

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra školní a sociální pedagogiky

PORUCHY CHOVÁNÍ V DĚTSKÉM VĚKU

Bakalářská práce

KATEŘINA NOVÁKOVÁ

**Vychovatelství
Kombinované studium**

**Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, PhD.
PRAHA 2011**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Doc. PaedDr. Evy Šotolové, PhD. V práci jsem použila informační zdroje uvedené v seznamu.

V Praze dne 30. 3. 2011

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych zde vyjádřila poděkování paní Doc. PaedDr. Evě Šotolové, PhD., za poskytnuté rady a odborné vedení mé práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá poruchami chování v dětském věku a příčinami jejich vzniku. Hlavními body této práce jsou charakterizace poruch chování, jejich rozdělení na neagresivní a agresivní. Dále se tato práce zabývá projevy poruch chování a jejich popisem.

Autorka práce vychází z odborné literatury a vlastní praxe ve Středisku výchovné péče, které poskytuje preventivní speciálně pedagogickou péči dětem, mládeži a jejich rodinám, které jsou ohroženy sociálně patologickými jevy. Velký důraz je kladen na práci s rodinou, protože příčiny vzniku poruch chování jsou velmi rozmanité. Cílem práce s klienty je zmírnit nebo odstranit následky působení sociálně patologických jevů.

V druhé části této práce je velký důraz kladen na prevenci těchto jevů. Prevence je jednou z důležitých cest vedoucích k omezování a k eliminaci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Všechna jména a osobní údaje klientů jsou změněna, aby zůstalo zachováno soukromí a bezpečnost dětí i jejich rodin.

Klíčové pojmy:

ADD (Attention Deficit Disorder)

ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder)

Agresivní poruchy chování

Ambulantní oddělení (AO)

Celodenní oddělení (CO)

Delikvence

Neagresivní poruchy chování

Patologické chování

Poruchy chování

Prevence

Středisko výchovné péče (SVP)

Annotation

This bachelor thesis is about child behavior disorders and its causes. It defines behavior disorders, explains differences between aggressive and nonaggressive ones and also tries to describe their signs.

The thesis is based on specialized publications and authors own work experiences at Středisko výchovné péče (problematic behavior center). This center provides preventive educational care for kids, youth and their families who are endangered by social pathological phenomens. It accents work with the whole family because causes of these phenomens could vary a lot. The intention is to reduce or eliminate aftereffects caused by these phenomens.

The second part talks about prevention of social pathological phenomens. Prevention is one of the ways leading to limitation or elimination of social pathological phenomens among kids and youth.

All the names and personal datas used in this thesis have been changed to protect privacy of those clients and their families.

Key words:

ADD (Attention Deficit Disorder)

ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder)

Aggresive behavior disorders

Non-resident ward (AO)

Day ward (CO)

Delinquency

Nonaggresive behavior disorders

Pathological behavior

Behavior disorders

Prevention

Problematic behavior center

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

OBSAH

Úvod.....	7
1 Vývojová psychologie a jednotlivé fáze.....	9
2 Poruchy chování v dětském věku.....	12
2.1 Vlivy na vznik poruch chování.....	13
2.2 Rozdělení poruch chování v dětském věku.....	15
2.2.1 Neagresivní chování.....	16
2.2.2 Agresivní chování.....	17
2.2.3 Terapie poruch chování.....	18
2.3 Propojenost ADHD/ADD s poruchami chování.....	18
2.3.1 Projevy syndromu ADD a ADHD.....	19
2.3.2 Problémy ve vztahu k dospělým.....	21
2.3.3 Ve školní prostředí.....	21
2.3.4 Kde hledat pomoc.....	21
2.3.5 Pedagogicko psychologické poradenství v ČR.....	23
3 Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže.....	24
3.1 Útěky.....	25
3.2 Záškoláctví.....	27
3.2.1 Pedagog a jeho vliv na záškoláctví žáka.....	28
3.3 Agresivní a násilné chování.....	29
3.4 Vliv médií na chování dětí a mládež, mediální násilí.....	30
3.5 Závadové party.....	31
3.6 Jiné závislosti na návykových látkách.....	31
3.7 Drogová závislost u dětí a mládeže.....	32
3.8 Sebepoškozování.....	33
4 Prevence delikvence dětí a mladistvých.....	35
5 Střediska výchovné péče, jako sekundární prevence sociálně patologických jevů.....	36
5.1 Ambulantní oddělení.....	37
5.1.1 Spolupráce rodiny s ambulantním oddělením.....	40
5.2 Celodenní oddělení SVP Klíčov.....	41
5.2.1 Práce s klientem v programu celodenního oddělení.....	44
5.3 Internátní oddělení SVP Klíčov.....	47
6 Kazuistiky.....	49
6.1 Petr (13 let).....	49
6.2 Standa (12 let).....	52
6.3 Markéta (14 let).....	55
6.4 Karel (14 let).....	58
7 Analýza kazuistik.....	61
Závěr.....	64
Seznam použité literatury.....	65

Úvod

Bakalářská práce se zabývá příčinami vzniku poruch chování u dětí a mládeže a jejich konkrétním popisem. Autorka bakalářské práce dodává své vlastní postřehy z několikaleté praxe ve Výchovném ústavu a Středisku výchovné péče Klíčov. Díky těmto praktickým zkušenostem měla autorka možnost pozorovat poruchy chování a jejich rozvoj, dále vliv rodinného prostředí na vývoj dítěte a sanační práci s rodinou.

Preventivní programy v rámci středisek výchovné péče si kladou za hlavní cíl pozitivní výchovné působení na děti, u nichž se objevily prvky problémového chování. Snahou je tyto problémy stabilizovat a omezit jejich nárůst. Poskytnutí systematické péče rodině v těsné spolupráci s orgány sociálně právní ochrany dětí, školou, pedagogicko-psychologickými poradnami, zdravotnickými institucemi a dalšími spolupracujícími organizacemi může v konečné fázi minimalizovat perspektivu zařazení dítěte do některé z forem ústavní výchovy.

