

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Žák s psychiatrickou diagnózou na základní škole
A primary school pupil with a psychiatric diagnosis

Kateřina Vyhnánková

Vedoucí práce: prof. PaedDr. Miroslava Bartoňová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (B7506)

Studijní obor: B SPPG (7506R002)

Prohlášení

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Žák s psychiatrickou diagnózou na základní škole potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 5. července 2021

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní profesorce PaedDr. Miroslavě Bartoňové, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady a velmi laskavý přístup při psaní bakalářské práce. Děkuji všem informantům, kteří mně umožnili provést výzkum, za jejich vstřícnost, čas a otevřenost.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je žák s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu. Teoretická část práce vymezuje legislativní rámec, státní a školní kurikulární dokumenty základního vzdělávání, systém poradenských služeb, možnosti sociálně-právní ochrany dítěte a přehled podpůrných opatření pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, s důrazem na žáka s psychiatrickou diagnózou. Zabývá se problematikou z pohledu pedopsychiatrie a dětské klinické psychologie, popisuje vybrané duševní poruchy a poruchy chování žáků. Informuje o aktivitách neziskových organizací a nadací určených nejen jmenovaným žákům a jejich rodinám, ale i široké odborné a laické veřejnosti, v rámci destigmatizace dětí s duševním onemocněním. Destigmatizační aktivity jsou významnou součástí reformy péče o duševní zdraví prezentované v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020-2030. Dalším klíčovým tématem reformy, relevantním pro empirickou část práce, je multidisciplinární spolupráce týmu odborníků k zajištění včasné podpory dítěte v přirozeném sociálním prostředí jeho rodiny. Empirická část popisuje inspirativní praxi ve vzdělávání žáků s psychiatrickou diagnózou a meziřesortní spolupráci při péči o ně na konkrétní základní škole. Výzkum je založen na analýze odborné literatury, polostrukturovaných rozhovorech se zaměstnanci školy a na kazuistice žáka. Výsledky výzkumu ukazují potřebu uvedení reformy do praxe základních škol, v podobě uceleného systému péče o duševní zdraví žáků během jejich výchovy a vzdělávání.

KLÍČOVÁ SLOVA

žák s psychiatrickou diagnózou, společné vzdělávání, podpůrná opatření, legislativa, reforma, duševní zdraví, multidisciplinarita, destigmatizace, rodina

ABSTRACT

The topic of the Bachelor's thesis is a pupil with a psychiatric diagnosis at a primary school in the main educational stream. The theoretical part of the work defines the legislative framework, state and school curricular documents of primary education, the system of counselling services, the possibilities of the socio-legal protection of children and an overview of the support measures for a pupil with special educational needs, with an emphasis on a pupil with psychiatric diagnoses. It deals with the issue from the perspective of paedopsychiatry and paediatric clinical psychology; and describes selected mental and behavioural disorders of pupils. This part also outlines the activities of non-profit organisations and foundations intended not only for the aforementioned pupils and their families, but also for the general expert and lay public, within the destigmatisation of children with mental illness. Destigmatisation is an important component of the reform of mental health care, presented in the 2020-2030 National Action Plan for Mental Health. Another key topic of the reform, relevant for the empirical part of the thesis, is the multidisciplinary collaboration of a team of experts to ensure the timely support of the child within the natural social environment of the family. The empirical part describes inspiring practice in the education of pupils with psychiatric diagnoses, and interdepartmental collaboration in the care of them at a specific primary school. The research is based on the analysis of professional literature, on semi-structured interviews with school staff and on the pupil's case history. The research results show the need to include the reform into practice of primary schools; in the form of a complex mental health care of pupils during their upbringing and education.

KEYWORDS

pupil with psychiatric diagnosis, joint education, support measures, legislation, reform, mental health, multidisciplinary, destigmatisation, family

Obsah

Úvod	7
1 Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na základní škole hlavního vzdělávacího proudu.....	8
1.1 Legislativní rámec vzdělávání	8
1.2 Rámcové vzdělávací programy pro základní vzdělávání	12
1.3 Systém poradenských služeb v České republice.....	12
1.4 Sociálně-právní ochrana dětí	14
1.5 Podpora vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami	15
2 Žák s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu	18
2.1 Pedopsychiatrie a dětská klinická psychologie.....	18
2.2 Vybrané duševní poruchy a poruchy chování u žáků na základní škole	20
2.3 Neziskové organizace, nadace a linky pomoci	24
2.4 Reforma péče o duševní zdraví.....	26
3 Žák s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu v Plzeňském kraji	29
3.1 Cíl bakalářské práce a metodologie šetření	29
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a technik šetření	30
3.3 Interpretace výsledků šetření	32
3.4 Diskuse a závěry šetření	51
Závěr.....	56
Seznam použitých informačních zdrojů	58
Seznam použitých zkratk	67
Seznam příloh.....	68

Úvod

Ačkoliv by se mohlo zdát, že psychiatrická diagnóza je tématem, které se žáka na základní škole netýká vůbec či pouze okrajově, mnohá duševní onemocnění se poprvé projeví právě ve školním věku. Některé poruchy, zejména schizofrenie, jsou širokou veřejností stále výrazně stigmatizovány. Proto považuji za důležité, abychom se duševním zdravím dětí vážně zabývali. Je alarmující, že kategorie žáků s psychiatrickou diagnózou nemá dosud v legislativě MŠMT jasnou oporu a žákům nejsou v rámci společného vzdělávání určena konkrétní podpůrná opatření. Vliv onemocnění na edukaci je významný a žádá si úzkou spolupráci a erudici odborníků napříč jednotlivými resorty. V České republice se rozběhla, kromě inkluzivního vzdělávání, reforma psychiatrické péče a transformace sociálních služeb, v gesci příslušných ministerstev. Reforma péče o duševní zdraví svými pilotními programy dětských komunitních týmů přináší naději na spojení pedagogických, zdravotních a sociálních služeb, které umožní dětem a jejich rodinám řešit psychiatrické potíže včas a v jejich přirozeném prostředí. Značnou část dne tráví tyto děti právě na základní škole. Cílem bakalářské práce je popsat z pohledu speciálně pedagogického problematiku výchovy a vzdělávání žáků s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu.

V teoretické části vychází práce z analýzy odborné literatury. Nahlíží na situaci z pohledu základního školství, zdravotnictví, sociálních služeb a neziskového sektoru. Mapuje připravované a probíhající legislativní změny, plány a projekty spolupráce jednotlivých subjektů v rámci reformy. Empirická část představuje kvalitativní výzkum procesu vzdělávání těchto žáků z pohledu konkrétní základní školy. Pomocí kazuistiky předkládá náhled, nakolik v současné době akcentovaný bio-psycho-sociální přístup k dítěti a multidisciplinární spolupráce odborníků v reálných podmínkách práce s žákem ve škole funguje. Mapuje i vzájemnou spolupráci pedagogických pracovníků školy a jejich erudici při práci s těmito žáky. Zkoumá vliv rodinného prostředí a spolupráce zákonných zástupců s pedagogickými pracovníky na edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou. Práce poukazuje na nezbytnost legislativních změn, které parametry každé jednotlivé spolupráce pojmenují, standardizují a stanou se tak prvním krokem k vytvoření podmínek pro využití maximálního potenciálu těchto žáků.

1 **Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na základní škole hlavního vzdělávacího proudu**

1.1 **Legislativní rámec vzdělávání**

Společnost, která se považuje za demokratickou a svobodnou, by měla mít spravedlivější školský systém. Třídou základní školy 21. století tvoří různorodé společenství žáků, které bychom měli vést k tomu, aby dokázali spolupracovat a těžit z rozmanitosti kolektivu. Může to znamenat, že nebude momentální cíl jednotlivce naplněn zcela, jako by mohl být v pohodlí homogenní skupiny. Pokud si však žák vezme za svůj cíl celkový užitek skupiny, realizuje tím i užitek vlastní, jen jinou cestou. K tomu je ale třeba změnit myšlení nás všech, jen tak bude společnost do budoucna udržitelná a soudržná (Tannenbergerová, 2016, s. 13). Právo na vzdělání jako jedno z nejzásadnějších lidských práv je ukotveno v mezinárodních dokumentech a návazně i v národním právním rámci.

Nejnámější mezinárodní lidskoprávní dokument, *Všeobecná deklarace lidských práv*, uvádí: „*Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv...*“ (Deklarace, čl. 1). Dle čl. 26, odst. 1 má právo na vzdělání každé dítě (OSN, 2015, online). Důležitým momentem k naplňování práv osob se zdravotním postižením byla ratifikace mezinárodního dokumentu OSN *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* (dále „Úmluva“). Česká republika se tím v roce 2009 zavázala, že umožní vzdělávání „*bez diskriminace a na základě rovných příležitostí*“ a zabezpečí „*začleňující vzdělávací systém na všech úrovních*“ (Úmluva, čl. 24, odst. 1), tedy inkluzivní vzdělávání na všech úrovních vzdělávacího systému (Bartoňová, Vítková, 2016, s. 23). Zásadně je pojetí práva dětí nejen na vzdělání ukotveno v *Úmluvě o právech dítěte*, jejímž signatářem jsme od roku 1991. Vždy má být sledován nejlepší „*zájem dítěte*“. Konstatuje, že: „*duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti*“ (Úmluva o právech dítěte, čl. 3, odst. 1; čl. 23, odst. 1). Stanovuje bezplatné a povinné základní vzdělávání.

Strategické dokumenty ČR

Opatření vládní politiky k naplnění Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením vymezuje *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025*. V oblasti Vzdělávání a školství (čl. 24 Úmluvy) ukládá MŠMT sjednotit postupy samosprávy, zřizovatelů a škol. Zavést jednotný elektronický evidenční systém školských poradenských zařízení, pro zkrácení lhůt na vyšetření. Přijmout standard činnosti asistenta pedagoga. Zkvalitnit přístup k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, a to přípravou budoucích učitelů na VŠ i dalším vzděláváním na školách hlavního vzdělávacího proudu. Vykonávat veřejnou osvětu v oblasti inkluze. V oblasti Zdraví a zdravotní péče ukládá Ministerstvu zdravotnictví ve spolupráci s ostatními ministerstvy legislativně ukotvit spolupráci státních a nestátních organizací a rozšiřovat počet multidisciplinárních týmů Center duševního zdraví pro děti s duševním onemocněním. Jako poradní orgán se na přípravě vládních dokumentů v problematice rovných příležitostí podílí Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením se svým poradním orgánem Národní radou osob se zdravotním postižením ČR (Národní plán, 2020, s. 53; VVZPO, online).

Strategický dokument MŠMT *Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky 2019-2023*, implementovaný ve *Strategii vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+*, chce omezit stále se zvyšující počet podpůrných opatření vyšších stupňů, zamezit neúměrně se zvyšující finanční a administrativní náročnosti společného vzdělávání a zefektivnit a individualizovat vyučování v hlavním vzdělávacím proudu. Strategie si klade za cíl posílit meziresortní spolupráci i vazbu mezi rodinou a školou a také vytvářet příležitosti zažít úspěch pro všechny žáky bez rozdílu. Rámcový vzdělávací program má dle ní reflektovat téma duševního zdraví a školy mají zařadit aktivity k destigmatizaci duševních chorob. Národní ústav duševního zdraví připravuje program na podporu duševního zdraví a pohody žáků základních škol. Program sociálně-emočního učení a gramotnosti v oblasti duševního zdraví *Všech pět pohromadě* má po vyhodnocení sloužit k plošnému vyučování podle vzdělávacího rámce pro základní školy (srov. *Dlouhodobý záměr*, 2019, s. 38; *Strategie vzdělávací politiky*, 2020, s. 8, 34, 48; NUDZ, *Všech pět pohromadě*, online).

MPSV předložilo *Národní strategii ochrany práv dětí 2021-2029*. Hlavním cílem vládní politiky je stav, ve kterém „*děti a mladí lidé v České republice žijí kvalitní život, vyrůstají v bezpečném rodinném prostředí a mají rovné příležitosti, které využívají pro plný rozvoj svého potenciálu*“ (Národní strategie, 2020, s. 24). Záměrem je vybudovat systém součinnosti laické i odborné veřejnosti, veřejné správy a neziskového sektoru, který povede ke kvalitnějšímu životu dětí a jejich rodin. V roce 2019 bylo v evidenci orgánu sociálně-právní ochrany dětí 167 053 ohrožených dětí, tj. každé dvanácté dítě v ČR. MPSV si nechalo vypracovat *Analýzu inovativních postupů a služeb pro rodiny a děti v České republice*. Analýza zmiňuje zahraniční inovativní metodu v péči o dítě s duševním onemocněním, při které se aktivně zapojuje širší rodinná komunita okolo dítěte. Uvádí, že v České republice řeší situaci ohrožených dětí přetížený OSPOD, možnosti širší rodiny, nestátních organizací a občanských iniciativ se nevyužívá. Nestátní organizace se dle Analýzy jeví více inovativní, ale projekty financované fondy Evropské unie nebo nadacemi jsou časově omezené a nesystémové. MPSV připravilo návodné metodiky. *Metodická příručka typologie situací a služeb pro rodiny s dětmi* obsahuje mezioborové řešení situací dětí s poruchami psychického stavu pohledem OSPOD. Příručka *Děti a mladí lidé a jejich potřeby v oblasti duševního zdraví* zmiňuje existenci jediného dětského denního stacionáře pro duševní poruchy (srov. Národní strategie, 2020, s. 4; Analýza, 2017, s. 7, 134, 151; Metodická příručka, 2015, s. 223; Hrivíková et al., 2018, online).

Reformou systému péče o duševní zdraví vedenou Ministerstvem zdravotnictví se podrobně zabývá *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. Opírá se o koncepční dokument *Strategie reformy psychiatrické péče 2013–2023*. Národní akční plán je součástí strategického rámce rozvoje péče o zdraví s názvem *Zdraví 2030* a odpovídá doporučením Světové zdravotnické organizace WHO. Na vládní úrovni vznikla *Rada vlády pro duševní zdraví*, zajišťující spolupráci mezi ministerstvy a správními úřady, nestátními neziskovými organizacemi a dalšími odborníky (srov. NAPDZ, 2020, s. 9; MZ ČR, Rada vlády pro duševní zdraví, online).

Legislativní dokumenty ČR

V duchu mezinárodních myšlenek postupuje i český právní řád. Právo na vzdělání, rámec povinného vzdělávání i bezplatné základní vzdělávání jsou ukotveny

v *Listině základních práv a svobod*, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Rovný přístup ke vzdělání je ošetřen zákonem č. 198/2009 Sb., *o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací* (antidiskriminační zákon) (srov. usnesení č. 2/1993 Sb., čl. 33; zákon č. 198/2009 Sb., aktuální znění, § 1).

Základním legislativním dokumentem pro oblast vzdělávání je zákon č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*, v aktuálním znění. Jeho novela č. 82/2015 Sb. zavádí do vzdělávacího systému ČR podmínky inkluzivního vzdělávání k umožnění společného vzdělávání většiny žáků v hlavním vzdělávacím proudu. Přichází s novou definicí pojmu žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a novým pojmem podpůrná opatření. Nově specifikuje hloubku či míru dopadu znevýhodnění a z té vyplývající potřebu podpůrných opatření (srov. zákon č. 561/2004 Sb. a vyhláška č. 27/2016 Sb., aktuální znění; Baslerová et al., 2020, s. 19; Vítková in Doležalová, 2020, s. 121).

Práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami popisuje, členění a uplatňování podpůrných opatření stanovuje vyhláška č. 27/2016 Sb., *o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*, novelizovaná vyhláškou č. 248/2019. Pro základní vzdělávání je důležitá vyhláška č. 48/2005 Sb., *o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky*. Legislativní rámec diagnostiky a podpory dětí se speciálními vzdělávacími potřebami přináší vyhláška č. 72/2005 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*, novelizovaná vyhláškou č. 197/2016 Sb. (srov. vyhláška č. 27/2016 Sb., vyhláška č. 48/2005 Sb., vyhláška č. 72/2005 Sb., vše aktuální znění).

Preventivně výchovnou péči ve střediscích výchovné péče zakotvuje zákon č. 109/2002 Sb., *o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*, v aktuálním znění a vyhláška č. 458/2005 Sb., *kteřou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče*. Zájem a blaho dětí a jejich rodin v sociální oblasti zabezpečuje zákon č. 359/1999 Sb., *o sociálně-právní ochraně dětí*, v aktuálním znění. Vzdělání je základním sociálním právem, které nejen brání sociální izolaci jedince, ale umožňuje mu aktivně participovat na dění společnosti. Legislativní ošetření tohoto práva je daným

standardem, a orgány veřejné správy ČR by tak měly na zajištění rovných šancí na vzdělání důsledně dbát (srov. Tannenbergerová, 2016, s. 31).

1.2 Rámcové vzdělávací programy pro základní vzdělávání

Dle školského zákona se základní vzdělávání uskutečňuje v oboru vzdělání základní škola, kde žák úspěšným ukončením získá stupeň základního vzdělání. Rámcové vzdělávací programy pro základní vzdělávání vydává MŠMT. Jako hlavní státní kurikulární dokumenty jsou závazným obecným rámcem pro sestavení kurikulárních dokumentů školních. Školní vzdělávací programy vydávají samostatně jednotlivé základní školy. Žákům se speciálními vzdělávacími potřebami jsou umožněny úpravy očekávaných výstupů a obsahů ŠVP ZV. Programy vycházejí z aktuálního povědomí pedagogiky a psychologie i vědních oborů, které jsou náplní konkrétního vzdělávání. Společné vzdělávání se daří uskutečňovat na prvním stupni základní školy, na druhém stupni je situace náročnější. Zde bývají učitelé vedeni snahou naplnit příslušný rámcový vzdělávací program svého předmětu a důraz kladou na vzdělávací náplň výuky, nikoliv na žáka a jeho individualitu (srov. zákon č. 561/2004 Sb., aktuální znění; Vítková in Bartoňová, Vítková, 2016, s. 27).

Základní vzdělávání má žákům poskytnout pevné základy všeobecného vzdělání a klíčové kompetence. Na aktuální RVP ZV 2017 navazuje RVP ZV 2021. Nově řadí digitální kompetence mezi klíčové. K nim dále patří kompetence k řešení problémů, k učení, personální, sociální, občanské, komunikativní a pracovní kompetence. RVP ZV vymezuje vzdělávací obory v devíti vzdělávacích oblastech, s novou oblastí Informatika. Současný svět s jeho problémy řeší průřezová témata napříč vzdělávacími oblastmi. Jsou svým výchovným charakterem klíčová k tvorbě postojů žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Vedou je ke spolupráci, motivují a aktivizují je (RVP, 2021, online).

1.3 Systém poradenských služeb v České republice

Školská poradenská zařízení

Dle školského zákona mají školská poradenská zařízení pro žáky, jejich zákonné zástupce a školy funkci poradenskou, informační a diagnostickou. Poskytují metodiku, vyvíjejí speciálně pedagogickou činnost, věnují se pedagogicko-psychologickému poradenství a preventivně výchovné činnosti. Působí v součinnosti s orgány sociálně-právní

ochrany dětí, poskytovateli zdravotních služeb a dalšími organizacemi (zákon č. 561/2004 Sb., aktuální znění, § 116).

Pedagogicko-psychologické poradny se věnují psychologické, speciálně pedagogické diagnostice a intervenci, poradenství v sociální oblasti a určování školní zralosti a profesní orientace žáků. Školám připravují zprávy a doporučení podpůrných opatření a pomáhají při jejich uplatňování. Zabývají se prevencí rizikového chování, spolupracují se školními metodiky prevence a poskytují poradenství zákonným zástupcům.

