

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



FILOZOFICKÁ FAKULTA  
UNIVERZITY KARLOVY  
V PRAZE

## **Bakalářská práce**

Veronika Matějková

**Podpora žáků s problematickým chováním v systému ústavní a  
poradenské péče v ČR**

**Support for pupils with behavior problems in the system of  
institutional care and counseling in the Czech Republic**

Praha 2014

Vedoucí práce: PhDr. David Čáp

Chtěla bych poděkovat všem, kteří mě podpořili při psaní mé bakalářské práce. Především děkuji svému vedoucímu práce PhDr. Davidovi Čápkovi za poskytnutí odborných rad, cenných připomínek a za jeho trpělivé vedení této práce.

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 10. 5. 2014*

.....

*Veronika Matějková*

**Abstrakt:**

Tato bakalářská práce se věnuje podpoře žáků s problematickým chováním v systému ústavní a poradenské péče v České republice. Práce je zpracována jako přehledová studie sestavená z odborných pramenů, zdrojů a výzkumů. Teoretická část se zabývá problematikou poruch chování, jejich samotným vymezením, jejich klasifikací a také příčinami jejich vzniku. Pozornost je pak věnována jednotlivým orgánům poradenské a ústavní péče a také některým metodám kognitivně-behaviorální terapie, kterých se v obou péčích využívá.

Součástí práce je návrh výzkumu, který je koncipován jako longitudinální. Zabývá se tím, jak klienti vnímají účinnost některých metod kognitivně-behaviorální terapie v ústavní a poradenské péči.

**Klíčová slova:**

poruchy chování, ústavní péče, poradenská péče, techniky kognitivně-behaviorální terapie

**Abstract:**

This bachelor's thesis focuses on supporting pupils with problematic behaviour in the system of institutional care and counseling in the Czech Republic. The work has been written as a summarizing survey compiled of various academic sources and studies. The theoretical part deals with the problem of behavioural disorders, with their specification itself, with their classification and with the causes of their origin. The text then centres on the individual bodies of counseling and institutional care as well as on some of the methods of the cognitive-behavioural therapy which are used in both types of care.

The thesis also constitutes of a research proposal which is devised as longitudinal. It focuses on how clients perceive the efficiency of some of the methods of cognitive-behavioural therapy in institutional care and counseling.

**Keywords:**

behavior disorders, institutional care, counseling, methods of cognitive-behavioral therapy

## Obsah

Seznam použitých zkratk:	8
Úvod	9
1. Vymezení pojmu	10
1.1 Diagnostická vodítka poruch chování	11
2. Příčiny vzniku poruch chování	13
2.1 Biologické faktory	14
2.2 Sociální faktory	15
2.2.1 Rodina	15
2.2.2 Skupina vrstevníků	16
2.2.3 Školní faktory	17
2.3 Osobnostní faktory	17
3. Klasifikace poruch chování	18
3.1. Poruchy chování podle závažnosti	18
3.2 Poruchy chování podle DSM-IV	19
3.2.1 Poruchy chování (CD)	19
3.2.2 Porucha opozičního vzdoru (ODD)	20
3.3 Další dělení poruch chování	21
4. Podpora žáků v systému poradenské péče	22
4.1 Poradenská péče	22
4.2 Školní metodik prevence	23
4.3 Školní speciální pedagog	23
4.4. Výchovný poradce a školní psycholog ve škole	23
4.5 Pedagogicko-psychologická poradna	24
4.6 Speciálně pedagogické centrum	25
4.7 Středisko výchovné péče pro děti a mládež	25
5. Podpora žáků v systému ústavní péče	27

5.1 Ochranná a ústavní výchova .....	27
5.2 Školská zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy .....	28
5.2.1 Diagnostický ústav .....	29
5.2.2 Dětský domov .....	30
5.2.3 Dětský domov se školou .....	30
5.3 Speciální výchovná zařízení .....	30
5.3.1 Výchovný ústav pro mládež .....	31
6. Některé metody KBT využívané v poradenské i v ústavní péči .....	33
6.1 Nácvik sociálních dovedností .....	33
6.2 Nácvik sebeinstruktáže .....	36
6.3 Nácvik řešení problémů .....	36
6.4 Nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu.....	37
6.5 Token economy.....	38
7. Návrh výzkumu.....	39
7.1. Výzkumný problém .....	39
7.2 Vymezení pojmu a operacionalizace proměnných .....	40
7.3 Zvolené výzkumné metody.....	41
7.4. Výzkumný soubor.....	42
7.5 Metoda sběru dat.....	42
7.6 Popis, rozbor a interpretace dat.....	44
7.7. Diskuze a závěr .....	44
Závěr .....	46
Seznam použité literatury .....	48
Seznam figur .....	56

### **Seznam použitých zkratk:**

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
CD	Conduct disorder – Poruchy chování
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
NSD	Nácvik sociálních dovedností
ODD	Oppositional Defiant Disorder – Porucha opozičního vzdoru
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
OV	Ochranná výchova
PCH	Poruchy chování
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
SVP	Středisko výchovné péče pro děti a mládež
ÚV	Ústavní výchova
VýchÚ	Výchovný ústav



## Úvod

V současné době narůstá počet dětí s problematickým chováním. Alespoň to tak vypadá podle toho, jak hojně je toto téma diskutováno a jak se jím mnoho odborníků zabývá. Je otázka, zda opravdu narůstá počet žáků s poruchami chování nebo zda je to pouze tím, že se o tom více mluví jak mezi odborníky, tak mezi laickou veřejností. V minulosti jistě také existovaly děti s poruchami chování, byly však označeny jako zlobivé nebo nevychované a dále se tím už nikdo nezabýval, protože diagnózu „porucha chování“ nikdo neznal. V současné době je tomu jinak a odborníci se snaží takovým dětem poskytnout všemožnou pomoc.

Odborníci nejsou jednotní v terminologii ani v názorech na to, co problematické chování přesně je a co už není. V literatuře, kterou jsem prostudovala a použila pro zpracování této bakalářské práce, jsem se setkala s mnoha termíny. Z české literatury to byly nejčastěji termíny „problémové“ či „problematické chování“ nebo „poruchy chování“. Ze zahraničních názvů mohu zmínit např. „Disruptive behavior“, „Problem behavior“, „Conduct disorder“ nebo také „Oppositional Defiant disorder“.

Cílem mé bakalářské práce je na základě prostudované literatury představit a popsat problematické chování, příčiny jeho vzniku a především možnosti podpory žáků s tímto problematickým chováním v poradenské a ústavní péči v České republice.

V teoretické části čerpám z literatury, která se zabývá poruchami chování všech věkových kategorií, tzn. od předškolního věku až do 18 let, ve výjimečných případech do 26 let. V návrhu výzkumu se pak zabývám speciálně věkovou kategorií 17-18 let.

Moje bakalářská práce přináší ucelený přehled ústavní a poradenské péče dostupné v České republice. Dále se zabývá přehledem poruch chování podle některých klasifikací a odkazuje čtenáře na literaturu, kde je tato problematika podrobněji popsána. Bohužel rozsah bakalářské práce mi neumožnil, abych se věnovala tématu poruch chování, poradenské péči, ústavní péči a terapii dostatečně do hloubky.

Všechny citace, které jsou v práci použity, jsou citovány podle citační normy APA. Pokud jsem používala cizojazyčnou literaturu, veškeré překlady jsem si vytvořila sama.

## 1. Vymezení pojmu

Fenomén problematického chování žáků se objevuje v různých vědeckých disciplínách, tedy nejen v psychologii, ale také v pedagogice, speciální pedagogice (zvláště v etopedii), sociologii, psychiatrii nebo kriminologii. Každý z těchto oborů nahlíží na danou problematiku z poněkud odlišného úhlu a používá pro v podstatě totožné jevy odlišnou terminologii. Problémové chování (behaviour problems), problematické chování, delikventní chování, agresivní chování, emoční problémy a problémy v chování (emotional and behavioral difficulties), výchovné problémy, poruchy chování, provokující chování (challenging behaviour) (Janský, 2004; Norwich, 2005; Peterson, Hittie, 2010; Train, 2001; Vágnerová, 2005;) - s těmito pojmy se setkáváme napříč různou literaturou.

Je obtížné takto rozdílné názvosloví nějakým způsobem sjednotit. Už od začátku jsem řešila, jaký termín ve své práci budu používat já. Nakonec jsem se rozhodla pro termín **poruchy chování** (dále jen PCH). S tímto termínem se v tuzemské literatuře setkáváme zcela běžně, přestože i k nám začíná pronikat jemnější terminologie, která se snaží pojem PCH nahradit novými a citlivějšími termíny.

V pedagogické teorii i praxi se hojně využívá pojmu *problémové dítě*. Je jím vyjádřena odlišnost v chování dítěte od požadované normy. Z pohledu pedagoga problémové děti ruší školní vyučování a potřebují zvláštní péči (Janský, 2004). Vágnerová (1997) uvádí, že je takové dítě, které se ve třídě nechová ani nepracuje na školních úkolech tak, jak se vzhledem k jeho věku očekává. Takový žák vyžaduje odlišný přístup učitele, práce s ním je daleko náročnější problémový žák a přináší učitelům méně uspokojení.

Ve školní didaktice se setkáme s termínem *kázeň ve škole*. Ta se projevuje v tom, jak žáci dokáží dodržovat společenská a školní pravidla, která stanovují učitelé či jiní zaměstnanci školy. Žáci s PCH mívají právě výrazné problémy s porušováním kázně (Bendl, 2004; Kalhous, 2000).

PCH z pohledu speciálně pedagogického, jejich vznik, vývoj, projevy a také možnosti nápravy řeší etopedie, disciplína, která je součástí speciální pedagogiky. Dřívější terminologie používala pro problematiku poruch chování označení mravní narušenost či obtížná vychovatelnost, dnes se však tyto pojmy nepoužívají a používá se souhrnné označení **poruchy chování** (Pipeková, 1998).

Z pohledu sociologického, pokud mluvíme o nežádoucích společenských jevech, se používal termín sociálně patologické jevy (Fischer, & Škoda, 2009; Hrčka, 2001). V dnešní době je tento termín nahrazován termínem *rizikové chování*. Setkáváme se s ním jak v oboru sociologie, tak i adiktologie. Je vysvětlováno jako chování, které je příčinou prokazatelného nárůstu sociálních, psychologických, výchovných, fyziologických, zdravotních a dalších rizik pro jedince i pro společnost (Miovský, Skácelová, Zapletalová, & Novák, 2010).

V kriminologii se setkáváme s pojmem *delikvence či delikventní chování*. Vyjadřuje takové jednání, které se vymyká společenským normám, které jsou chráněné právními předpisy včetně přestupků (Hartl, & Hartlová, 2004; Matoušek & Kroftová, 2003).

Psychologie charakterizuje *PCH* jako „odchylku v oblasti socializace, kdy dítě není schopné respektovat běžné normy chování na úrovni odpovídající jeho věku“ (Vágnerová, 1997, s. 67). „Z psychologického hlediska se problémové dítě bude pravděpodobně vyznačovat odchýlným prožíváním a chováním, které bude porušovat dohodnuté normy a očekávání přiměřená věku“ (Janský, 2004, s. 19). Podle Vágnerové (1997) je dále PCH jev, kdy jedinec normy chápe, ale nedokáže se jimi řídit. Taková situace se musí opakovat a trvat.

### **1.1 Diagnostická vodítka poruch chování**

Diagnóza PCH zahrnuje „*nadměrné rvačky nebo tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, opakované lhaní, chození za školu a útěky z domova, mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovité provokativní chování a trvalou silnou neposlušnost. Každá z těchto kategorií, pokud je výrazná, dostává k potvrzení diagnózy, avšak ojedinělé disociální činy pro tuto diagnózu nestačí*“ (PCP, 2000, s. 250).

Při posuzování, zda se jedná o PCH, je velmi důležité brát ohled na věk dítěte a na frekvenci, se kterou se toto chování vyskytuje. To, že dítě neposluchá nebo že je drzé a nezbedné, nemusí být diagnostickým kritériem PCH. Rovněž za PCH nemůžeme označit ojedinělé disociální chování nebo trestné činy. Abychom mohli diagnostikovat u jedince PCH, musí takové jednání trvat delší dobu (alespoň šest měsíců) a musí se opakovat (PCP, 2000; Štípek, 2011). O PCH jde pouze v případě, že dítě chápe význam norem společnosti, ale nedokáže se jimi řídit a porušuje je. Pokud však dítě není schopno tento význam pochopit, o PCH se nejedná (Vágnerová, 2005).

PCH mohou nastoupit už v 5 – 6 letech, ale obvykle vznikají až na konci dětství nebo na začátku rané adolescence. PCH vzácně vznikají po 16. roce. Průběh PCH je variabilní,

mění se v závislosti na věku a fyzickém vývoji, ale u většiny jednotlivců postoupí porucha do dospělosti. Časný nástup předpovídá horší prognózu a zvýšené riziko vzniku antisociální poruchy osobnosti. K PCH se často přidružují i další poruchy, jako např. porucha pozornosti, poruchy učení, komunikace nebo nálady (Train, 2001).

Nedávné studie prokázaly, že první projevy problémového chování se objevují již během prvních let života dítěte. Výzkum problémového chování v předškolním věku zjistil, že příznaky PCH mohou být odlišeny od běžného dětského chování ještě před 3. rokem života (McKinnie & Morse, 2012). PCH je důležité identifikovat včas a co nejdříve zahájit intervenci (Searight, Rottnek, & Abby, 2001).

Přibližně 6-16% chlapců a 2-9% dívek splňuje diagnostická kritéria pro PCH. Výskyt PCH se zvyšuje od dětství až do dospívání (Searight, Rottnek & Abby, 2001).

