vzdělávány v místních základních školách nebo základních školách speciálních, které nejsou součástí dětského domova. Základní organizační jednotkou většiny dětských domovů je koedukovaná skupina dětí, zpravidla různého věku i pohlaví. Tyto dětské domovy byly zakládány pro děti, které nemají možnost vyrůstat v rodině, a to proto, že rodina není schopna či ochotna se o ně starat. Pro tyto děti se někdy také používá výraz „sociální sirotci“. V současnosti se do dětských domovů zařazují děti, které absolvovali zpravidla dvouměsíční až tříměsíční pobyt v dětských diagnostických ústavech, během kterého u nich byla provedena základní diagnostika. U těch z nich, u kterých je předpoklad, že by mohli pobyt v dětském domově zvládnout, jsou do DD umísťovány zpravidla na zkušební dobu, neboť poměrně časté jsou projevy selhávání související s relativně vysokou mírou svobody v tomto typu zařízení. V případě závažného porušení pravidel resp. recidivujícího chování je takové dítě z dětského domova přeřazeno do druhého typu zařízení pro narušenou mládež, a to do dětského domova se školou.

9.2.3. Dětský domov se školou

Dětským domovem se školou se poté tedy rozumí takové zařízení, které zajišťuje péči o děti se závažnými poruchami chování nebo pro děti s přechodnou resp. trvalou duševní poruchou vyžadující výchovně léčebnou péči byla soudem nařízena ústavní výchova nebo ochranná výchova. Dalšími klienty jsou nezletilé matky a jejich děti a konečně i výše zmiňované děti, které ze závažných a často se opakujících se prohřešků vůči školnímu řádu, nemohou být vzdělávány ve školách, jež nejsou součástí dětských domovů se školou. V těchto zařízeních jsou také vytvářeny menší rodinné skupinky, většinou podle typu nařízené výchovy či příčiny zařazení do domova se školou. Jak již ze samotného názvu vyplývá, jsou zde umísťovány děti školního věku, tedy mezi 6. rokem do ukončení povinné školní docházky.

9.2.4. Výchovný ústav

Poslední zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy jsou výchovné ústavy. Také toto zařízení spadá, až na několik málo výjimek, do působnosti Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy ČR. V těchto ústavech jsou umístěni klienti starší 15 let se závažnými poruchami chování. Mezi hlavní úkoly tohoto typu ústavů patří opět úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Důraz je kladen na předprofesní přípravu. Základní organizační jednotkou v těchto zařízeních jsou koedukované výchovné skupiny s klienty různého věku. Odděleny jsou naopak skupiny dětí s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou. Zvláštní kategorii tvoří výchovné skupiny tvořené nezletilými matkami a jejich dětmi. Součástí výchovných ústavů zpravidla bývají základní školy, základní školy speciální a v posledních letech i střední školy praktické.

9.3. Středisko výchovné péče

Ve výše popisovaném systému má zvláštní postavení ještě jeden typ zařízení - středisko výchovné péče. V tomto případě se jedná o zařízení poskytující tzv. preventivní péči. Pod tímto označením je rozuměna činnost a opatření směřující k pomoci určitým ohroženým jednotlivcům nebo skupinám při předcházení vzniku problémů nejrůznějšího charakteru (tzv. primární prevence) nebo při řešení již vzniklých problémů nejrůznějšího charakteru (tzv. sekundární, resp. terciární prevence). Střediska výchovné péče jsou tedy školská zařízení pro rizikové děti a mladistvé, které podle zákona poskytují výše popisovanou preventivně-výchovnou péči dětem a mladistvým, i kterých zatím nejsou důvody pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy přímo ve specializovaných zařízeních. Střediska představují přechod mezi výchovným poradenstvím, ambulantní péčí a ústavní péčí (Procházková, 1998). Svou činnost a služby poskytují převážně ambulantní formou nebo jako celotýdenní či internátní zařízení nabízejí svým klientům střednědobé terapeutické programy, krizovou pomoc, někdy i azylové ubytování.