Speciálně pedagogická centra vykonávají speciálně pedagogickou a psychologickou práci s žáky s postižením tělesným, sluchovým, zrakovým a mentálním, s vadami řeči, více vadami souběžně a s poruchou autistického spektra. Posuzují školní připravenost, speciální vzdělávací potřeby, vydávají zprávy a doporučení, ve spolupráci s dalšími odborníky stanovují podpůrná opatření. Poskytují poradenství v sociální oblasti i v profesním zaměření žáků, metodicky spolupracují se školami i zákonnými zástupci. Mezi pracovníky školských poradenských zařízení patří speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník a metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně. Speciální pedagog vykonává speciálně pedagogickou práci dle jednotlivých znevýhodnění. Psycholog provádí psychologickou činnost, věnuje se žákům s problémovým chováním a sociálními problémy, krizové intervenci a kariérové poradenské činnosti. Oba metodicky spolupracují se školami. Sociální pracovník provádí sociální činnosti a zprostředkovává kontakty s klienty a institucemi. Metodik prevence v poradně působí v oblasti prevence problémového chování, pomáhá školním metodikům prevence a je v kontaktu s příslušnými institucemi (vyhláška č. 197/2016 Sb., aktuální znění, § 5, 6 a příloha č. 4).

Střediska výchovné péče se řídí zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Zákon vymezuje jejich činnost na preventivní práci s dětmi s nebezpečím vzniku výchovných problémů, ale i s těmi, u kterých už se projevují poruchy chování. Střediska poskytují diagnostiku, poradenství, psychoterapii a výchovně vzdělávací činnosti. Spolupracují se školami, speciálně pedagogickými centry, pedagogicko-psychologickými poradnami, orgány sociálně-právní ochrany dětí a dalšími organizacemi (zákon č. 109/2002 Sb., aktuální znění, § 16, 17).

Školní poradenské pracoviště

Škola má klíčový význam v oblasti ochrany a prevence duševního zdraví dětí. Může včas upozorovat změny v chování dítěte, vybudovat si dobrý a blízký kontakt s rodinou a být aktivní součástí multidisciplinárního týmu okolo dítěte. Žáci mají dle školského zákona při vzdělávání právo na informace a poradenství ze strany školy, a proto je, dle vyhlášky č. 197/2016 Sb., zřízeno školní poradenské pracoviště. Zde se žákům věnují školní metodik prevence a výchovný poradce, nadstavbou jsou činnosti školního speciálního pedagoga a školního psychologa (srov. Hrivíková et al., 2018, online; zákon č. 561/2004 Sb., § 21; vyhláška č. 197/2016 Sb., § 7; aktuální znění).

Školní speciální pedagog se věnuje včasnému vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, spolupodílí se na vytváření a realizaci plánů pedagogické podpory a individuálních vzdělávacích plánů a jejich vyhodnocení. Participuje na tvorbě programu primární prevence, intervenuje při výukových a výchovných problémech žáků. Poskytuje metodickou podporu učitelům a asistentům pedagoga, konzultace zákonným zástupcům, spolupracuje se školskými poradenskými zařízeními a dalšími institucemi. *Školní psycholog* se podílí na příznivém klimatu školy i třídy, věnuje se žákům, rodičům, depistáži a diagnostice, řeší krizové situace. Poskytuje kariérové poradenství, metodicky vede pracovníky školy. Spolupracuje se školskými poradenskými zařízeními, lékaři atd. *Výchovný poradce* zajišťuje kariérové poradenství, depistáž a diagnostiku žáků, zabezpečuje podmínky pro inkluzivní vzdělávání v součinnosti se školskými poradenskými zařízeními, středisky výchovné péče a dalšími organizacemi. *Školní metodik prevence* má na starost minimální preventivní program školy. Ve spolupráci s orgány státní správy, školskými poradenskými zařízeními a ostatními institucemi zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů ve škole (vyhláška č. 197/2016 Sb., aktuální znění, příloha č. 3).

1.4 Sociálně-právní ochrana dětí

MPSV provozuje k problematice ochrany práv dětí portál *Právo na dětství*, kde poskytuje informace o právech odborné a laické veřejnosti i samotným dětem. Prvořadým z hlediska sociálně-právní ochrany dětí je „zájem a blaho dítěte, ochrana rodičovství a rodiny a vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu a péči“ (zákon č. 359/1999 Sb., aktuální znění, § 5). Zákon vychází z ustanovení Úmluvy o právech dítěte

a dalších strategických dokumentů. Mezi orgány zabezpečující sociálně-právní ochranu patří: MPSV, Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní a újezdní úřady, krajské úřady a úřad práce. Sociálně-právní ochranu na místní úrovni zabezpečují hlavně obecní úřady obce s rozšířenou působností, které znají místní podmínky a mohou včas konat. Jejich odbor sociálních věcí má oddělení sociálně-právní ochrany dětí, kde se sociální prevenci věnuje kurátor pro děti a mládež, sociálně-právní ochraně dětí a náhradní rodinné péči sociální pracovníci (srov. Právo na dětství, online; zákon č. 359/1999 Sb., aktuální znění). Novela tohoto zákona č. 401/2012 Sb. ukládá úřadu nové povinnosti. K těm patří vyhotovení *individuálního plánu ochrany dítěte*, který pojmenovává důvody narušení vývoje dítěte a určuje, jak ho ochránit a podpořit jeho rodinu. Další povinností úřadu je pořádání plánovaných a řízených *případových konferencí*. Pořadatelem je kurátor OSPOD, který případovou konferenci svolává při ohrožení celkového vývoje dítěte a při porušení zákona č. 359/1999 Sb. Ve školním prostředí řeší případová konference agresivní chování, šikanu nebo sebepoškozování, vysoké absence a problematickou spolupráci s rodiči. Při velmi závažném narušení výchovy a vzdělávání žáka ji pořádá přímo škola. Svolává se multidisciplinární tým, který spolu s dítětem a jeho zástupci tvoří odborníci jako pracovníci školy a ŠPZ, pracovník OSPOD, odborník ze sociálních služeb, zdravotnictví, orgán policie a státní zástupce. Výstupem je společně zvolený postup řešení. Členové týmu musejí vytvořit podpůrné prostředí pro sanaci rodiny. Akceptovat rodiče, i když nesouhlasí s jejich jednáním, ostatní v týmu respektovat jako partnery, i když jsou pracovníky jiných institucí, státního či nestátního sektoru. Ne vždy se to v praxi daří (srov. novela č. 401/2012 Sb., § 10; Žampachová in Michalík et al., 2015, s. 130; Bechyňová, 2020, s. 26).

1.5 Podpora vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

MŠMT realizuje projekt Národního pedagogického institutu Podpora společného vzdělávání v pedagogické praxi. Úkolem je vzdělávání vedení škol, posílení odborných kompetencí pedagogů a osvětová kampaň k této problematice. Institut provozuje pro pedagogy, rodiče a veřejnou správu portál *Inkluze v praxi* s interaktivní aplikací *Zapojme všechny* (Inkluze v praxi, online).

Podpůrná opatření mají odpovídat životním podmínkám, kulturnímu prostředí a zdravotnímu stavu žáka. Radíme mezi ně poradenství školy a ŠPZ, úpravy vzdělávání, modifikaci školských služeb, pedagogickou intervenci, výuku předmětů speciálně pedagogické péče, úpravu očekávaných výstupů vzdělávání, přijímání žáků ke vzdělávání i jeho ukončování, individuální vzdělávací plán, asistenta pedagoga, kompenzační pomůcky, speciální učebnice a učební pomůcky (zákon č. 561/2004 Sb., aktuální znění, § 16). Podpůrná opatření členíme do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. Podpůrná opatření 1. stupně, s nejnižšími úpravami ve vzdělání, nevyžadují opatření s normovanou finanční náročností a škola k nim přistupuje i bez doporučení ŠPZ. Pokud je potřeba spolupráce více pedagogických pracovníků, může škola připravit plán pedagogické podpory žáka. Když nejsou opatření pro žáka dostačující, škola doporučí návštěvu ŠPZ. To posoudí speciální vzdělávací potřeby žáka a vydá, s informovaným souhlasem rodiče žáka, Doporučení ke vzdělávání, primární dokument pro poskytování podpůrných opatření. Doporučená opatření jsou pro školu závazná a pravidelně se vyhodnocují. Druhy a stupně podpůrných opatření lze kombinovat. Opatření 2. až 5. stupně mají již normovanou finanční náročnost (vyhláška č. 27/2016 Sb., aktuální znění). V předmětech, kde je třeba podpořit vzdělávání a schopnost přípravy na výuku, slouží žákovi *pedagogická intervence*. Obvykle jde o doučování v menší skupince nebo individuální. U žáků s psychickým onemocněním ho využíváme po dlouhodobé hospitalizaci, vhodné je při ADHD, ale i na práci s klimatem třídy. Od ledna 2021 je pedagogická intervence nově podpůrným opatřením 1. stupně a o jejím poskytování rozhoduje ředitel školy. Dosud rozhodovalo školské poradenské zařízení a škola byla povinna pedagogickou intervencí realizovat ve 2. až 5. stupni podpůrných opatření. Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání upozorňuje, že pokud budou učitelé doučovat jen zmíněnou hodinu týdně, řada dětí se speciálními vzdělávacími potřebami může k doučování ztratit přístup (srov. vyhláška č. 27/2016, aktuální znění; Žampachová, Čadilová, 2020, s. 135; vyhláška č. 606/2020 Sb., § 4a; nařízení vlády č. 562/2020 Sb., § 2; ČOSIV, 2021, online). Závazným dokumentem ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami je *individuální vzdělávací plán*. Zpracovává ho škola, dle doporučení ŠPZ a informovaného souhlasu zákonného zástupce, když je to z hlediska speciálních vzdělávacích potřeb nezbytné. Individuální vzdělávací plán je v souladu se školním vzdělávacím programem. Žáci s PAS a psychickým onemocněním

procházejí nerovnoměrným vývojem a mají specifické chování, což může negativně narušovat jejich vzdělávací schopnosti. Individuální vzdělávací plán má obsahovat preventivní opatření, jak tomu předcházet a jak řešit krizové situace.

Přímé pedagogické činnosti při výchově a vzdělávání třídy nebo skupiny žáků, přípravě pomůcek a komunikaci s rodiči se dle instrukcí vyučujícího věnuje od 3. stupně podpůrných opatření *asistent pedagoga*. Pokud pracuje s žákem s PAS a s psychickým onemocněním, musí být na něj naladěný a zvládat jeho mnohdy náročné chování. Nezbytný je i soulad mezi asistentem pedagoga a pedagogem.

Od 2. stupně podpůrných opatření se poskytují *předměty speciálně pedagogické péče*, s konkrétním obsahem vzdělávacího předmětu a dle individuálních potřeb žáka. Zajišťuje je pedagog s rozšířeným vzděláním ve speciální pedagogice, psycholog nebo speciální pedagog. Ten u žáků s PAS a psychickým onemocněním rozvíjí nebo vyrovnává narušené funkce v oblasti sociálních dovedností, komunikace, práce s emocemi a v oblasti smyslového vnímání. Nácviku musí věnovat dostatečný čas a počítat s obvykle nízkou pružností myšlení žáka (srov. vyhláška č. 27/2016, aktuální znění; Žampachová, Čadilová, 2020, s. 45, 122, 146).

Pod všechny stupně podpůrných opatření spadá *spolupráce rodiny a školy*, přičemž v těch vyšších bývá intenzivnější. V případě opakovaného nebo závažného nepřiměřeného chování žáků s psychickým onemocněním aplikujeme podpůrné opatření *zvládnutí chování snižující funkčnost žáka*. Pokud by spouštěčem mohla být zdravotní příčina, rodiče kontaktují lékaře. Pokud ne, provedeme funkční rozbor chování, podle kterého zvolíme intervenci. Jako podpůrné opatření můžeme zpracovat *krizový plán*, který navrhuje konkrétní řešení situace a zajištění bezpečnosti v případě, kdy dochází k opakovanému nefunkčnímu jednání žáka. Pokud má žák předepsanou medikaci, kterou je nutné podávat ve škole, řadíme mezi podpůrná opatření *podání medikace*. Žáci s psychickým onemocněním nemají stále jasnou oporu v legislativě. Doporučovat podpůrná opatření lze většinou jen v kombinaci s jinými znevýhodněními. Dopady do vzdělání, které jim psychické onemocnění přináší, jsou tak významné, že by si tito žáci zasloužili samostatnou kategorii. Jejich počet narůstá a je třeba u nich stanovit jasné podmínky jednotného působení školských poradenských zařízení (Žampachová, Čadilová, 2020, s. 10, s. 170).

2 Žák s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu

2.1 Pedopsychiatrie a dětská klinická psychologie

Diagnostické označení žáka psychiatrickou diagnózou usnadňuje výměnu informací a pomáhá při léčbě. Přiřazení diagnostické nálepky ale může vést ke stigmatizaci dítěte ve společnosti, k přehlížení jeho jedinečných vlastností a k předpokladu, že do klasifikace přesně zapadne. Je proto žádoucí tuto klasifikační abstraktní cestu rozšířit o vlastní zkušenost klasifikujícího zahrnující empatické porozumění každému dítěti. A také neopomenout, že dítě je přirozeně závislé na svých rodičích. Úspěšnost léčby dítěte se tak do značné míry odvíjí od motivace rodičů a jejich ochoty spolupracovat (srov. Nolen-Hoeksema et al., 2012, s. 626; Hort, 2008, s. 105; Kocourková in Hort, 2008, s. 459).

Péči o duševní zdraví dětí a adolescentů do 18 let věku s duševní poruchou nebo nacházejících se v akutní krizi se zabývá lékařský klinický obor *dětská a dorostová psychiatrie*. Pedopsychiatr pracuje formou bio-psycho-sociálního přístupu s ohledem na časný vznik poruchy, psychický i tělesný vývoj, sociální faktory, rodinnou situaci, dispozice i adaptabilitu dítěte. Věnuje se popisu, diagnostice, klasifikaci, léčbě, rehabilitaci, prevenci a výzkumu duševních poruch dětí. Diagnostikuje a léčí podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. *Poruchy duševní a poruchy chování* jsou kódovány F00-F99. Někteří psychiatři a psychologové využívají kategorizaci dle DSM-5 (srov. Malá in Hort et al., 2008, s. 23; *Duševní poruchy a poruchy chování*, 2006; DSM-5®, 2015). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve své ročence psychiatrické péče za rok 2019 uvádí vývoj počtu ambulantních zařízení Dětské a dorostové psychiatrie od roku 2010, kdy fungovalo 147 ambulantních zařízení až do roku 2019, kdy jich bylo v provozu 142. Během deseti let došlo tedy k mírnému poklesu v počtu těchto zařízení. Nejvíce, tj. 30 poskytovatelů, bylo v roce 2019 lokalizováno v Praze, v celém Plzeňském kraji to bylo celkem 8 poskytovatelů ambulantních pedopsychiatrických služeb. V roce 2019 připadalo 7 pedopsychiatrů při přepočtu na 100 tisíc dětí v rámci celé ČR, shodný počet vykázal i Plzeňský kraj (Pozn.: Statistika ÚZIS neuvádí, zda pedopsychiatři pracovali na plný úvazek). Ojedinělý denní stacionář pro adolescenty s komunitní formou a psychoterapeutickým programem pro duševní poruchy funguje při psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty UK a VFN.

Je určen dětem až od věku 14 let a má kapacitu pouze 15 klientů. Program obsahuje psychoterapii, ergoterapii, arteterapii, rodinnou terapii, autogenní trénink, léčebnou tělesnou výchovu a specifickou terapii pro adolescenty s poruchou příjmu potravy (srov. Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, 2021, s. 12 a 16; ČSÚ, 2020; Psychiatrická klinika 1. LF UK, online).

Současná medicína akcentuje kromě standardní psychodiagnostiky hlavně prevenci, depistáž duševních poruch a sekundární prevenci u dětí s již diagnostikovanou duševní poruchou, klinické poradenství a psychoterapii, což skýtá široký prostor pro obor *dětské klinické psychologie*. Velkým rozvojem prochází oblast *psychoterapie*, od jednorázové intervence po dlouhodobou individuální psychoterapii u závažných duševních poruch dětí, i když se jí stále zabývá jen menšina klinických psychologů (Říčan, 2006, s. 27 a 35).

U žáků s psychiatrickou diagnózou nás zajímá rodinné prostředí, které může být spouštěčem problémů dítěte. Rodina také mnohdy potřebuje psychologickou pomoc v krizových situacích souvisejících s diagnózou dítěte. Indikujeme *rodinnou terapii*, která může někdy narazit na odpor rodičů, kteří nevidí důvod, proč by se měli také „léčit“. Terapeut si musí vytvořit takový vztah s rodinou, aby mohl pracovat „*přímo se skutečnými problémy v reálném čase jejich výskytu*“ a prosadit takové změny v zaběhnutých stereotypech rodiny, které „*všem členům umožní naplňovat v jejím rámci své potřeby*“ (obojí Balcar in Říčan, 2006, s. 532). Význam *primární prevence*, jejímž úkolem je určit, oslabit nebo odstranit rizikové faktory, které vznik poruchy spolupodmiňují, a posílit faktory, které dítě chrání, je zásadní. Faktory se vyskytují na straně dítěte, jeho rodiny, ale i sociálního prostředí, institucí péče o děti. Mezi ty patří v první řadě škola, kde lze efektivními preventivními programy ve spolupráci s dalšími odborníky, včetně dětských psychiatrů a psychologů, mnohé ovlivnit. Nezisková organizace E-clinic, Centrum sociálních služeb Praha a jeho oddělení Pražské centrum primární prevence s finanční podporou Nadace RSJ připravilo pracovníkům ve školství metodiky Zipyho kamarádi, Jablíkovi kamarádi a Passport určené dětem ve věku 5-11 let. Metodiky akreditované MŠMT se zaměřují na duševní zdraví a pohodu dětí, tzv. wellbeing, sociální dovednosti a copingové strategie (srov. Kocourková in Hort et al., 2008, s. 475; E-clinic, 2019, online).

2.2 Vybrané duševní poruchy a poruchy chování u žáků na základní škole

V roce 2019 se v ambulantních psychiatrických zařízeních léčilo 35 691 dětí ve věku 7-15 let. S nejpočetnější diagnózou F8-F9 (Poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a neurčené duševní poruchy) přišlo do ambulancí pedopsychiatra 27 393 dětí ve věku 7-15 let. Z toho 23 340 dětí s diagnózou poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a 3 466 dětí s diagnózou pervazivní vývojové poruchy. Druhou nejčastější diagnózou byla diagnóza neurotické, stresové a somatoformní poruchy u 3 961 dítěte ve věku 7-15 let; z toho u 578 dětí diagnóza obsedantně-kompulzivní porucha. Třetí pak diagnóza mentální retardace u 2 277 dětí ve věku 7-15 let (Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, 2021, s. 15).

Mezi nejzávažnější duševní poruchy řadíme *schizofrenii*, neurovývojovou poruchu neznámé etiologie. Tato psychotická porucha je v dětství charakterizována dezorganizovanou řečí, poruchou integrace vzorců chování, abnormálními postoji a pohyby, rituály, stereotypy, poruchami vnímání a myšlení, poruchou emocí a úzkostí. U dětí školního věku může mít *akutní průběh s paranoiditou*, s pocity odcizenosti, bludy a přeludy. Typické je sebepoškozování i destruktivní chování vůči rodičům či vnějšímu světu. Dítě zkouší, co si může dovolit. Může mít i *průběh latentní*, typický pro 12-14 let věku. V počátcích se podobá neuróze, objevuje se úzkost, hypochondrie, chorobné strachy a nutkavé jednání. Vyskytují se těžké obsese, emoční nestabilita, ztráta sociální adaptability, neovladatelné impulzy a destruktivní fantazie. U dětí do 10 let se schizofrenie diagnostikuje v 1 %, před 15. rokem ve 4 %. Začátek v časném dětství má nepříznivou prognózu, u 70 % dětí dochází k defektu v oblasti intelektu a k hlubokému narušení sociální přizpůsobivosti. Je to léčitelná choroba, provádí se psychoterapie, socioterapie, aktivizace a léčba psychofarmaky (srov. Malá, 2005, s. 25; Malá in Hort et al., 2008, s. 148; Vágnerová, 2014, s. 343).

Ač panuje představa o dětství jako o šťastném a bezstarostném období, *deprese* řazená mezi afektivní poruchy není v dětství ničím neobvyklým. Přináší neschopnost prožívat radost, smutek až beznaděj, sociální izolovanost. U mladších školních dětí se apatie střídá s agresivitou. Objevuje se labilita, nesoustředěnost, zhoršení ve škole a odpor k učení.