Příznaky i průběh problémového chování může být pro muže a ženy odlišný. I když jsou rozdíly mezi pohlavími malé, uvádějí Kroneman, Loeber, Hipwell, & Koot (2009) typické znaky pro chlapce a pro dívky. Před pubertou se rušivé chování projevuje více u chlapců než u dívek, později se však v pubertě srovná. Od začátku do konce dospívání vykazují dívky ve srovnání s chlapci rychlejší nárůst příznaků PCH. Celkově lze tedy říci, že projevy PCH se u dívek objevují méně než u chlapců, ale obvykle jsou to právě dívky, u kterých jsou klinické projevy PCH těžší než u chlapců. Dále autoři uvádějí, že chlapci pravděpodobněji vykazují agresi zaměřenou na to škodit někomu fyzicky (bití, kousání), zatímco u dívek je to agrese zaměřená na to škodit někomu sociálně (šíří pomluvy, hrozí ukončením přátelství).

## 2. Příčiny vzniku poruch chování

Je těžké odpovědět na otázku, kde je příčina PCH. Příčiny vzniku PCH jsou různé, nejednoznačné. Příčina nebývá jedna, obvykle se vyskytuje větší počet různých faktorů, jejichž nepříznivý vliv se sčítá. To tedy znamená, že příčiny vzniku PCH jsou multifaktoriálně podmíněné (Vágnerová, 2005).

V odborné literatuře se setkáváme s výčtem mnoha faktorů, které se podílejí na vzniku PCH. Různí autoři dělí i pojmenovávají příčiny vzniku PCH různě (Bendl 2004; Bowen, Jenson, & Clark, 2004; Karnik, McMullin, & Steiner, 2006; Koukolík, & Drtilová, 2001; Vágnerová, 2005). Bendl (2004) navíc poukazuje na to, že na vzniku a rozvoji PCH se mohou podílet i další faktory, o kterých vůbec nevíme, že existují. V důsledku ale můžeme vysledovat, že se všichni shodují na třech základních faktorech, které bychom mohli charakterizovat jako biologické, osobnostní a sociální. Dynamická souhra těchto proměnných předurčuje chování jednotlivce. I já v této kapitole používám toto dělení.

Pro lepší názornost přikládám obrázek jednotlivých faktorů (Fig.1)

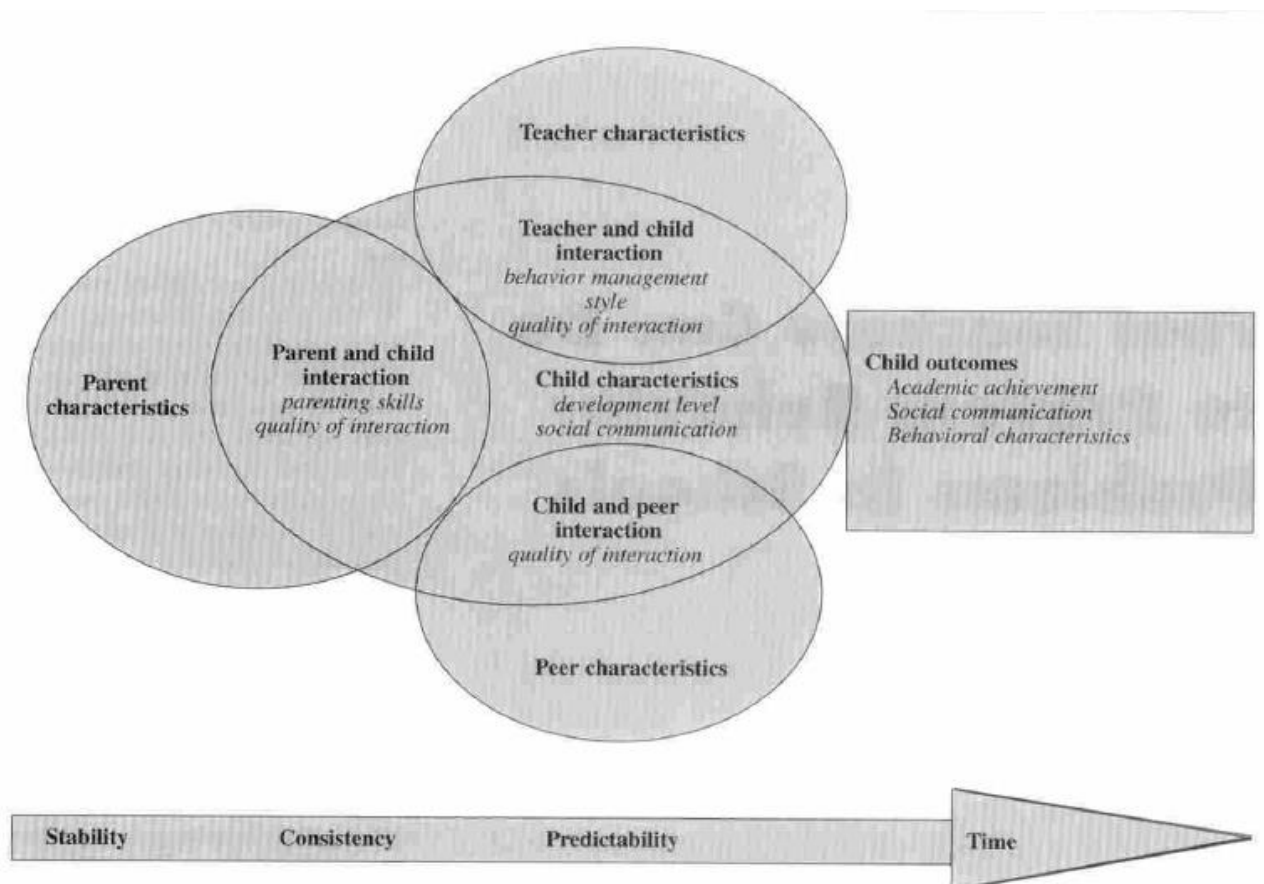


Fig.1 Faktory, které působí na žáka, ovlivňují jeho vývoj a přispívají ke vzniku PCH (Hester, 2002, s. 34).

## 2.1 Biologické faktory

Celá řada odborníků uvažuje ve svých pracích nad tím, jak dalece mohou být PCH ovlivněny vrozenými dispozicemi. Shodují se, že přestože vrozené faktory nepůsobí přímo, vznik PCH mohou výrazně ovlivňovat, např. temperament (Bowen, Jenson, & Clark, 2004; Farrel, 1995a). Čírtková (2004) zmiňuje, že nejrizikovější je kombinace tří faktorů: nízká úzkostnost, vysoká impulzivita a odolnost proti výchovným opatřením.

Oslabení či porucha centrální nervové soustavy v prenatálním nebo perinatálním období může být také předpokladem pro vznik PCH. Může se projevit jak emoční labilitou, tak vyšší impulzivitou a sníženou schopností ovládat se (Vágnerová, 1997).

Train (2001) se domnívá, že k PCH mají větší dispozice děti, v jejichž rodinách se u jednoho z rodičů vyskytla porucha osobnosti, porucha emocí, porucha pozornosti či také PCH. Zvýšené riziko vzniku PCH u dětí a dospívajících mají jedinci, u jejichž rodičů se objevuje závislost na alkoholu. Více k tomuto tématu uvádím níže.

Neurologické abnormality pravděpodobně také hrají roli ve vývoji PCH. Dosud však není jasné, zda je to výsledek genetické predispozice nebo zda se tak děje z důvodu většího výskytu nemocí a zranění (Karnik, McMullin, & Steiner, 2006).

Výsledky studie, která se zabývala vlivem kouření matek v těhotenství na vznik PCH, ukázaly, že kouření matky během těhotenství může přispět ke vzniku a rozvoji PCH. Kouří-li matka během těhotenství denně více než jeden balíček cigaret, je její dítě ohroženo vznikem PCH až 1,4 – 2,5x více než dítě matky nekuřačky (Fergusson, Woodward & Horwood, 1998).

Také poškození mozku v průběhu těhotenství může přispět ke vzniku PCH. Na zvyšování pravděpodobnosti PCH se podílí i odmítnutí dítěte matkou, čímž se rozumí nechtěné těhotenství, pokus o potrat nebo umístění dítěte do náhradní rodinné péče (Raine & Lui, 1998).

Typ temperamentu může představovat další faktor, který může být predisponující ke vzniku PCH (Vágnerová, 2005). K tomuto názoru se přiklání např. Keogh (2007), který také představuje Newyorskou longitudinální studii, která se jako první zabývala souvislostí temperamentu a PCH. „*Studie založená na zprávách od rodičů odhalila pět základních temperamentových konstelací, které jsou v sepětí s problémy: 1. negativní nálada v kombinaci s nespravedlností, nepřizpůsobivostí a tendencemi se stáhnout; 2. extrémní vytrvalost, 3. stažení se a mírné negativní reakce na nové situace spolu s malou adaptací; 4. extrémní roztěkanost; 5. velmi vysoká nebo nízká úroveň aktivity.*“ (Thomas, Chess, & Birche, 1968 podle Keogh, 2007, s. 93).

Keogh (2007) také zdůrazňuje, že u dětí s výraznějším temperamentem se nemusí nezbytně vyvinout PCH. Je také důležité si uvědomit, že temperament a PCH není totéž. Temperament přispívá k PCH, ale PCH nemusí být nutně podmíněné temperamentem.

## **2.2 Sociální faktory**

Vliv sociálních faktorů na vznik a rozvoj PCH je velmi důležitý, protože nevhodné prostředí představuje veliké riziko vzniku PCH.

### **2.2.1 Rodina**

Rodinné faktory patří mezi nejvlivnější faktory podílející se na vývoji PCH. Rodina dítěti poskytuje základní zkušenosti, podílí se na vývoji a formování jeho osobnosti a chování, rozvíjí jeho sebedůvěru a sebejistotu, je zdrojem bezpečí a jistoty. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem ve vztahu k PCH se prokázala nefunkčnost rodiny. U dětí, které pocházejí z nefunkčních rodin, se objevuje až 3x větší četnost PCH (Marková, 2008).

#### *Nestabilní rodinné vztahy*

Značné množství dětí s PCH nežije v úplně rodině. Zvyšuje se počet rozvodů a tím také rodin, ve kterých dítě vyrůstá pouze s jedním rodičem. Chybí-li v rodině jeden z rodičů, nebo pokud dítěti rodiče nevěnují dostatek času či nezajišťují jeho bezpečnost, nepodporují jeho zdravý vývoj a talent, má to vliv na vznik PCH (Matoušek, & Kroftová, 1998). Vzhledem k tomu, že děti jsou většinou svěřovány do péče matky, chybí dítěti mužský vzor chování a otcovská autorita (Auger, & Boucharlat, 2005; Cooper, 1993; Vágnerová, 2005).

#### *Nevhodná výchova*

Vznik PCH podporuje lhostejná či naopak autokratická výchova (Auger, & Boucharlat, 2005; Čáp, & Mareš, 2007), kladení přílišného důrazu pouze na citové vztahy a opomíjení výchovného působení nebo nedůslednost – tedy nedodržování pravidel a požadavků (Auger, & Boucharlat, 2005; Bowen, Jenson, & Clark, 2004). Nedostatečná péče, odmítání dítěte, konfliktní a nepřátelský vztah mezi dítětem a rodičem, agresivní jednání vůči dítěti, nátlak, apod., to vše také mohou být predispozice pro vznik PCH (Karnik, McMullin, & Steiner, 2006). Výzkumy potvrzují, že děti, které vyrůstají v rodině, kde je mnoho konfliktů, mají na rozdíl od dětí z nekonfliktního prostředí větší sklon k PCH (Matoušek, 2003). Také osobnostní charakteristiky rodičů a jejich chování jsou pro dítě důležité, jelikož dítě si může jejich poruchové chování osvojit (Vágnerová, 2005).

### ***Tvrdá výchova, agresivní až drastické tresty***

Domácí násilí, fyzické i psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání dítěte či emocionální zneužívání se řadí mezi výrazné příčiny vzniku PCH (Bowen, Jenson, & Clark, 2004; Searight, Rottnek, & Abby, 2001; McKinnie & Morse, 2012).

### ***Ekonomická a sociální úroveň***

K PCH přispívá i špatná finanční situace, nepříznivé podmínky k bydlení nebo nevhodná sociální skupina, se kterou dítě nejčastěji přichází do styku (Auger, & Boucharlat, 2005; Bowen, Jenson, & Clark, 2004).

### ***Negativní rodinná anamnéza***

Rodiče s psychickými či psychiatrickými problémy, závislí na návykových látkách, s kriminální minulostí, trpící poruchou pozornosti nebo poruchou nálad, atd., mohou k dětem přistupovat s nátlakem a nedůsledně, agresivně nebo si jich naopak nevšímají a jejich výchovu zcela zanedbávají (Bowen, Jenson, & Clark, 2004; Searight, Rottnek, & Abby, 2001; McKinnie & Morse, 2012; Karnik, McMullin, & Steiner, 2006). Je pak jasné, že jedinec žijící v takovém prostředí má zkreslený žebříček hodnot a PCH se u něj může rozvinout snadněji.

### ***Názor a postoje rodičů ke škole***

Negativní a nejednotné hodnocení školy a učitelů, nespolupráce se školou, nekritické obhajování dítěte, různé požadavky a míra tolerance k studijním výsledkům dítěte, kladení příliš vysokých nároků na dítě vzbuzuje v dítěti nejistotu případně představu, že si může k učitelům všechno dovolit (Bendl, 2004; Vágnerová, 2005).

## **2.2.2 Skupina vrstevníků**

Vedle rodičů je pro dítě také důležitý vliv vrstevníků a také to, jak je touto skupinou přijato a hodnoceno. Skupina vrstevníků se může také stát negativním faktorem, který se projevuje ve vzniku PCH a to hlavně v případě asociálně zaměřené party, která se vyznačuje specifickými hodnotami a normami (Vágnerová, 2008). Pokud dítě vyrůstá ve funkční rodině, není vliv party tak markantní jako u dětí, které dostatečnou podporu rodiny nemají. Zde je potřeba kladného přijetí skupinou silnější než u dětí, které mají dobré rodinné zázemí. Na děti z nefunkčních rodin má parta a hlavně její vůdce veliký vliv a náležitě toho využívá (Matoušek, & Kroftová, 2003; Vágnerová, 2005). Jedinec se tak snaží do party zapadnout, obstát a ukázat, že dokáže plně sdílet její hodnoty. Snaží se přizpůsobit svým vyjadřováním,



chováním, postojem ke světu, škole, rodičům, úpravou zevnějšku apod. (Matoušek, & Kroftová, 2003).