9.4. Problémy klientů opouštějících zařízení ústavní výchovy

Mladiství, kteří odcházejí ze zařízení ústavní výchovy, ve kterém prožili nezřídka 10 a více let, často trpí psychickou deprivací, což je „*psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.*“ (Langmeier, Matějček. 1974) Někteří jiní autoři popisují subdeprivační stavy, čímž jsou míněny lehčí stavy psychické deprivace u těchto mladistvých.

Oba výše zmiňované stavy mají u dětí a mladistvých umístěných ve výchovných zařízeních zpravidla tyto hlavní příčiny:¹¹

- dítě nemá možnost vytvořit si hluboký citový vztah k jedné osobě a chybí mu malá primární sociální skupina, jakou je rodina
- většina dětí vystřídá více ústavních zařízení, v důsledku přerušení vztahů k jednotlivým vychovatelům se může projevit separační úzkost
- ani prostředí dobrého domova nezaručuje dítěti dostatek podnětů pro jeho harmonický vývoj – u menších dětí chybí především verbální i neverbální komunikace, u větších dostatek příležitostí pro osobní iniciativu a zodpovědnost a také modely vztahů v rodině
- dalším problémem pro vývoj dítěte je ukončení výchovného působení ústavního zařízení v jeho 18ti letech nebo po dokončení přípravy na povolání
- mladí lidé, zejména z dětských domovů, mají často zkreslené představy o tom, jak „svět venku“ funguje a je pro ně velmi těžké se v něm zorientovat, najít si zaměstnání, bydlení atd.

Tato deprivace tedy způsobuje sociální handicap, který spolu s nižší úrovní školního vzdělávání, často negativním postojem k práci a sníženou schopností sociální integrace vede k tomu, že tyto děti a mladiství jsou výrazně více ohroženy sociálně-patologickými vlivy, než jejich vrstevníci, kteří vyrůstají v harmonickém rodinném

¹¹ <http://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/deprivace-subdeprivace.html>

prostředí. Nejčastějšími problémy, se kterými se po ukončení ústavní výchovy mladiství setkávají, jsou:

- neschopnost hospodařit s financemi
- počáteční nemožnost zajistit si z vlastních prostředků standart bydlení a spotřeby, na který byli zvyklí ze zařízení
- absence kladných rodičovských vzorů vede k pocitům neschopnosti vést „normální“ život a určitému „vrstevnicovému“ vidění světa (tzn. z pohledu jejich vrstevníků)
- nedostatečné pracovní návyky a kladný vztah k práci
- selhávají v interpersonálních vztazích (nejsou připraveni na partnerské vztahy a sexuální život)
- praktikovaný systém odměn a trestů v ústavech vede často k narušení pocitu svědomí jako zábrany před špatným chováním a posiluje soutěživost na úkor spolupráce s ostatními
- pobyt v ústavu berou jako cosi stigmatizujícího

Závěr:

Česká republika patří k zemím, ve kterých je velmi vysoký počet dětí a mladistvých umístován do zařízení ústavního typu. Podle webové stránky Ligy lidských práv¹² má Česká republika v této oblasti dokonce primát v celé Evropské unii. Uvádí se zde, že se jedná o více než 20.000 dětí a mladistvých. Dále zde P. Bittner cituje studii Ministerstva vnitra České republiky s názvem „Hodnocení systému péče o ohrožené děti“¹³, ve které se uvádí i míra kriminality, které se dopouští klienti výchovných ústavů po propuštění. Ze studie vyplývá, že z necelých 17.000 mladistvých, kteří v posledních letech opustili zařízení ústavní výchovy, se celých 50% dopustilo nějaké trestné činnosti. Přičemž více než 75% dětí či mladistvých se před umístěním do těchto zařízení žádné trestné činnosti nedopustilo. Jednalo se převážně o děti, které byly do zařízení umístěny z jiných, nejčastěji sociálních důvodů. Bittner dále upozorňuje na to, že průměrná délka pobytu v zařízení ústavní výchovy je dlouhých 14,5 roku, což prakticky zahrnuje celé dětství, tedy období, které má zcela zásadní význam pro formování osobnosti člověka. Z těchto výsledků by se mohlo zdát, a veřejnost je o tom do jisté míry přesvědčena, že výchovné ústavy vychovávají budoucí delikventy a jsou jen přestupní stanicí do nápravných zařízení.