Ve starším školním věku děti trpí nízkým sebehodnocením, bojí se zkoušení, zlobí bez vazby na okolnosti. Motorický neklid střídá útlum, někdy deprese vede až k suicidálním pokusům. U dětí se často projevuje v tělesné rovině, bolestmi hlavy, břicha, stálou únavou. Vyskytuje se společně s úzkostnými stavy, obsedantně-kompulzivní poruchou, mentální anorexií, hyperkinetickými poruchami, poruchami chování a schizofrenií. Řeší se psychoterapií a antidepresivy (srov. Malá in Hort et al., 2008, s. 189; Čadilová et al., 2020, s. 23).

Sebepoškozující jednání s následkem smrti čili *suicidalita* je v dětském věku vzácná. Častěji jde o volání o pomoc nežli o záměr zemřít. Pro zvládnutí suicidální krize a snížení rizika opakování je nutné vyšetření psychologem, pedopsychiatrem a terapeutické vedení. Osobní a rodinná anamnéza dítěte může s jednáním souviset, volíme proto rodinnou terapii. Zaměřujeme se i na školu a problémy se spolužáky. Teprve kolem desátého roku je dítě schopno chápat smrt jako nevratné ukončení života. Suicidální tendence má až 40 % dětí s depresí či schizofrenií. Riziko přináší hyperkinetický syndrom, poruchy chování a poruchy příjmu potravy (srov. Kocourková in Říčan et al., 2006, s. 239; Koutek in Hort et al., 2008, s. 406). Strach a úzkost jsou obvyklé jevy ve vývoji dítěte, upozorňující na hrozící nebezpečí. Patologickou se stává úzkost, když je trvalá a natolik enormní, že znemožňuje normální fungování a brzdí vývoj dítěte. Fobie je iracionální strach, který vede k výrazné úzkosti z konkrétního objektu či situace. Úzkost naopak nemá konkrétní obsah. S pochopením konečnosti smrti přichází strach ze tmy a s ní spojeného nebezpečí. Dítě s *generalizovanou úzkostnou poruchou* je trvale v tenzi, motoricky neklidné, mívá somatické obtíže. Ve škole je perfekcionista, ale s nízkým sebehodnocením. Z obavy ze selhání může odkládat školní práci, a pak panikařit. Dítě s *vyhýbavou poruchou* se obává komunikace s učiteli i se spolužáky, což brání rozvoji jeho sociálních dovedností. Dítě s *separační úzkostnou poruchou* je úzkostné a trpí somatickými potížemi při odloučení či hrozbě odloučení blízké osoby. Odmítá kvůli tomu jít spát nebo jít do školy. Tiché, až perfekcionista dítě má strach o rodiče, bojí se smrti, ve škole se přes dobré výsledky obává selhání. Základem terapie je zabránění častému hyperprotektivnímu chování rodičů, somatizaci poruchy a okamžité obnovení pravidelné docházky do školy. Dítě s *obsedantně-kompulzivní poruchou* má nutkavé, vtíravé myšlenky (obsese) vyvolávající úzkost a nutkavé ritualizované chování (kompulze), které vykonává na základě obsese nebo samostatně.

Léčí se psychofarmaky a kognitivně-behaviorální terapií (srov. Krejčířová in Říčan et al., 2006, s. 225; Propper in Hort et al., 2008, s. 257; Malá in Hort et al., 2008, s. 228).

Duševní nebo duševně zprostředkované vlivy mají výrazný podíl na vzniku *psychosomatických poruch* projevujících se v oblasti tělesné. Nelze je jasně kategorizovat. Nadměrná emoční tenze a následné psychosomatické onemocnění často pramení z konfliktů doma či ve škole, které dítě zviditelňuje. Kromě somatické léčby je důležitá psychoterapie, relaxační techniky a farmakoterapie (srov. Balcar in Říčan et al., 2006, s. 141; Marxtová, Marečková, 2007, s. 14; Vágnerová, 2014, s. 102). Závažnou psychickou poruchou spojenou se somatickými problémy jsou *poruchy příjmu potravy*. Projevují se především u dívek ve starším školním věku jako naprosté zaujetí tělem a v patologii příjmu potravy. Při *mentální anorexii* dítě odmítá jíst, užívá projímadla, vyvolává si zvracení a nadměrně cvičí. Vnímá své tělo zkresleně, nutkavé myšlenky nízké váhy jsou pro něj prioritou. Pokud onemocní touto endokrinní poruchou před pubertou, může ji to až zastavit. *Mentální bulimie* je chorobné přejídání velkým množstvím jídla v krátkém čase, po kterém si dítě z obavy z tloušťky vyvolá zvracení či užije projímadla. Někdy jí předchází mentální anorexie. Léčba je složitá, motivace dítěte nízká. Příčina vzniku poruchy bývá v rodině, rodinné terapie a často i hospitalizace jsou nutností (Kocourková in Říčan et al., 2006, s. 251).

Příznakem úzkostných poruch, ADHD, deprese a dalších poruch, které je třeba diagnostikovat a léčit, mohou být *poruchy spánku*. Jsou časté u dětí s mentální retardací či autismem. *Noční můry* jsou živé sny děsivého obsahu. Na nadměrnou emoční zátěž nebo extrémní stres školáka ukazuje jejich časté opakování a intenzita. Při *nočních děsech* v nehlubším spánku (non-REM fázi) dítě vyskakuje s otevřenými očima a výkřiky, na okolí nereaguje, po probuzení si na děsy nevzpomíná. Na vzniku se podílí neurofyziologická dispozice, dochází k nim při zvýšené zátěži (Krejčířová in Říčan et al., 2006, s. 258).

Vývojovou duševní poruchou se závažným snížením rozumových schopností je *mentální retardace*. Vzniká v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období a projevuje se oslabením poznávacích, řečových, motorických a sociálních funkcí. Na ZŠ hlavního vzdělávacího proudu se setkáváme s dětmi s *lehkou mentální retardací* IQ 50-69. Diagnóza bývá stanovena až v předškolním věku, někdy až s nástupem na ZŠ, kde se projeví při řešení složitějších úkolů. Mohou být přidružené poruchy chování a emocí, ale pokud je

žák sociálně adaptabilní, má dostatečnou schopnost soustředění a podporující rodinu, je pro něj vzdělávání na ZŠ hlavního vzdělávacího proudu sociálně podnětné. Bývá však důvěřivý a ovlivnitelný, snadno se stane obětí šikany, a tak je třeba dohlédnout na atmosféru třídy (srov. Valenta, Müller et al., 2013, s. 16; Krejčířová in Říčan et al., 2006, s. 195).

Aspergerův syndrom řadíme mezi *pervazivní vývojové poruchy*. Žáci s Aspergerovým syndromem jsou u nás nejčastěji inkluzivně vzdělávanými dětmi s PAS. Postihuje 8x častěji chlapce než dívky a nevyskytuje se u něj postižení intelektu. Charakterizuje ho porucha sociální interakce s chybějící reciprocitou, stereotypní chování, omezené zájmy a ulpívání na rituálech, narušená komunikace, neporozumění emocím, rigidní myšlení a zvláštnosti v řeči a jazyku. Komplikace nastávají u žáků s problémy v chování, kteří podléhají návalům vzteku a změnám nálad. Zde může pomoci přítomnost asistenta pedagoga. Žáci mohou být nadaní v mnoha oblastech, ale mívají nízkou sebedůvěru, podléhají stresu, v adolescenci je riziko suicidálního jednání (srov. Thorová, 2016, s. 188; Bazalová, 2012, s. 139). *Porucha aktivity a pozornosti a hyperkinetická porucha chování* se řadí mezi *hyperkinetické poruchy*. Americká DSM používá označení *ADD, porucha pozornosti bez hyperaktivity* a *ADHD, porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Vyskytují se častěji u chlapců než u dívek, v poměru 6:2. Ve školním věku se demonstrují poruchou poznávacích funkcí, v adolescenci poruchami chování a často na ně upozorní učitel žáka. Mezi symptomy patří poruchy kognitivních funkcí, žáci se nedokážou soustředit, zorganizovat si čas, dopracovat úkol. Objevují se percepční a motorické poruchy, emoční a afektivní labilita, u adolescentů nuda a úzkost, neschopnost empatie, impulzivní a chaotické jednání, poruchy sociální adaptace. Ve škole vyžadují přehledné a strukturované prostředí, v léčbě se kombinuje kognitivně-behaviorální terapie s medikací. Spoluvýskyt ADHD u PAS se udává 35-85 %, zvyšuje emoční nejistotu ve výuce a přípravě dítěte do školy (srov. Malá in Hort et al., 2008, s. 308; Thorová, 2016, s. 307; Žampachová et al., 2020, s. 19).

Ve školním věku se u 5-20 % dětí vyskytují *poruchy chování*, častější jsou u chlapců v poměru 4-12:1 vůči dívkám. Mnohdy souvisejí s neuspokojivým sociálním i morálním statutem rodiny, hojně se vyskytují u dětí antisociálních psychopatických rodičů. Pro stanovení diagnózy musí docházet k opakovanému porušování sociálních norem,

které trvá minimálně šest měsíců. Mezi poruchy se špatnou prognózou vznikající již v předškolním věku patří *dezinhibovaná příchýlnost v dětství* s narušenou ranou citovou vazbou mezi rodičem a dítětem, *nesocializovaná porucha chování* se všemi druhy antisociálního chování a *porucha opozičního vzdoru* s trvalým opakujícím se porušováním sociálního chování nejčastěji u chlapců do deseti let. Agresivitu redukuje medikací (srov. Malá in Hort et al., 2008, s. 315; Vágnerová, 2014, s. 715).

K psychickým poruchám s tělesnými projevy řadíme *tikové poruchy*. *Tourettův syndrom*, kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha, se projevuje pokašláváním, chrochtáním, výkřiky obscénních výrazů. Tiková porucha je nejčastěji spojena s hyperkinetickou poruchou a obsedantně-kompulzivní poruchou. Předepisujeme medikaci, ve škole předcházíme stresovým situacím. Tik může být náhradním uvolněním při nedostatku tělesné aktivity, a tak doporučujeme dostatek přirozeného pohybu (srov. Malá in Hort et al., 2008, s. 351; Matějček, 2011, s. 283).

2.3 Neziskové organizace, nadace a linky pomoci

V práci s dětmi s psychiatrickou diagnózou mají *neziskové organizace* významné místo. Jejich práce je o to cennější, že je z velké části dobrovolnou aktivitou, která bývá nejednou realizována bez nároku na odměnu, avšak kvalitně a s velkým nasazením. Cílem je zmínit jejich důležitost, nikoliv poskytnout jejich seznam a výčet činností. Největší neziskovou organizací v ČR, která podporuje lidi se zkušeností s duševním onemocněním, je *Fokus Praha*. Je zakladatelem osvětové kampaně Týdny pro duševní zdraví. Spolupracuje na provádění reformy péče o duševní zdraví, je členem Fokus ČR. V rámci reformy provozuje pět center duševního zdraví a osm terénních komunitních týmů. Věnuje se psychoterapii a sociálně rehabilitačním a volnočasovým aktivitám. Centrum vzdělávání Fokus pořádá pro pedagogy kurzy, akreditované MPSV, na téma Duševní onemocnění u dětí – jak je rozeznat a pomoci (srov. Slowík, 2016, s. 44; Fokus Praha, online).

Nezisková organizace *Nevypusť Duši* organizuje kurz Duševní zdravotní péče pro učitele, akreditovaný MŠMT, který lze plně hradit ze šablon pro ZŠ. Kurz, zaměřený na péči o duševní zdraví učitelů, ale především žáků, je určený pro učitele druhého stupně ZŠ. Mezi témata patří podpůrný rozhovor se žákem s duševními potížemi, nejčastější diagnózy u dětí, včetně kazuistik ze školního prostředí, techniky a aktivity využitelné přímo

ve třídě, ale i sdílení dobré praxe mezi účastníky. Kromě tohoto kurzu pro jednotlivce je v nabídce také kurz pro celý učitelství sbor, který se může konat přímo v základní škole.

Podporou duševního zdraví dětí, prevencí a léčbou duševních onemocnění se zabývá nezisková organizace *E-clinic*. Destigmatizační web *Stopstigma* spravuje nezisková organizace *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*. Ta provozuje i internetovou poradnu na multidisciplinárním principu, kde pracuje psychiatr, psycholog, sociální pracovník a peer poradce. Pořádá vzdělávací kurzy akreditované u MPSV a zveřejňuje destigmatizační videa.

Nezisková organizace *Lata – programy pro mládež a rodinu*, zajišťuje pro děti od 12 let mentoringový program *Ve dvou se to lépe táhne*, ve kterém jsou, prostřednictvím vrstevnického vztahu s dobrovolníkem, mentorem, vedeny k posílení psychosociálních kompetencí. Je určen dětem s méně závažnou formou psychiatrické dekompenzace, které mají problémy s přijetím společenských norem, lhaním, krádežemi, záškoláctvím, mají problematické vztahy se spolužáky a nerespektují autoritu učitele. Rodičům dětí od 11 let nabízí *Lata* prostřednictvím programu *Rodina (k) sobě* sociálně aktivizační službu. Pomáhá jim s přípravou tzv. rodinné konference, k čemuž provozuje web *Crklata* (srov. *Nevypuť Duši*, online; *E-clinic*, 2019, online; *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*, 2021; *Lata – programy pro mládež a rodinu*; *Lata, Centrum rodinných konferencí*; online).

Pořádání tzv. *rodinných konferencí* se věnuje řada neziskových organizací. Mezi sociálními pracovníky panuje někdy nedůvěra k tomuto modelu. Obávají se ztráty kontroly nad „svým případem“ a dávají přednost tzv. případovým konferencím. Rodinná konference je setkání rodiny a jejího širšího okolí (přátel, sousedů, příbuzných a zástupců komunity) k zajištění bezpečí dítěte a řešení problematické rodinné situace posílením kompetencí rodinných příslušníků. Je méně formální než případová konference, která je metodou sociální práce, ukotvenou v zákoně č. 359/1999 Sb., v aktuálním znění. Rodinná konference není pouhou metodou, ale je převzetím zodpovědnosti a využitím práva rodiny řešit svou situaci aktivně, vlastními silami, za podpory odborníků. Je to citlivá a přirozená cesta pro dítě, vyžaduje však rodinu motivovanou, s potenciálem k řešení situace (Pavlíková et al., 2015, s. 42).

Na péči o duševní zdraví se podílejí a projekty neziskových organizací významně podporují fondy Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a také *nadace*.

Není účelem zmínit všechny nadace, ale upozornit prostřednictvím jednoho příkladu na jejich nezastupitelnou roli. Součástí finanční skupiny RSJ je *Nadace RSJ* akcentující zdravý bio-psycho-sociální vývoj dětí a jejich vzdělávání. Šíří osvětu v péči o duševní zdraví dětí a podporuje vzdělávání odborníků i veřejnosti v této oblasti. Je partnerem sekce Dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, podporuje organizace pečující o duševní zdraví dětí, jako např. Nevypusť Duši, E-clinic, Dětské krizové centrum a Linka bezpečí. Kromě toho nadace spolupracuje i s Národním ústavem duševního zdraví, který s její podporou připravil Program na podporu duševního zdraví a pohody žáků základních škol (RSJ, online).

Nejen pro děti s psychiatrickou diagnózou, ale pro všechny děti, které se ocitnou v krizi, slouží *linky pomoci*, které jsou realizovány jako sociální služby telefonické krizové pomoci dle zákona č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*. Nejznámější je *Linka bezpečí* 116 111, funguje nonstop a provozuje mimo jiné u dětí stále oblíbenější online chat. Pro rodiče a všechny dospělé včetně pedagogů, kteří mají strach o děti, fungují *Rodičovská linka* Linky bezpečí 606 021 021 a nonstop *Linka pro rodinu a školu* 116 000, kterou provozuje Cesta z krize (srov. zákon č. 108/2006 Sb., aktuální znění; Linka bezpečí; Cesta z krize; online).

2.4 Reforma péče o duševní zdraví

Důležitým dokumentem reformy péče o duševní zdraví je *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*, navazující na Strategii reformy psychiatrické péče 2013–2023. Cílem je zlepšit řízení a poskytování péče o psychické zdraví a zajistit dodržování lidských práv. Do roku 2030 chce v předpisech právní ochrany žáků ve školství ošetřit oblast institucionalizace dětí a informovaných souhlasů pro včasný záchyt a podporu dětí s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí. V gesci MŠMT je ukotvit ve školském zákoně rovnoprávné zařazení dětí s duševními poruchami. Úkolem MŠMT ve spolupráci s MZ a MPSV je legislativně zařadit téma dětského duševního zdraví do pregraduální přípravy pedagogů, realizovat program dalšího vzdělávání, revidovat RVP ZV a do výuky základních škol zahrnout psychosociální výchovu. Ministerstvo zdravotnictví má zajistit, ve spolupráci s MPSV, rozvoj ambulantních pedopsychiatrických ambulancí a stacionární péče pro děti s duševním onemocněním. Dále rozvinout síť

ambulancí dětských klinických psychologů, zajistit dostupnost psychoterapie a efektivně financovat rodičovské organizace dotačním programem. Ministerstvo zdravotnictví provozuje portál *Reforma psychiatrie*, kde uživatelé péče, odborná veřejnost, samospráva i média naleznou aktuální informace o průběhu reformy.

Strategie reformy péče o duševní zdraví přináší systematické poskytování vzájemně propojené péče multidisciplinárním týmem odborníků, poskytuje pomoc a podporu ve všech potřebných oblastech klientova života a je zaměřena na *recovery* čili zotavení klienta. Důraz je kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči. Ve společnosti jsou lidé s psychiatrickou diagnózou často stigmatizováni, a tak je cílem reformy vytvoření dlouhodobých a efektivních destigmatizačních kampaní (srov. NAPDZ, 2020; Reforma psychiatrie, duben 2017; online). *Stigma* duševní nemoci označuje vlastnosti, kterými se liší duševně nemocný od ostatních lidí ve společnosti. Stigma, původem řecké slovo označující cejch vypálený otrokům, znamenalo jejich oddělení od svobodných občanů a vyloučení ze společnosti. Stigma vede k diskriminaci a předsudkům o duševně nemocném, který je označen trvalou značkou, stigmatem, jako nebezpečný, nevypočitatelný a nekontrolovatelný. U závažných poruch, zejména u schizofrenie, může mít stigma takovou sílu, že likviduje kvalitu života, vede k izolaci a *sebestigmatizaci*, ke zvnitřnění předsudků, které snižuje sebeúctu a stigmatizuje i rodinu dítěte. Naproti tomu deprese již stigmatizována není. U dítěte má na formování postoje k lidem s psychickou poruchou, často bohužel negativního, největší vliv rodina a škola. Negativní předsudky posilují i média. Lepší kvalita péče o duševně nemocné a destigmatizace jsou hlavními cíli dnešní psychiatrie (srov. Hanušová in Hosák, 2015, s. 611, 613; Stárková, 2013).

Národní ústav duševního zdraví je české vědecko-klinické centrum výzkumu duševního zdraví, duševních onemocnění a neurověd. Zaštiťuje projekt *Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR*, ke kterému funguje web *Iniciativa Na rovinu*. S iniciativou *Na rovinu* realizuje ústav *Střednědobý akční plán destigmatizace 2019-2022*, jehož cílem je snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a lepší přístup k duševnímu zdraví. Organizují festival o duševním zdraví a myslí *Na hlavu* věnující se i duševnímu zdraví dětí. S platformou neziskových organizací Fokus ČR a dalšími pořádají *Týdny pro duševní zdraví*, největší multižánrovou vzdělávací a destigmatizační kampaň

o duševním zdraví a lidech s psychickým onemocněním v ČR. Probíhají od 10. září do 10. října, který byl WHO vyhlášen Světovým dnem pro duševní zdraví (NUDZ, online).