### **2.2.3 Školní faktory**

PCH může být podpořena i samotnou osobností učitele. Ten může mít např. přehnané nároky na žáka, může neadekvátně posuzovat chování žáka vůči sobě, může se svým chováním výrazně odlišovat od ostatních učitelů, nedokáže pochválit a nešetří kritikou.

Většinou však není příčina problému na straně učitele. V rámci školních faktorů je také důležité zmínit vztah dítěte se spolužáky. Již na prvním stupni vznikají ve třídě skupinky žáků se společnými hodnotami a zájmy a v některých případech se už v tuto chvíli může jednat o zárodky asociálních part (Fontana, 2003).

### **2.3 Osobnostní faktory**

Na každého žáka působí stejné faktory jiným způsobem a každý žák tyto faktory také jinak vnímá. To, že nějaký faktor vyvolá v žákovi negativní reakci, neznamená, že stejně bude působit i na ostatní žáky. Naopak v nich může vyvolat neutrální reakci. To, jak určitý faktor ovlivní chování žáka, závisí hlavně na tom, jakou má momentálně náladu, jaké má zkušenosti, jaký je jeho zdravotní stav, jak je odolný a jaký je jeho práh frustrační odolnosti. (Bendl, 2004).

Určitým způsobem bychom do této kategorie mohli přiřadit i některé biologické faktory, jako je např. temperament nebo prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a jehož hodnoty uznává. Je tedy vidět, že se všechny faktory prolínají a nelze je takto uměle oddělit.

### 3. Klasifikace poruch chování

V literatuře se setkáváme s nepřeberným množstvím různých klasifikací, dalo by se říct, „co autor, to jiná klasifikace“. Ve své práci jsem se zaměřila na dva typy dělení PCH, a to podle závažnosti a podle DSM-IV, protože se v literatuře objevovaly nejčastěji. Rozsah práce mi nedovoluje se blíže zaměřit i na další klasifikace a typologie, jsem tedy nucena další dělení pouze zmínit a blíže se o nich už nerozepisovat.

#### 3.1. Poruchy chování podle závažnosti

Nejčastěji se můžeme setkat s dělením PCH podle jejich závažnosti. Hovoříme tak o chování disociálním, asociálním a antisociálním.

**Disociální chování** lze chápat jako nepřiměřené a nespolečenské chování, které však lze pomocí pedagogických postupů zvládnout a nikoho nepoškozuje. Takové chování je často typické pro určitá vývojová období, kdy na sebe žák snaží upoutat pozornost, a po nějaké době může samo vymizet. (Müller, 2001). Tento jev se však může vyskytovat i u některých jiných onemocnění, např. ADHD nebo neurózy. Mezi disociální poruchy se řadí zlozvyky (návyková nespavost či návykové nechutenství), vzdorovitost, negativismus, školní přestupky a lhaní.

**Asociálním chováním** rozumíme takové jednání, které porušuje sociální normy, ale není nasměřováno proti ostatním a společnosti. Svým jednáním jedinec ubližuje převážně sám sobě. Toto chování vyžaduje speciálně pedagogický přístup v podobě poradenské i ústavní péče ve speciálních výchovných zařízeních. Patří sem takové typy chování jako záškoláctví, útěky z domova či toulky a dále závislostní chování (alkoholismus, tabakismus, toxikomanie, narkomanie), autoagrese či sebevražda (Čáp, 2013). Do asociálního chování se v posledních letech řadí také gamblerství. Vyskytuje se většinou u dětí staršího školního věku.

Do nejzávažnějšího **antisociálního chování** zahrnujeme veškeré jednání, které je namířeno jak proti společnosti, tak proti samotnému jedinci. Jedinec úmyslně porušuje společenské zákony a také poškozuje a ohrožuje nejvyšší lidské hodnoty včetně života. Do této kategorie spadá veškerá trestná činnost jako krádeže a loupeže, vandalství, zabití, sexuální delikty a vystupňovaná agresivita, terorismus nebo organizovaný zločin. Náprava takového chování probíhá ústavní péčí nebo vězením (Čáp, 2013; Müller, 2001).

### 3.2 Poruchy chování podle DSM-IV

Diagnostický a statistický manuál psychických poruch (APA, 1994) definuje poruchy chování jako trvalý a opakující se vzorec agresivního, disociálního a vzdorovitého chování, který porušuje společenské normy a práva druhých.

**DSM-IV** rozlišuje dva hlavní problémy v chování, které se objevují v dětském věku a v průběhu dospívání. Tyto problémy se souhrnně označují jako disruptivní (rušivé) a patří mezi ně (*antisociální*) **poruchy chování (CD – Conduct disorders)** (Koukolík, 2001), které jsou charakterizovány vzorcem chování, který porušuje základní práva ostatních a velmi se vymyká chování, které je typické pro náležitý věk. (APA, 1994). Druhým problémem je **porucha opozičního vzdoru (ODD – Oppositional Defiant Disorder)**, která se vyznačuje negativistickým, nepřátelským a deviantním chováním (APA, 1994; Koukolík 2001; McKinnie & Morse, 2012). V obou dvou případech nejde o jednotnou PCH, ale o soubor příznaků s různými příčinami i povahou.

#### 3.2.1 Poruchy chování (CD)

Pacienti s PCH většinou nevnímají své chování jako problematické. Aby se dalo mluvit o PCH, musí být přítomny tři nebo více symptomů během posledních 12 měsíců, s nejméně jedním symptomem chování přítomným v průběhu posledních 6 měsíců. Jedná se o jednu z nejběžnějších poruch a výskyt této poruchy se odhaduje na 16% v populaci. Mezi symptomy se zahrnuje následující chování:

- a) agresivní chování, které je namířeno proti lidem i zvířatům
- b) úmyslné poškozování a ničení věcí a majetku
- c) podvádění a krádeže
- d) závažné a opakované porušování domácích nebo školních pravidel (APA, 1994; Koukolík, 2001).

ad a) Děti a dospívající s touto PCH se často chovají agresivně ke svému okolí. Mohou šikanovat, zastrašovat či vyhrožovat ostatním, iniciovat rvačky, používat zbraň. Jsou krutí k lidem i ke zvířatům, kradou, vydírají a mohou také nutit druhého člověka do sexuálních aktivit. Fyzické násilí může mít formu znásilnění, přepadení, ve vzácných případech může dojít i k vraždě.

ad b) Charakteristickým rysem tohoto chování je úmyslné ničení majetku druhých (vandalismus) - např. zakládání požárů, grafitti, rozbíjení oken aut.

ad c) Podvádění a krádeže mohou zahrnovat vloupání pachatele do cizího objektu. Dítě se také může zaplést do krádeže bez konfrontace s obětí. V případě podvodu dítě často lže, nedodrží sliby a vyhýbá se závazkům, aby dosáhlo toho, co chce (APA, 1994; Train, 2004).

ad d) Jedinec mladší 13 let i přes zákazy rodičů zůstává celé noci venku. Utíká z domova i přesto, že bydlí u svých rodičů nebo jejich zástupců. Pokud má být toto chování považováno za PCH, musí k takovému útěku dojít minimálně dvakrát (nebo pouze jednou, pokud se jedinec domů nevrátil po delší dobu). I časté chození za školu před 13. rokem spadá do této skupiny chování (APA, 1993; Searight, Rottnek & Abby, 2001; Theiner, 2007).

### **3.2.2 Porucha opozičního vzdoru (ODD)**

Tuto poruchu charakterizuje vzdorovité, odmítavé a provokativní chování vůči nadřízeným osobám, dítě neposlouchá (Čáp, 2013, Koukolík, 2001). Typické rysy chování můžeme pozorovat zhruba ve věku od 6 do 10 let, ne však později než na počátku adolescence (Train, 2001). Takové chování trvá minimálně půl roku a je doprovázeno minimálně čtyřmi z následujících příznaků: výbuchy špatné nálady, hádky s rodiči, učiteli, kamarády, odmítání požadavků dospělých lidí, přesouvání vlastní viny na jiné, dráždění a napadání lidí, podrážděnost, mstivost (APA, 1994; Bowen, Jenson, & Clark, 2004), nerespektování pravidel, úmyslné konání věcí, které ostatním vadí (Čáp, 2013).

U opoziční poruchy se odhaduje, že se vyskytuje u 2-16% dětské populace (Bowen, Jenson, & Clark, 2004; Koukolík, 2001, Train, 2001). Poruchou trpí jak chlapci, u kterých je častější před pubertou, tak dívky.

Některé studie naznačují, že ODD se považuje za možný předstupeň vývoje (antisociální) PCH v dětství a dospívání (Koukolík, 2001), ale také předpovídá poruchy nálad a úzkostné poruchy (Loeber, Burke & Pardini, 2009).

ODD se liší od poruchy pozornosti nebo od ADHD. Zatímco děti s ODD více vzdorují, jsou agresivnější a častěji se hádají s dospělými, děti se symptomy ADHD selhávají ve škole v důsledku jejich nepozorného a neklidného chování (Bowen, Jenson, & Clark., 2004).

### 3.3 Další dělení poruch chování

Pro srovnání bych chtěla stručně zmínit další dělení PCH podle evropské Mezinárodní klasifikace nemocí (2000). V její desáté revizi nalezneme pod kódy F90 – F98 „Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci“. Zde se PCH (F91) klasifikují takto:

- F91.0 PCH ve vztahu k rodině
- F91.1 Nesocializovaná PCH
- F92.2 Socializovaná PCH
- F91.3 Porucha opozičního vzdoru
- F91.8 Jiné poruchy chování
- F91.9 Porucha chování nespecifikovaná

Vágnerová (2005, 1998) a Matějček (2011) ve svých publikacích zmiňují neagresivní poruchy chování (lhaní, podvádění, záškoláctví, útěky z domova a toulání) a agresivní poruchy chování (krádeže, vandalismus).

V období dospívání se také setkáváme s drogovou závislostí, závislostí na hracích automatech (gambling), poruchami příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání) nebo také s šikanou.

## 4. Podpora žáků v systému poradenské péče

### 4.1 Poradenská péče

Poradenství se snaží pomoci dětem a mladistvým, kteří nemají závažné psychické poruchy. Větší zastoupení v poradenských pracovištích mají problémové děti než děti se závažným duševním onemocněním. Pracovníci v poradnách se zabývají různými typy problémů. Orientačně bychom mohli říct, že o zdravé děti pečují převážně pedagogicko-psychologické poradny, o děti s handicapem se starají speciálně pedagogická centra. Cíle poradenství jsou zaměřeny na problém, se kterým klient přichází, na situaci i na jeho osobnost (Vítková, 2004)

To, že je dítěti přisouzena role problémového žáka, má vždy nějaký dopad jak na jeho chování, tak i na chování ostatních lidí ve škole. Může fungovat jako sociální stigma. Toto stigma může ovlivňovat vztah dítěte ke škole, a také to, jak bude přijímáno pedagogy. Může se totiž stát, že názor jednoho učitele přejímají i učitelé ostatní, třebaže to není příliš obvyklé. Většinou si každý vyučující vytváří svůj názor sám a i v jednom pedagogickém kolektivu se mohou názory na jednoho žáka lišit. Záleží nejen na osobnosti učitele, ale také na vztahu žáka k danému předmětu. V tomto případě se však jedná o „mírně“ problémové žáky, pokud se jedná o skutečně asociální chování, většinou se tak žák chová ve všech hodinách i o přestávkách (Čáp, & Mareš, 2007; Fontana, 2010; Vágnerová, 2005).

Závažnější problémy, které nemohou učitelé sami zvládnout, řeší další odborníci. Odbornou pomoc učitelům poskytují některé poradenské instituce.

Třídni učitel a výchovný poradce na škole, ale i ostatní pedagogové mohou doporučit rodičům žáka s PCH návštěvu v pedagogicko-psychologické poradně. Je jen na rodiči, zda tuto nabídku přijme či nikoli. Rodič může samozřejmě PPP navštívit i bez doporučení školy (Pokorná, 2001).

Ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních je uvedeno, že poradenské služby v těchto zařízeních jsou poskytovány bezplatně a na žádost žákům (dětem, žákům, studentům), jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Aby mohla být poradenská služba poskytnuta, je zapotřebí písemného souhlasu a to buď zletilého žáka, nebo zákonného zástupce v případě nezletilosti žáka. (ČR, 2005). V případech, které jsou stanoveny předpisy, není souhlas rodičů potřebný (ČR, 1999).

Pokud se jedná o problém s PCH ve škole, řeší je většinou výchovný poradce přímo na škole nebo se škola se žádostí o pomoc obrací na PPP.

Poradenská péče se vztahuje jak na děti, tak na nejbližší rodinu dítěte i na společenské skupiny, ve kterých se dítě vyskytuje. Vyšetření žádá nejčastěji škola nebo lékař a je tedy důležité si uvědomit, že výsledky z vyšetření jsou důležité jak pro samotného jedince, tak i pro jeho rodiče, školu, kterou navštěvuje, popřípadě sociální pracovníci (Pešová & Šamalík, 2006).

#### **4.2 Školní metodik prevence**

Náplní práce preventisty je především metodická a koordinační činnost, informační činnost, prostřednictvím které přibližuje učitelům problematiku sociálně patologických jevů, nabídku nových projektů a preventivních programů a také prezentuje výsledky preventivní práce školy. V neposlední řadě poskytuje poradenskou péči problematickým žákům a jejich rodičům. Spolupracuje s učiteli a také připravuje podmínky pro lepší začlenění žáků s PCH ve škole (Slomek, 2010).

#### **4.3 Školní speciální pedagog**

Poradenské služby ve škole mohou být zajišťovány i školním speciálním pedagogem. Tento pedagog poskytuje komplexní službu jak žákům, tak i jejich rodičům a jiným pedagogům. Mezi hlavní činnosti školního speciálního pedagoga patří např. to, že vyhledává žáky, kteří mají speciálně vzdělávací potřeby, a zařazuje je do speciálně pedagogické péče. Dále diagnostikuje speciální vzdělávací potřeby žáka, vymezuje hlavní problémy žáka a sestavuje individuální plán podpory. Podílí se na vytváření školních vzdělávacích programů a individuálních vzdělávacích plánů s cílem zlepšit péči o žáky s těmito potřebami. Úzce spolupracuje s učiteli, výchovným poradcem a hlavně se specializovanými poradenskými zařízeními (ČR, 2005). V těchto případech se spíše jedná o žáky, kteří mají tělesná nebo mentální postižení než o žáky s PCH.