Přesto, že dnešní ústavy ani zdaleka nepřipomínají ústavy ze šedesátých let minulého století, jak je známe z prací profesora Matějčka, je nutné konstatovat, že mezi nimi samozřejmě i dnes existují značné rozdíly, dané zejména kvalitou a odbornou způsobilostí pedagogických i nepedagogických pracovníků. Dvě skutečnosti však mají všechny ústavy společné. Za prvé, že většina jejich klientů trpí silnou citovou deprivací, kterou si sebou odnášejí do dalšího života, a za druhé značnou ekonomickou náročnost těchto zařízení. Určitou nerentabilitou celého systému navíc umocňuje i ta skutečnost, že problematiku sociálně-právní ochrany v České republice mají v popisu práce hned tři rezorty, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Sloučení pravomocí pod

¹² <http://www.llp.cz>

¹³ <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/dokument/2007/prevence/mladez1016.html>

ministerstvo práce a sociálních věcí by přineslo nejenom výrazné úspory ale i zajištění účinnější podpory ohrožených rodin ze strany státu, čímž by došlo k poklesu počtu dětí a mladistvých, kteří by museli být z důvodu nevyhovující sociální situace, umísťováni do ústavní péče. V současné době je totiž zcela obvyklé, že dítě, které nemůže v krizových situacích zůstat ve své původní rodině, je předběžně zařazováno do ústavní péče, aniž by se kompetentní orgány snažily najít jiná řešení. Jaká, o tom se v současné době vede v odborných kruzích i v široké veřejnosti poměrně živá diskuze. Nejčastěji se zmiňuje možnost umísťovat co největší počet dětí do některé z forem náhradní rodinné péče, což právně řeší novela Zákona o sociálně právní pomoci dětem¹⁴, která vstoupila v platnost k 1. červenci 2006. Je zde zmiňována možnost umístění dítěte či mladistvého do pěstounské péče na přechodnou dobu. Nachází se zde tak široký prostor pro všechny složky činné v sociální pedagogice a hlavně v sociální práci, jak jsem je popsala ve své práci. Zcela zásadní roli by zde pak měla sehrát účinná prevence a sanace disfunkčního rodinného prostředí ohrožených dětí a mladistvých, neboť tím by mohlo dojít ke snižování počtu klientů umísťovaných do výchovných zařízení a zároveň by se tyto klienti nemuseli po skončení ústavní výchovy vracet do rodin, které nefungují a nespolupracují, a výrazně tak ohrožují společensky žádoucí rozvoj jejich osobnosti. Například Bechyňová s Konvičkovou ve své práci uvádějí, že s rodinami, ze kterých bylo dítě umístěno do výchovného zařízení, nikdo dále systematicky nepracoval. Přitom při správně vedené, odborné práci s rodinou, lze dosáhnout až u 70 % klientů bezkonfliktního návratu do rodiny a bezproblémovou integraci do společnosti. Otevírá se zde také prostor i pro masově komunikační prostředky, které by měly poskytovat veřejnosti fundované informace o této problematice a formovat tak i veřejné mínění, které, jak jsem již zmiňovala, zaujímá poměrně vyhraněně odmítavý postoj ke všem dětem a mladistvým, kteří přicházejí do ústavních zařízení, nebo z nich vracejí¹⁵. Dané problematice, která byla v naší zemi dlouhá léta opomíjena, se v posledním desetiletí dostává zasloužené pozornosti a odborná veřejnost může čerpat informace a podněty pro svou práci z poměrně velkého množství odborné literatury. Současné i budoucí

¹⁴ <http://natama.cz/?sid=19>

¹⁵ Bechyňová, V., Konvičková, M. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008

terénní pracovníky v oblasti sociální práce připravuje na profesionální dráhu hned několik vyšších odborných škol a vysokých škol. Také systém sociálního zabezpečení našeho státu je poměrně moderně koncipován a funguje v závislosti na objemu financí, které do něho plynou ze státního rozpočtu.