Preventivně výchovná činnost je v současné době velmi aktuálním tématem – nejen v souvislosti s často diskutovanou věkovou hranicí trestné odpovědnosti u dětí a fenoménem dětské kriminality, ale zejména v rámci celospolečenského zájmu. Bohužel není ojedinělé, že se setkáváme s řešením následků nedostatečné práce s rodinou a prevence. Je jisté, že je zapotřebí investovat do preventivních a poradenských zařízení, která mají těmto negativním projevům chování u dětí a mladistvých předcházet. Taková zařízení nenahrazují rodinu a nezastupují její působení, ale naopak cílem těchto školských institucí je pomáhat rodinnému systému.

Autorka práce považuje poruchy chování u dětí a mládeže za významné a závažné téma. Poruchy chování jsou samy o sobě velmi negativní jev, který je společností reflektován velmi nelibě. Tyto poruchy jsou velmi záporně vnímány širokou veřejností a delikvence mládeže je v současné době považována za velký problém v naší společnosti. Její nárůst představuje nebezpečí nejen pro jednotlivce, ale pro celou společnost, z čehož vyplývá, že delikvence je celospolečenský problém.

Příčin ke vzniku poruch chování může být mnoho, např. vrozené dispozice, ale bezpochyby rodina a rodinná výchova je velice důležitým faktorem, který může podmiňovat vznik poruchy chování a nebo poruchu svým postojem k dítěti posilovat.

Pro zmírnění obtíží u dítěte s poruchami chování je nedílnou součástí jejich nápravy spolupráce rodiny, která je v některých případech náročná a klade zvýšené požadavky na navázání důvěry, a to jak mezi dítětem, které potřebuje pomoc, tak i mezi jeho rodinou a odborným pracovníkem. Cílem bakalářské práce je popis příčin vzniku poruch chování, a také jak různé faktory rozvíjejí a podmiňují vznik těchto poruch.

Druhá část bakalářské práce analyzuje činnost Střediska výchovné péče (dále SVP) a jednotlivých oddělení SVP. Autorka se zabývá popisem případových studií, při kterých byly využity metody výzkumu: skryté pozorování, obsahová analýza a neformální rozhovory. Dále v praktické části provádí analýzu kazuistických studií. Cílem analýzy bude ukázat rozmanitost příčin vzniku poruch chování, ale také nalezení společných faktorů u dětí a mladistvých z případových studií.

Teoretická část

1 Vývojová psychologie a jednotlivé fáze

Ve vývojové psychologii je možné nalézt v jednotlivých vývojových obdobích i tzv. kritická období, která v souvislosti s psychopatologií vyžadují zvýšenou pozornost ze strany rodiny i odborníků, kteří se věnují práci s dětmi a mladistvými. Vývoj, včetně sociálního, pokračuje od dětství přes pubertu a adolescenci až do dospělosti, všechny další pochody a procesy dospělého jedince jsou ovlivňovány jeho dřívějším vývojem.

Prenatální období – je prokázáno, že v tomto období se vyvíjí vztah mezi matkou a vyvíjejícím se plodem. Emocionální ladění matky je významné pro vývoj plodu, stres, deprese či jiné negativní emoce mohou zapříčít nepříznivý psychický či fyzický vývoj dítěte. Samozřejmě, že negativní vliv má i abúzus alkoholu, drog či násilí páchané na ženě během těhotenství. Vědeckými pokusy bylo jasně prokázáno, že v posledních měsících těhotenství plod všemi svými smysly vnímá své prostředí.

Novorozenecké období – zpravidla se jedná o první měsíc až šest týdnů života jedince. Je to doba adaptace na nové prostředí, které je odlišné od prenatálního života. Komplikace při porodu, např. porodní či poporodní komplikace, nezralost dítěte, adaptační poruchy a jiné problémy mohou často signalizovat pozdější vývojové poruchy, poruchy soustředění s hyperaktivitou (ADHD), dětskou mozkovou obrnu nebo také mentální retardaci. Už v prvních dnech si novorozenec fixuje lidský obličej, je schopen rozlišit tón lidského hlasu. Pro dítě je velmi významné kojení, při kterém dochází k pohledu z očí do očí, čímž dochází k interakci, která přirozeně utváří emoční a sociální vztah mezi matkou a dítětem.

Kojenecké období trvá zpravidla jeden rok života; pro toto období je charakteristický prudký rozvoj všech fyzických i mentálních funkcí. Během druhého měsíce života se objevují první úsměvy, které jsou velmi významné pro socializaci dítěte. Rodič přirozeně úsměv opětuje, s dítětem rozmlouvá a tím mu poskytuje pozitivní stimulaci. Mezi šestým až devátým měsícem probíhá vysoký rozvoj

emocionality (ostražitost vůči cizím osobám, strach z opuštění matkou). Konec kojeneckého období je významný pro dítě v tom, že díky vzpřímenému postoji a také prvním krokům proniká jedinec do věcného prostoru, prvními slovy pak proniká do sociálního prostředí.

Období batolete - začíná druhým rokem života a končí začátkem čtvrtého roku. V tomto období se nadále rozvíjí hybnost, sociální vztahy a řeč. Kolem patnácti měsíců života je dítě většinou dostatečně zralé k osvojení společenských norem svého prostředí a začíná se učit hygienickým návykům. Dítě je již schopno si pamatovat nejen slova, ale i první písničky či říkanky. Konec druhého až celý třetí rok (někdy až do pátého roku) života nazýváme *obdobím vzdoru*, v tomto období si dítě utváří vlastní identitu, chce si vyzkoušet vše „samo“. Usiluje o samostatnost a snaží se otestovat své možnosti. Období vzdoru by mělo být důležitým a do budoucna silně určujícím mostem k samostatnosti. V tomto vzdoru je vhodné batolatům vycházet vstříc a dopřávat jim možnost volby. Zároveň dítě potřebuje důsledně vymezovat hranice a postupně si vštěpovat určité formy postojů a chování.

Předškolní věk – jedná se období od čtvrtého přibližně do sedmého roku. Většinou v tomto věku dítě navštěvuje mateřskou školu, která je pro ně velmi významná, učí se navazovat sociální vztahy, vyjadřovat své potřeby, přání nebo pocity a také řešit konflikty. Dítě tak překračuje hranice svého rodinného prostředí a dětský kolektiv má pro ně vzrůstající přitažlivost. Psychický vývoj dítěte není již tak rychlý, ale přesto je nadále dramatický, dochází k zdokonalování psychických funkcí. Na konci předškolního věku je dítě schopno rozeznávat první písmena, grafické tvary a zlepšuje se jemná motorika. Dále se utvářejí předpoklady pro výuku psaní a čtení. Dítě v předškolním věku má velmi produktivní fantazii, v tomto období je nejbohatší v celém lidském životě.