#### **4.4. Výchovný poradce a školní psycholog ve škole**

Přímo ve školách poskytují poradenské služby výchovní poradci, školní psychologové, metodici prevence a speciální pedagogové. „*Pokud jsou ve škole všechny uvedené pozice obsazeny, tvoří dohromady školní poradenské pracoviště*“ (Mertin, & Krejčová, 2009, s. 29).

**Výchovní poradci** jsou učitelé se speciálním postgraduálním vzděláním, představují základní úroveň poradenského systému. Jsou často prvním zdrojem informací, na který se mohou žáci, učitelé a rodiče obrátit s problémem. Jsou jakousi spojnicí mezi školou a dalšími

poradenskými zařízeními (Vágnerová, 2005; Mertin, & Krejčová, 2009). Výchovný poradce řeší problém se žákem, kontaktuje a informuje i jeho rodiče či zákonné zástupce a může jim doporučit, aby se obrátili na příslušná zařízení, kde by se žákovy problémy daly řešit (Mertin, & Krejčová, 2009).

Činnost **školního psychologa** je velmi úzce spjata s činností výchovného poradce popřípadě speciálního pedagoga. Nabízí žákům poradenskou i terapeutickou službu. Z finančních důvodů si však bohužel školního psychologa může dovolit pouze málokterá škola (Šteflová, 2005).

#### **4.5 Pedagogicko-psychologická poradna**

Pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP) jsou mezi veřejností jedním z nejnámějších zařízení zabývajících se problematikou školního vzdělávání a výchovou dětí a mládeže.

*„PPP poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků“ (§ 5 ods. 1 vyhláška o poskytování poradenských služeb)*

PPP se zaměřují na problematiku dětí a mládeže od 3 let, přes žáky základní školy až po studenty středních škol a vysokých odborných škol. Ambulantní formou se zde řeší jak výchovné problémy, tak problémy ve vzdělávání a vyučovacím procesu (Vágnerová, 2005; Pešová & Šamalík, 2006). Na poradny se mohou obracet jak rodiče, tak učitelé – zde je však zapotřebí souhlas rodičů nebo zákonných zástupců s vyšetřením. Někdy to však není lehké, jelikož mezi rodiči často přetrvávají různé obavy a předsudky ohledně návštěvy PPP („co si o nás lidé pomyslí“, „jen abys nevypadal jako hloupý nebo že se o tebe nestaráme“, apod.) Může to vést až k tomu, že rodiče dítě na návštěvu PPP „připraví“ podle sebe a neuvědomují si, že to může vést až k znehodnocení objektivnosti jeho vyšetření (Novosad, 2000). O vyšetření může požádat i sám mladistvý, pokud je starší 15 let.

V PPP s klienty pracují jak psychologové a speciální pedagogové, tak metodici školní prevence, sociální pracovníci i logopedi. Psychologové se věnují diagnostice či dlouhodobému vedení klientů, speciální pedagogové se snaží o diagnostiku poruch učení a chování a následně o jejich nápravu (Mertin, & Krejčová, 2009; Novosad, 2000; Vágnerová, 2005; Vodáčková, 2007). Samotné PPP zároveň spolupracují s dalšími zařízeními a institucemi (školské, sociálně-právní, zdravotnické, ambulance) které díky svému působení napomáhají při řešení klientova problému.



## 4.6 Speciálně pedagogické centrum

Tato centra jsou určena pro pomoc dětem s nějakým postižením a pro děti se specifickými vzdělávacími potřebami. (Pešová & Šamalík, 2006). Speciálně pedagogická centra se liší podle druhu handicapu, s kterým klienti do centra přicházejí. Centra navštěvují lidé se sluchovým, zrakovým, tělesným a mentálním postižením, dále lidé s poruchou autistického spektra, jedinci s vadami řeči či hluchoslepí nebo lidé s kombinovanými vadami (Mertin, & Krejčová, 2009). Tato centra sice patří do systému poradenské péče, ale jelikož se nezabývají PCH, nebudu se jim již dále ve své práci věnovat.

## 4.7 Středisko výchovné péče pro děti a mládež

Střediska výchovné péče (dále jen SVP) jsou zařízení, která jsou na hranici mezi denním a dlouhodobým pobytem. Nabízejí péči jak ambulantní, tak internátní. Mohou poskytnout také jednorázovou pomoc, např. v krizové situaci (útěk z domova). Zabývají se hlavně výchovnými problémy a PCH, na které už nestačí PPP (Vágnerová, 2005).

Klienty SVP se stávají jedinci od 3 let do ukončení přípravy na povolání, maximálně do 26 let (Mertin, & Krejčová, 2009).

*„Středisko poskytuje všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc dětem s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti (ČR, 2002, § 17 odst. 1). Péče, kterou poskytuje SVP svým klientům, má odstranit nebo alespoň zmírnit PCH a zároveň předejít vzniku dalších PCH. V případě PCH u dětí a mladistvých se lze obracet na pedagogické pracovníky, speciální pedagogy a psychology (ČR, 2002).*

SVP poskytuje ambulantní a pak také celodenní i internátní péči, která je doporučována až na základě toho, jak dopadnou výsledky dítěte či mladistvého v ambulantní péči (Černíková, 2008). Ambulantní služby jsou poskytovány na základě žádosti osob, které jsou odpovědné za výchovu dítěte, nebo si o tuto službu může zažádat osoba starší 15 let. O celodenní i zpravidla osmitýdenní internátní služby si opět mohou zažádat osoby odpovědné za výchovu (ČR, 2002; Vocilka, 1997).

Ambulantní oddělení SVP poskytuje poradenskou činnost, diagnostické vyšetření a individuální či skupinovou a rodinnou terapii. Spolupráce s klientem může být jednorázová, krátkodobá nebo dlouhodobá, závisí to na aktuálním stavu klienta. Na základě speciálně-

pedagogického a pedagogicko-psychologického vyšetření je klientovi vypracován individuální program. Odborník se s klientem a jeho zákonnými zástupci dohodne na dalším postupu a na tom, jak často budou konzultace v ambulanci probíhat (Línková, c2010; Mertin, & Krejčová, 2009).

Základní jednotkou celodenní a internátní služby je výchovná skupina, která má minimálně šest dětí a nejvíce osm dětí.

Služby, které poskytuje internátní oddělení SVP klientům od 6 do 18 let, trvají obvykle 6-8 týdnů. Pobyt je dobrovolný, je doporučován ambulantním oddělením a po uplynutí pobytové doby se klient vrací zpět domů a zpravidla následuje spolupráce s ambulantním oddělením (Mertin, & Krejčová, 2009). Klient se vzdělává podle vytvořeného individuálního plánu ve třídě s nižším počtem žáků než je typické v běžné ZŠ nebo SŠ, smysluplně vyplňuje svůj volný čas aktivitami, které mu SVP nabízí, a je pod neustálým dohledem pracovníků SVP. V rámci internátního pobytu probíhá i úzká spolupráce s rodinou a se školou, terapie a nácvik sociálních dovedností (SVP Pyramida, c2011).

Docházka do oddělení celodenní péče SVP je dobrovolná a trvá stejně dlouho jako péče internátní. Klient dochází od pondělí do pátku do střediska, kde je zajištěna dopolední výuka dle individuálního výchovného plánu. Odpolední program má na starosti vychovatel. Děti se věnují volnočasovým aktivitám, zároveň se také připravují na školní povinnosti a večer odcházejí zpět ke své rodině (Mertin, & Krejčová, 2009; SVP Návrat Hradec Králové, c2011).

SVP kromě ambulantní, celodenní a internátní péče poskytuje také poradenskou péči jak dětem a mladistvým, tak jejich rodičům a učitelům. Snaží se zachytit první signály možných PCH a eliminovat je. Sociálně výchovná péče a terapie je určena dětem s PCH (převážně z problémových či dysfunkčních rodin). Ve chvíli, kdy rodina výchovu dítěte zanedbává, poskytuje středisko podporu, doplňuje a koriguje rodinnou výchovu (Novosad, 2000; Vocilka, 1997).

## 5. Podpora žáků v systému ústavní péče

### 5.1 Ochranná a ústavní výchova

Základními termíny, které souvisí s protiprávním jednáním dětí a mladistvých, je **ochranná výchova a ústavní výchova**.

*„Jestliže jsou PCH tak závažné, že je ambulantní péče nedostačující, existuje další řešení, které nařizuje a ukládá soud, tedy ústavní či ochranná výchova. Soud tuto výchovu navrhuje buď na návrh kurátora pro mládež, nebo na žádost rodičů, kteří nejsou schopni zvládat problematické chování svého dítěte“ (Vágnerová, 2005, s. 173).*

**Ochranná výchova** (dále jen OV) je jeden ze způsobů, kterým společnost reaguje na protiprávní jednání dětí a mladistvých. Bývá navrhována:

- a) v **občanskoprávním řízení**, a to u dětí ve věku 12-15 let při spáchání činu, za který lze podle trestního zákona uložit výjimečný trest. V případě, že se dítě dopustilo jednání, které by bylo jinak kvalifikováno jako trestný čin, navrhuje se OV pouze v kauzách, kdy není zajištěna kvalitní výchova v dosavadní rodině. Pokud je dítě mladší 12 let, OV se nenavrhuje. V případě, že není zaručeno řádné výchovné vedení ani není zajištěna vhodná náhradní rodinná péče, je pro dítě mladší 12 let navrhována výchova ústavní.
- b) v **trestním řízení** u mladistvého, o jehož výchovu není náležitě postaráno, jeho výchova je zanedbána a OV splní svůj účel lépe než uložení trestu odnětí svobody. (Černíková, 2008).

Tato OV má pomocí vhodných výchovných postupů zamezit vzniku a rozvoji další trestné činnosti, která by souvisela s výchovnou zanedbaností. Má také za úkol pomoci jedinci začlenit se zpět do společnosti specializovaným výchovným působením. OV lze uložit na tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do dosažení věku 18 let (ČR, 2003).

Výkon OV je ukotven v zákoně o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně-výchovné péči ve školských zařízeních (ČR, 2002). Její ukládání je upraveno zákonem o soudnictví ve věcech mládeže (ČR, 2003).

OV je v ČR vykonávána ve výchovných zařízeních, která jsou uvedena v již citovaném zákoně o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy. Systém školských zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy tvoří diagnostické ústavy, dětské domovy,

dětské domovy se školou a výchovné ústavy. Tato zařízení poskytují nezletilé osobě výchovnou péči i vzdělání, a to s ohledem na její potřeby a optimální vývoj (ČR, 2002).

**Ústavní výchova** (dále jen ÚV) je nařizována soudem podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník nebo podle zákona o soudnictví ve věcech mládeže, nezletilému jedinci do 18 let a to z důvodů sociálních a výchovných (ČR, 2012, 2003).

Pokud se jedná o nařízení ÚV z důvodů výchovných, zabezpečují výkon ÚV výchovné ústavy. Tato výchova má preventivní charakter a trvá tak dlouho, jak je nezbytně nutné, nejdéle však do dosažení zletilosti. Ve výjimečných případech (pokud nespĺnila svůj účel) může být soudem prodloužena, nejdéle však do 19 let věku mladistvého. O zrušení ÚV rozhoduje opět soud. ÚV může být také zrušena na základě žádosti zákonných zástupců, pokud již pominuly důvody, kvůli kterým byla jedinci ÚV nařízena (Pipeková, 1998; Matoušek & Kroftová, 2003).

ÚV se navrhuje také dětem, které nemají rodiče ani jiného pečovatele, který by se o ně postaral (Matoušek & Kroftová, 2003). „*Jedná se o děti, které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině a z nejrůznějších důvodů (právních, vztahových...) nemohly být umístěny v systému náhradní rodinné péče (osvojení, pěstounská péče...)*“ (Janský, 2004, s. 93).

O ÚV nebo OV rozhoduje soud na základě návrhu státního zástupce. ÚV může navrhnout také OSPOD (kurátor pro mládež) a i zákonný zástupce dítěte.

Účelem speciálních školských zařízení pro výkon OV nebo ÚV je zajišťovat nezletilé osobě (ve věku od 3 do 18 let) nebo zletilé osobě do 19 let na základě rozhodnutí soudu vhodnou výchovu a vzdělání (Pipeková, 1998).

ÚV tedy nařizuje soud tehdy, když je výchova dítěte z nějakého důvodu vážně ohrožena. OV je soudem nařizována v případě, že jedinec spáchal trestný čin, a jejím úkolem je jak výchova takového problematického jedince, tak zabránění jeho další trestné činnosti (Vágnerová, 2005).

## **5.2 Školská zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy**

Do systému školských zařízení pro výkon a OV nebo ÚV spadají tři skupiny. Do první patří diagnostické ústavy, druhou tvoří dětské domovy a dětské domovy se školou a poslední skupina je tvořena výchovnými ústavami (ČR, 2002; Janský, 2004; Pipeková, 1998). Je zajímavé, že se v těchto zařízeních často setkáváme s mladými lidmi, kteří již mají zkušenosti s pobytem buď v kojeneckém ústavu, nebo v dětském domově. Dalo by se říct, že jsou již

zvyklí na ústavní život a proto vyhledávají péči dalšího ústavu i za předpokladu, že musí porušit společenské normy chování, aby se do zařízení dostali (Matoušek, 1999).

### 5.2.1 Diagnostický ústav

Vstupním školským zařízením, ve kterém se dítě nejprve ocitá a které rozhoduje o dalším umístění do zařízení pro výkon ÚV nebo OV, je diagnostický ústav (Pipeková, 1998, Vágerová, 2005).

Diagnostický ústav plní následující funkce: diagnostické vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační, koordinační (Slomek, 2007).

Ústav na základě výsledků komplexního psychologického a speciálně-pedagogického vyšetření, zdravotního stavu dítěte (Bendl, 2004) a volné kapacity jednotlivých zařízení rozhoduje o tom, do jakého dalšího, jeho stavu odpovídajícímu zařízení, bude umístěno (Janský, 2004).