Sociální práce je velice náročná činnost, jak na odbornost sociálních pracovníků, tak na jejich psychiku a časové možnosti, a ačkoliv úsilí těchto sociálních pracovníků v celé řadě případů neodpovídá očekávaným výsledkům. Je třeba si uvědomovat, že i drobný úspěch u klienta sociálních služeb a jeho rodiny je úspěchem, který možná bude v konečném důsledku i řešením celého problému.

Závěrem je nutné ještě jednou konstatovat, že ani nejlepší sociální pracovníci, ani moderně a účelně vybavené ústavy pro děti a mladistvé, ani všechna nízkoprahové kluby a střediska, nemohou nikdy adekvátně nahradit v plném rozsahu péči a zejména lásku, které se dostává dětem ve fungujícím a podnětném rodinném prostředí.

10. Seznam použité literatury

1. Baláž, O. Sociálna pedagogika – problémy a perspektivy. *Pedagogická revue*, 1979, č. 8, s. 606-618.
2. Baláž, O. Sociálna pedagogika v systéme pedagogických vied. *Pedagogika*, 1978, č. 5, s. 559-578.
3. Banks, S. (1995): *Ethics and Values in Social Work*. 3rd ed., London : Palgrave Macmillan, 2006, ISBN-13: 978-1-4039-9420-2 and ISBN-10: 1-4039-9420-X.
4. Bechyňová, V., Konvičková, M. *Sanace rodiny*. 1.vyd., Praha : Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-392-5
5. Dočkal, J. *Člověk a svět. (Úvod do sociální pedagogiky)*. Praha : Ethum, 1999
6. *Duševní poruchy a poruchy chování*, Praha : Psychiatrické centrum, 2000, ISBN: 80-85121-44-1
7. Galla, K. *Úvod do sociologie výchovy*. Praha : SPN, 1967, 176 s., 14-897-87
8. Grác, J. *Pohľady do psychologie hodnotovej orientácie mládeže*. Bratislava: SPN, 1979. 338 s.
9. Grác, J. *Úroveň etického uvažovania adolescentov*. In: *Acta Psychologica Tyrnaviensia* 8-2004. Trnava: FF TU, 2004.
10. Havrdová, Z. et al. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha : Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5
11. Hugman, R.; Smith, D. *Ethical Issues in Social Work*. London and New York : Routledge, 1995. 212 s. ISBN-10 0415101093 a ISBN-13: 978-0415101097.
12. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 1997. 148 s. ISBN 80-7178-150-9.
13. Kraus, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha : Portál, 2008. 218 s. ISBN 978-80-7367-383-3
14. Langmeier, J.; Matějček, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 2.vyd., Praha : Avicenum, 1974
15. Mareš, J. Učitel jako zdroj sociální opory. In : *Studia paedagogica. Sb. Prací FF MU*. Brno: 2003, s. 41-54.

16. Matoušek, O. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. 185 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
17. Matoušek, O.; Nečasová, M. *Metody a řízení sociální práce*. 2.vyd., Praha : Portál, 2008. 386 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
18. Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. 290 s. ISBN 978-80-7178-549-0.
19. Matoušek, O. a kol. (2001): *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
20. Matoušek, O.; Kroftová, A. *Mládež a delikvence*. 2.vyd., Praha : Portál, 2003. 344 s. ISBN 0-7178-771-X.
21. Procházková, M. Sociální pedagogika. In: Pipeková, J., Vítková, M. *Sociálněpedagogické aspekty ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 1996
22. Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. *Pedagogický slovník*. 4.vyd., Praha : Portál, 2009. 400 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
23. Špičák, J. *Prostředí z pohledu sociální pedagogiky*. Olomouc: PdF UP, 1993. ISBN 80-7068-227-7.
24. Zastrow, Ch. *The Practice Of Social Work*. 5th ed. Pacific Grove, CA : Brook/Cole Publishing Co., 1995.