Mladší školní věk – je fází vývoje, která trvá od šestého do devátého roku, zhruba první dva roky školní docházky; bývá charakterizováno jako období „přechodné“. Mohou nadále přetrvávat znaky předškolního věku, např. živá fantazie, hravost, a některé funkce se nadále rozvíjejí – vnímání, paměť, soustředění. Pro některé

děti je náročná adaptace na školní prostředí, z toho důvodu mohou nezvládat výukové či sociální požadavky, které jsou na ně kladené.

Střední školní věk – je částí lidského vývoje, která probíhá zpravidla od devátého do dvanáctého či třináctého roku života. Je obdobím vyrovnanosti a upevnování si předchozích vývojových zkušeností. V tomto období bývá dítě nejméně nemocné. Začíná se zvyšovat zájem o rodinné vztahy a prostředí, ve kterém vyrůstá. Děti velice citlivě reagují na konflikty v rodině, těžce snáší rozchod rodičů a obtížně přijímají nové partnery rodičů, ve středním školním věku začíná mít na dítě poprvé v jeho životě prvořadý vliv vrstevnická skupina. Dítě potřebuje pocítovat, že je skupinou uznáváno a má v ní svoji pozici. Taktéž je střední školní věk nejrizikovějším obdobím pro vznik rizikového chování.

Starší školní věk – je obdobím mezi dvanáctým a patnáctým rokem života člověka. Je to doba celé řady dramatických změn, kladoucích značné nároky jak na pubescenta samého, tak na jeho okolí. Tělesné proměny mají velký význam na sebehodnocení. Mladý člověk je zaměřený na vlastní tělo, klade větší důraz na volbu oblečení a je citlivý na hodnocení své osoby ze strany vrstevníků. Objevují se výrazné změny nálady, a to i na drobné podněty. Dospívajícího velmi ovlivňují vrstevníci, kterým přikládá značnou důležitost a nechává se jimi ovlivnit, proto je období puberty nejvíce rizikové v inklinování k závadovým skupinám. Zároveň má dospívající problém s respektováním autorit. Komunikace mezi rodiči a jejich dospívajícím potomkem bývá problematická pro obě strany. Rodiče by se měli vyzbrojit velkou mírou trpělivosti a pochopení.

2 Poruchy chování v dětském věku

„Projevy chování dětí a mládeže, které nerespektují ustálené společenské normy, se vyskytují hlavně u sociálně narušené mládeže, ale také u jedinců s jiným typem postižení. K jejich vzniku přispívá jednak vliv nevhodného nebo nedostatečného výchovného působení a vlivy sociální, nebo určité dispozice osobnosti na podkladě centrálního nervového systému. Poruchy chování můžeme hodnotit podle jejich společenské závažnosti a důsledků pro život jedince.“ (Průcha Jan a kol., 2003, s. 170)

O poruchách chování se nedá hovořit v případě, kdy jedinec neumí a není schopný rozumět hodnotám a normám, které uznává většinová společnost (mentální retardace, jedinci z jiného sociokulturního prostředí). O poruchách chování můžeme mluvit jen tehdy, pokud normy dané společnosti jedinec chápe a rozumí jim, ale neakceptuje je nebo se jimi nedokáže řídit (rozdílná hierarchie hodnot, neschopnost ovládat své chování – např. z důvodů organického poškození mozku či následkem zneužívání psychotropních látek nebo alkoholu). Poruchy chování se dají charakterizovat jako jednání, kdy jedinec nerespektuje sociální normy dané společností, i když rozumové schopnosti a věk mu to umožňují. *„Poruchy se vyskytují u 5-15 % dětí a adolescentů. Jsou spojeny s disharmonickým rodinným prostředím a disharmonickým vývojem osobnosti dítěte. Jsou mnohem čtenější u chlapců a u potomků antisociálních psychopatických dospělých.“ (E. Malá, 2002, s. 94)*

V dětství tito jedinci velmi často zažívají sociální nepřijetí od nejbližší rodiny, která by naopak měla rozvíjet citové vztahy a empatické citění. Následně takové děti nemají rozvinuté sebeuvědomování si svého jednání a nepocítují vinu nad svými činy.

Rodiče si někdy stěžují na své ratolesti, že jejich problematické chování se začalo projevovat již v předškolním věku, mají na mysli neposlušnost, rivalitu vůči sourozencům, krádeže, lhaní. Takové projevy na nás mohou působit jako poruchy chování, ale v takto nízkém věku se nedá objektivně hodnotit, zda jednání dítěte je poruchou, nebo je zapříčiněno věkem. V předškolním věku nejsou děti zralé hodnotit

realitu z důvodu bohaté fantazie a vnímat osobní vlastnictví věcí, a proto takové projevy nemůžeme zatím hodnotit jako poruchy chování.

Problémové chování se začíná relevantně projevovat až ve středním školním věku, i když u některých dětí, které mohou mít k závadovému chování dispozice, tomu může být již v ranějším dětství. Někdy takové projevy mohou být přechodnou reakcí na náročné období či tíživou situaci v životě dítěte nebo mohou být signálem závažnějších poruch.

Mezi poruchy chování patří jak vývojové anomálie nebo z výchovného hlediska pouhá banálnost jako je vzdorovitost, nerespektování autorit, záškoláctví, tak i závažné antisociální patologické jevy jako je agresivita, šikanování, zneužívání psychotropních látek. Dítě zpravidla nepocituje vinu nad důsledky svého jednání, nebo si je naopak přesně vědomo následků svého konání a činní tak záměrně.

2.1 Vlivy na vznik poruch chování

Příčiny vzniku poruch chování by se daly rozdělit na endogenní a exogenní:

1) Endogenní:

- *Porucha centrálního nervového systému (CNS)*

Jedná se nejčastěji o děti postižené ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – porucha pozornosti s hyperaktivitou, nebo ADD (Attention Deficit Disorder) – porucha pozornosti bez hyperaktivních projevů. Tyto poruchy vznikají v prenatálním či perinatálním vývoji. Takováto genetická vložka pouze zvyšuje pravděpodobnost vzniku poruch chování.