Multidisciplinarita, jedno z klíčových témat reformy péče o duševní zdraví, zde znamená způsob, jakým odborný tým efektivně a partnersky spolupracuje, aby maximálně využil společný potenciál znalostí a zkušeností k maximální podpoře individuálního procesu zotavení a zapojení dětí s psychiatrickou diagnózou. Pilotní projekt *Program podpory nových služeb v oblasti péče poskytované multidisciplinárním týmem pro děti a adolescenty* Ministerstva zdravotnictví je hrazen z projektu Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné a spolufinancován Evropskou unií. V rámci reformy péče o duševní zdraví probíhá osmnáctiměsíční pilotní provoz vybraných *multidisciplinárních týmů duševního zdraví pro děti a adolescenty* 0-18 let a jejich rodiče. Služby jsou zcela zdarma. Jeden multidisciplinární tým zabezpečuje nezisková organizace Pro zdraví 21, která poskytuje kompletní bio-psycho-sociální podporu zdraví dítěte i rodiny a metodické a koučovací služby pro pedagogické, sociální a zdravotní pracovníky. Druhý tým vznikl ve spolupráci soukromé ordinace dětské a dorostové psychiatrie MAMADŮ Praha za zdravotní služby a neziskové organizace Dům tří přání za sociální služby. Třetí tým vznikl v roce 2021 ve FN Ostrava (Reforma psychiatrie, duben 2020, online). Multidisciplinární tým nabízí dětem a jejich rodičům pedagogické, sociální a zdravotní služby, ambulantního i terénního charakteru. Záměrem je včasná depistáž, diagnostika duševních poruch a jejich odlišení od nepsychiatrické diagnózy. Tým odborníků využívá společný odborný potenciál znalostí a zkušeností, aby se ideálně předešlo hospitalizaci. Podporuje setrvání dítěte v přirozeném prostředí, zlepšuje kvalitu života dítěte a jeho rodiny. Členy týmu jsou dětský psychiatr, psycholog, zdravotní sestry, sociální pracovníci, rodinný terapeut, rodinný poradce, speciální pedagogové a případně peer konzultanti. Důležitá je garance časové i územní dostupnosti a práce s konkrétním dítětem formou *case managementu*. Ten zajišťuje kontinuitu, koordinaci a komplexnost jednotlivých, průběžně vyhodnocovaných, služeb. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 si klade za cíl ukotvení multidisciplinárních týmů v zákonech a prováděcích právních předpisech, aby propojení zdravotních a sociálních služeb do jednoho rehabilitačního plánu mělo právní subjektivitu (MZ ČR, 30. 4. 2020; Reforma psychiatrie, 10. 6. 2020; NAPDZ, 2020, s. 45; online).

3 Žák s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu v Plzeňském kraji

3.1 Cíl bakalářské práce a metodologie šetření

Cíl bakalářské práce

Hlavním cílem výzkumného šetření je popsat proces vzdělávání žáků s psychiatrickou diagnózou v podmínkách konkrétní základní školy hlavního vzdělávacího proudu v Plzeňském kraji.

Dílčí cíle

- *Prvním dílčím cílem* je zaměřit se na možnosti meziresortní spolupráce v oblasti podpory žáka s psychiatrickou diagnózou na základní škole.
- *Druhým dílčím cílem* je zpracovat na základě zjištěných skutečností doporučení pro pedagogickou praxi.
- *Třetím dílčím cílem* je popis inspirativní praxe základní školy hlavního vzdělávacího proudu.

Výzkumná část práce hledá odpovědi na následující *výzkumné otázky* (VO).

- *VO 1:* Jak ovlivňuje spolupráce zákonných zástupců a pedagogických pracovníků školy výchovu a vzdělávání žáka s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu?
- *VO 2:* Jak funguje spolupráce jednotlivých resortů při edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu?

Metodologie šetření

V souladu s výzkumným problémem a uvedenými cíli výzkumu je k realizaci výzkumného projektu použita metoda kvalitativního výzkumu.

Pro sběr dat jsou zvoleny následující *techniky šetření*:

- čtyři polostrukturované rozhovory s vedením školy, školním speciálním pedagogem, třídním učitelem a asistentem pedagoga
- kazuistika vybraného žáka

- analýza dokumentů a výsledků činnosti
- pozorování žáka
- analýza odborné literatury

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a technik šetření

Charakteristika výzkumného vzorku

Pro účel realizace šetření byla určena *tři kritéria výběru výzkumného vzorku*.

- Šetření probíhá na veřejné základní škole hlavního vzdělávacího proudu s dlouhodobým a stabilizovaným vedením (alespoň pět let ve funkci).
- Součástí školního poradenského pracoviště je pozice školního speciálního pedagoga. Na škole je dostupný interní odborný personál pro inkluzivní vzdělávání, což vede k předpokladu, že bude splněno i třetí kritérium.
- Škola má vyšší diverzitu žáků. Z rozmanitosti složení žákovské populace vychází předpoklad, že vedení školy bude mít se vzděláváním žáků s psychiatrickou diagnózou zkušenosti a vyvstane také řada otázek a námětů na toto téma.

Zkoumaná škola sídlí v Plzeňském kraji, má téměř 500 žáků, z toho je 130 žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Výzkumník zde uskutečnil *čtyři polostrukturované rozhovory*, první rozhovor s vedením školy (označen S1), které zde ve vedoucí funkci působí sedmým rokem a má třicetiletou praxi na pozici učitele druhého stupně. Druhý rozhovor byl veden se školním speciálním pedagogem (S2) s celkovou dvanáctiletou praxí v oboru, který na této škole působí tři roky. Třetí rozhovor proběhl s třídním učitelem prvního stupně (S3) působícím na pozici učitele prvního stupně patnáct let na škole, kde průzkum probíhá. Čtvrtý rozhovor byl uskutečněn s asistentem pedagoga (S4) s čtyřletou praxí v oboru, který je zaměstnán tři roky na druhém stupni sledované školy. Sběr dat, kterému předcházela *analýza související odborné literatury a příslušné legislativy*, probíhal od března do května 2021. Kromě zmíněných rozhovorů byla jako součást výzkumu realizována *kazuistika* (označena K) žákyně 8. třídy zkoumané školy. Sběr materiálů ke kazuistice probíhal od prosince 2019 do prosince 2020.

Charakteristika technik šetření

Za účelem sběru dat je použita kombinace několika metod. Pomocí zjednodušené vizualizace výsledků výzkumu strukturovaně zmapujeme rozdíly mezi hodnocením stavu jednotlivých parametrů P z pohledu odborníků S1, S2, S3, S4 a skutečného stavu získaného z analýzy dokumentů a výsledků činnosti a přímého pozorování žáka z kazuistiky K. Šetření je tak rozděleno na dvě části.

Pro *první část výzkumného šetření* byly použity čtyři polostrukturované rozhovory s vedením školy, školním speciálním pedagogem, třídním učitelem a asistentem pedagoga a hodnocení stavu jednotlivých parametrů z pohledu těchto odborníků. Otázky byly výzkumníkem formulovány s ohledem na dílčí cíle šetření a rozhovory trvaly v rozmezí 60-90 minut. Přepisy rozhovorů byly kódovány běžnými kódovacími technikami, a to otevřeným kódováním a kategorizací kódů. Výsledky dotazování odpovídají subjektivnímu pohledu jednotlivých informantů na práci s žáky s psychiatrickou diagnózou a popisují práci s těmito žáky z pohledu konkrétní školy. Nejsou objektivním měřítkem nebo obrazem celkového stavu této problematiky.

Pro *druhou část výzkumného šetření* byla, s ohledem na výzkumný problém, použita kazuistika žáka K za účelem specificky ilustrovat, jak probíhá vzdělávání žáka s psychiatrickou diagnózou v podmínkách konkrétní základní školy hlavního vzdělávacího proudu. V kazuistice nejde jen o popis fungování vybrané základní školy vůči žákům s psychiatrickou diagnózou, ale i o charakteristiku procesů a reálných událostí ilustrujících stav, který v souvislosti se vzděláváním konkrétního žáka na základní škole probíhá, resp. může nastat.

Výzkumné šetření bakalářské práce zachovává všechna **etická pravidla**. Informanti byli seznámeni s osobou výzkumníka, účelem sběru dat a cílem výzkumu. Souhlasili s pořízením písemných poznámek a zvukového záznamu hovoru. V rámci zachování anonymity jsou jména informantů nahrazena označením S1-S4 (stakeholders) a ve všech rozhovorech je použito generické maskulinum, o informantech je referováno v mužském rodě a citace rozhovorů jsou s ohledem na to upraveny. Data v celé praktické části výzkumu jsou zevšeobecněna do té míry, aby chránila identitu zkoumané základní školy, včetně jejich zaměstnanců a žáků.

3.3 Interpretace výsledků šetření

1. část výzkumného šetření: Rozhovory s odborníky

Výzkumné šetření je realizováno formou kvalitativního výzkumu s pomocí výzkumných technik. Interpretace dat je analyzována z realizovaných rozhovorů z pohledu maximálně čtyř odborníků S1-S4 (stakeholders):

- vedení školy (S1),
- školní speciální pedagog (S2),
- třídní učitel na prvním stupni (S3),
- asistent pedagoga na druhém stupni (S4).

Analýza rozhovorů je strukturována podle hodnocení devíti parametrů P1-P8:

P1: Strategie vedení školy

P2: Edukace žáků s psychiatrickou diagnózou

P3: Spolupráce se zákonnými zástupci

P4: Legislativní a odborná podpora MŠMT

P5: Resort MŠMT - spolupráce se školskými poradenskými zařízeními

P6: Resort MZ - spolupráce s pedopsychiatrem a dětským klinickým psychologem

P7: Resort MPSV - spolupráce s oddělením sociálně-právní ochrany dětí

P8: Spolupráce s neziskovými organizacemi

P9: Spolupráce v multidisciplinárním týmu odborníků

Rozhovory vedené ve velmi vstřícné atmosféře, kdy především vedení školy nemělo zábrany otevřeně vyjádřit své postoje, potvrdily náš předpoklad důležitosti až naléhavosti tématu pro tuto konkrétní školu.

P1: Strategie vedení školy

Inkluze bývá v některých školách vnímána zúženě, pouze jako vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Vedení sledované školy klade důraz na přijímání rozmanitosti žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, vždy přitom hledí na zajištění výchovy a vzdělávání v zájmu blaha každého dítěte, v duchu Úmluvy o právech dítěte. S přesvědčením, že škola je místem, které slouží k výchově a vzdělávání všech žáků.

Připomíná svou povinnost přijímat žáky ze spádové oblasti, jak mu ukládá Školský zákon: „Ředitel spádové školy je povinen přednostně přijmout žáky s místem trvalého pobytu v příslušném školském obvodu [...], a to do výše povoleného počtu žáků uvedené ve školském rejstříku“ (zákon č. 561/2004 Sb., § 36, odst. 7, aktuální znění).

„Ředitelé by měli dodržovat školský zákon. Oni ho v obrovském počtu porušují. [...] Tyhle děti, kde je více práce, český učitel ve třídě nechce. Na mnoha školách za ním stojí vedení a udělají vše, aby se dítěte zbavili, aby nemuseli nastavovat pravidla, řešit rodiče a snažit se dítěti pomoci. Systémově nejsou školy schopné dostát tomu, čemu mají, pečovat o blaho dítěte výchovou a vzděláváním. Možná se snažíme o to vzdělávání, ale výchova, ta nefunguje“ (S1). Vlastní osobní angažovanost a vstřícný otevřený postoj vedení školy vůči žákům se speciálními vzdělávacími potřebami vede k tomu, že do školy přestupují žáci z jiných škol hlavního vzdělávacího proudu, včetně žáků v psychiatrické péči. Mnozí bydlí mimo spádovou oblast školy, na jiných školách neuspěli nebo tam nejsou vítáni. „Přestupují, nevím, jestli bohudík nebo podle hesla ‚každý dobrý skutek musí být po zásluze potrestán‘. Většina škol zaujme postoj ‚my děláme, co můžeme, takže neděláme vlastně nic, a když se vám to nelíbí, změňte školu‘“ (S1). „I poradenský zařízení říkají, že k nám posílají děti z ostatních škol. Když někoho odmítnou, řeknou: ‚Běžte na [název školy], tam vás vezmou‘“ (S2). „To není systémové řešení. Všichni by se měli o to dítě postarat, vytvořit podmínky, aby ho třída přijala a neřešila jinakost“ (S1).

Vedení školy připouští, že ne vždy je společné vzdělávání snadné a realizovatelné. Přítomnost rizikových žáků může na škole vést k mimořádným situacím, na jejichž řešení je třeba být kvůli bezpečnosti všech připraven. Na dotaz ohledně největších rizik u dětí s psychiatrickou diagnózou odpovídá, že není snadné, ani pro odborníky, odlišit psychiatrickou diagnózu a výchovné problémy. Výchova a atmosféra v rodině žáka mohou výrazně ovlivňovat psychickou pohodu žáka i míru zásahu jeho znevýhodnění do působení ve škole, konstatuje vedení školy. „Žák, devět let, je psychiatricky nemocný nebo se to vymklo mamince a je to rozvejřený, divoký dítě bez pravidel, schopný ve třídě někomu ublížit? A teď, trestat, protože to dělá z plezíru, nebo je to projev nemoci a nemůže si pomoci v tu chvíli? Je důležitý vědět, jak s ním máme pracovat. [...] Stačilo, že se natlačily čtyři, pět dětí do šatny, jemu přeplo a začal být na všechny neuvěřitelně agresivní. Vyslechl jsem

všechny vulgarity, který existují, byl jsem poplivaný, špinavý, házel na mě boty, až mi došla trpělivost. Hodil jsem si ho přes rameno a odnesl ho sem a volal rychlou“ (S1). Situace může eskalovat až do té míry, že vzdělávání žáka ve škole není dočasně možné. „Maminka změnila školu, historie se opakovala, na další škole také. Teprve pak byl hospitalizovaný [míněno na dětském oddělení psychiatrické nemocnice], chvíli byl v diagnostáku. Pak šel do etopedické třídy, pro psychiatricky nemocný. Tam byl rok a po roce se hledalo, kam dál“ (S1).

Společné vzdělávání na škole hlavního vzdělávacího proudu nemusí být nejlepší cestou ani pro žáka s lehkým mentálním postižením. Pokud na něm zákonný zástupce trvá, škola je povinna ho zajistit. Speciální pedagog popisuje situaci, kdy se výukové potíže žáka na prvním stupni postupně prohlubovaly, na druhý stupeň tak doporučil přestup na speciální školu. Rodiče však nesouhlasili, a tak žák na škole zůstal. Na druhém stupni má samostatnou výuku hlavních předmětů s druhým pedagogem přiděleným do třídy. „Na hlavní předměty má svoji paní učitelku. Začal se i těšit do školy, ale je škoda, že kvůli tomu hendikepu mentálnímu... Neposmívají se mu, ale má problém se ve třídě s někým pobavit“ (S2).

Vedení školy zdůrazňuje, že k žákům je třeba přistupovat individuálně. Na konkrétním příkladu ilustruje, že závažná diagnóza kombinovaného postižení spojená s častými absencemi ve škole nemusí být nutně pro vzdělávání žáka na škole hlavního vzdělávacího proudu překážkou, pokud se mu vytvoří vhodné podmínky. „Dítě s Aspergerem, psychickými problémy, onkologickým onemocněním, hydrocefalem, totálně zdevastovaný. Vypadlo ze školského systému, mělo ‚pofiderní‘ domácí vzdělávání. Matka zavolala, že ho ‚ve spádu‘ nechtějí a přivedla dítě komunikativní, veselé, a mně bylo jasné, že ho vezmu, i když ‚není spádové‘. [...] Dostalo zkušeného asistenta pedagoga, zajistili jsme doučování. A mamince začalo vadit, že se osamostatňuje. To jsou podezření, nikdy nepotvrzený, že v mnoha případech jde o to udělat z dítěte ještě většího chudáka, než je, abych dostal co největší příspěvek od státu. Pěstovat tu závislost na rodiči. Ale dítě, jak dospívalo, nebylo hloupé, tady skončilo na trojkách, udělalo si obrázek o světě a jak se v něm pohybovat. [...] Ozařování, rakovina, každého půl roku na měsíc v nemocnici. Až potřebovalo asistenčního psa, tak jsme tu měli i psíka. A myslím, že jsme odsud vypustili dobře zorientovaného mladého člověka“ (S1). Z deváté třídy žák odešel na školu pro děti

s mentálním postižením, což vedení školy považuje za volbu „smutnou“. Rozhodl tak, přes nesouhlasné stanovisko odborníků, zákonný zástupce, který byl celou dobu součástí procesu hledání vhodné školy. *„Já jsem zapojil NPI [Národní pedagogický institut] a našli jsme školu v místě bydliště, nápomocnou dítěti, kde jim nebude vadit asistenční pes. Kde se bude vzdělávat v oblasti, která ho baví a kterou bude moct vykonávat. [...] Ale maminka si postavila hlavu a dítě šlo na internátní školu, mezi děti s mentálním postižením, což rozhodně nemá. Maminka má od pondělí do pátku klid. A to, že dala dítě, kam nepatří... Je smutný, že to dopustí příslušný OSPOD“ (S1).*

P2: Edukace žáků s psychiatrickou diagnózou

- Učitel

Informovanost budoucích učitelů o práci s žáky s psychiatrickou diagnózou je naprosto nedostatečná, uvádí vedení školy. Třídní učitel, který na dané škole působí patnáctým rokem, spojuje povědomí o těchto žácích až s praxí při práci s konkrétním dítětem. Uvádí, že neznalost problematiky může vést k odstupu učitele od tohoto žáka. Speciální pedagog vnímá, že se povědomí učitelů o dětech, konkrétně s ADHD, zlepšilo. *„Když to vezmu podle sebe, tak až když se s tím dítětem setkáte, to začnete řešit. Dříve bylo jedno medikované dítě na škole, dnes je jich celý seznam. Kdo se setkal osobně s dospělým se schizofrenií? A kdo teprve s dítětem? To jsou strašně pracný děti, nevíte o tom nic, výsledek není vidět hned. A tak, když se to dítě objeví, první šoková reakce je ‚uteč‘ a jak se ho zbavit“ (S3).* *„Přijde ze školky s nálepkou ‚strašnej zlobič, strašně zlej a strašně agresivní‘ a často se pozná, že má ADHD. To se zlepšilo, že tu s ním pracujeme a vidíme, že je možný, že by chtělo, ale nedokáže ovládnout ty impulsy a potřebuje dopomoc asistenta“ (S2).*

Na dotaz, zda nějaká státní nebo nestátní organizace nabízela škole školení pro pedagogické pracovníky nebo programy pro školní třídy v oblasti duševního zdraví a fungování dětí v psychiatrické péči na základní škole, vedení školy odpovídá, že takovou nabídku nikdy nedostalo. Samo oslovuje odborníky, kteří přicházejí do školy kvůli nástupu konkrétního žáka. *„Přemluvím někoho ze speciálně pedagogického centra, než dítě nastoupí, aby učitelům i dětem řekl, co je čeká. Kdyby tak byl k dispozici dětský klinický psycholog nebo pedopsychiatr. Ten ale nemá kapacitu přijít do školy na dvě hodiny si*

povídat“ (S1). „Chodí z pedagogicko-psychologický poradny, pravidelně, ale spíš na školení metodiků prevence. Ale i s učiteli na prvním stupni to probírají a pomáhají nám“ (S2).

Motivace k práci s žáky s psychiatrickou diagnózou u učitelů, kteří již na škole působí, se odvíjí od jejich celkového přístupu k dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Podmínky se u učitelů na prvním a druhém stupni různí. „Jakmile bych dopustil, že se mi dítě v první třídě dostane do fáze ‚at‘ udělám, co udělám, tak je to stejně špatně‘, tak jsem jako učitel skončil a už se neodpíchnu“ (S3). „Na prvním stupni motivování jsou. A na druhém, to záleží na té osobnosti. Nebo když učitel přišel ze školy, kde skoro nebyly tyhle děti a nedokáže si představit, co zvládnou a co nezvládnou. A má požadavky, který nedokážou splnit“ (S2). „Je to o člověku, teď obzvlášť [míněna distanční výuka v období koronavirové krize]. Na první stupeň jde učitel pracovat s malýma dětma, vnitřní nastavení je citlivější. Na druhém už jsou to pro učitele velký lidi. Za svůj úkol považuje naučit je něco podle aprobace. A hodně lidí pomíjí tu lidskou stránku, vnitřní potřeby dítěte, možná pošramocení, který neumí vyjádřit. Chceme výkon, a když ho nemáš, jsi bez šance“ (S1). „Když vykřikuje sprostá slova, udělám gesto, on mu dobře rozumí, učím dál, pak si ho vezmu a probereme to. Ale konflikt, když někoho uhodí, řeším hned, uzavřeme to a tečka. Řeknu: ‚Já vím, že jsem na tebe křičel, mě to taky štve.‘ Když se dohaduje, říkám: ‚Nebudeme se hádat.‘ To dítě, když vychladne, mluví naprosto rozumně. A jednou, to mě úplně dostalo, přišlo, podalo mi ruku a řeklo: ‚Mír.‘ ‚Přijímám,‘ řekl jsem“ (S3).