Pobyt v diagnostickém ústavu trvá zpravidla 8 týdnů a je nařízen buď soudně na základě předběžného opatření (nedobrovolný pobyt) nebo na žádost rodičů či zákonných zástupců (pobyt dobrovolný) (Pipeková, 1998; Matoušek, 1996). Po ukončení diagnostického pobytu je o dítěti zpracována komplexní závěrečná práce, která obsahuje odborná zjištění a příslušná doporučení. V případě, že dítě bylo přijato na základě soudního rozhodnutí, je umístěováno do dětského domova, dětského domova se školou nebo do dětského výchovného ústavu. Děti, které se do diagnostického ústavu dostaly na žádost rodičů nebo zákonných zástupců, se vrací zpátky do rodiny a je jim nabídnuta ambulantní péče SVP (Dětský diagnostický ústav Hradec Králové, c2010).

Diagnostické ústavy se dělí podle věku dítěte a to na:

***Dětský diagnostický ústav***, který je určen pro děti od 6 do 15 let, tedy pro ty, které stále ještě plní povinnou školní docházku. Do tohoto ústavu se může dostat i dítě mladší 6 let, ale vždy starší než 3 roky. Děti v ústavu plní povinnou školní docházku a v době mimo vyučování je jim nabídnuto celé spektrum mimoškolních činností (Pipeková, 1998).

***Diagnostický ústav pro mládež*** je na rozdíl od dětského diagnostického ústavu nekoedukované zařízení, které je určeno pro jedince, kteří již mají ukončenou povinnou školní docházku, tj. ve věku 15-18 let (případně do 19 let, pokud tak určí soud) (ČR, 2002; Pipeková, 1998). Jedinci se do tohoto ústavu dostávají nejčastěji na základě soudního rozhodnutí, méně často na žádost rodičů či zákonných zástupců. Po uplynutí dvouměsíčního

pobytu se v případě dobrovolného pobytu vrací zpět domů, častěji jsou však přerazeni do výchovných ústavů pro mládež (Pipeková, 1998).

### **5.2.2 Dětský domov**

Dětský domov zajišťuje sociální a výchovnou péči dětem a mladistvým od 3 do 18 let, u kterých se neprojevují závažné PCH. Jedná se o nezletilé, kterým byla nařízena ÚV, uložena OV nebo kdy se o ně jejich rodiče špatně starali, popřípadě zemřeli (Černíková, 2008; Janský, 2004). V České republice se setkáme s dvojím typem dětských domovů. Pro dlouhodobý pobyt existují dětské domovy rodinné, pro předpokládaný krátkodobý pobyt jsou tu dětské domovy internátní (Pipeková, 1998).

### **5.2.3 Dětský domov se školou**

Tento dětský domov se školou, dříve nazýván dětský výchovný ústav (Janský, 2004), je zřizován pro děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, které mají závažné PCH či duševní poruchy, které vyžadují specifickou výchovnou léčbu. Pobyt v dětských domovech se školou je omezen zpravidla od šesti let do ukončení povinné školní docházky (Janský, 2004; Černíková, 2008; ČR, 2002). „*Škola jako výchovně-vzdělávací instituce je součástí tohoto zařízení a realizuje vzdělávací proces a osvojování dovedností s ohledem na typ poruchy a problém dítěte*“ (Černíková, 2008, s. 172).

V domově lze zřídit nejméně 2 a nejvíce 6 rodinných skupin. Jedna taková rodinná skupina je tvořena skupinou od 5 do 8 dětí různého pohlaví i věku. Pokud jsou v dětském domově se školou sourozenci, jsou zpravidla zařazováni do jedné rodinné skupiny.

Po ukončení základní školy, pokud jsou PCH dále závažné, přechází dítě do výchovného ústavu. Pokud původní potíže nepřetrvávají, může se dítě vrátit i do běžné civilní školy (Černíková, 2008).

## **5.3 Speciální výchovná zařízení**

Speciální výchovná zařízení jsou internátní výchovná zařízení pro výkon OV nebo ÚV obtížně vychovatelné mládeže. Slouží k několikaletým pobytům a končí osmnáctým (ve výjimečných případech devatenáctým) rokem (Matoušek, 1999). Rozdělují se podle věku, pohlaví, stupně obtížnosti výchovy (závažnosti PCH) a podle mentální úrovně mládeže (typu navštěvované školy) (Pipeková, 1998; Švancar & Buriánová, 1988).

### 5.3.1 Výchovný ústav pro mládež

Výchovné ústavy (dále jen VýchÚ) nemají mezi laickou veřejností dobrý zvuk a jsou stále nazývány past'áky, či polepšovnamy.

Do VýchÚ jsou zařazovány osoby starší 15 let, které mají závažné PCH a u kterých byla nařízena ÚV či OV, případně děti starší 12 let s uloženou OV, kdy jejich chování je tak závažné, že nemohou být umístěny do dětského domova. VýchÚ plní úkoly výchovné, sociální a vzdělávací. Jsou zřizovány odděleně pro děti s ÚV, OV a pro nezletilé matky s dětmi (Černíková & Šamalík, 2008; Janský, 2004).

Základní organizační jednotkou ve VýchÚ je **výchovná skupina**, kterou zahrnuje nejméně pět a nejvíce osm dětí a která je řízena pověřeným vychovatelem. Do těchto skupin jsou děti zařazeny na základě rozhodnutí ředitele VýchÚ. Zde o ně pečují vychovatelé a to jak po stránce výchovné, tak po stránce vzdělávací, sociální, zdravotní či materiální, jak by tomu bylo v případě rodiny.

Při VýchÚ se také zřizuje základní škola nebo základní speciální škola, může být zřízena i škola střední (ČR, 2002). Ve VýchÚ se mladiství v rámci dlouhodobého pobytu připravují na své budoucí povolání. Jsou rozřazeni do výchovných skupin a v rámci nich zařazeni do vzdělávacího programu. Ten může být trojího typu. Buď v podobě kvalifikačních kurzů a praktického školení, nebo dvouletého odborného učiliště, po jehož absolvování jedinec obdrží výuční list. Třetí možnost vzdělávání je střední odborné učiliště (Matoušek & Kroftová, 1998).

Hlavními úkoly VýchÚ jsou reedukace a resocializace svěřenců. Pojem reedukace neboli převýchova vysvětluje Hartl & Hartlová (2000, s. 501) jako „*snahu pomocí pedagogických metod rozvinout nevyvinuté osobnostní vlastnosti či je pozměnit společensky žádoucím směrem.*“

Druhým termínem je resocializace. Ta úzce souvisí s pojmem socializace, což je jakési vrůstání do společnosti, ve které máme žít (Říčan, 2004), děj, při kterém si osvojujeme základní kulturní návyky, mluvenou řeč, přejímáme hodnoty, které posléze zvnitřňujeme (Nakonečný, 2009). Resocializace můžeme chápat jako opětovnou socializaci (Hartl & Hartlová, 2000). Sekera (2001, s. 6) vysvětluje resocializaci jako „*překonávání negativního postoje vychovávaného jedince k souboru norem, které mu určují určité povinnosti a práva. Cílem tohoto působení je v tomto případě odstranění relativně trvalých negativních postojů ke společenskému očekávání.*“ Resocializaci můžeme také chápat jako výchovné působení na

pachatele trestného činu k jeho opětovnému zařazení do řádného života společnosti (Kraus, & Petráčková, 1995).

VýchŮ si za hlavní cíle klade především odstraňování PCH, změnu vnitřního psychického vnímání jedince a změnu náhledu na vnější svět. Dále se snaží o to, aby svěřenec změnil své dosavadní postoje a aby se snažil pochopit sám sebe. Nabízí mu také celou škálu aktivit a programů, které mu k dosažení cílů pomohou.

Nejdůležitějším úkolem je však motivovat svěřence ke vzdělávacímu procesu a připravit jej na samostatný život ve společnosti, kde získané vědomosti a zkušenosti užije v reálných situacích (Suchánek, 2014).

Každý VýchŮ má vypracovaný na základě zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy svůj vnitřní režim a řád, který jsou obyvatelé ústavu povinni plnit. V průběhu pobytu jsou svěřenci odměňováni nebo trestáni za své počiny. Tresty i odměny působí hlavně na emocionální oblast jedince (Švancar & Buriánová, 1988). Při porušení povinností může být dítěti např. sníženo kapesné, zakázáno trávit volný čas mimo zařízení, zakázáno účastnit se akcí, které VýchŮ pořádá, nebo také zakázány návštěvy blízkých osob (ČR, 2002). Svěřenci, kteří jsou vzorní a plně své povinnosti, mohou jako odměnu získat finanční odměnu, může jim být prominut dříve uložený trest nebo mohou také získat mimořádnou individuální vycházku nebo návštěvu kulturního zařízení či dovolenou v rozsahu maximálně deseti dnů (ČR, 2002; Švancar & Buriánová, 1988).

Na základě *Programu rozvoje osobnosti dítěte*, který vypracuje příslušný speciální pedagog, je dítě seznámeno s krátkodobými i dlouhodobými cíli, které je povinno plnit a je za ně následně hodnoceno. Musí dodržovat vnitřní řád, předpisy, poskytovat informace o svých příjmech aj. Kromě povinností má jedinec i svá práva. Může se účastnit aktivit, které jsou organizovány v rámci výchovného programu, obracet se se žádostmi i stížnostmi na pracovníky nebo na ředitele VýchŮ, vyjádřit se k prováděným opatřením, která se ho dotýkají. Dále má právo být informováno o stavu svých našetřených peněz, být v kontaktu prostřednictvím telefonu, korespondence či osobních návštěv s osobami, které jsou odpovědny za jeho výchovu za podmínek, které jsou stanovené tímto zákonem. Pokud jsou svěřenci starší sedmi let, mohou jít samostatně a se souhlasem pracovníka na vycházku, aj. (ČR, 2002).



## **6. Některé metody KBT využívané v poradenské i v ústavní péči**

K psychoterapeutickým intervencím, které se zaměřují na dítě a celé prostředí, ve kterém žije, se používá mnoho různých terapeutických technik a směrů. Záleží na osobnosti terapeuta, na typu a závažnosti problémového chování. Na okraj mohu zmínit např. psychoanalytický přístup, realitní terapii, systemickou terapii nebo také různé alternativní formy terapie jako např. dramaterapii, arteterapii či muzikoterapii, které se používají buď samostatně, nebo jako doplněk ke zmíněným terapiím. Rozsah práce mi však nedovoluje se jim podrobněji věnovat.

Pro svoji práci jsem si zvolila kognitivně-behaviorální terapii (dále jen KBT). KBT se řadí mezi základní psychoterapeutické směry a vznikla integrací behaviorální a kognitivní terapie. V terapii je cílem klienta odnaučit se špatné (chybné) chování i myšlení a naučit se jiné, vhodnější (Možný, & Praško, 1999).

V předchozích letech bylo vytvořeno mnoho různých metod a postupů, které KBT využívá, ale vzhledem k rozsahu mé práce je není možné podrobně popsat. Proto uvedu pouze ty, se kterými jsem se v mnou prostudované literatuře nejčastěji setkala a které byly hodnoceny jako nejvhodnější ve vztahu k nápravě PCH (např. Karnik, McMullin, & Steiner, 2006; Matoušek, & Kroftová, 2003; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Ronenová, 2000). Jde o více jednotlivých metod, které jsou často vzájemně propojeny a nelze je mnohdy od sebe přesně rozlišit a oddělit. Mezi v literatuře nejčastěji zmiňované a v ústavní i poradenské péči využívané metody se objevují: nácvik sociálních dovedností, nácvik řešení problémů, nácvik sebeinstruktáže, nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu a token economy (LeCroy, 1994; Matoušek, & Kroftová, 2003; Možný, & Praško, 1999; Ronenová, 2000; Strong Kinnaman, & Bellack, 2012)

Kromě těchto programů se při zvládnání poruch chování výrazně uplatňuje i nácvik rodičovského chování, kde se rodiče učí zvládat problematické chování dítěte (Karnik, McMullin, & Steiner, 2006; Možný, & Praško, 1999). Víím, že spolupráce s rodiči je při řešení PCH velmi důležitá, rozsah mé práce mi však opět nedovoluje se tímto tématem dále zabývat a pouze ho tu zmiňuji.

### **6.1 Nácvik sociálních dovedností**

Sociální dovednosti pomáhají jedinci zapojit se do společnosti a reagovat na různé situace. Řadí se k nim obratnost v sociální komunikaci, schopnost rozvíjet sociální vztahy a také obratnost v sociální interakci - schopnost řešit problémy a konflikty, schopnost empatie,

spolupráce, apod. (Baumgartner, Orosová, & Výrost, 2008; Strong Kinnaman, & Bellack, 2012). Nedostatek sociálních dovedností se obvykle podílí na zvyšování míry stresu a může také vést ke vzniku poruchy, která jedinci brání účinně používat tyto dovednosti. V technikách nácviku sociálních dovedností (dále jen NSD) se děti postupně učí lepšímu sebeovládání a jsou tak schopny daleko lépe zvládat své obtíže a později ovládat své chování (Možný, & Praško, 1999; 2010).

Jedinci s PCH sociální normy sice chápou, ale nerespektují je a nepřijímají a mají tím narušené vztahy s druhými lidmi (Michalová, 2007; Schroeder, & Gordon, 2002; Vágnerová, 2005; Vojtová, 2008). Často se u nich objevuje i snížení schopnosti empatie (Vágnerová, 2005).

Sociální dovednosti se skládají tří vzájemně propojených funkcí:

**sociálního vnímání** – schopnost vnímat sociální podněty (výrazy obličeje, tón hlasu, gesta, ...); **sociálního řešení problémů** - schopnost správně analyzovat sociální situaci a reagovat na ni; **behaviorálních kompetencí** - schopnost při reakci používat efektivní chování.