Mezi hlavní symptomy patří roztěkanost, nesoustředěnost, neschopnost vydržet u jedné činnosti, kolísání pozornosti, změny nálad, impulzivní chování, neschopnost

sebeovládání, může být postižena jemná i hrubá motorika. Takové děti působí na okolí jako nevychované a učitelé je mohou vnímat jako podprůměrné žáky. K těmto dětem je potřeba přistupovat trpělivě, potřebují neustále dostávat pozitivní zpětnou vazbu, vyučující by měl mít v zásobě množství činností, kterými bude takto postižené děti zaujímat. Často se uvádí, že poruchou trpí více chlapci než dívky.

- *Genetická dispozice*

Dispozice jednoho z rodičů jsou rizikovými faktory pro vznik poruch chování. Rodič s genetickou dispozicí bude mít nejspíše sám problematické chování, v dětství se u těchto jedinců často vyskytovalo tělesné týrání. Hlavními projevy jsou dráždivost, snížené zábrany, impulzivita. Rodič bude pravděpodobně vychovávat své dítě nevhodným způsobem a stane se pro ně nežádoucím modelem chování.

2) Exogéní

- *Neúplná rodina*

Zvýšenou možnost vzniku poruch chování představuje i neúplná rodina. Role osamělého rodiče je náročnější, musí zaujímat jak mužskou, tak ženskou pozici. Zvyšuje se možnost, že taková rodina nebude schopna dítěti poskytnout podporu a vhodný vzorec chování, jaké by potřebovalo. V těchto rodinách převážně chybí mužský vzorec chování a mužská autorita.

- *Rodiče jako abnormální osobnosti*

Asociální osobnosti trpící poruchou osobnosti, které vychovávají děti, se v tomto směru stávají rizikovými vychovateli. Jedná se o osoby s návyky vedoucími ke změně osobnosti (např. alkoholismus, drogová závislost, gamblerství), dále o emočně chladné jedince bez zájmu o dítě. Děti bývají v těchto rodinách nejen citově, ale i komplexně deprivované, zanedbávané a někdy i týrané.

- *Subdeprivace*

Četnost problémového chování stoupá i u jedinců, kteří žijí ve zdánlivě funkční a úplné rodině. Rodina je sice úplná, funguje ovšem spíše na formálním základu a neposkytuje dítěti podnětné prostředí pro rozvoj jeho osobnosti. Dítě tak postrádá jistotu citového přijetí ze strany rodičů, zároveň rodina není schopna poskytnout vymezení hodnot a norem chování, podle nichž by se dítě mohlo orientovat. V dnešní době, která je honbou za úspěchem a penězi, nezbývá některým rodičům mnoho času na své děti, následkem toho děti tráví spoustu času u počítače, nudí se, mají nedostatek životního smyslu a žádné cíle. Je známé, že děti napodobují své rodiče a pakliže rodina neukazuje pozitivní vzory, nemůže se dítě nic naučit. Dospívající si pak najde zábavu a vzrušení sám, které může někdy směřovat až k hranici trestného činu.

- *Asociální skupiny vrstevníků*

Negativní vliv na dospívající mohou mít i sociální skupiny, ve kterých se děti pohybují, nejčastěji jde o působení „party“. V období dospívání jedinec touží někam patřit, mít své místo ve vrstevnické skupině. Asociální skupina však nemusí mít tak negativní vliv, pokud dítě v rodině cítí zázemí, podporu a lásku, neboť význam rodiny je pro rozvoj dětské osobnosti větší než vrstevnické skupiny.

2.2 Rozdělení poruch chování v dětském věku

Poruchy chování se dají rozdělit na dvě části: na *neagresivní poruchy chování* a *agresivní poruchy chování*. Z medicínského hlediska se poruchy chování a emocí řadí do kategorie F90 – F98 mezinárodní klasifikace nemocí MKN z r. 1992.

2.2.1 Neagresivní chování

Krádeže – o krádeži se dá hovořit tehdy, pokud je dítě schopno chápat pojem vlastnictví věcí a akceptuje příslušnou normu chování. Méně významné se považují příležitostné a neplánované krádeže, jež jsou impulzivní reakcí na nezvládnutí potřeby mít nějakou věc. U krádeží je důležité zaměřit se na to, zda je krádež plánovaná, předem promyšlená, jakým způsobem dítě krađe, za jakým účelem a co ho k tomuto činu vedlo. Ve školním věku je pro dítě významné být oblíbené a mít určité postavení v kolektivu. Jestliže dítě v kolektivu vrstevníků zaujímá okrajovou roli, snaží si svou pozici vybudovat a to třeba i způsobem negativním, kdy zcizuje věci, finance a následně své spolužáky „hostí“. V některých vrstevnických skupinách mohou být krádeže vstupním rituálem nebo jsou nutné k udržení si své pozice. Rizikové na takovém jednání je to, že jedinec začne takový způsob chování považovat za běžný, a protože ostatní členové skupiny jej neodsuzují, a naopak získává jejich podporu, stává se pro něj tento vzorec chování normou.

Lhaní - je obranný mechanismus, dítě hledá cestu, jak se vyhnout konfliktu, získat výhodu, zaujmout ostatní nebo má nutkavý pocit říkat něco jiného, než co je pravdivé. Pravá lež je charakteristická úmyslem a vědomým sdělováním nepravdivostí. Tento obranný mechanismus má za cíl, vyhnout se potíží nebo získat pro sebe nějakou výhodu. Ve školním věku je dítě již většinou schopno rozeznat, co je pravda, a je si vědomo, že lhát by se nemělo. Při vyhodnocování lží je důležité zmapovat četnost lží, kterým osobám dítě lže, situace, kdy ke lžím došlo a čeho chtělo dítě lží dosáhnout. V některých případech chce dítě uniknout před reálným světem a uspokojuje si tak své potřeby, které nejsou naplněny. V takovýchto případech se jedná o tzv. **bájně lhaní**.

Útěky a toulání – jsou náznakem, že dítě v rodinném kruhu, ve kterém žije, se necítí spokojeně a bezpečně a takové prostředí je pro něj nepřijatelné. Je to signálem, že funkce rodiny bude pravděpodobně narušena a rodina selhává. Dítě může vnímat velký tlak na svou osobu a není schopno situaci zvládnout vhodnějším způsobem. Existuje několik forem útěků, které mají odlišný projev, ale i motiv. Této problematice se autorka věnuje v kapitole 3.1.