Vedení školy zastává ve škole kromě role manažera i roli učitele a sebekriticky přiznává, že i pro něj je na druhém stupni v roli vyučujícího náročné mít situaci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami vždy dokonale na paměti. Dokáže se tak na diverzitu třídy podívat i z pohledu učitele a hranic jeho možností. To pak může využít při manažerské práci, např. při stanovení reálných požadavků na práci učitele s těmito žáky. Respektovat individuální specifika při edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou dle plánů pedagogické podpory a individuálních vzdělávacích plánů je dle vyjádření vedení školy i speciálního pedagoga jednodušší na prvním stupni, kde třídní učitel tráví s dítětem většinu času. Na druhém stupni se učitelé střídají a učí v několika třídách zároveň. Pedagogové se vyjadřují: „To bych musel být Superman. Nedokážu s každým dělat, co mi z té poradny

napišou, s jedenácti dětmi vyšetřenými ze sedmadvaceti. Mám tu dítě s poruchou pozornosti, pozornost pět minut max. Je sdílený, ale já ho nemůžu posadit k asistentovi k druhému dítěti s ADHD, to by neudělal nic ani jeden. Sesypu dohromady ty podobný, najdu střed, ale není z toho ten pocit, štve mě to. Diferencuju, ale nemůžu jedenácti způsoby“ (S3). Vedení školy přiznává: „Na druhém stupni mi to taky z hlavy uteče, že s ním nemohu jednat jako s jeho sousedem, že tohle dítě je jiný. To bude běh na strašně dlouhou trať, než se to i na tom druhém zažije. Až když mi dítě s Aspergerem na ‚distančce‘ napíše: ‚Já jsem tomu nerozuměl.‘ Ted’ už to více konzultuju se speciálním pedagogem“ (S1). Speciální pedagog připomíná, že každý vyučující stvrzuje podpisem, že se seznámil s individuálním vzdělávacím plánem nebo plánem pedagogické podpory žáka a je povinen ho dodržovat. „Některý učitel to řeší hodně a je s ním snadná domluva a jiný si třeba myslí, že dítě na tom není tak špatně a není to tak potřeba. Tak pak za ním jdu“ (S2).

- Školní speciální pedagog

Metodickou podporu speciálního pedagoga ostatní pedagogičtí pracovníci podle vedení školy samostatně aktivně spíše nevyhledávají. Odpověď je vztažena na období distanční výuky, kdy rozhovor probíhal. Školní speciální pedagog hodnotí spolupráci z dlouhodobého hlediska, při zavádění a aplikaci podpůrných opatření v běžné výuce. Třídní učitel ho aktivně oslovuje a uvádí, že už si bez jeho podpory, díky které se může soustředit na vlastní výchovně vzdělávací činnost ve třídě, nedokáže práci představit. „Bohužel je to iniciativa našeho speciálního pedagoga. Nevím, jestli je to tím, že ty třídní jsou hodně vytížení, chrlí se toho na ně strašně moc. Ted’ ty děti navíc nevidíme [míněna distanční výuka], takže je šmahem řešíme jako jednu homogenní skupinu a ona vůbec homogenní není. Je to problém ve třídě, natož když jsou každý za monitorem“ (S1). „Mám tu dítě s úzkostnou poruchou a ADHD, závažné zdravotní problémy v rodině a nemohou sehnat psychologa. [...] Tak jsem oslovil našeho speciálního pedagoga a hned to zařídil. Děti z mé třídy chodí strašně rády k tomu našemu speciálnímu pedagogovi, ty ho milujou“ (S3). „Dost často chodí učitelé sami. Když dostaneme zprávu z poradny, s třídním nebo s vyučujícím toho předmětu si řekneme, co to je za poruchu, co se po tom dítěti dá chtít, co už ne. [...] I v průběhu roku. Dítě se vyvíjí. Když žák s PAS

nezvládá prezentovat referát před ostatními, tak si řekneme, že se tam ten referát jen vyvěsí“ (S2).

Speciální pedagog na zavádění a vyhodnocování podpůrných opatření spolupracuje s dalšími pracovníky školního poradenského pracoviště, s třídními učiteli i vyučujícími. *„Plán pedagogické podpory píšeme často i na děti, které mají poruchy chování. Tam je ještě metodik prevence a řekneme si, co tam zahrneme“ (S2).*

Speciální pedagog jmenuje specifika přímé práce s dětmi s psychiatrickou diagnózou. Podotýká, že na škole je 130 žáků s podpůrnými opatřeními různých stupňů, z toho 80 žáků má doporučenou speciálně pedagogickou péči nebo pedagogickou intervenci. Žáky si bere jednotlivě i po skupinkách. Velký objem práce zvládá i díky učitelům prvního stupně, kteří jsou zvyklí s těmito dětmi pracovat. Uvádí, že v téměř každé třídě je asistent pedagoga, což před třemi lety, kdy nastoupil, nebylo. *„Žáky s PAS učím pohybovat se mezi dětmi, říct si o kontakt, komunikovat. U dětí s ADHD se zaměřuju na to, aby se uměly soustředit, některý jsou hyperaktivní, tak ovládnout ty impulzy. Používám speciální cvičení, buď na počítači, nebo hry na koncentraci a zklidnění. Poruch pozornosti přibývá“ (S2).*

- Asistent pedagoga

Spolupráce školního speciálního pedagoga s asistentem pedagoga je velmi intenzivní. *„Asistent má jedno nebo víc dětí na starost, a pak se stejně stará ve třídě o všechny děti se speciálními vzdělávacími potřebami, tak komunikujeme stále“ (S2).* *„Ted' po aktivu jsem za speciálním pedagogem byl s rodičema dítěte s Aspergerovým syndromem. Nebyli jsme domluvený, hned nás přijal. Kvůli střední škole, ještě je čas, ale je tam ještě dyskalkulie atd. Navrhl nějaké možnosti, slíbil pomoc. To rodiče uklidnilo a odcházeli spokojený“ (S4).*

Třídní učitel uvádí, že při spolupráci s asistentem pedagoga považuje za nejdůležitější znalost, soulad a vzájemnou podporu. Ve stejném duchu hovoří asistent pedagoga, který zmiňuje i vzájemný respekt k práci. A také to, že soulad, nebo naopak napětí mezi učitelem a asistentem se odráží na psychické pohodě asistenčního žáka, ale i celého třídního kolektivu. *„Mně se tady vystřídali asistenti, což mě docela*

štválo, protože to dítě musíme oba dobře znát. Podíváme se na sebe a oba víme, jak na tom to dítě zrovna je. To strašně pomůže. Nemusí mi říkat: ‚Já ho vezmu na chvílku ven.‘ Nebo, když vidím, že už to nefunguje, tak jdu a dotáhnu to. Asistent je furt jeho. Já jen občas a dítě má tendenci dělat věci typu ‚všimni si mě‘“ (S3). „To, že oba víme, že tu máme svůj úkol, že tu pracujeme, oba. [...] To dítě funguje ve vlnách. Ty zvraty musejí být pro kantora těžký, ale věřit asistentovi, který je s ním furt, že to teď nejde, i když včera nebo před hodinou to šlo. Že to nedělá jemu naschvál. [...] Jo, to se většinou daří, i díky vedení, které na tu komunikaci hodně dbá“ (S4).

- Spolužáci žáka s psychiatrickou diagnózou

Třídní učitel popisuje řešení krizových situací, ke kterým ve třídě s žákem s psychiatrickou diagnózou dochází. Děti jsou svědky nepříjemné situace, které nerozumí a je třeba s nimi o tom mluvit. Zmiňuje vliv postoje učitele na možnou stigmatizaci dítěte spolužáky. „V ten moment je tu dvacet šest dalších dětí. [...] Pokud to jde, asistent odchází s dítětem ze třídy a je fajn, když to zvládnou sami. Pokud ne, pomůžu. Reakce musí být okamžitá. [...] Jakmile to dítě za den napomenete sedmdesátkrát, v těch dětech zakoření, že je ten špatný. A malé dítě se chce zavděčit učiteli. Zkraje na něj chodily žalovat. Někdy řeknu: ‚Dneska je tu bugr a vy vždycky říkáte, že za to může. Dnes tu není a vidíte rozdíl? Ne‘“ (S3). Mnohdy jde o nadané žáky, které mohou spolužáci díky jejich chování podceňovat, i proto je tak důležité o tom s dětmi hovořit. „Když tu běhá po čtyřech a kejhá, ty děti si ho zařadí, že je hloupý. Říkám: ‚On se jenom hloupě chová.‘ Děti to berou tak, jak se chová, takový je. Zkraje se podivovaly: ‚On má jedničku?‘ [...] Dneska už vědí“ (S3).

- Co je při přímé práci s žákem s psychiatrickou diagnózou nejdůležitější?

Mít na paměti, že žák má kázeňské problémy v souvislosti s diagnózou, kterou si sám nevybral, ne kvůli tomu, že je tzv. „zlý“, uvádí speciální pedagog: „A takového ho přijímám a záleží mi na něm“ (S2). Asistent pedagoga připomíná slova ředitele školy k nově příchozím asistentům: „To dítě vás strašlivě naštvě a vy musíte druhý den přijít s čistou hlavou a nejlíp i s úsměvem“ (S4). Třídní učitel považuje za nejdůležitější zachovávat stejná pravidla pro všechny děti a žáka maximálně do dění ve třídě zapojovat: „Jednou je odsud vyplivnem, musí být samostatní“ (S3).

P3: Spolupráce se zákonnými zástupci

Vedení školy si zakládá na úzké spolupráci s rodinou dítěte a na společném postupu. Zmiňuje hyperprotektivní výchovu rodičů, která může podle něj situaci dítěte zhoršovat, což potvrzuje i speciální pedagog. Třídní učitel popisuje, jak může jednání rodičů ovlivnit předchozí negativní zkušenost. *„Zvlášť matky, které jsou s dítětem samy, a je to kluk, tak aby si zachovaly svoji tvář, nechťejí nastavovat nepopulární pravidla a všechno omlouvají. [...] A dítě, jak roste, požaduje od matky stále větší prostor a úlevy. Ve škole nerespektuje pravidla a nemá sociální citění, protože doma, co si řeklo, to se splnilo“* (S1). *„Vztahy s rodiči jsou většinou dobré. Někdy požadují speciální zacházení s dítětem, v dobrý víře, že pro něj chtějí to nejlepší. Snažím se vysvětlit, že v důsledku mu ale škodí a většinou se domluvíme. Ale jsou i rodiče, co si neustále a na všechno stěžují“* (S2).

Třídní učitel vzpomíná, jak rodiče při nástupu dítěte do první třídy zatajili jeho závažnou psychiatrickou diagnózu. Hned v prvních týdnech se projeví problémy, kterým by mohl, pokud by byl informován, předejít. I když ho chování rodičů rozčílilo, uvědomuje si, že to byl projev zoufalství a strachu. *„Když má rodič problémový dítě, často je nešťastnej a zranitelnej. Když mu ho vyhodí ze čtyř školek, bojí se, že to dopadne zase blbě. A my už jsme škola, to není sranda“* (S3). Asistent pedagoga připomíná výrazný vliv rodinného prostředí na práci s dítětem ve škole. *„To se můžu třeba přetrhnout, ale když to doma bojkotují nebo ho neposílají do školy? [...] Teď pracuju s dítětem s PAS, rodiče spolu nežijou, ale všechno si říkají nebo přijdou oba. Konzultujeme pravidla a držíme se jich. Všichni. To obrovsky pomáhá tomu dítěti“* (S4).

Mnohé problémy žáků s psychiatrickou diagnózou nejsou řešeny včas a rozvinou se. To může být podle vedení školy dáno nedostupností odborné péče o tyto žáky a jejich rodiny. Speciální pedagog rodinné terapie doporučuje často. Někdy musí o důležitosti práce s celou rodinou rodiče přesvědčovat, ale často je v tom úspěšný. *„Potřebujeme sáhnout do rodiny. Ale ke komu jít? Máme absolutně poddimenzované doprovodné služby. A problém se zacyklí. My tady křičíme, matka si myslí, že to dělá dobře, dítě je na pár facek pořád“* (S1). *„Tu rodinnou terapii vede člověk, kterej je nestrannej. [...] Podle mě to berou jinak než od nás, který tady ve škole přímo s dítětem pracujeme“* (S2).

Speciální pedagog řeší i případy, kdy rodiče nejsou ochotni akceptovat diagnózu dítěte a vyšetření a následná podpůrná opatření, která by dítě ve školní práci podpořila, bojkotují. Někdy panují rozdílné názory i mezi rodiči dítěte. „*Dítě na prvním stupni, s ADHD, s hyperaktivitou obrovskou plus všechny možné specifické poruchy učení, problémy se sluchovým i zrakovým rozlišováním. [...] Matka dlouho odmítala všechno a zakazovala to i otci. Odmítala i asistenta pedagoga. Ve třídě byl k jinému dítěti, ale staral se nejvíc o tohle. Teď ustoupila, ať to táta vyřeší. A příští rok bude mít dítě svého asistenta*“ (S2).

„*Dítě s poruchou autistického spektra mělo asistenta, matka ale tvrdila, že žádnou poruchu nemá, jen velké nadání. I když jsem jí to vysvětloval já, třídní i ‚espécéčko‘, vymohla si další školní rok bez asistenta. [...] V té situaci covidový ke mně chodilo každý týden na intervence. A přestalo mluvit, úplně, i doma. A po třech letech jsme se domluvili. [...] Souhlasili s psychoterapií. Už na ní bylo dítě, i maminka*“ (S2).

Velký důraz je kladen na spolupráci se zákonnými zástupci spolužáků žáka s psychiatrickou diagnózou. Třídní učitel zmiňuje konání mimořádného aktivu kvůli dítěti, u kterého rodič zatajil závažnou psychiatrickou diagnózu. Váží si podpory vedení školy, kdy oba jeho zástupci se aktivu zúčastnili a spolu s ním situaci rodičům vysvětlili. Chtěli tak zabránit i stigmatizaci dítěte. „*Přišlo jako běžný dítě. Vygradovalo to během tří neděl. Mamince dítěte jsme o aktivu řekli, nebyla tu, chtěli jsme zabránit lynči. Když rodičům někdo tluče dítě, v první třídě... Rodiče se doma ptali: ‚Co ti dneska zase udělal!?‘ Říkám: ‚Neptejte se, co ti zase udělal, dítě odpoví tak, jak se ptáte. Až přijde, že se stalo něco strašného, zavolejte, řeknu vám to popravdě.‘ Pomohla věta: ‚Je to chytrý dítě, ale má obrovské problémy.‘ [...] Strašně kvitovali naši otevřenost. Ale není to bez stížností, doteď“ (S3). Nejdůležitější je otevřená komunikace a zájem, potvrzuje asistent pedagoga. „*Já jsem ve třídě pro všechny děti, a to taky všem rodičům na začátku řekneme. A berou mě jako pomoc té třídě a obracejí se na mě. A pak jsou vstřícný i oni k nám*“ (S4). Přístup ke společnému vzdělávání se dle třídního učitele zlepšuje, je to dáno i zkušeností rodičů. „*Když jsem dřív při zápisech řekl, že bude ve třídě asistent, viděli problém.**

Dnes řeknou: „Nevadí, my už měli autistu ve třídě, mně jde o to, aby tam nebyla šikana““ (S3).

Vedení školy při edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou spolupracuje s mnohými vnějšími subjekty. Využilo pomoci Národního pedagogického institutu při kariérovém poradenství u žáka s kombinovaným postižením z deváté třídy. Dlouhodobě aktivně zjišťuje možnosti vzdělávání dětí s psychiatrickou diagnózou, které se nemohou, dočasně či trvale, vzdělávat ve škole hlavního vzdělávacího proudu. U pracovníka Odboru školství, mládeže a sportu krajského úřadu si ověřuje informace o fungování etopedické třídy pro děti s výraznou poruchou chování a těžkou psychiatrickou diagnózou. „*Bohužel, funguje jediná třída etopedická pro celý kraj. Jedna skupina pro čtyři až šest dětí a jenom pro první stupeň, pro druhý ne“ (S1). Žáci se nejpozději po roce vracejí zpět do svých škol, aby se do skupiny dostali další. Pokud problémy návrat znemožňují, odcházejí do diagnostických ústavů a dětských psychiatrických zařízení, tlumočí informace vedení školy.*

P4: Legislativní a odborná podpora MŠMT

Na základní škole se výrazně zvyšuje počet dětí se speciálními vzdělávacími potřebami i míra jejich znevýhodnění, a tím i náročnost péče o ně, uvádí vedení školy. Speciální pedagog konstatuje, že za tři roky, co na škole působí, vzrostl počet dětí s ADHD a také přibyl žák se závažnou psychiatrickou diagnózou schizofrenie. „*Před pěti lety jsme začínali s projektem Inkluze a dnes máme ve škole děti vyšetřených v poradně o padesát procent víc. [...] A s tím se zvyšuje počet těch, co mají větší, i psychiatrický problém“ (S1).*

Žáci s psychiatrickou diagnózou nejsou v legislativě vydané Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy samostatně zmíněni a zákonnou úpravou není řešený ani přístup k nim. „*Legislativně se tváříme, že takové děti neexistují. Vyhláška 27 [míněno aktuální znění vyhlášky č. 27/2016 Sb.], pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, nemá jedinou řádku o tom, že existují děti s diagnózou psychiatrickou a jak k nim přistupovat ve škole. Aby ředitelé věděli, co můžou, a co ne“ (S1).*

„*Máme základní metodiku, vyhlášku 27, a tam jsou nějaké počty dětí ve třídách. A školský zákon říká něco úplně jiného, hovoří o třiceti dětech ve třídě. Nehovoří o tom, že když mám sedm dětí [míněno děti se speciálními vzdělávacími potřebami], že můžu snižovat*

počet dětí ve třídě. A zřizovatel řekne, že zákon je nadřazený vyhlášce“ (S1). Třídní učitel doplňuje, že obzvláště u dětí se závažnější psychiatrickou diagnózou by uvítal, kdyby se počet dětí ve třídě snížil např. na dvacet dětí a bylo to jasně legislativně ošetřeno. „Ty děti by se mohly líp orientovat ve vztazích okolo, v terénu, předjímání, když udělám tohle, stane se tohle. V těch počtech je to šílený pro ně, jsou jak ‚slon v porcelánu‘“ (S3).