Hlavním cílem je naučit se dovednostem v sociálních interakcích (např. oční kontakt, úsměv, gestika, ...), protože právě děti s PCH mají často deficit jak v těchto sociálních dovednostech, tak ve vztazích s rodiči a s vrstevníky. (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Základy NSD jsou odvozeny ze sociálního učení a operantního podmiňování. Zejména je důležité vyzdvihnout jeho základní zásady – stanovit jasná očekávání, koučovat jedince pomocí častých výzev, využívat modelování, zapojit jednotlivce do hraní rolí a nabízet zpětnou vazbu (Lieberman, 1988; Strong Kinnaman, & Bellack, 2012).

NSD může být individuální, ale častěji se s ním setkáme ve skupinové terapii, kde si mohou členové skupiny navzájem pomáhat, poskytovat pozitivní i negativní zpětnou vazbu a také mohou být jeden pro druhého dobrým vzorem (Lieberman, 1988; LeCroy, 1994; Možný, & Praško, 1999; Vybíral, 2010). NSD je založen na předpokladu, že k nejefektivnějšímu učení vhodného chování dochází díky pozitivnímu posílení (chvála, potlesk) (Strong Kinnaman, & Bellack, 2012).

I když má NSD za následek růst a zlepšení sociálních dovedností, podle Schroedera, & Gordona, (2002) sám tento druh terapie neupraví PCH, ale musí být součástí komplexní léčby (Kavale, Mathur, & Mostert 2004).

NSD zahrnuje celou řadu interakčních metod. Mezi nejvýznamnější a nejčastěji zmiňované patří technika **hraní rolí**, která slouží zaprvé k rozboru klientova chování v určité situaci a zadruhé k nácviku vhodného chování. Místo toho, aby klient své chování během proběhlé situace vysvětloval, je požádán, aby ho předvedl. (Možný, & Praško, 1999, 2010). Další technikou je metoda působení a **napodobování vhodného modelu** (učení podle vzoru). Jedinec pozoruje osobu, která je schopna zvládat zátěžové a konfliktní situace a jeho cílem je napodobit jeho model chování (Atkinson, 2003; Janský, 2004; LeCroy, 1994; Možný, & Praško, 1999, 2010).

Liberman a kol. doporučuje následující postup při NSD:

**1. Identifikace problému**, kterému se bude klient a terapeut věnovat. Zjišťuje se prostřednictvím diskuze mezi klientem a terapeutem, případně sledováním chování dítěte přímo v ústavním zařízení nebo ve škole.

**2. Přeformulování problému do konkrétní mezilidské situace.** Klient by si měl uvědomit, v jaké situaci se problém objevuje a snažit se ho při nácviku zvládnout.

**3. Přehrání situace nanečisto.** Klient přehrává scénku. Určí si, kdy a kde se konkrétní scénka odehrává a čeho by chtěl dosáhnout. Z řad klientů vybere spoluhráče, kteří budou reagovat a hrát dle toho, jak určí klient. Terapeut v této chvíli zaujímá pouze pozici pozorovatele.

**4. Zhodnocení scénky nanečisto.** V tomto bodě se hodnotí jednání klienta. Hlavní je klienta ocenit, a to bez ohledu na to, jaký výkon podal. Až po řádné pochvalě je možné zmínit některé nedostatky a nabídnout konkrétní řešení.

**5. Opětovné přehrání scénky, roli klienta přebírá model.** V této scénce se klient stává pozorovatelem a scénku přehrává model (koterapeut, jiný klient), který se snaží scénku přehrát o něco lépe než samotný klient předtím. Do přehrávání scénky může terapeut vstupovat a upozorňovat na důležité momenty. Nakonec je klient požádán, aby scénku zhodnotil.

**6. Zopakování scénky s klientem za vedení terapeuta.** Klient opakuje scénku a snaží se soustředit na instrukce, které dostal od terapeuta (bod 4) a také na to, co viděl u modelu. Terapeut ho během scénky podporuje a radí mu.

**7. Zhodnocení zlepšení.** Téměř vždy dojde ke zlepšení při druhé přehrávané scéně oproti první. Opět je klientův výkon oceněn a pochválen jak ze strany terapeuta, tak ze strany ostatních klientů.

**8. Domácí úkol.** Plnění domácích úkolů je jedním z nejdůležitějších bodů při NSD, jelikož klient přenáší dovednosti, které získal na sezení, do reálného života. Mezi jednotlivými sezeními dostává klient od psychologa domácí úkoly, které by měly být velmi konkrétní. Ještě během sezení s terapeutem probere podrobnosti. V závislosti na úspěchu při plnění úkolů se jedinec i terapeut budou soustředit na obtížnější dovednosti na příštím sezení (Lieberman a kol., 1989 in Možný, & Praško, 1999; LeCroy, 1994).

## 6.2 Nácvik sebeinstruktáže

Sebeinstruktáž se řadí mezi terapeutické metody zaměřené na snížení impulzivního chování. Vychází z toho, že jednání jedince je ovlivněno tím, co si v dané situaci říká. Učí se tedy používat sebeinstruktáž tak, aby se povzbuzoval při plnění pro něj obtížného úkolu a zbavil se tak nepříjemného pocitu, který při plnění úkolu prožívá (Možný, & Praško, 1999; Ronenová, 2000).

Kendal & Braswell (1993) uvádí, že sebeinstruktáž obsahuje pět typů příkazů:

Definice problému	„Pojďme se podívat, co mám dělat.“
Přístup k problému	„Musím se podívat na všechny možnosti“
Zaměření pozornosti	„Lépe se soustředím a myslím na to, co dělám“
Výběr odpovědi	„ Myslím si, že je to ...“
Sebeposílení	„Není to špatné, povedlo se mi to“
Zvládání vyjádření	„Udělal jsem chybu. Příště budu postupovat pomaleji a víc se soustředit a možná se mi to povede“

## 6.3 Nácvik řešení problémů

Schopnost řešit problémy je velmi důležitá jak v mezilidských vztazích, tak při zvládání různých sociálních situací. Je to vlastně schopnost rozumět mezilidským konfliktům. Mnoho lidí není schopno konflikt řešit. Vzájemně se obviňují, uráží se, vyčítají se staré křivdy a konflikt vyhrocují. Je důležité najít příčinu problému a také se dohodnout na rozumném řešení, který bude vyhovovat oběma stranám (Kendall, & Braswell, 1993; Kratochvíl, 2001; Ronenová, 2000; Nezu, & Nezu, 2012).

Jedná se o metodu, kterou se zvládne jedinec naučit, bude-li procvičovat a postupovat podle jednotlivých kroků, a to tak, že na krok následující je možné přejít až po zvládnutí kroku předchozího. Strukturované řešení problémů můžeme rozdělit do tří částí (Kratochvíl, 2001; Ronenová, 2000; Nezu, 2012; Možný, & Praško, 1999).

Cílem první části je určení a popsání problému. V této fázi si sám klient určí konkrétní problém, který chce řešit. (Možný, Praško, 1999). Problém by se měl popisovat na úrovni chování, co jedinci vadí, co by chtěl změnit nebo odstranit a také to, čeho by chtěl dosáhnout (Kratochvíl, 2001).

Ve druhé etapě se navrhuje řešení problému. Klient se snaží vymýšlet a hledat co největší množství možných řešení. Nezáleží na tom, zda jsou reálná nebo nereálná, velkou roli zde hraje kvantita – každé řešení se zapíše do seznamu. S klientem se pak projdou jednotlivá navržená řešení a diskutuje se s ním o jejich negativních i pozitivních důsledcích. Dále si klient určí řešení, které mu nejvíce vyhovuje. Aby tohoto vybraného řešení dosáhl, musí si naplánovat konkrétní kroky, které musí vykonat. Musí si také ujasnit postup, narazí-li na překážku.

Další fází je samotné uskutečnění klientova vybraného řešení. Tato etapa by měla končit tím, že se klient ocení za úsilí, které do vykonání plánu vložil. Nezáleží na tom, zda byl jeho výsledek úspěšný či nikoliv. Bylo-li klientovo úsilí úspěšné, zaměří se na řešení dalších problémů. (Možný, & Praško, 1999, 2010; Kratochvíl, 2001).

#### **6.4 Nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu**

Tato terapeutická metoda byla vytvořena Meichenbaumem (2007), který ji nazval Stress Inoculation Training (dále jen SIT). SIT má za cíl pomoci dítěti vytvořit si takový soubor dovedností, který mu pomůže lépe se vypořádat s problematickými a stresujícími situacemi (Ronenová, 2000). SIT se skládá ze tří vzájemně propojených a překrývajících se fází:

1. **Popisná fáze**, ve které se získávají informace a dochází k **poučení** klienta. Terapeut prostřednictvím rozhovoru, hraní rolí i zkoušek v reálných situacích zjišťuje, jak klient jedná ve stresových situacích (Možný, & Praško, 1999). Klient se učí, jak rozpoznat spouštěče stresu a jak je zvládnout v bezpečném prostředí terapie (Kennard, 2010; Meichenbaum, 2007). Je důležité, aby klient svému problému porozuměl, proto je pro něj důležité si jej přeformulovat a rozložit do jednotlivých složek (Ronenová, 2000; Možný, & Praško, 1999).

2. Fáze, ve které klient **získává a rozvíjí dovednosti** a systematicky nacvičuje zvládání jednotlivých stresujících situací. Učí se rozpoznat své vlastní emoce, myšlenky a reakce (Kennard, 2010). Nejdůležitější v této fázi je, aby se jedinec zaměřil na vnitřní dialog, který vede a pomocí kterého čelí svým problémům („Bojím se. Nedokážu to“) (Ronenová, 2000). Nacvičuje si povzbuzující výroky, které mu nejvíce pomáhají. Při přípravě na stresující situaci jsou to výroky jako např.: „Klid, pomalu, zvládnou to, dokážu to, neboj se, uvolni se,...“. Během stresové situace a po ní např.: „Není to tak hrozné, jak jsem si myslel, dokázal jsem to, zvládl jsem to lépe, než jsem předpokládal, ...“ (Meichenbaum, 2007; Ronenová, 2000; Možný, & Praško, 1999).
3. **Aplikace, uplatnění získaných dovedností** v praxi, v reálných životních situacích. Během třetí a poslední fáze léčby je nutné, aby klient v reálných situacích uplatnil to, co se dosud naučil (Kennard, 2010). Začíná od méně náročných situací a postupuje k obtížnějším (Ronenová, 2000; Možný, & Praško, 1999).

## 6.5 Token economy

V řadě ústavních institucí pro mládež s PCH se využívá technika token economy (Kazdin, 1982; Hackenberg, 2009), některými autory nazývaná také jako bodovací systém (Matoušek, & Kroftová, 2003), poukázkový systém (Fontana, 2003), kuponové hospodářství (Bendl, 2004). Jedná se o techniku, která představuje klasický způsob podmiňování. Jedinec dostává poukázky (např. zapisují se mu body či kreslí obrázky do sešitu) za dobré a ukázněné chování. Tuto poukázku dostane vždy, když se chová dle určených norem. V případě, že pravidla poruší a jeho chování je nežádoucí, přichází o ni. Poté se poukázky sčítají a jsou proměněny za odměnu (např. výlet, dívání na televizi, hraní oblíbených her) (Bendl, 2004; Fontana, 2003; Matoušek, & Kroftová, 2003; Kearney, 2008; Hackenberg, 2009). Můžeme říct, že tato technika je vlastně forma úmluvy o chování, kterou uzavírá dítě s dospělým. Když se bude chovat ukázněně, odměnu dostane a naopak (Stuart, 1971 in Fontana, 2003).

Výhody, které uvádí Fontana (2003) jsou ty, že jako zdroj odměn můžeme zapojit rodiče i širší společenství a tím zvýšit účinnost úmluvy. Výzkumy ukázaly, že využití techniky token economy snižuje výskyt PCH (Mottram, Bray, Kehle, Broudy, & Jenson, 2002). V souvislosti s token economy s objevují i problémy. Jedním z nich je např. to, že možnost získání odměny je vzdálená a není dostatečně působivá (např. odměnu dostanou až na konci týdne), takže děti nejsou tolik motivované tyto odměny sbírat.

## **7. Návrh výzkumu**

V teoretické části jsem se zaměřila na podporu jedinců s poruchami chování v kontextu dvou péčí, poradenské a ústavní. V literatuře se uvádí, že použití metod KBT při nápravě PCH je účinné (např. Karnik, McMullin, & Steiner, 2006; Matoušek, & Kroftová, 2003; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Ronenová, 2000). Proto jsem se rozhodla navázat na toto téma a ověřit toto tvrzení v rámci svého návrhu výzkumu.

### **7.1. Výzkumný problém**

Chtěla bych zjistit, jak jedinci, kteří absolvovali terapii pomocí KBT, sami hodnotí její účinnost, tedy prospěch, který jim přinesla. Jak se naučili zvládat běžné životní situace bez podpory terapeuta, zda mají pocit, že se své poruchy zbavili nebo se její projevy zmírnily natolik, že jim v běžném životě nepůsobí problémy. Jsem si vědoma toho, že počáteční podmínky nejsou srovnatelné, protože do poraden docházejí jedinci s menšími problémy, zatímco ti, kteří jsou zařazeni do ústavu, už mají problémy závažnější. Na druhou stranu zatímco do poradny jedinci docházejí třeba jen třikrát za měsíc, ve výchovném ústavu se s jedinci pracuje denně a tím daleko intenzivněji. Cílem mého výzkumu je tedy zjistit, jak velká část absolventů poradenské péče hodnotí metodu KBT z dlouhodobého hlediska jako účinnou (uvědomuje si ji a aktivně ji využívá) a jak velká část klientů ústavů. Když hovořím o dlouhodobém hledisku, musím výzkum koncipovat jako longitudinální.

Pro svůj výzkum jsem si vybrala skupinu jedinců ve věku 17-18 let. Vybrala jsem si je proto, že předpokládám, že v tomto věku těsně před dospělostí už mají nějaké životní zkušenosti a určitý náhled do budoucna, konkrétnější představu o tom, co by chtěli v budoucnu dělat. V tomto věku už jsou schopni zhodnotit, která metoda KBT na ně dobře působí, která jim přináší prospěch, kterou dokáží samostatně využít. Musí to být jedinci, kteří absolvovali poradenskou nebo ústavní péči v trvání alespoň půl roku a právě s ní končí. Z tohoto důvodu jsem musela ze všech orgánů ústavní i poradenské péče vybrat pouze ty, které splňují mnou zadaná kritéria. Jedinci, kteří by splňovali tato kritéria, se vyskytují pouze v pedagogicko-psychologických poradnách, střediskách výchovné péče a ve výchovných ústavech.