2.2.2 Agresivní chování

„Porušování sociálních norem je u agresivního chování spojeno s násilným omezováním základních práv a svobod. Agresivní jednání lze obyčejně interpretovat jako prostředek k uspokojování potřeby (např. získat něco žádoucího nebo k sebeprosazení).“ (Vágnerová, 1999, s. 283)

Šikana – se v naší společnosti objevuje stále častěji a u mladších dětí. Jedná se o násilné nebo ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči jednotlivci, který je slabší, s nízkým sebevědomím nebo má nějaký handicap. Oběť šikany se proti tomuto tlaku neumí dostatečně bránit a uniknout z této situace je pro ni velice obtížné. Skoro v každém třídním kolektivu se vyskytuje dítě, které je něčím odlišné (vzhledem, původem, sociálně znevýhodněné atd.) a v horších případech i pedagogové přistupují k těmto dětem jako k neoblíbeným. Učitelé většinou nemají přehled o rodinných situacích takových žáků, ovšem v případě potíží by se měli pedagogové o své žáky zajímat, neboť pro dítě je velmi významné, aby cítilo podporu od vyučujícího, který by mu měl být oporou.

Převážně bývají agresory chlapci, kteří jsou fyzicky zdatní, silní a potřebují neustále dokazovat svou převahu nad ostatními. Za své chování se šikanující necítí být odpovědný, jedná se většinou o podprůměrného žáka, který mohl být v minulosti sám obětí šikany. V rodině agresora bývají často využívány fyzické tresty a jsou tudíž vnímány jako běžné vzorce chování. V takové rodině není výjimečné, že dítě je citově odmítáno rodiči, ztrácí tedy emocionální zázemí. Děti, které mají sklony k tomuto závadovému chování, se často už v útlém věku chovaly neadekvátně k dětem, dospělým nebo i ke zvířatům.

Šikana může mít podobu fyzického násilí, psychického ponižování, vydírání nebo ničení majetku oběti. Oběť může být fyzicky nebo psychicky ohrožena, zpravidla necítí podporu ze strany ostatních, a tak se jedinec nachází v bezvýchodné situaci, kterou se někdy rozhodne řešit až suicidálním činem. Prvními signály, že by dítě mohlo být obětí šikany, je náhlé zhoršení prospěchu, nesoustředěnost, roztěkanost, zvýšené

prožívání úzkosti, sociální izolovanost, dítě vyžaduje od rodičů větší finanční obnosy, mohou se objevit somatické obtíže. U šikanovaných dětí se může vyskytnout zvýšená agresivita vůči sourozencům či rodičům.

2.2.3 Terapie poruch chování

Pokud se budeme snažit pracovat s poruchami chování, je potřeba vynaložit úsilí expertů z různých oborů, kteří se budou snažit zmírnit nebo odstranit problémy. U dětí s diagnózou porucha chování je nutná řada intervencí cílených jak na jednotlivce a rodinu, tak i na sociální okolí. Pokud je dítě v péči psychiatra, může užívat medikamenty – antipsychotika, která z části redukují agresivitu, ale to neřeší problém a není možné dítě medikovat stále. Je zapotřebí léky kombinovat s terapií (individuální, rodinná, skupinová, socioterapie aj.). Někdy jsou nutná opatření ve formě ochranné nebo ústavní výchovy, i když je dítě odebráno z rodiny, většinou závadové, jedná se stále o preventivní péči.

Etopedická péče – je zajišťována ve speciálně školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy nebo preventivní péče. Převýchovný proces sociálně ohrožených dětí se sociálně patologickými jevy či s poruchami chování, je vykonáván v diagnostických ústavech, výchovných ústavech, dětských domovech se školou a střediscích výchovné péče, v nichž působí speciální pedagogové, etopedičtí pracovníci, odborní vychovatelé, kteří spolupracují s psychology, psychiatry, s kurátory pro mládež a dalšími institucemi, které se zabývají sociálně patologickými jevy. Děti a dospívající jsou do těchto zařízení umisťovány dle věku, pohlaví a stupně narušení.

2.3 Propojenost ADHD/ADD s poruchami chování

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Jedná se o onemocnění, které nelze vyléčit, ale lze jej kompenzovat pomocí medikamentů. Projevuje se od raného dětství a jedinci zůstává po celý jeho život. Dítě se postupně s tímto postižením vyrovnává a naučí se s ním kvalitně žít. Děti

s poruchou ADHD mohou trpět dalšími příznaky jiných poruch (porucha učení, opoziční vzdor, poruchy nálad, porucha řeči aj.).

Jde o postižení, jejichž příčinou je hyperaktivita a závažné narušení pozornosti. Děti reagují nežádoucím způsobem, avšak jejich chování není projevem negace, ale jde o neschopnost své chování a jednání ovládat.

ADD je porucha pozornosti bez hyperaktivních projevů. S ADHD má společné to, že dítě není schopno se po delší dobu soustředit na to, co dělá nebo o čem hovoří. Dítě trpí tím, že nezvládá zadané úkoly, časem se může vyskytnout posměch ze strany spolužáků a následkem může být to, že se dítě začne uzavírat do sebe.

Příčiny poruchy pozornosti mohou být *endogenní* i *exogenní*. Negativní vlivy vnějšího prostředí mohou hlavně v prenatálním či perinatálním období poškodit určité struktury mozku. Mnoho dětí trpících ADHD má příbuzného, který trpěl v dětství stejnou poruchou. Příčinou neschopnosti koncentrace může být i úraz, při kterém došlo k poškození mozku, nejde tedy o genetické onemocnění, ale o následek fyzického poškození daného orgánu.

2.3.1 Projevy syndromu ADD a ADHD

Základním symptomem je porucha pozornosti, která se projevuje nedostatečnou kontrolou ovládnutí pozornosti a délkou trvání soustředění. Dítě není schopno si z množství podnětů vybrat ty důležité. U takto postižených dětí lze jejich koncentraci narušit snadno jakýmkoliv vjemem. Dítě má problém soustředit se jak na zadané úkoly, ale tak i na hry. Délka soustředění je příliš krátká, jedinec často přebíhá od jedné činnosti ke druhé, aniž by ji dokončil. Dítě neumí svou činnost regulovat a koordinovat, a proto jsou tyto děti schopny vnímat jen malé množství informací.