Informovanost budoucích učitelů z pedagogických fakult o práci s dětmi s psychiatrickou diagnózou se vedení školy jeví jako naprosto nedostatečná, udává vedení školy. Speciální pedagog s tím souhlasí a doplňuje, že dříve nebyla tak důkladná diagnostika nebo se to tolik neřešilo. Dnes je situace jiná a uvítal by i školení pro pedagogické pracovníky ve škole. *„Všichni by měli v rámci studia projít zdravotnickou přípravou rozšířenou o první pomoc a práci s dětmi s psychiatrickou diagnózou. Aby měli povědomost o tom, že tyhle děti ve školách jsou, co je ADHD, jak se projevuje...“ (S1).*

V zákoně není jasně ukotvena náplň práce asistenta pedagoga. Není zajištěno systematické financování školního speciálního pedagoga, jeho pozice není povinnou součástí školního poradenského pracoviště. To s přístupem k dětem s psychiatrickou diagnózou úzce souvisí, protože spolupráce musí být systematická a dlouhodobá, uvádějí shodně vedení školy i školní speciální pedagog. Vedení školy u rizikových dětí s psychiatrickou diagnózou zpracovává krizové plány. *„Je to všechno na vedení školy nebo třídním učiteli, jestli má hodně nebo málo strachu. Předvídáte. Co se stalo, to si vyčtete z lékařských zpráv dítěte, když vám je rodič dá. To je jediné na jeho dobré vůli. A to není řešení. Nejen ty nejtěžší případy, i ti ‚ádéhád‘áci‘ občas sklouznou k agresí. [...] Pro naše krizové plány, jak postupovat s psychiatrickými dětmi, jsem nenašel legislativní oporu. Nikde není psáno, že je povinnost zpracovat krizový plán, který zkoukne specialista a podepíše rodič a škola“ (S1).*

Od ledna 2021 je pedagogická intervence, která je formou doučování často využívána u dětí s psychiatrickou diagnózou, nově podpůrným opatřením 1. stupně a o jejím poskytování rozhoduje ředitel školy. *„V tom zdůvodnění píšou, že jim jde o blaho těch dětí, a proto je vyňali z péče pedagogicko-psychologické poradny. Úplně prvotní záchyt hodili na školu, čímž si myslím, že na odhadem polovině škol nebude žádný. Začne se to řešit, až*

rodič začne být vtíravěj a agresivní, že s dítětem se musí něco dělat. Pak půjdou do poradny. Kdežto takové ty věci, které zachytí i třídní učitel...“ (S1).

P5: Resort MŠMT - spolupráce se školskými poradenskými zařízeními

Speciální pedagog hodnotí spolupráci s příslušnými pedagogicko-psychologickými poradnami i se speciálně pedagogickými centry jako výbornou, spolupráce již byla navázaná od předchozího speciálního pedagoga. Když nastane mimořádná situace, může se na ně kdykoliv obrátit. Jejich vytiženost v současné době ale považuje za enormní, čemuž odpovídají dlouhé objednávací lhůty k vyšetření žáků. *„A těch vyšetřených dětí tu máme hodně. Dávají nejbližší termíny, hned volají, když jim někdo odpadne. SPC chodí pravidelně do školy a probereme všechny žáky, co mají na starosti. [...] Včera [květen 2021] jsem jim donesl štos žádostí a říkali: ‚Až na podzim.‘ Stoupl to v desítkách procent, covid je už druhý rok a na psychiku dětí to špatně působí“ (S2).* Spolupráci se střediskem výchovné péče považuje speciální pedagog za vynikající i díky osobní vazbě, pracují tam jeho bývalí kolegové. Žáci s psychiatrickou diagnózou většinou docházejí ambulantně na konzultace a probíhají tam i rodinné terapie. *„Teďka jsme u jednoho dítěte uvažovali o pobytu, porucha chování. To chování se ve škole vyhrotilo, rodič s pobytem souhlasil, a kdyby nebyl ‚covid‘, tak tam šlo“ (S2).*

P6: Resort MZ - spolupráce s pedopsychiatrem a dětským klinickým psychologem

Nedostatek dětských psychiatrů a dětských klinických psychologů přináší dle vedení školy dlouhé intervaly mezi vyšetřeními a nedostatečnou časovou dotací na vyšetření žáků. Speciální pedagog to potvrzuje. Potíže se tak mohou prohlubovat. Žák by měl být dle vedení školy ideálně do čtrnácti dnů od chvíle, kdy se problém objeví, vyšetřen odborníkem. *„Dokud nezačnou vzdělávat a nebude nedostatek pedopsychiatrů a dětských klinických psychologů... Odhaduji, že tady jsou teď čtyři pedopsychiatři. A dětských psychologů? Ti jsou zaměstnaní a bokem dělají tu drobnou klinickou praxi. Pozvou si dítě i s matkou, ta se prosadí, dítě toho moc neřekne. A léčíme podle toho, co řekla matka, ne podle toho, jak jsme poznali dítě“ (S1).* *„Potřeba v době covidu vzrostla. Už před dvěma měsíci mě všichni v okolí odmítli. Nejbližší termín je půl, tři čtvrtě roku nebo mají stop stav. Ve vedlejší obci mi je vzal aspoň psycholog. Tady by je vzal až za čtyři měsíce“ (S2).*

Speciální pedagog říká, že dobrých dětských psychologů nebo psychoterapeutů je dostatek, spoustu jich zná, ale soukromých. Pro ty je problém získat smlouvu se zdravotní pojišťovnou, a ne každý rodič má prostředky nebo i vůli zaplatit si je přímo. *„Na smlouvu s pojišťovnou dosáhne jen velká organizace. Já jsem dělal v soukromém centru, kde nás bylo hodně psychoterapeutů, nikdy jsme na ni nedosáhli. [...] 700-800 korun za hodinu, za rodinnou terapii ještě víc, většinou na to nemají. Těch rodičů je menšina, co říkají: ‚Dejte mi soukromýho, já si ho zaplatím‘“* (S2).

Úzká spolupráce se zdravotním sektorem školy citelně chybí. Cesta k údajům o žákovi zjištěných při vyšetření vede pouze přes rodiče, protože pedopsychoiatri a dětská klinická psychologové jsou povinni zachovávat mlčenlivost. Vedení školy konstatuje, že zodpovědnost, kterou by měl nést odborník, jenž dítě vyšetřil, onen odborník mnohdy přenáší na vedení školy, které však není odborníkem v lékařské oblasti a ve kterém to tak vyvolává někdy pocit, že se chtějí ze zodpovědnosti vyvázat. *„Většinou rodiče sami zprávu [míněno lékařskou zprávu] do školy přinesou a svolí, aby lékař nebo psycholog poskytl škole informace. Ten je pak vstřícný. Pokud je rodič proti, i to se občas stane, nemáme právo informace vyžadovat“* (S2). *„Modlím se, aby se nic ve škole nestalo a to, co v dobré víře nastavujeme, bylo ku prospěchu dítěte. [...] Psycholog žádal, abych dítěti se schizofrenií, u kterého už nějaké excesy v bývalé škole proběhly, více ‚povolil opratě‘. Řekl jsem: ‚Já to udělám, ale dáte mi to na papíře, je to tutovka?‘ Zaznělo: ‚Nedám a není to tutovka, ale jsem přesvědčený, že je to dobře.‘ Já na to: ‚Pochopte mě, já mám pravidla takhle nastavený. Při vši úctě, zodpovědnost nesu já, nikoliv vy. Ale vy jste odborník.‘“* (S1). Odborníci ze zdravotního sektoru se neúčastní případových konferencí pořádaných školou, ze kterých se dělá zápis, kde by mohlo být uvedeno: *„Psycholog řekl, že nehrozí žádné riziko sebeújmou nebo újmou komukoliv jinému, od tohoto dítěte s psychiatrickou diagnózou a můžete mu dát důvěru v tom, že se bude samostatně pohybovat po škole, bez asistenta pedagoga“* (S1).

P7: Resort MPSV - spolupráce s oddělením sociálně-právní ochrany dětí

Vedení školy hodnotí spolupráci s příslušným oddělením sociálně-právní ochrany dětí jako nadprůměrnou. To potvrzuje i speciální pedagog. Díky tomu je možné vyřešit i složité situace dětí s psychiatrickou diagnózou rychle a s maximálním ohledem na jejich

potřeby. A to i přesto, že k tomu chybí mezi jednotlivými resorty provázaná legislativa jasně určující, jak postupovat. „*Tam funguje spolupráce dobře*“ (S2). „*Výborná parta zkušených lidí. Hned se na všem domluvíme, pomáhají s případovými konferencemi. [...] A tak se dají dělat i věci, o kterých si někdo řekne, že to nejde. [...] Ale stačí tu mít dítě ‚nespádové‘, ne všude odvádí dobrou práci. I o takových dětech s psychiatrickou diagnózou víme, co nedopadají dobře, i když by se jim pomoci dalo*“ (S1).

P8: Spolupráce s neziskovými organizacemi

Vedení školy spolupracuje s neziskovými organizacemi, které považuje za důležitou součást systému. Uvádí příklady úspěšné spolupráce u žáků s psychiatrickou diagnózou. Zároveň zmiňuje skutečnost, že vystudovaný odborník práci v těchto organizacích nevyhledává, z důvodu zpravidla nízkého finančního ohodnocení. „*Většinou mají velký sociální citění, zvláště mladá děvčata, tím ale podléhají i tlaku té rodiny. [...] Nejsem přesvědčený, že odvádí to, co já bych od těch neziskovek chtěl, že je to vždycky ku prospěchu věci*“ (S1). „*V projektu Inkluze jsme spolupracovali s neziskovkou, odkud teď odcházejí lidé, kteří dělali preventivní programy proti rizikovému chování dětí ve školách. Propouští je, jedině na tuhle oblast. [...] Doprovod na kroužky. Doučování. Docházejí doučovat i do rodiny. To se nám osvědčilo*“ (S1). „*Ted'ka v době covidu běžel projekt zapůjčení počítačů a doučování online zdarma. [...] A neziskovka pro děti s poruchou autistického spektra. Spousta dětí od nás tam chodí na nácvik sociálních dovedností*“ (S2).

P9: Spolupráce v multidisciplinárním týmu odborníků

Spolupráci v multidisciplinárním týmu odborníků realizuje škola například formou případové konference. Tu vedení školy svolává poměrně často, nejen u žáků s psychiatrickou diagnózou. Jakkoliv v jiných případech se daří svolat kompletní tým odborníků a dohodnout společný provázaný postup řešení, u žáků s psychiatrickou diagnózou tomu tak často není, protože se nedostaví nejdůležitější odborník, pedopsychiatr. „*Zapojíme OSPOD a další organizace. Domníváme se a vyvozujeme. A pedopsychiatr by třeba prohlásil: ‚Jste úplně mimo, u tohoto dítěte potřebujete nastavit tohle a tohle‘. Neúčastní se životně důležitého jednání o dítěti. [...] Je přetížená, rodiče na něj tlačí a on by řekl: ‚Ruším dnešní den, odjíždím na základní školu k případové konferenci‘*“ (S1).

Předávání informací o dítěti s psychiatrickou diagnózou mezi odborníky jednotlivých resortů nefunguje. Škola může od zákonného zástupce obdržet útržkovité nebo neaktuální výsledky vyšetření, nemusí porozumět lékařské terminologii. To může vést k mylným závěrům. Vedení školy uvádí, že se, pokud se k informacím vůbec dostane, pohybuje doslova „na tenkém ledě“. *„Nekomunikujeme, věci se řeší duplicitně, vyšetření se někdy zbytečně opakují, dítě se znovu stresuje. [...] Nakládání s informacemi legislativně vyřešené není, aby to bylo pro všechny resorty stejné. Aby každý věděl, co komu hlásí a v čí kompetenci je řešit to. Komu předávám informace já a kdo jaké informace je schopen předat mně“* (S1).

Vedení školy se v meziresortní spolupráci u žáků s psychiatrickou diagnózou aktivně angažuje. Bylo přizváno ke spolupráci na projektu „Na správnou cestu“. V rámci něj realizovala Probační a mediační služba odbornou diskusi na téma nastavení spolupráce mezi institucemi u dětských psychiatrických pacientů, resp. dětí s psychiatrickými rysy. Na žádná meziresortní setkání odborníků, která by se primárně věnovala žákům s psychiatrickou diagnózou na základní škole, vedení školy přizváno nebylo a ani neví o tom, že by se nějaká konala. *„Odborná diskuse končí tím, že se řeknou všechny nedostatky a málokdy je z toho krok kupředu. [...] Maximálně jednou se to dostalo ke krajskému náměstkovi pro školství, a tím to skončilo. Když není zájem shora od státu, zespoda se to dá ovlivnit těžko. [...] Navíc u té psychiatrické diagnózy nepočítáme s tím, že se bude týkat dětí na základní škole“* (S1).

Počátek problémů vidí vedení školy v tom, že nekomunikuje Ministerstvo zdravotnictví s Ministerstvem školství. *„Nejsou schopni společně nastavit pravidla. Některé děti jsou pro základní školství velmi problematické. A o umístění dítěte rozhoduje rodič. Obzvláště u těch psychiatrických diagnóz, když odborník říká ‚ne‘ nebo my jako škola vidíme ta rizika, tak i když rodič řekne: ‚já ho chci do té školy‘, tak by tam to dítě jít nemělo. Předejdeme šikanám, vztahovým problémům v kolektivu a usnadníme tak život i tomu dítěti. A nezhoršíme ostatním“* (S1). Musíme postupovat individuálně. A systémově zamezit také tomu, aby se žáci s psychiatrickou diagnózou, bez postižení intelektu, kteří s adekvátní podporou zvládají výuku s intaktními dětmi, vzdělávali v základních školách speciálních, v kolektivu žáků s mentálním postižením, upozorňuje vedení školy.

2. část výzkumného šetření: Kazuistika (K) dívka, 14 let (8. ročník základní školy)

Diagnóza

Nediferencovaná schizofrenie aktuálně nejblíže obrazu hebefrenní schizofrenie, závažná porucha chování - přetrvávající projevy ADHD, disharmonický vývoj osobnosti, snížená seberegulace, emoční labilita. Dívka je v péči pedopsychiatra, medikována.

Rodinná anamnéza

Dívka vyrůstá v úplné rodině, matka nezaměstnaná, léčí se s úzkostnou poruchou, otec živnostník.

Osobní anamnéza dítěte

Dívka pochází ze třetího těhotenství, které probíhalo bez komplikací. Proběhl fyziologický porod s těžkým průběhem. Při porodu byla přiškrcena, pupečník měla omotaný kolem krčku, byla kříšena, po několika minutách stabilizovaná. Raný psychomotorický vývoj probíhal pomalejším tempem. Matka uvádí, že se dívka projevovala „zvláště“. Docházelo ke střídání nálad, afektivních stavů, k nevyzpytatelnému chování.

Z dokumentace

Od tří let dívka navštěvovala mateřskou školu, byla nesoustředěná, až tvrdohlavá, mezi ostatní děti se zapojovala méně. Bez odkladu školní docházky a bez podpory ŠPZ nastoupila do základní školy hlavního vzdělávacího proudu. Na prvním stupni prospívala velmi dobře. Přejít na druhý stupeň s vyšší náročností učiva vedl ke zhoršení prospěchu na průměrný až podprůměrný, zejména v matematice. V šestém ročníku nastoupili do kolektivu třídy žáci z nedaleké malotřídky a dívka se dle vlastního sdělení stala terčem posměchu a pozdějších sexuálních ataků spolužáků. Na základní škole toto nebylo nijak řešeno a dívka byla po několika suicidálních pokusech opakovaně hospitalizována (celkem 12x) na dětské psychiatrii. S ohledem na psychické potíže měla individuální plán ve škole, kam docházela jen na přezkoušení.

V mezidobí, kdy byla dívka v domácím léčení, se stupňovala její agrese vůči matce, což bylo šetřeno i Policií ČR. V roce 2019 byl OSPOD vytvořen *Individuální plán ochrany dítěte* a rodina je dosud pod dohledem kurátora pro děti a mládež. Dívka byla čtyři měsíce hospitalizovaná na dětském oddělení psychiatrické nemocnice pro suicidální jednání,

celkovou životní demotivaci a pro neshody s matkou. Po návratu do domácího prostředí se situace zklidnila. V listopadu 2019 proběhla *případová konference*, svolaná kurátorem OSPOD, kde se jednalo o umístění dítěte na jinou základní školu. Zástupci stávající základní školy uvedli, že není v jejich možnostech žákyni dále vzdělávat. Dívka byla v listopadu vyšetřena ve SPC, na popud ZŠ, na kterou přestupovala, a na žádost zákonných zástupců.

Speciálně pedagogická diagnostika - pozorování

V prosinci nastupuje dívka na novou základní školu hlavního vzdělávacího proudu. Na doporučení speciálně pedagogického centra je vypracován individuální vzdělávací plán, s příznými podpůrnými opatřeními 4. stupně, žákyně pracuje s podporou asistenta pedagoga, škola vytvořila *krizový plán*. Kolektivem třídy je přijata vstřícně. U žákyně je patrná snížená orientace v sociálně emočních situacích, vztahovačnost, nižší sebedůvěra doprovázená opakujícím se sebepoškozováním. Stěžuje si na pomluvy ze strany spolužáků, odmítá chodit do školy. Asistent pedagoga naopak vnímá snahu spolužáků dívce se začleněním do třídy pomáhat. Při hodinách výtvarné výchovy spolužáci obdivují dívčiny práce. Dívka má ve škole skicák a kreslí si o přestávkách portréty oblíbených osobností. Ocenění ji viditelně těší, někdy obrázek věnuje spolužákovi či asistentu pedagoga. Projevuje se zvýšená unavitelnost až ospalost. Ta je řešena občasným odchodem ze třídy s doprovodem asistenta pedagoga, po návratu se dívka opět zapojuje do práce.

Návštěvy dívky u dětského klinického psychologa probíhají v půlročních intervalech. Kontrolní návštěvy u pedopsychiatra se uskutečňují jednou za čtrnáct dní. Zpočátku vedou pravidelně i k úpravě či změně medikace, a ta následně k výrazným, často protichůdným změnám v chování dívky ve školním prostředí. Z důvodu přibírání na váze dívka odmítá jíst, svěřuje se se suicidálními myšlenkami. Situace je řešena změnou medikace u pedopsychiatra a na podnět školy návštěvou nutriční ordinace fakultní nemocnice. Rodina návštěvy nutričního terapeuta záhy ukončuje s odůvodněním, že je náročné vést si a dodržovat stanovený jídelníček. Stupňuje se agrese i četnost napadení rodičů, dívka odmítá chodit do školy, vyhrožuje napadením asistentovi pedagoga a spolužákovi.

V době, kdy školy poprvé přecházejí na distanční výuku, plní úkoly zadané v domácím vzdělávání jen sporadicky. Matka uvádí, že si s dívkou neví rady a není schopna ji k plnění úkolů přimět. Dochází k opakovanému sebepoškozování dívky. Ta uvádí, že

si nedokáže představit návrat do školního kolektivu a že již teď se tím velmi trápí. Hovoří o nepřátelství a zaujatosti spolužáků, se kterými se ale tři měsíce nepotkala. Škola kontaktuje příslušného kurátora OSPOD. Obrací se na pedopsychiatra dívky s obavami o její zdravotní stav a s žádostí o posouzení způsobilosti dívky k dalšímu vzdělávání na základní škole v původním třídním kolektivu. Pedopsychiatr přes prázdniny pracuje na stabilizaci psychického stavu dívky. Problémy v rodině přetrvávají i po prázdninách. Na podzim má dívka časté omluvené absence, postupně do školy přestává docházet úplně, až do zahájení celostátní distanční výuky žáků základních škol. Komunikace zákonných zástupců se školou je kolísavá, nakonec přestávají reagovat zcela. Není komu předávat podklady k doplnění učiva. Rodina již při nástupu dívky do školy přislíbila pravidelnou návštěvu rodinných terapií, které škola zajistila ve středisku výchovné péče. Terapie zákonní zástupci po dvou návštěvách bez odůvodnění ukončují.

Škola v říjnu svolává *případovou konferenci*. Přítomni jsou zástupci ZŠ, střediska výchovné péče, OSPOD a zákonní zástupci, v úvodu jednání i dívka samotná. Dětský klinický psycholog a pedopsychiatr dívky se z jednání omluvili. Důvodem svolání případové konference je velmi slabá školní docházka a s tím spojená vysoká míra omluvené nepřítomnosti dívky ve škole. Dále pak nevypracování úkolů a nekomunikace v době distanční výuky. Zástupce střediska výchovné péče upozorňuje na naléhavost situace a nutnost obnovit rodinné terapie. Je ochoten se časově maximálně přizpůsobit požadavkům rodiny. Zástupce školy tlumočí nabídku pomoci neziskové organizace s doučováním dívky v domácím prostředí. Zároveň navrhuje pravidelné konzultace ve škole v době distanční výuky. Vzhledem ke ztížené komunikaci a neplnění úkolů online si dívka bude chodit třikrát týdně osobně pro úkoly přímo do školy a současně přinášet úkoly vypracované. Online hodin se bude účastnit v plném rozsahu.