## Výzkumné otázky

Které metody KBT shledávají klienti ústavní a poradenské péče jako účinné?

Které z těchto metod KBT klienti používají po ukončení ústavní a poradenské péče?

Jak dlouho klienti používají metody KBT po ukončení ústavní a poradenské péče?

## 7.2 Vymezení pojmu a operacionalizace proměnných

V rámci výzkumu pracuji s těmito pojmy: poruchy chování, poradenská péče, ústavní péče, metody kognitivně-behaviorální terapie, plány do budoucna. V teoretické části jsem již některé z těchto pojmů vymežila na obecné rovině. Je však nezbytné specifikovat si, jak chápu uvedené pojmy v kontextu tohoto výzkumu.

Termínem *poruchy chování* je myšleno takové nepřiměřené a nespolečenské chování, kdy dítě není schopno respektovat sociální normy a které se vymyká chování, které je typické pro daný věk.

*Poradenská péče* se snaží pomoci dětem i mladistvým, které nemají závažné psychické poruchy. Poradenská péče se vztahuje jak na samotného jedince, tak na jeho rodinu i na sociální okolí, ve kterém se jedinec vyskytuje. Mezi orgány spadající do poradenské péče, se kterými budu v tomto výzkumu pracovat, se řadí pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče.

V *ústavní péči* se nacházejí jedinci, kterým byla nařízena ústavní nebo ochranná výchova. Takoví jedinci jsou umístěni do diagnostických ústavů, dětských domovů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů. V rámci svého výzkumu se budu věnovat pouze výchovným ústavům. Ostatní orgány nesplňují mnou požadovaná kritéria z hlediska věku nebo délky pobytu.

V mém výzkumu jsou zahrnuty *metody KBT*, které jsem již uvedla v teoretické části (viz kap. 6). V návrhu výzkumu mě zajímá, která konkrétní metoda se zdá účinná - je uvědomovaná respondentem a aktivně ji využívá.

*Plány do budoucna* jsou klientovy představy o tom, v jaké situaci bude za rok z hlediska rodinného stavu, práce, studia.



### 7.3 Zvolené výzkumné metody

V rámci mé bakalářské práce jsem jako vhodnou metodu sběru dat zvolila **polostrukturovaný rozhovor**. Tento typ rozhovoru jsem si zvolila proto, že má určitý řád, ale je flexibilnější než strukturovaný rozhovor. Z téhož důvodu jsem zavrhla i formu dotazníku, protože by mi nestačily pouze jednoduché odpovědi. Při polostrukturovaném rozhovoru je také možné použít inquiry, kdy klademe doplňující otázky, jde tedy o vysvětlení, upřesnění, co odpovědi respondent myslí (Mioviský, 2006). Rozhovor by zároveň neměl být moc dlouhý, aby neunavil respondenty. Průměrnou délku rozhovoru odhaduji na třicet minut. Předpokládám, že každý respondent se bude k dané problematice vyjadřovat jinou dobu, je tedy možné, že některé rozhovory budou kratší, jiné delší.

V rámci mého výzkumu budu používat dva rozhovory. První se uskuteční při úvodním rozhovoru, který se bude konat při ukončení terapie, druhý pak po roce.

**První rozhovor** jsem si rozdělila do tří částí v souvislosti s výzkumnými problémy.

- 1) **Zmapování situace** respondentů v ústavní a poradenské péči (důvody, proč v péči je, jak dlouho v péči je, jaké má vztahy s rodiči, jaké má zázemí, vztah s vrstevníky, ...). Získané informace bych si dále ověřila v dokumentaci, případně v rozhovoru s terapeutem.
- 2) **Plány do budoucna**. Respondentovy představy o tom, v jaké situaci bude za rok z hlediska rodinného stavu, práce, studia
- 3) **Metody KBT**. Respondentovi popíšu a vysvětlím na příkladech metody KBT. Budu se ho ptát, zda si je pamatuje, zda se je učil využívat a zeptám se ho, které považoval za účinné a u kterých předpokládá, že je i nadále bude využívat.

Odpovědi budu zaznamenávat do mnou předem připraveného archu. Tento záznamový arch bude sloužit pouze pro lepší přehlednost a také snadnější vyhodnocování mého výzkumu. Zároveň budu rozhovory nahrávat. Pokud by respondenti s nahráváním nesouhlasili, odpovědi bych si podrobněji zaznamenávala do sešitu.

**Druhý rozhovor** bude probíhat po roce od rozhovoru prvního. Bude rozdělen do dvou oblastí.

- 1) **Zmapování situace**. Ověření naplňování jejich plánů do budoucna. Hodnocení vlastní situace, zda se nevrátili do stavu před započítím terapie.
- 2) **Využití metod**. Zda se podařilo PCH zvládat, pomocí jakých metod.

#### **7.4. Výzkumný soubor**

Pro potřeby mého výzkumu je vhodné sestavit soubor alespoň čtyřiceti respondentů, kteří mají poruchu chování. Nezohledňovala jsem zde pohlaví respondentů, pouze to, aby dvacet respondentů bylo z poradenské péče a dvacet z péče ústavní. Další důležitou podmínkou je, že orgány poradenské a ústavní péče, ve kterých se respondenti pohybovaly, používají techniky KBT.

Výzkumný soubor by měl obsahovat respondenty ve věku 17-18 let. Tuto věkovou skupinu jsem zvolila, protože předpokládám, že v tomto věku těsně před dospělostí už mají nějaké životní zkušenosti a určitý náhled do budoucna, konkrétnější představu o tom, co by chtěli v budoucnu dělat a představu, jakým způsobem by toho mohli dosáhnout. V tomto věku už jsou schopni zhodnotit, která metoda KBT na ně dobře působí, která jim přináší prospěch, kterou dokáží samostatně využít.

Musí se jednat o respondenty, kteří absolvovali poradenskou nebo ústavní péči v trvání alespoň půl roku a právě s ní končí. Délku pobytu v ústavní nebo poradenské péči jsem si vybrala z toho důvodu, že respondenti si vytvořili vztah s terapeutem a jsou seznámeni s chodem a s pravidly péče. Při této délce péče by se už také měly účinky metod projevit. Nejvhodnější by také bylo, kdyby se mi podařilo najít respondenty, kteří by odcházeli z péče ve stejnou dobu.

Výzkumný soubor bych vybrala z Prahy, ze středních Čech a z východních a jihovýchodních Čech a to proto, že jsou pro mě nejlépe dostupné a také z toho důvodu, že se zde nachází velké množství orgánů ústavní a poradenské péče.

Výběr bude nenáhodný, provedu ho na základě dobrovolnosti. Zprvu oslovím všechny respondenty ve věku 17 a 18 let, jak dívky, tak chlapce, seznámím je s návrhem výzkumu a poté jim řeknu, aby si sami vybrali, zda se výzkumu chtějí účastnit nebo ne.

#### **7.5 Metoda sběru dat**

Samotnému sběru dat bude předcházet přípravná fáze. Ta bude spočívat v tom, že vybrané orgány ústavní a poradenské péče oslovím prostřednictvím emailu. Seznámím je s cílem výzkumu, poprosím je a domluví se s nimi na spolupráci na výzkumu.

V dalším kroku oslovím jedince, kteří splňují mnou popsaná kritéria, a požádám je o spolupráci. Vysvětlím jim, jakým způsobem bude výzkum probíhat a jak naložím se

získanými daty. Předem je upozorním na to, že s nimi budu chtít pracovat znovu po jednom roce a zeptám se jich, zda budou ochotni se takového výzkumu zúčastnit.

S každým respondentem poté provedu rozhovor. Ten bude probíhat s každým respondentem zvlášť, aby měli dostatečný čas a prostor na odpovědi. Zároveň bych se jich zeptala, zda souhlasí s tím, že rozhovory budou nahrávané. Pokud by někteří nesouhlasili, odpovědi bych si pouze poznamenávala do sešitu. Současně budu získaná data srovnávat s dokumentací účastníků výzkumu.

Od respondentů si vezmu telefonní číslo či adresu a připomenu jim, že výzkum je longitudinální a že po roce s nimi opět provedu podobný rozhovor.

Podobný proces bude probíhat o rok později. Po roce tyto účastníky vyhledám. Krátce jim připomenu, čeho se můj výzkum týká a následně s nimi provedu druhý rozhovor. Získané odpovědi si budu opět zapisovat do záznamového archu a nahrávat. Pro zajímavost bych také mohla na závěr rozhovor respondentům pustit před rokem nahraný rozhovor, aby oni sami měli srovnání, jak mluvili tehdy a teď.

V rámci toho výzkumu budu muset počítat s faktem, že druhého rozhovoru se nezúčastní všichni respondenti, kteří se účastnili rozhovoru číslo jedna. Může se tak stát proto, že někteří respondenti se již výzkumu nebudou chtít zúčastnit, nepodaří se mi je zkontaktovat, odstěhují se nebo dokonce zemřou.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky poruch chování je kladen důraz i na etické otázky a zajištění bezpečí respondentů. Důraz bude kladen na anonymitu respondentů a na moji mlčenlivost ve vztahu k osobním údajům respondentů.

Respondenti musí být o cíli a náplni výzkumu předem informováni ústně. Poté jim bude předložen informovaný souhlas, ve kterém respondent podpisem stvrdí, že informace o výzkum obdržel a že tedy souhlasí účastí na výzkumu a s poskytnutím výzkumného materiálu ve formě nahrávky. V případě nezletilých respondentů musí být informovaný souhlas podepsaný rodiči, či zákonnými zástupci. Před započítím výzkumu musím počítat s tím, že i když se respondenti účastnit výzkumu chtějí budou, bude pro ně určitě těžké se svěřovat se svými problémy. Bude jim tedy nabídnuta možnost kdykoliv během výzkumu spolupráci odříct a dál se ho neúčastnit.

## 7.6 Popis, rozbor a interpretace dat

Celé doslovně přepsané rozhovory by byly uvedeny v přílohách práce. Klíčové informace by byly pro větší přehlednost zaznamenány do tabulek. V těchto tabulkách by byly uvedeny jednotlivé metody KBT a zkrácené odpovědi respondentů tak, aby z nich byl názor respondenta na první pohled patrný. Podrobnější rozbor a interpretace dat by byly dále provedeny slovně.

## 7.7. Diskuze a závěr

Jak jsem již zmínila, vzhledem k výchozím podmínkám jsem výzkum rozdělila na poradenskou a ústavní péči a nesrovnávala je navzájem. Jestliže by však procento lidí, kteří shledávají metodu z dlouhodobého hlediska účinnou, bylo v poradenské i ústavní péči srovnatelné, pak by se mohlo vyvodit, že ačkoli byly počáteční podmínky rozdílné, četnost terapií by tento hendikep kompenzovala. Pro vyslovení takového závěru by však jeden výzkum byl naprosto nedostačující, byla by to jen hypotéza, která by se musela důkladně ověřit na daleko širším vzorku respondentů z různých oblastí České republiky.

Tento výzkum jsem omezila na Prahu, Střední Čechy a Východní Čechy. Výzkum by bylo do budoucna nutné rozšířit v rámci celé České republiky, tedy i do oblastí, které jsou známy svými horšími sociálními problémy, větší nezaměstnaností, koncentrací obyvatel etnických menšin, atd. Pro celkový obraz by se musely vzít veškeré výsledky z celé ČR dohromady.

Pokud jde o *limity* v rámci návrhu výzkumu, domnívám se, že je jich několik. Prvním z nich je vzorek respondentů. Může se stát, že se mi nepodaří najít tolik respondentů splňujících mnou nastavené podmínky a navíc ochotných spolupracovat.

Je pravděpodobné, že větší ochota ke spolupráci bude u jedinců, kteří svou poruchu chování pomocí nácviku KBT zvládli úspěšně a mají se vlastně čím pochlubit. Také jejich odpovědi budou zřejmě podrobnější a rozsáhlejší. Jestliže se jim podaří svoje chování korigovat i v budoucnu, jistě nebudou mít problém pokračovat ve výzkumu i po roce.

Jestliže bych zvolila princip dobrovolnosti, zajistila bych tím pravděpodobně to, že by respondenti odpovídali ochotně a pravdivě a že by se výzkumu zúčastnili i po roce. Na druhou stranu by se mohlo stát, že právě dobrovolnost by mohla přinést zkreslení výsledků. Je totiž možné, že by se přihlásili jen ti, kterým se podařilo se svou poruchou vyrovnat, zatímco ti, kterým se to nepodařilo, by odpovídat nechtěli. Přesvědčila bych se sice o tom, že metoda

KBT je u mnoha jedinců účinná, pokud bych však chtěla provést kvantitativní šetření, tedy uvést, kolika procentům klientů ze vzorku tato metoda pomohla, nemusel by být výsledek vypovídající. Bylo by tedy lepší, kdyby se výzkumu účastnili absolventi terapie vybraní zcela náhodně, kteří by neměli možnost volby. Pak by však bylo nutné počítat s tím, že by odpovědi mohly být přikrášlené nebo dokonce nepravdivé, a také s tím, že za rok by tito „nedobrovolníci“ z výzkumu odešli.

Limitem by mohla být i zvolená výzkumná metoda, a to rozhovor. Budu mít sice připravené okruhy a i otázky, které budu respondentům pokládat, ale respondent může buď začít odbíhat od tématu, nebo mu naopak bude dělat velké problémy odpovědět. V tomto případě musím mít připravené otázky, které ho k tématu rozhovoru vrátí anebo které mu pomohou se rozprávět. Pokud by respondent stále odbíhal od tématu, nebyl by schopen mluvit na dané téma, mohla bych mu dát nejprve dotazník, nad kterým bychom pak mohli ještě diskutovat a odpovědi upřesňovat.