Problémy s poruchou pozornosti a hyperaktivitou narůstají v období nástupu do školy. Dítě vykazuje známky nadměrného nutkání k pohybu a aktivitě, které nemají žádný účel (vrtění, pohrávání s rukama, opouštění místa, nedovede sedět v klidu), své jednání není schopno ovládnout a tlumit. Hyperaktivní děti jsou častěji unavitelné a následně i podrážděné. U vrstevníků nebývá takové dítě moc dobře přijímáno, kolektiv ho vnímá jako rušivý element, následně se stává i méně úspěšné než jeho vrstevníci. Kolektiv jen těžko toleruje jeho neustálou aktivitu a impulzivitu. Dítě pocítuje, že je okolím odmítáno a to vede k frustraci ze sociální neúspěšnosti a následně se snaží za každou cenu na sebe upoutat pozornost. Takové děti bývají egocentrické a neberou ohled na ostatní, neumí spolupracovat s kolektivem a podřizovat se pravidlům. Při řešení konfliktů reagují impulzivně, zkratkovitě a mají sklon k častějším úrazům. Pokud nejsou uspokojeny jejich potřeby, reagují neklidně a tento neklid poté může přejít v agresivní chování, někdy vedoucí dokonce až k delikvenci.

V publikaci od M. Svobody a kol. Psychodiagnostika dětí a dospívajících z r. 2007 je uvedeno tvrzení O. Matouška, který uvádí, že zhruba polovina budoucích delikventů jsou děti trpící tzv. syndromem hyperaktivity.

Tři podskupiny ADHD:

- Kombinovaná: u dětí se projevují jak příznaky nesoustředění, tak příznaky hyperaktivity/impulzivity.
- S převahou nepozornosti: u dítěte se projevuje více příznaků souvisejících s nepozorností než s hyperaktivitou a impulzivitou.
- S převahou hyperaktivity/impulzivity: více příznaků svědčí o hyperaktivitě a impulzivitě než o nepozornosti.

„Odhadovaný výskyt této poruchy u školních dětí se pohybuje kolem 3-5 %, některé prameny uvádějí výskyt až 19 %.“ (Alan Train, 2001, s. 60.)

2.3.2 Problémy ve vztahu k dospělým

Rodiče ve vztahu k problematickému dítěti pociťují zklamání a nespokojenost. Hledají příčiny, proč je jejich dítě takové, obviňují sami sebe a mají pocit, že selhali v rodičovské roli a nezvládli výchovu svého dítěte. Jsou natolik zatíženi a vyčerpáni, že je zde riziko neadekvátních reakcí, např. fyzické bití až týrání nebo nadměrné přetěžování v učení. Tyto děti bývají mnohem citlivější vůči kritice. Dítě s ADHD potřebuje ze strany vychovávajících mnohem více podpory, jeho chování je ovlivněno děním v okolí. Pro dítě je velmi důležité, aby mělo prostředí, ve kterém se bude cítit bezpečně, a mělo okolo sebe lidi, na které se může spolehnout a kterým může důvěřovat. Jedinci s problémovým chováním často pocházejí z rodin, ve kterých chybí autorita, komunikace a citové zázemí. Rodiče si velmi často začnou všimnout dítěte, až když se vyskytnou obtíže, na které upozorní většinou okolí, nejčastěji to bývá škola. Dítě většinu času tráví mimo dohled rodičů a jeho chování zůstává bez pevných hranic a usměrňování.

2.3.3 Ve školním prostředí

Po zahájení školní docházky se ve velké míře u dětí s ADHD/ADD začínají projevovat problémy v chování. Děti musí začít překonávat školní obtíže a školní úkoly jim začínají připadat příliš náročné. Učitelé, kteří nerozpoznávají jejich symptomy, jim mohou zadávat nepřiměřené úkoly, které nejsou dětem schopny řešit. Zažívají kritiku, jak ze strany vyučujícího, tak vrstevníků, což u nich ovlivňuje postoj k plnění školních povinností a motivaci ke vzdělání. Vzhledem k neudržení pozornosti a impulzivnímu chování mají potíže se zařadit do běžného kolektivu dětí. Takový žák je pak vystaven většímu riziku šikany vzhledem k neschopnosti najít si kamarády.

2.3.4 Kde hledat pomoc

U dětí s ADHD je důležitá včasná diagnóza. Pokud se porucha zjistí již v předškolním věku, je možno učinit potřebná opatření ještě před zahájením školní

docházky. Většina dětí s touto diagnózou je v odborné péči psychologů nebo v pedagogicko-psychologických poradnách, které v případě potřeby doporučí spolupráci s odborníky – pediatry, dětskými psychiatry a neurology. Farmaceutika v kombinaci s psychoterapií mohou ušetřit dítě, rodiče i učitele od zbytečného trápení. ADHD se nedá sice vyléčit, léky však mohou zmírnit typické obtíže, kterými je porucha provázána.

Ke zklidnění se dají využívat techniky jako jsou relaxace, cvičení na uvolnění a soustředění. EEG-biofeedback, který se využívá k prodlužování soustředění, funguje na principu sledování mozkových vln a kontroly vlastní nepozornosti.

Velmi důležitá je i spolupráce se školou, učitelé by měli být školeni, aby rozpoznali symptomy ADHD, aby věděli, jak s takovým dítětem pracovat a jak ho úspěšně začlenit do kolektivu dětí, které ho budou respektovat. Každá škola by měla mít svého výchovného poradce, který bude oporou pedagogovi, rodičům i dítěti. Jeho úkolem je poradit, jak efektivně zvládat učení, pohyb dítěte v kolektivu a poradit vhodné výchovné přístupy k takovým dětem. Prohlubuje vztahy mezi pedagogy a rodinou, které jsou důležité pro pocit bezpečí a vedou ke zklidnění dítěte.

Rodině může být ze strany pedagogicko-psychologické poradny, neoficiálně i ze strany samotné školy navrhnutá změna školy. Většinou se tak děje, pokud se dítě dopustí několika závažných přestupků a setrvání v dosavadní škole je již neúnosné. V takové situaci bývají vztahy mezi současnou školou a rodinou narušeny a spolupráce je velmi obtížná. Záleží na rodině, zda se rozhodne ponechat dítě v dosavadní škole nebo se rozhodne pro změnu.