Po případové konferenci, s nastavením nových pravidel spolupráce, pracuje dívka na distanční výuce poměrně dobře, někdy dodá úkol opožděně. Škola opakovaně upozorňuje na skutečnost, že úkoly si má vyzvedávat ve škole dívka, a nikoliv její rodiče, kteří pro ně obvykle chodí místo ní. Dívka tak nedochází na dohodnuté konzultace do školy. Probíhá alespoň pravidelná komunikace zákonných zástupců s třídním učitelem nebo asistentem pedagoga, při převzetí a předání úkolů. Krátké období rotační výuky, tj. týden ve škole, týden

na distanční výuce doma, dívku více motivuje k práci, docházka do školy se zlepšila, úkoly vypracovává. Nabídku doučování v domácím prostředí rodina nevyužívá.

Volnočasové aktivity

V roce 2018 navštěvovala dívka kroužek tance. V následujícím roce byla, vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci, bez volnočasových aktivit. Má výtvarné nadání, v psychiatrické nemocnici se ráda zúčastňovala arteterapeutických aktivit. Chtěla by se připravovat ve výtvarném kurzu na talentové zkoušky na střední školu výtvarného zaměření, ale to není, vzhledem k epidemiologické situaci v souvislosti s covid-19, nyní možné.

Příčiny selhání intervencí ze strany základní školy

Analýza případu mířila správným směrem, zvolená opatření postihují celé spektrum problémů, ale nepříznivá epidemiologická situace negativně ovlivnila možnosti pravidelných návštěv jednotlivých odborníků i samotnou edukaci dítěte. Problémy žákyně jsou dlouhodobého charakteru, opakují se potíže z předchozího vzdělávání a rychle a zcela je odstranit nelze. Jako závažný dlouhodobý důvod selhání se jeví nedostatečná podpora dívky ze strany zákonných zástupců.


3.4 Diskuse a závěry šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo popsat proces vzdělávání žáků s psychiatrickou diagnózou v podmínkách konkrétní základní školy hlavního vzdělávacího proudu v Plzeňském kraji. Dílčí cíle výzkumu byly splněny díky vhodné metodě sběru dat, jejich analýze a z nich vyplývajícími výsledkům, které jsou odrazem subjektivního pohledu čtyř odborníků a kazuistiky konkrétního dítěte.

Za velké úskalí považuje vedení školy to, že ředitelé škol nepřijímají žáky podle spádové oblasti, i když jim to ukládá školský zákon, a nejsou vstřícní přijímání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Strategie vedení školy je maximálně otevřená a osobně angažovaná, s ochotou přijmout jistá rizika. Přijímá ke vzdělávání žákyni s ojedinělou diagnózou schizofrenie z kazuistiky K s vědomím, že se jedná o kritický případ s neobvyklými charakteristikami a vedení předchozí školy uvedlo, že to není v jeho možnostech.

Na následujících osách jsou zjednodušeně vizualizovány rozdíly mezi hodnocením stavu vybraných parametrů P z pohledu maximálně čtyř odborníků S1, S2, S3, S4 (stakeholders) a skutečného stavu získaného z analýzy dokumentů a výsledků činnosti a přímého pozorování žákyně z kazuistiky K. Vizualizace, kde se odráží přehled vykonaných intervencí, je doplněna návrhy nových řešení obtíží dítěte a intervencí ze strany ZŠ.

Legenda: ● S1 ● S2 ● S3 ● S4 ● K

100 % výborná spolupráce spolupráce nefunguje 0 %

 (pozn.: ne všichni odborníci se vyjadřují ke všem parametrům)

V rámci výzkumného šetření byly vymezeny dvě výzkumné otázky, jejichž zodpovězení se nyní budeme věnovat.

- **VO 1: Jak ovlivňuje spolupráce zákonných zástupců a pedagogických pracovníků školy výchovu a vzdělávání žáka s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu?**

P3: Spolupráce se zákonnými zástupci



S1 akcentuje společný postup rodiny a školy. Zmiňuje hyperprotektivní výchovu rodičů, která může situaci dítěte zhoršovat, což potvrzuje i S2. Na chování rodiče mohou mít vliv i předchozí negativní zkušenosti ze vzdělávání dítěte (S3). Důležitá je komunikace a otevřenost, a to i směrem k rodičům spolužáků (S3, S4). S2 považuje vztahy s rodiči za většinou dobré. S4 zmiňuje významný vliv rodinného prostředí na fungování dítěte ve škole, S1 i S2 hovoří o důležitosti rodinných terapií. S3 i S4 si všímá větší vstřícnosti rodičů intaktních žáků vůči žákům s psychiatrickou diagnózou. To, že úroveň spolupráce zákonných zástupců se školou významně ovlivňuje edukaci žáka, potvrzuje i situace v kazuistice K. Nedostatečná podpora dívky ze strany rodičů se zdá být významným dlouhodobým důvodem opakovaného selhávání žákyně ve školní práci. Spolupráce rodičů se školou zde je, přes veškeré úsilí odborníků ve škole i mimo školu, kolísavá až nulová.

Kazuistika K - Návrhy nových řešení obtíží a intervence ze strany základní školy

Z důvodu nepodnětného rodinného prostředí se soustředíme na řešení realizovaná ve školním prostředí. Zajistíme pravidelnou docházku žákyně do školy, za podpory dalších odborníků mimo školu. Prosazujeme úpravu režimu dítěte, tj. vhodnou a pravidelnou stravu (nabídneme stravování ve školní jídelně), akcentujeme včasný spánek, dostatek pohybu, navrhujeme navštěvování kroužku tance a výtvarného kroužku v rámci kariérového poradenství. Posilujeme vazbu mezi rodinou a školou. Pravidelné konzultace rodičů s třídním učitelem a speciálním pedagogem a denní kontakt s asistentem pedagoga ve snaze motivovat rodiče ke spolupráci jsou nutností.

- **VO 2: Jak funguje spolupráce jednotlivých resortů při edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou na základní škole hlavního vzdělávacího proudu?**

P4: Legislativní a odborná podpora MŠMT



P5: Resort MŠMT - spolupráce se školskými poradenskými zařízeními



S1 považuje za alarmující, že žáci s psychiatrickou diagnózou nejsou v legislativě vydané MŠMT samostatně zmíněni a není řešen ani přístup k nim. Školský zákon neumožňuje, s ohledem na počty a náročnost těchto žáků, snižovat počty dětí ve třídě (S1, S3). Pozice speciálního pedagoga a náplň práce asistenta pedagoga nejsou legislativně ukotveny. Učitelé přicházejí z pedagogických fakult nepřipraveni pro edukaci těchto žáků (S1, S2). V kazuistice K vedení školy vytváří vlastní krizový plán žákyně, bez legislativní podpory MŠMT. Spolupráce s pracovníky školských poradenských zařízení je hodnocena jako výborná, což nepřináší odpovídající efekt, jelikož vytíženost zařízení je enormní a objednáci lhůty k vyšetření jsou dlouhé (S2). V kazuistice K škola sjednala ve středisku výchovné péče rodinné terapie, které rodiče hned v začátcích ukončují, nemohly tak přinést účinek.

P6: Resort MZ - spolupráce s pedopsychiatrem a dětským klinickým psychologem



Hlavním úskalím je nedostatek odborníků vedoucí k nedostupnosti služeb, shodují se S1 a S2. S1 chybí úzká spolupráce mezi zdravotním sektorem a školou i převzetí zodpovědnosti odborníkem z oblasti zdravotnictví. V kazuistice K vedení školy úspěšně kontaktuje pedopsychiatra s žádostí o intervenci. Toho navštěvuje žákyně pravidelně, dětského klinického psychologa sporadicky. Ve školou doporučené nutriční ordinaci proběhne jen úvodní návštěva, efekt je nulový.

P7: Resort MPSV - spolupráce s oddělením sociálně-právní ochrany dětí



Chybí legislativa ukotvující postup spolupráce odborníků resortů MŠMT a MPSV u těchto žáků, úspěšná spolupráce je výsledkem jejich osobní angažovanosti (S1). V kazuistice K proběhla na žádost školy intervence kurátora pro děti a mládež.

P8: Spolupráce s neziskovými organizacemi



S1 zmiňuje nízkou odbornost pracovníků i příklady úspěšné spolupráce. S2 chválí spolupráci s konkrétní neziskovou organizací a pomoc v době pandemie covid-19. U kazuistiky K spolupráce s neziskovou organizací nepřinesla účinek, protože nabídka na doučování nebyla rodinou využita.

P9: Spolupráce v multidisciplinárním týmu odborníků



Největším úskalím je dle S1 skutečnost, že se nepočítá s tím, že žák základní školy může mít psychiatrický problém. Není legislativně vyřešeno nakládání s informacemi, provázanost resortů, především MŠMT a MZ. Odborníci z oblasti zdravotnictví se neúčastní případových konferencí. O umístění dítěte na základní škole by měl dle S1 rozhodovat odborník, nikoliv rodič. U kazuistiky K škola svolala případovou konferenci, účast odřekl pedopsychiatr i dětský klinický psycholog. Spolupráce s rodinou dívky i práce v distanční výuce se poté nastartovala, ale optimální není.

Kazuistika K - Návrhy nových řešení obtíží a intervence ze strany základní školy

Prosadíme účast celé rodiny na pravidelných rodinných terapiích. Uspořádáme besedu se spolužáky na téma vyšší tolerance vůči neobvyklému chování žákyně a školení pedagogických pracovníků na téma nesrozumitelného chování a nepřiměřených reakcí žákyně, buď s pracovníkem SPC, nebo s odborníkem ze zdravotního sektoru. Kromě návštěv pedopsychiatra zajistíme dětského klinického psychologa minimálně jednou měsíčně a také nutriční terapie. Usilujeme o užší spolupráci zdravotního sektoru se školou. Pokračujeme v intenzivní spolupráci s oddělením sociálně-právní ochrany dětí. Zajistíme doučování v domácím prostředí a doprovod na výtvarný kroužek ze strany neziskové organizace. Zařídíme financování výtvarného kroužku nadací, z důvodu mimořádného nadání. Intervence u dítěte se schizofrenií a závažnou poruchou chování vyžaduje meziresortní přístup odborníků a jde o dlouhodobý proces. Rozvíjíme pravidla multidisciplinární spolupráce nastolená na případové konferenci, průběžně konzultujeme a zapojíme i zdravotní sektor. V případě nespolupráce rodiny svoláme další případovou konferenci, zvážíme zapojení širšího okolí rodiny při méně formální rodinné konferenci. Pakliže bude místně dostupný, využijeme služeb pilotního programu multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty 0-18 let a jejich rodiče.

Závěr

Bakalářská práce si kladla za cíl upozornit na problematiku edukace žáků s psychiatrickou diagnózou na základní škole. Teoretická část uvedla do problematiky pomocí legislativních dokumentů, odborných publikací a odborných článků. Zmínila významné aktivity organizací věnujících se péči o duševní zdraví, upozornila na započatou reformu péče o duševní zdraví dětí a adolescentů, s ní spojené destigmatizační aktivity a novou formu spolupráce multidisciplinárního týmu odborníků jednotlivých resortů. Cílem empirické části bylo popsat vzdělávání žáků s psychiatrickou diagnózou na konkrétní základní škole v Plzeňském kraji. Zkoumala vliv spolupráce zákonných zástupců s pedagogickými pracovníky školy na vzdělávání žáků. Zjišťovala, jak v současné době funguje meziresortní spolupráce při vzdělávání těchto žáků. Praktická část výzkumného šetření byla ovlivněna pandemií covid-19 spojenou s distanční výukou a omezenou dostupností služeb odborníků. Uskutečněny byly polostrukturované rozhovory s vedením školy, školním speciálním pedagogem, třídním učitelem a asistentem pedagoga a realizována kazuistika žákyně školy. Zjištění jsou odrazem smýšlení informantů a konkrétní kazuistiky dítěte v praxi na zkoumané škole.

Obě části výzkumu na sebe navazují a vzájemně se doplňují. Společně akcentují potřebu fungující provázané spolupráce a komunikace mezi odborníky napříč resorty, zahrnující také nejbližší okolí dítěte. Speciálně pedagogickou praxi obohatí odkazy na inspirativní řešení, služby a projekty, již dnes v praxi úspěšně uskutečňované. Na nich se významnou měrou podílejí v textu zmiňované neziskové organizace zaměřené na podporu duševního zdraví dětí a adolescentů a podporu jejich rodin. Shromážděné výsledky empirické části práce mohou být v oblasti speciálně pedagogické praxe použity pro další školy hlavního vzdělávacího proudu jako inovativní východisko, jakýsi odrazový můstek předcházející očekávanému ucelenému legislativnímu řešení situace žáků s psychiatrickou diagnózou. Z teoretické části práce vyplývá, že jednotlivá ministerstva již podnikají své vlastní i společné kroky pro zlepšení situace těchto žáků. Práce tak může sloužit jako zdroj informací, jaké cíle byly vytyčeny a které změny se v rámci resortů i napříč nimi připravují

a postupně uskutečňují. Pro speciálně pedagogickou teorii je přínosem ucelený přehled informací o možnostech a obsahu odborné pomoci spolu s popisem duševních poruch a poruch chování, se kterými se u žáků setkáváme. Příslibem je probíhající reforma péče o duševní zdraví. V roce 2020 byly spuštěny první pilotní projekty center duševního zdraví pro děti a adolescenty založené na meziřesortní spolupráci odborníků a zahrnující i dosud chybějící terénní služby. Z otevřeného, místy emotivního vyjádření vedení školy je patrné, že se inovace v praxi základní školy zatím projeví minimálně.

Vedení školy v rozhovoru v březnu 2021 uvedlo, že nebylo dosud žádnou státní ani nestátní organizací osloveno s nabídkou programů pro pedagogy či školní třídy v oblasti duševního zdraví. Edukace intaktních žáků i pedagogických pracovníků je důležitým tématem, v rámci jejich vlastní psychohygieny i destigmatizace žáků s psychiatrickou diagnózou. Obojí s pandemií covid-19 nabylo na významu. Problémy mnohých žáků a jejich rodin se projeví či prohloubily. Lze předpokládat, že dopady pandemie se teprve plně odrazí v následujícím školním roce. Na konci června 2021 tak vedení sledované školy uvítalo informaci, že škola byla vybrána zástupci Národního ústavu duševního zdraví k měření a realizaci vzdělávacího programu rozvoje duševního zdraví žáků s názvem Všechny pět pohromadě. Je připravován za podpory MŠMT a bude na vybraných školách realizován v rámci předmětu Výchova ke zdraví.

Seznam použitých informačních zdrojů

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ et al. *Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí základní školy: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2016. ISBN 978-80-7315-255-0.

BASLEROVÁ, P., J. MICHALÍK a L. FELCMANOVÁ. *Katalog podpůrných opatření: obecná část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání*. Vyd. 2., přepracované a rozšířené. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5717-8.

BAZALOVÁ, Barbora. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.

BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny. Sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1624-7.

DOLEŽALOVÁ, L., I. FIALOVÁ, H. OŠLEJŠKOVÁ, I. ŠLAPÁK, M. VÍTKOVÁ a E. ŘEHULKA. *Inkluze žáků se zdravotním postižením z pohledu lékaře, psychologa a pedagoga: osvětové aktivity na podporu inkluzivního vzdělávání*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9596-0.

DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. RABOCH, J., M. HRDLIČKA, P. MOHR, P. PAVLOVSKÝ a R. PTÁČEK, ed. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. Vyd. 3. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

HANUŠOVÁ, A. *Stigmatizace v psychiatrii*. In: HOSÁK, L., M. HRDLIČKA a J. LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, s. 611-614. ISBN 978-80-246-2998-8.

HORT, V., M. HRDLIČKA, J. KOCOURKOVÁ, E. MALÁ a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

LAZAROVÁ, B., L. HLOUŠKOVÁ, K. TRNKOVÁ, M. POL a J. LUKAS. *Řízení inkluze ve škole*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-8037-9.

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3.

MARXTOVÁ, Monika a Martina MAREČKOVÁ. *Děti s psychiatrickou diagnózou*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-15-3.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan et al. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přepracované. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 4., přepracované a doplněné. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 2., aktualizované a doplněné. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

TANNENBERGEROVÁ, Monika. *Průvodce školní inkluzí aneb Jak vypadá kvalitní základní škola současnosti?* Praha: Wolters Kluwer ČR, 2016. ISBN 978-80-7552-008-1.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Vyd. 3., přepracované a rozšířené. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER et al. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Vyd. 5., aktualizované a rozšířené. Praha: Nakladatelství Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

ŽAMPACHOVÁ, Z. *Případová konference (integrační týmy)*. In: MICHALÍK, J., P. BASLEROVÁ a L. FELCMANOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, s.130-133. ISBN 978-80-244-4654-7.

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana, Věra ČADILOVÁ et al. *Katalog podpůrných opatření: dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění*. Vyd. 2., přepracované a rozšířené. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5713-0.

Elektronické zdroje

Analýza inovativních postupů a služeb pro rodiny a děti v České republice. Institut projektového řízení [online]. Praha: MPSV, Právo na dětství, 2017 [cit. 2021-07-03]. Dostupné z: <[http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Analyza-inovativnich-postupu-a-sluzeb-pro-rodiny-a-deti-v-Ceske-republice\(2017\).pdf](http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Analyza-inovativnich-postupu-a-sluzeb-pro-rodiny-a-deti-v-Ceske-republice(2017).pdf)>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Stopstigma* [online]. © Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>>.

Cesta z krize. *Linka pro rodinu a školu* [online]. © Cesta z krize, 2018 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <<https://linkaztracenedite.cz/>>.

ČOSIV. *MŠMT omezilo podporu doučování znevýhodněných dětí. A to narychlo a bez ohledu na negativní dopady na žáky i učitele* [online]. ČOSIV, 5. leden 2021 [cit. 2021-02-24]. Dostupné z: <<https://cosiv.cz/cs/2021/01/05/msmt-omezilo-podporu-doucovani-znevychodnenych-deti-a-to-narychlo-a-bez-ohledu-na-negativni-dopady-na-zaky-i-ucitele/>>.

Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky 2019-2023 [online]. Praha: MŠMT, 2019 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/dz-cr-2019-2023>>.

Dům tří přání. *Multidisciplinární tým duševního zdraví* [online]. © Dům tří přání, 2017 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <<http://www.dumtriprani.cz/multidisciplinarni-tym-dusevniho-zdravi/>>.

E-clinic. Duševní zdraví dětí. *Zipyhokamaradi.cz* [online]. © Duševní zdraví dětí, 2019 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <<https://zipyhokamaradi.cz/>>.

FN Ostrava. *Multidisciplinární tým duševního zdraví* [online]. © Fakultní nemocnice Ostrava, 2009 [cit. 2021-06-19]. Dostupné z: <<https://www.fno.cz/oddeleni-psihiatricke/poskytovani-multidisciplinari-pecce-tymem-dusevniho-zdravi-pro-deti-a-adolescenty-ve-fn-ostava>>.

Fokus Praha. O nás. *Fokus-praha.cz* [online]. [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <<https://www.fokus-praha.cz/cz/o-nas>>.

HRIVÍKOVÁ, Z., M. GOETZ, K. JŮZOVÁ KOTALOVÁ a R. MICHELOVÁ. *Systémový projekt MPSV. Děti a mladí lidé a jejich potřeby v oblasti duševního zdraví* [online]. Praha: MPSV, Právo na dětství, 2018 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <[http://katalog.pravonadetstvi.cz/mpsv/ciselniky.nsf/i/J008/\\$File/Specificke-poteby-dusevni-zdravi.pdf](http://katalog.pravonadetstvi.cz/mpsv/ciselniky.nsf/i/J008/$File/Specificke-poteby-dusevni-zdravi.pdf)>.

INKLUZE V PRAXI. *NPI: Podpora společného vzdělávání v pedagogické praxi* [online]. [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <<http://www.inkluzevpraxi.cz/>>.

Lata, Centrum rodinných konferencí. *Crklata.cz* [online]. © Lata – programy pro mládež a rodinu, z. ú. [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <<https://www.crklata.cz/>>.

Lata. *Lata.cz* [online]. © Lata – programy pro mládež a rodinu [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <<https://www.lata.cz/>>.

Linka bezpečí. *Linka bezpečí. Rodičovská linka* [online]. [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <<https://www.linkabezpeci.cz/>>.