Dalším omezením může být i to, že třebaže předpokládám, že osmnáctiletí lidé už mají určitou představu o životě, nemusí to tak být. Někteří jedinci jsou v tomto věku ještě zcela sociálně nezralí a projevuje se to i v jejich názorech a chování. Někteří tak nemusí být schopni zhodnotit účinnost metod, nemusí mít konkrétní představu o své budoucnosti.

Limitujícím faktorem by mohl být výběr vzorku respondentů. Je možné, že zjistím, že výzkumný vzorek bude příliš malý, nedostatečně reprezentativní. Pro budoucí zkoumání by bylo samozřejmě lepší mít více respondentů, aby se reprezentativnost vzorku zvýšila.

Respondenti mohou účast na výzkumu kdykoliv ukončit. Dopředu však nevím, kolik respondentů spolupráci ukončí a kolik jich bude i nadále ve výzkumu pokračovat. Dále se musí počítat s tím, že druhého rozhovoru se nemusí zúčastnit všichni respondenti, kteří se účastnili rozhovoru prvního. Nepodaří se mi je zkontaktovat nebo dokonce zemřou. I s těmito fakty však musím ve výzkumu počítat a i z tohoto důvodu by bylo vhodné navýšit vzorek respondentů ústavní a poradenské péče.

Další omezení spatřuji v možnosti nahlédnout do dokumentace. Mohlo by se stát, že mi nebude umožněno do dokumentace nahlédnout a terapeut mi nebude smět poskytnout důvěrné informace, které od klienta má.

Další limity by jistě vplynuly během realizace výzkumu a nemohu je předem předpokládat.

## Závěr

V této bakalářské práci jsem se snažila představit poruchy chování, jejich klasifikaci a příčiny jejich vzniku. Dále jsem nastínila možnosti jejich podpory v rámci poradenské a ústavní péče a v této souvislosti uvedla komplexní přehled všech orgánů poradenské i ústavní péče, které v České republice existují. V závěru teoretické části jsem popsala některé metody KBT, které se v rámci těchto dvou péčí využívají.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První, literárně-přehledová část, je rozdělena do šesti kapitol. V první kapitole se věnuji tomu, co různí autoři považují za problémové chování, ať už to nazývají jakýmkoliv termínem. Poukazuji zde též na to, že se danou problematikou nezabývá pouze psychologie, ale také mnoho dalších oborů jako např. sociologie nebo pedagogika.

Druhá kapitola popisuje příčiny vzniku poruch chování. Snažím se stručně popsat sociální, biologické i osobnostní faktory, které se na vzniku poruch chování podílejí. Je důležité si uvědomit, že tyto faktory nepůsobí samostatně, ale že se téměř vždy jedná o souhru všech faktorů.

Následující kapitola je zaměřena na klasifikaci poruch chování z různých hledisek. První klasifikace poruch chování je podle závažnosti, kde uvádím dělení poruch na disociální, asociální a antisociální. Další klasifikace je popsána podle DSM-IV, která uvádí antisociální poruchu chování a poruchu opozičního vzdoru. Pro srovnání zmiňuji další klasifikace, např. podle MKN-10.

Čtvrtá a pátá kapitola je věnována podpoře žáků jak v ústavní, tak v poradenské péči. Snažím se zde podrobně popsat, jaké v České republice existují orgány ústavní a poradenské péče. V rámci poradenské péče jmenuji školního metodika prevence, školního speciálního pedagoga, výchovného poradce, školního psychologa, pedagogicko-psychologickou poradnu, speciálně pedagogické centrum a středisko výchovné péče. V rámci ústavní péče je popsána funkce diagnostického ústavu, dětského domova a výchovného ústavu.

Některým metodám KBT, které se používají v rámci ústavní a poradenské péče, se věnuje poslední kapitola. Konkrétně se jedná o nácvik sociálních dovedností, nácvik sebeinstruktáže, nácvik řešení problémů, nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu a technika token economy.

Druhá část práce je věnována návrhu výzkumu, který navazuje na teoretickou část. Zabývá se tím, jak klienti vnímají účinnost některých metod KBT v ústavní a poradenské péči. V této části bakalářské práce popisují cíl výzkumu, výzkumné metody, výzkumný soubor, postup při sběru dat a jejich rozbor a interpretaci. Výzkum je navrhován jako longitudinální, to znamená, že další šetření by se provedlo rok od šetření prvotního.

## Seznam použité literatury

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Withdrawn.* (4th ed., 198 s.) Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Atkinson, R. (2003). *Psychologie.* Praha: Portál.

Auger, M., & Boucharlat, C. (2005). *Učitel a problémový žák: strategie pro řešení problémů s kázní a učením.* Praha: Portál.

Baumgartner, F., Orosová, O., & Výrost, J. (2008). Sociální inteligence a kompetence. In. J. Výrost, & I. Slaměník (Eds.). *Sociální psychologie.* Praha: Grada. (pp. 199-216).

Bendl, S. (2004). *Neukázněný žák: cesta institucionální pomoci.* Praha: ISV nakladatelství.

Bowen, J., Jenson, W., & Clark, E. (2004). *School-based interventions for students with behavior problems.* New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Cooper, P. (1993). *Effective schools for disaffected students: integration and segregation.* New York: Routledge.

Čáp, D. (2013). Tradiční pohled na problematické chování. In V. Mertin, & L. Krejčová (Eds.). *Problémy s chováním ve škole – jak na ně: individuální výchovný plan.* (pp. 33-36). Wolters Kluwer Česká republika.

Čáp, J., & Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele.* Praha: Portál.

Černíková, V. (2008). *Sociální ochrana: terciární prevence, její možnosti a limity.* Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Česká republika (2005). Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In *Sbírka zákonů.* [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>

Česká republika (2012). Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In *Sbírka zákonů České republiky.* [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Česká republika (2003). Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech



mládeže). In *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>

Česká republika (2002). Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>

Česká republika (1999). Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. In *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

Čírtková, L. (2004). *Forenzní psychologie*. Plzeň: Aleš Čeněk.

Dětský diagnostický ústav Hradec Králové (c2010). *Co děláme*. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné na: <http://www.ddu-hk.cz/co-delame>

Farrell, P. (1995). Emotional and behavioural difficulties: Causes, definition and assessment. In P. Farrell (Ed.). *Children with emotional and behavioural difficulties: strategies for assessment and intervention*. (pp. 1-15). Washington, D.C.: Falmer Press.

Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. (1998). Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Archives Of General Psychiatry*, 55(8), 721-727.

Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.

Fontana, D. (2010). *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele*. Praha: Portál.

Hackenberg, T. (2009). Token Reinforcement: A Review and Analysis. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 91(2), pp. 257-286.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hendricks, M. A., Sale, E. W., Evans, C. J., & McKinley, L. (2010). Evaluation of a truancy court intervention in four middle schools. *Psychology In The Schools*, 47(2), 173-193.

Hester, P. (2002). What Teachers Can Do to Prevent Behavior Problems in School. *Preventing school failure*, 47(1), pp. 33-39.

- Hrčka, M. (2001). *Sociální deviace*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Janský, P. (2004). *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Kalhous, Z. (2000). *Školní didaktika*. Praha: Portál.
- Karnik, N. S., McMullin, M. A., & Steiner, H. (2006). Disruptive behaviors: Conduct and oppositional disorders in adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*, 17(1), pp. 97-114.
- Kavale, K. A., Mathur, S. R., & Mostert, M. P. (2004). Social Skills Training and Teaching Social Behavior to Students with Emotional and Behavioral Disorders. In R. B. Rutherford, M. Quinn, S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 446-461). New York, NY US: Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (1982). The Token Economy: A Decade Later. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 15(3), pp. 431-445.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), pp. 1349-1356.
- Kearney, A. (2008). *Understanding applied behavior analysis: an introduction to ABA for parents, teachers, and other professionals*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Kennard, J. (2010). Stress Inoculation Training (Therapy). [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné z: <http://www.healthcentral.com/anxiety/c/1950/116441/stress-inoculation/>
- Kendall, P., & Braswell, L. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press.
- Keogh, B. (2007). *Temperament ve třídě*. Praha: Grada.
- Koukolík, F. (2001). *Život s deprivanty*. Praha: Galén.
- Kraus, J., & Petráčková, V. (1995). *Akademický slovník cizích slov II.díl L-Ž*. Praha: Academia
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.

- Kroneman, L. M., Loeber, R., Hipwell, A. E., & Koot, H. M. (2009). Girls' disruptive behavior and its relationship to family functioning: A review. *Journal Of Child And Family Studies*, 18(3), 259-273.
- Kyriacou, C. (2005). *Řešení výchovných problémů ve škole*. Praha: Portál.
- Labáth, V. (2001). *Riziková mládež: možnosti potenciálních změn*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- LeCroy, C. (1994). *Handbook of child and adolescent treatment manuals*. New York: Maxwell Macmillan International.
- Lieberman, R. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Línková, I. (c2010). *Ambulantní oddělení*. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné z: [http://www.vuboletice.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=158&Itemid=70](http://www.vuboletice.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=158&Itemid=70)
- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 50(1-2).
- Marková, M. (2008). Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 9(3), 190-191.
- Matoušek, O. (1996). *Práce s rizikovou mládeží: projekt LATA a další alternativy věznění mládeže*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (1999). *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Matoušek, O., & Kroftová, A. (2003). *Mládež a delikvence: [možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže]*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál.
- McKinney, C., & Morse, M. (2012). Assessment of Disruptive Behavior Disorders: Tools and Recommendations. *American Psychological Association*, 43(6), pp. 641-649.

- Meichenbaum, D. (2007). Stress Inoculation Training: A preventative and treatment approach. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. S. Sime (Eds.). *Principles and Practice of Stress Management*. (pp. 497-518). New York: The Guilford Press.
- Mertin, V., & Krejčová, L. (2009). *Výchovné poradenství*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika.
- Michalová, Z. (2007). *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš.
- Miovský, M., & Bartík, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: TOGGA.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mottram, L., Bray, M., Kehle, T., Broudy, M., & Jenson, W. (2002). A Classroom-Based Intervention to Reduce Disruptive Behaviors. *Journal of applied school psychology*, 19(1), pp. 65-74.
- Možný, P., & Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
- Možný, P., & Praško, J. (2010). Kognitivně behaviorální terapie. In Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. (pp. 195-234). Praha: Portál.
- Müller, O. (2001). *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. V Olomouci: Univerzita Palackého.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*. National Collaborating Centre for Mental Health.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Nelson, M. M., & Eyberg, S. M. (2013). Conducting parent management training. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, B. A. Greene (Eds.). *Psychologists' desk reference*. (pp. 361-364). New York, NY US: Oxford University Press.

- Nezu, A. M., & Nezu, Ch. M. (2012). Problem Solving. In O'Donohue, W., & Fisher, J. (Eds.). *Cognitive behavior therapy: core principles for practice*. (pp. 159-182). Hoboken, N. J.: Wiley.
- Norwich, E. (2005). *Special teaching for special children?: pedagogies for inclusion*. Maidenhead: Open University Press.
- Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.
- Pešová, I., & Šamalík, M. (2006). *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada.
- Petráčeková, V. (1995). *Akademický slovník cizích slov: II. díl. L-Ž*. Praha: Academia.
- Peterson, M., & Hittie, M. (2010). *Inclusive teaching: the journey towards effective schools for all learners*. Boston: Allyn.
- Pipeková, J. (1998). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Pokorná, V. (2001). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál.
- Powell, N. R., Lochman, J. E., & Boxmeyer, C. L. (2007). The prevention of conduct problems. *International Review Of Psychiatry*, 19(6), pp. 597-605.
- Psychiatrické centrum Praha. (2000). *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (2000). Praha: Psychiatrické centrum.
- Raine, A., & Liu, J. (1998). Biological predispositions to violence and their implications for biosocial treatment and prevention. *Psychology, Crime & Law*, 4(2), 107-125.
- Ronenová, T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Searight, H., Rottnek, F., & Abby, S. (2001). *Conduct Disorder: Diagnosis and Treatment in Primary Care*. 63(8), pp. 1579-1588.
- Schroeder, C., & Gordon, B. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems: a clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Slomek, Z. (2010). *Etopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.

- Strong Kinnaman, J. E., & Bellack, A. S. (2012). Social skills. In O'Donohue, W., & Fisher, J. (Eds.). *Cognitive behavior therapy: core principles for practice*. (pp. 251-272). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Suchánek, K. (2014). *Vnitřní řád*. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné na: <http://www.vuvm.cz/dokumenty-vnitri-rad/>
- SVP Návrat Hradec Králové (c2011). *Celodenní péče*. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné na: <http://www.svphk.cz/nabidka-sluzeb/celodenni-pece/>
- SVP Pyramida (c2011). *Internátní oddělení*. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné na: <http://www.svppyramida.cz/internat.html>
- Šteflová, J. (2005). *Cesta ke školnímu psychologovi*. Praha: Učitel'ské noviny. [online]. [cit. 30.4.2014]. Dostupné z: <http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=4182>
- Štípek, P. (2011). *Dítě na zabití: příručka pro rodiče dětí a dospívajících s problémovým chováním*. Praha: Portál.
- Švancar, Z., & Buriánová, J. (1988). *Speciálně-pedagogické problémy ústavní a ochranné výchovy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Theiner, P. (2007). *Poruchy chování u dětí a dospívajících*. 2007(2), pp. 85-87. [online]. [cit. 1.4.2014]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/02/09.pdf>
- Train, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. (Vyd. 1., 198 s.) Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (1997). *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum
- Vítková, M. (2004). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. Brno: Paido.
- Vocilka, M. (1997). *Netradiční forma prevence poruch chování: náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež*. Praha: Tech-Market.
- Vodáčková, D. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Vojtová, V. (2008). *Kapitoly z etopedie*. Brno: Masarykova univerzita.

Wasserman, T., & Vogrin, D. (1979). Long-term effects of a token economy on target and off-task behaviors. *Psychology in the schools*, 16(4), pp. 551-557.

Williams, H. D. (1927). Truancy and delinquency. *Journal Of Applied Psychology*, 11(4), pp. 276-288.

## **Seznam figur**

Fig. 1 Faktory, které působí na žáka, ovlivňují jeho vývoj a přispívají ke vzniku PCH (Hester, 2002, s. 34) .....	13
---	----