V našem školském systému existují školy se zaměřením na poruchy učení a poruchy chování, které nabízejí vzdělání pro takto handicapované děti. Ve třídách jsou rozděleny na malé skupiny, děti jsou vyučovány pod vedením speciálního pedagoga,

někdy i za pomoci asistenta. Dítě se v takovém kolektivu necítí odlišné od ostatních, zlepši se jeho sebedůvěra a sebehodnocení, postupně překoná svůj obranný postoj a má více možností projevit a zlepšit své schopnosti.

2.3.5 Pedagogicko-psychologické poradenství v ČR

Pedagogicko-psychologické poradny poskytují pomoc dětem a mládeži od 3 let do ukončení školního vzdělávání, také jsou podporou pro rodiče a pedagogy.

- Výchovný poradce - pracuje ve všech typech škol, jeho náplní je pedagogicko-psychologické poradenství v oblasti vzdělávání a výchovy přímo ve škole.
- Školní psycholog - není povinný na školách, většinou se jedná o externího zaměstnance. Snaží se snižovat výchovné a výukové problémy žáků ve spolupráci s výchovným poradcem.
- Školní metodik prevence sociálně patologických jevů - realizuje školní programy prevence sociálně patologických jevů.
- Speciální pedagog - pracuje se žáky s postižením (smyslové, tělesné, duševní). Zabývá se otázkami integrace dětí do běžného dětského kolektivu.
- Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) - jsou dnes v každém větším městě. V současné době je v ČR 70 PPP, z toho 2 soukromé a 1 církevní. Rodiče, děti i pedagogové se mohou obracet na PPP podle daného regionu. Zajišťují pedagogicko-psychologické poradenství, mohou diagnostikovat, vydávat odborné posudky, doporučují vhodnou formu vzdělávání. Služba je poskytována bezplatně.
- Speciálně pedagogická centra (SPC) - v naší republice jich máme 102 a z toho 9 soukromých. SPC jsou poradenskými zařízeními, která vznikají pro speciální školy a rodiny, ve kterých vyrůstají děti se zdravotním postižením. Personální obsazení tvoří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. SPC mají za

úkolem úzce spolupracovat s rodinou a školou, ve které je integrované dítě s postižením.

3 Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže

„Primární funkce rodiny spočívá v tom, že již od narození ovlivňuje vývoj jedince, vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv a zapisují se trvale do duševního života dítěte. Jedinec si sebou do života odnáší základní pojetí citů a modely chování jako své vlastní dispozice či sklony. Zprostředkující funkce rodiny spočívá také v tom, že v jejím společenství získává jedinec základní stupnici hodnot, jejichž prostřednictvím se připravuje na společenský život.“ (J. Kořa, 2004, s. 38)

Patologické chování je v jedinci zakořeněné již od útlého věku, roste z pocitů nepřijetí a méněcennosti. Postupně začne být člověk emocionálně oploštělý, což se projevuje v jeho jednání, které ovlivňuje charakter celé osobnosti.

Mladí lidé často v období dospívání zkouší věci, které jsou pro běžnou populaci asociální či deviantní. Takové projevy nazýváme sklony k rizikovému chování. Většinou jde o jednání, které je vyvoláno především chybným přístupem rodičů, vrstevnické skupiny nebo pedagogů.

Dítě při překročení daných norem společnosti prožívá většinou pocit viny a úzkost ze strachu z negativní reakce či sankce. Takový pocit může vyvolat zvláště u mladších dětí depresi, agresivní reakci vůči vlastní osobě, která se může projevovat sebepoškozováním, nebo jsou agresivní reakce směřované vůči okolí. Strach v jedinci vyvolává velmi nepříjemný pocit, který může vést k útěku, rezignaci, ke stažení se do sebe nebo ke stresu. Na druhou stranu pocit obavy z trestu, ze zklamání blízkých osob nebo z nepřijetí skupinou mohou vést k přizpůsobení dítěte k většinové společnosti.

Pokud dítě cítí bezmocnost, je-li za projevený hněv neustále a neadekvátně trestáno, dochází u něj k poruchám sebehodnocení a sebepojetí. Následně se pak můžeme stát svědkem toho, že jedinec se pokusí být stejně silný jako ti, co ho poškozují, a ztotožňuje se s agresivním jednáním.

Poruch chování je mnoho, do této kategorie patří například lži, krádeže, vandalismus, týrání zvířat, agresivní chování, zneužívání návykových látek, útěky z domova, vzdorovitost. Autorka práce se v následujících kapitolách věnuje patologickému chování, s kterým se nejčastěji setkává ve své praxi.

3.1 Útěky

Útěky můžeme rozdělit na dvě formy:

Útek jako zkratovitě jednání - důvodem k této formě útěku může být strach z trestu, zvláště fyzického, ale to nebývá rozhodujícím činitelem v motivaci k útěku. Častěji se jedná o útek před pocitem ponížení, zahanbení, které by dítě mohlo zažít při konfrontaci s rodiči. Dítě volí útek jako obranu před ohrožením vlastního „já“.

Další příčinou může být vzdor vůči rodičům, kdy se dítě domnívá, jak se rodičům pomstí tím, že se budou obávat o osud svého dítěte. Společným znakem těchto útěků je impulzivita a zkratovitě rozhodnutí, dítě v těchto případech neplánuje a nedomýšlí. Většinou se dítě pohybuje v blízkosti svého bydliště, hledá podporu u kamarádů, známých či příbuzných. Při impulzivním útěku se dítě většinou chce vrátit domů, ale obává se trestu nebo trestajícího. Často je takový útek reakcí na nezvládnutou situaci, např. špatná známka, ztráta drahé věci apod..

Útěky připravované a plánované - takové formy útěků jsou závažnější, dítě neutíká bez rozmyslu a ani bez cíle, dopředu tedy ví, kde bude hledat pomoc. Vybírá si osoby, u nichž očekává přijetí a pochopení. Většinou se jedná o útěky po rozvodu rodičů. Dítě často vyhledává druhého z rodičů s domněnkou, že by se u něj mělo lépe.

Další záměrem útěků může být hledání něčeho dobrodružného, většinou se jedná o útěk, kdy je dítě ve společnosti dalších jedinců, obvykle skupinku tvoří dvě až tři děti. Motivem bývá chuť po dobrodružství, zažít něco nového a mimořádného. Pro takové útky je typické jejich naplánování a příprava. Objevuje se nejčastěji u dětí s nařízenou ústavní péčí.