MAMADŮ institut, s.r.o., *MAMADŮ point. Multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a dorost* [online]. [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: <<https://mamadu.cz/mtdz>>.

Metodická příručka typologie situací a služeb pro rodiny s dětmi [online]. Praha: Sociotrendy, 2015 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/1_1-Katalog-situaci-a-sluzeb.pdf>.

MKN-10 2021. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/>>.

MZ ČR. *Metodika programu podpory nových služeb v oblasti péče poskytované multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro děti a adolescenty/2* [online]. Praha: MZ ČR, 30. 4. 2020 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/2-vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-novych-sluzeb-v-oblasti-pece-poskytovane-multidisciplinarnim-tymem-dusevniho-zdravi-pro-deti-a-adolescenty/>>.

MZ ČR, *Rada vlády pro duševní zdraví* [online]. MZ ČR, 25. 8. 2020 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/rada-vlady-pro-dusevni-zdravi/>>.

NAPDZ, *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030* [online]. Praha: MZ ČR, 2020 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>>.

NAPDZ, *Příloha č. 2. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. Analytická část* [online]. Praha: MZ ČR, 2020 [cit. 2021-04-02]. Dostupné z: <www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40091/02_Priloha%20Analyticka%20cast.pdf>.

Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025 [online]. Praha: Vláda ČR, 2020 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <<https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvozp/dokumenty/narodni-plan-podpory-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2021-2025-183042/>>.

Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029 [online]. Praha: MPSV, 2020 [cit. 2021-06-21]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/NARODNI+STRATEGIE+OCHRANY+PRAV+DETI+2021_2029_FINAL.pdf/4d20b44e-a8c5-6882-d46f-a8d0fb7695d5>.

Nevypust' Duši. *Duševní zdravotní péče pro učitele* [online]. Nevypust' Duši z. s., 2021 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <<https://nevypustdusi.cz/dvpp-kurz/>>.

NUDZ. *Na hlavu. Festival o duševním zdraví a mysli* [online]. © Festival Na hlavu [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <<https://festivalnahlavu.cz/>>.

NUDZ. *Na rovinu* [online]. Praha: NUDZ, 2021 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <<https://narovinu.net/>>.

NUDZ. *Střednědobý akční plán destigmatizace 2019-2022* [online]. Praha: NUDZ, Na rovinu, 2019 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://narovinu.org/wp-content/uploads/2020/06/SAP2019-2022_projekt_Destigmatizace1.pdf>.

NUDZ. *TDZ. Týdny pro duševní zdraví* [online]. [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <<http://www.tdz.cz/>>.

NUDZ. *Všech pět pohromadě* [online]. Praha: NUDZ, 2021 [cit. 2021-06-24]. Dostupné z: <<https://vsechpetpohromade.cz/>>.

OSN. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. Praha: Informační centrum OSN, 2015 [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/12/UDHR_2015_11x11_CZ2.pdf>.

PAVLÍKOVÁ, G., K. MARTÍNKOVÁ a J. ŽENÍŠKOVÁ. *Metodika rodinných konferencí* [online]. Praha: MPSV, Právo na dětství, 2015 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <[http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/RK/Metodika-RK\(1\).pdf](http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/RK/Metodika-RK(1).pdf)>.

Právo na dětství [online]. © MPSV, 2013 [cit. 2021-04-07]. Dostupné z: <<http://www.pravonadetstvi.cz/>>.

Pro zdraví 21 z. ú. MTDZ 21. *Multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a adolescence* [online]. © Pro zdraví 21 z. ú., 2012-2020 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <<https://www.prozdravi21.cz/mtdz/>>.

Psychiatrická klinika 1. LF UK. *Denní stacionář pro adolescence* [online]. © 1. LF UK, 2021 [cit. 2021-07-03]. Dostupné z: <<https://stacionar.wixsite.com/proadolescenty>>.

Psychiatrická péče 2019. Zdravotnická statistika. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <<https://www.uzis.cz/res/f/008348/psych2019.pdf>>.

Reforma psychiatrie [online]. MZ ČR, © 2021 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <<http://www.reformapsychiatrie.cz/>>.

Reforma psychiatrie. *Dotační projekt MZ podpoří vznik ambulancí multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty* [online]. Praha: MZ ČR, 10. 6. 2020 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/clanek/dotacni-projekt-mz-podpori-vznik-ambulanci-multidisciplinarniho-tymu-dusevniho-zdravi-pro?term_id=48>.

Reforma psychiatrie. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha © Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <<https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>>.

Reforma psychiatrie. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním* [online]. Praha: MZ ČR, duben 2020 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf>.

RSJ. RSJ Foundation. *Nadace RSJ. Pomáháme myslet jinak* [online]. [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <<https://www.rsj.com/documents/rsj-brozura-digi.pdf>>.

RVP. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [online]. Národní ústav pro vzdělávání, ©2011-2021 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <<http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani>>.

Sdělení FMZV č. 104/1991 Sb., *o Úmluvě o právech dítěte* [online]. Praha: Vláda ČR, 2016 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>>.

Sdělení MZV č. 10/2010 Sb., *o Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením* [online]. Praha: Vláda ČR, 2010 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>>.

STÁRKOVÁ, Libuše. Stigmatizace v pedopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2013, roč. 14, č. 1 [cit. 2021-03-24]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>>.

Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+ [online]. Praha: MŠMT, 2020 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/strategie-2030>>.

Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2019. Český statistický úřad [online]. ČSÚ, zveřejněno dne 30. 4. 2020 [cit. 2021-03-21]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/121768532/1300642007.pdf/c80aeca5-b529-46c1-a58c-fc78e8024284?version=1.1>>.

VVZPO. Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením [online]. Vláda ČR, © 2009-2021 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <<https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>>.

Citovaná legislativa

Nariženi vlády č. 562/2020 Sb., kterým se měni nariženi vlády č. 75/2005 Sb., o stanoveni rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů [online]. 2020 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-562>>.

Usneseni č. 2/1993 Sb. předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky [online]. 1992 [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <<https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, aktuální znění [online]. 2016 [cit. 2021-03-19]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>>.

Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 2005 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-48>>.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, aktuální znění [online]. 2005 [cit. 2021-03-19]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>>.

Vyhláška č. 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a některé další vyhlášky [online]. 2016 [cit. 2021-04-07]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-197>>.

Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče [online]. 2005 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-458>>.

Vyhláška č. 606/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů [online]. 2020 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-606>>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, aktuální znění [online]. 2006 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>.

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, aktuální znění [online]. 2002 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>>.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), aktuální znění [online]. 2008 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>>.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, aktuální znění [online]. 1999 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>>.

Zákon č. 401/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony [online]. 2012 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-401>>.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony [online]. 2004 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>>.

Seznam použitých zkratk

ADD (z angl. attention deficit disorder) porucha pozornosti bez hyperaktivity

ADHD (z angl. attention deficit hyperactivity disorder) porucha pozornosti s hyperaktivitou

ČOSIV Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání

DSM-5 Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch 5. verze

EU Evropská unie

FMZV Federální ministerstvo zahraničních věcí

MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MTDZ multidisciplinární tým duševního zdraví

MZ Ministerstvo zdravotnictví

NAPDZ Národní akční plán pro duševní zdraví

NUDZ Národní ústav duševního zdraví

OSN Organizace spojených národů

OSPOD orgán sociálně-právní ochrany dětí

PAS porucha autistického spektra

RK rodinná konference

RVP ZV rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

SPC speciálně pedagogické centrum

ŠPZ školská poradenská zařízení

ŠVP školní vzdělávací program

ŠVP ZV školní vzdělávací program pro základní vzdělávání

ÚZIS ČR Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VŠ vysoká škola

WHO (z angl. World Health Organization) Světová zdravotnická organizace

ZŠ základní škola

Seznam příloh

Příloha 1 – Scénář rozhovoru s vedením základní školy

Příloha 2 – Scénář rozhovoru se školním speciálním pedagogem na základní škole

Příloha 3 – Scénář rozhovoru s třídním učitelem na prvním stupni základní školy

Příloha 4 – Scénář rozhovoru s asistentem pedagoga na druhém stupni základní školy

Příloha 1 – Scénář rozhovoru s vedením základní školy

- 1 - Jak vnímáte podporu MŠMT v oblasti žáků s psychiatrickou diagnózou?
- 2 - Hovoří se o tom, že chybí provázanost MŠMT, MZ a MPSV. Zasahuje tato skutečnost nějak do fungování školy směrem k žákům v psychiatrické péči?
- 3 - Vaše škola má téměř 500 žáků, z toho 130 žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Na školu často přecházejí děti se speciálními vzdělávacími potřebami z jiných škol hlavního vzdělávacího proudu. Jak k tomu dochází? Jak v praxi funguje přijímání žáků do základních škol podle spádových oblastí?
- 4 - Která rizika vidíte při edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou jako ta největší?
- 5 - Myslíte, že výchova a vzdělávání jsou ve škole v rovnováze?
- 6 - Jak se Vám daří z pozice vedení základní školy spolupracovat s rodinou žáka s psychiatrickou diagnózou?
- 7 - Jak hodnotíte svou spolupráci s vnějšími subjekty? Vnímáte od nich dostatečnou metodickou podporu?
- 8 - Jak hodnotíte spolupráci s pedopsichatry a dětskými klinickými psychology?
- 9 - Jak funguje spolupráce školy se sociálním odborem, s kurátory pro děti a mládež?
- 10 - Jak funguje spolupráce školy s neziskovými organizacemi? Jak jsou neziskové organizace po odborné stránce připravené pracovat s dětmi s psychiatrickou diagnózou?
- 11 - Vedle inkluze ve školách byla spuštěna reforma psychiatrické péče ve zdravotnictví. Reforma péče o duševní zdraví hovoří o multidisciplinárních týmech pro děti a mládež a potřebě spolupráce. Byl jste přizván na nějaká společná setkání, která řeší problematiku žáků základních škol v psychiatrické péči?
- 12 - Jak řešíte krizové situace u žáků s psychiatrickou diagnózou ve škole? Pořádáte případové konference? Jakou s jejich pořádáním máte zkušenost? Zvete na ně i odborníky z oblasti zdravotnictví?
- 13 - Jak řešíte otázku mlčenlivosti, předávání informací o žácích s psychiatrickou diagnózou základní škole ze strany odborníků jednotlivých resortů?

14 - Jak hodnotíte vzdělávání učitelů na pedagogických fakultách v této oblasti? Jak jsou učitelé základní školy hlavního vzdělávacího proudu připraveni pro práci s těmito žáky? A jak jsou na tom podle Vás ostatní pedagogičtí pracovníci, například asistenti pedagoga?

15 - Nabízí někdo, státní nebo nestátní organizace, vedení školy nějaké programy, ať už pro třídu, spolužáky těchto žáků nebo pro pedagogické pracovníky, o duševním zdraví a fungování žáků v psychiatrické péči na základní škole? A využili jste takový program nebo školení?

16 - Zaznamenali jste nějaké změny, ať už v počtu žáků s psychiatrickou diagnózou, v míře jejich znevýhodnění nebo v zastoupení jednotlivých diagnóz, v průběhu let na vaší škole?

17 - Jak hodnotíte přístup k žákům s psychiatrickou diagnózou u učitelů na prvním a u učitelů na druhém stupni?

18 - Jak pracují učitelé s plány pedagogické podpory a individuálními vzdělávacími plány? Respektují individuální specifika při edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou? Jak zabezpečujete, aby to fungovalo?

19 - Jak vnímáte pozici školního speciálního pedagoga a jeho spolupráci s dalšími pedagogickými pracovníky školy? Vyhledávají ho aktivně, z vlastní iniciativy?

20 - Co považujete při práci s žáky s psychiatrickou diagnózou za nejdůležitější? V čem spatřujete největší úskalí? Co by se mělo změnit při spolupráci s vnějšími subjekty, z hlediska legislativy? Co Vás těší, co se daří uskutečňovat?

21 - O čem byste se rád ještě zmínil?

Příloha 2 – Scénář rozhovoru se školním speciálním pedagogem na základní škole

1 - Jak dlouho na této škole působíte na pozici školního speciálního pedagoga a jaká je celková délka Vaší praxe na této pozici? Z čeho je Vaše pozice financována? Vnímáte svou pozici jako stabilní a zastáváte na škole ještě nějakou další pozici?

2 - Jak spolupracujete s vedením školy a vnímáte jeho podporu při Vaší práci? Musíte si svou pozici ve škole dobývat?

3 - Myslíte si, že jsou pedagogičtí pracovníci dostatečně motivováni k inkluzivnímu vzdělávání? Jaká je podle Vás informovanost učitelů a asistentů pedagoga o žácích s psychiatrickou diagnózou? Jak hodnotíte přístup k těmto žákům u učitelů na prvním a u učitelů na druhém stupni? Jak hodnotíte spolupráci pedagogických pracovníků s Vámi?

4 - Poskytujete učitelům metodickou podporu? Žádají Vás o intervence u žáků s psychiatrickou diagnózou?

5 - Participujete na vaší škole společně s dalšími kolegy na zavádění a vyhodnocování podpůrných opatření? Jak pracují učitelé s plány pedagogické podpory a individuálními vzdělávacími plány? Respektují individuální specifika při edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou?

6 – Má Vaše práce s žáky s psychiatrickou diagnózou nějaká specifika? Kolik takových žáků na škole máte a máte dost prostoru pro přímou práci s nimi?

7 - Uvítal byste v souvislosti se žáky s psychiatrickou diagnózou ve škole zřízení pozice školního psychologa? Myslíte, že by měl absolvovat školní speciální pedagog psychoterapeutický výcvik?

8 - Zaznamenal jste nějaké změny, ať už v počtu žáků s psychiatrickou diagnózou, v míře jejich znevýhodnění nebo v zastoupení jednotlivých diagnóz, v průběhu let na vaší škole?

9 - Jak hodnotíte svou spolupráci se zákonnými zástupci žáků s psychiatrickou diagnózou? Obracují se na Vás přímo nebo přes třídního učitele? Jaké oblasti se Vaše komunikace nejčastěji týká a na jaké problémy případně narážíte? Znáte rodinné zázemí žáků? Doporučujete rodinné terapie?

10 - Jak hodnotíte svou spolupráci s vnějšími subjekty? Vnímáte od nich dostatečnou metodickou podporu? Jaká je jejich vytíženost, objednáací lhůty? Jak řešíte poskytování údajů o žácích s psychiatrickou diagnózou, zejména u odborníků zdravotního sektoru?

11 - Máte možnost sdílet své zkušenosti o žácích s psychiatrickou diagnózou, např. se svými kolegy z jiných škol?

12 - Co považujete při práci s těmito žáky za nejdůležitější? V čem spatřujete největší úskalí? Co by se mělo změnit ve škole, při spolupráci s vnějšími subjekty nebo z hlediska legislativy? Co Vás těší, co se daří uskutečňovat?

13 - O čem byste se rád ještě zmínil?

Příloha 3 – Scénář rozhovoru s třídním učitelem na prvním stupni základní školy

1 - Jak dlouho na této škole působíte na pozici učitele a jaká je celková délka Vaší praxe na této pozici?

2 - Jak hodnotíte svou spolupráci s vedením školy?

3 - Jak hodnotíte svou spolupráci se školním speciálním pedagogem? Co především od něj očekáváte, v souvislosti se žáky s psychiatrickou diagnózou? Za jakých okolností školního speciálního pedagoga u těchto žáků vyhledáváte a v čem vnímáte jeho přínos?

4 - Jak hodnotíte svou spolupráci s asistentem pedagoga? Co především od něj očekáváte, v souvislosti se žáky s psychiatrickou diagnózou?

5 - Myslíte si, že je informovanost učitele o dětech s psychiatrickou diagnózou dostatečná? Uvítal byste nějaká školení na toto téma nebo případně jaká školení proběhla/probíhají? Zaznamenal jste nějaké změny, ať už v počtu žáků s psychiatrickou diagnózou, v míře jejich znevýhodnění nebo v zastoupení jednotlivých diagnóz, v průběhu let na vaší škole?

6 - Poskytujete žákům s psychiatrickou diagnózou individualizovanou pomoc přímo v hodinách nebo mimo vyučování, např. formou pedagogické intervence? Máte pro ni dostatečný prostor? Ovlivňuje individualizovaná péče o tyto žáky tempo výuky a využití potenciálu všech žáků? Co považujete za dobré výsledky?

7 - Vyměňujete si s ostatními učiteli informace o tom, že se žák odchýlil od představy tzv. běžného žáka nebo od obvyklého stavu, který je pro něho typický? Pokud vyhodnotíte nějakou situaci jako obtížnou, jak ji řešíte? A jak řešíte krizovou, nezvládnutelnou situaci? Máte nějaké instrukce od vedení školy pro takové situace, např. krizový plán? Nebo je řešení plně ve Vaší kompetenci? Na koho z pedagogických pracovníků školy se při tom obracíte? Narušují tito žáci nějakým způsobem výuku a pocit bezpečí a jistoty ve Vaší třídě?

8 - Komunikujete pravidelně s žáky na téma společného fungování ve třídě s žákem s psychiatrickou diagnózou? Formou prevence vzniku krizových situací nebo v rámci

řešení nastalé situace? Setkal jste se ve své praxi se stigmatizací těchto žáků? A kým byli případně stigmatizováni?

9 - Existují ve škole standardy hodnocení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami? Jak se případně odlišuje hodnocení žáků s psychiatrickou diagnózou od hodnocení žáků intaktních? Považujete toto hodnocení za spravedlivé pro všechny? Jakou důležitost přikládáte školním výkonům a osobní spokojenosti žáků?

10 - Jakou máte zkušenost s komunikací s rodiči žáků s psychiatrickou diagnózou? A v čem je případně rozdílná od spolupráce s rodiči intaktních dětí? Uzavíráte s nimi např. nějaké dohody?

11 - Co považujete při práci s žáky s psychiatrickou diagnózou za nejdůležitější? V čem spatřujete největší úskalí? Existuje něco, co při práci s těmito žáky postrádáte, ve škole, zvenčí, z hlediska legislativy? Co Vás těší, co se daří uskutečňovat?

12 - O čem byste se rád ještě zmínil?

Příloha 4 – Scénář rozhovoru s asistentem pedagoga na druhém stupni základní školy

1 - Jak dlouho na této škole působíte na pozici asistenta pedagoga? Jaká je celková délka Vaší praxe na této pozici?

2 - Máte nějakou zkušenost při práci s žákem s psychiatrickou diagnózou?

3 - Myslíte si, že je informovanost asistenta pedagoga o dětech s psychiatrickou diagnózou dostatečná? Uvítal byste nějaká školení na toto téma nebo případně jaká školení proběhla/probíhají?

4 - Jak hodnotíte svou spolupráci s vedením školy?

5 - Jak hodnotíte svou spolupráci se školním speciálním pedagogem?

6 - Jak hodnotíte svou spolupráci s třídním učitelem a ostatními učiteli při práci s žákem s psychiatrickou diagnózou? Co považujete při této spolupráci za nejdůležitější?

7 - Jak pracují učitelé s plány pedagogické podpory a individuálními vzdělávacími plány, respektují individuální specifika při edukaci žáků s psychiatrickou diagnózou?

8 - Vyměňujete si s učiteli informace o tom, že se žák odchýlil od představy tzv. běžného žáka nebo od obvyklého stavu, který je pro něho typický? Pokud vyhodnotíte situaci žáka jako obtížnou, jak ji řešíte? A jak řešíte krizovou, nevládnutelnou situaci? Máte nějaké instrukce od vedení školy pro takové situace, např. krizový plán? Nebo je řešení plně ve Vaší kompetenci? Na koho z pedagogických pracovníků školy se při tom obracíte?

9 - Setkal jste se se stigmatizací žáků s psychiatrickou diagnózou? A kým byli případně stigmatizováni?

10 - Jakou máte zkušenost s komunikací s rodiči žáků s psychiatrickou diagnózou? A v čem je případně rozdílná od spolupráce s rodiči intaktních dětí? Uzavíráte s nimi např. nějaké dohody?

11 - Co považujete za nejdůležitější při práci s těmito žáky? Existuje něco, co při práci s těmito žáky postrádáte? Co Vás těší, co se daří uskutečňovat?

12 - O čem byste se rád ještě zmínil?