Motivy k útěkům z domova:

- školní problémy
- rodinné problémy
- týrání či zanedbávání (syndrom CAN)

Chronické útky – bývají taktéž plánované a připravované, často vyplývají z dlouhodobých problémů. Dítě má většinou určitou osobu nebo cíl, kam utíká a obvykle se nechce vrátit. Takové útky jsou častější u dětí z narušených a nefunkčních rodin, které neposkytují žádné podnětné zázemí, a dítě je v takové rodině využíváno či týráno. Děti, které pobývají v ústavních zařízeních (dětské domovy, diagnostické a výchovné ústavy), utíkají z důvodu pocitu omezení a nesvobody nebo se jedná o reakci na odtržení z prostředí, které dítě chápe jako zázemí, kam se touží vrátit.

Toulání - jedná se o dlouhodobé opuštění domova, které většinou navazuje na útěk. Jedinec bývá bez dostatečné citové vazby k lidem ve svém okolí. Rodinné zázemí je dysfunkční a dítěti na něm nezáleží nebo ho odmítá. U toulajících dětí je riziko vzniku dalších sociálně patologických jevů, jako je např. prostituce, zneužívání psychotropních látek, krádeže apod..

3.2 Záškoláctví

Záškoláctví je úmyslné zanedbávání školní docházky, žák se bez vědomí rodičů z vlastní vůle vyhýbá školnímu vyučování. Záškoláctví je vnímáno jako asociální porucha u dětí, o záškoláctví hovoříme tehdy, pokud nejsou zameškané hodiny řádně omloueny lékařem či rodičem. Takové chování můžeme pozorovat u dětí školně neúspěšných, nebo naopak u dětí nadprůměrně inteligentních, které se ve škole nudí. Často dítě uniká ze strachu ze spolužáků v případě šikanování, to může vyústit až ke **školní fobii**. Záškoláctví začíná již v prvních ročnících povinné školní docházky, postupně se absence prohlubují, výraznější výskyt můžeme pozorovat v období prepuberty a puberty, kdy se počet neomluvených a zameškaných hodin zvyšuje.

Pedagog má právo vyžadovat potvrzení od lékaře, a to v případech:

- pokud absence překročí souvislou dobu delší jak tři dny
- pokud je absence velmi častá a nasvědčuje úmyslnému zanedbávání školní docházky

Pravdivost omlouvané absence ověřuje třídní učitel, neomluvenou absenci do součtu 10 hodin řeší se zákonným zástupcem žáka třídní učitel, výchovný poradce, příp. vedení školy. Při počtu nad 10 neomluvených hodin svolává ředitel školy výchovnou komisi, na které jsou přítomni: ředitel, příp. zástupce školy, zákonný zástupce, třídní učitel, výchovný poradce a případně zástupce orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), příp. psycholog. Pokud absence přesáhne 25 hodin, ředitel školy je povinen zaslat oznámení o pokračujícím záškoláctví orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), jedná se o ohlašovací povinnost danou zákonem.

M. Vágnerová dělí záškoláctví na:

Impulsivní záškoláctví - dítě předem neplánuje, že nepůjde do školy, ale reaguje náhle, nepromyšleně nebo odejde v průběhu vyučování nebo se nechá ovlivnit jiným spolužákem či kamarádem. Někdy i impulzivně vzniklé záškoláctví trvá několik dnů,

než rodiče zjistí, že dítě nechodí do školy. Dítě pokračuje v chození za školu ze strachu z následků, protože neví, jak vzniklou situaci vyřešit.

Účelové, plánované záškoláctví - dítě předem plánuje odchod ze školy, vzdaluje se pod nejrůznějšími záminkami v době, kdy očekává zkoušení nebo kdy má mít neoblíbený předmět nebo neoblíbeného učitele. (Vágnerová M, 1988, s. 46–47)

Dělení odporu ke škole do tří skupin:

Vágnerová uvádí, že záškoláctví je projevem odporu dítěte ke škole. Jedná se o chování únikového typu a jeho cílem je vyhnout se nepříjemnostem, které dítě ve škole prožívá.

a) Špatné přizpůsobení školnímu režimu se projevuje u nezralého dítěte, které není schopné snášet omezení a podřídít svou činnost ostatním, nerespektuje autoritu.

b) Nechuť ke školní práci, která vyplývá z nízké úrovně rozumových schopností nebo jiných specifických poruch, jako je např. dyslexie nebo vada řeči.

c) Porucha mezilidských vztahů ve škole, kde jde buď o špatný vztah k učiteli, nebo nepřijetí dětským kolektivem, který může dítě zesměšňovat nebo týrat. (Vágnerová M., 1988, s. 47)

3.2.1 Pedagog a jeho vliv na záškoláctví žáka

Není žádoucí, aby pedagog chápal záškoláctví pouze jako jednání žáka, který mu ztěžuje jeho práci, ale jako určitou obrannou reakci dítěte, které není schopno a neumí řešit své problémy. Velmi významná a nedílnou součástí je spolupráce s rodinou, mnohokrát rodič narazí na to, že je informován o absenci svého dítěte až po několika dnech. Záškoláctví je asociálním chováním a je vždy odrazem aktuálního psychického stavu dítěte. Pokud je příčinou záškoláctví konflikt dítěte s rodiči, učiteli či spolužáky,

nebo pocit bezpráví, má učitel šanci zaujmout pozitivní roli a tyto příčiny se pokusit zmírňovat, popř. odstraňovat. Pro takové účely by měl být na každé škole výchovný poradce nebo psycholog. Avšak bohužel pro nedostatek financí si každá škola nemůže dovolit mít svého psychologa, a tak bývá jeden společný pro několik škol. Takové řešení není však dostatečné a tudíž ani efektivní. Další možností, jak pedagog může pomoci dítěti, je spolupráce s pedagogicko-psychologickými poradnami, sociálním odborem nebo dětským psychiatrem.

3.3 Agresivní a násilné chování

Slovo agrese pochází z latinského slova „*aggredi*“ = *zmocnit se, uchvátit*. Agrese je určitý projev chování člověka ve vyhrocených situacích. Jedná se o chování, kdy jedinec vědomě a se záměrem ubližuje, omezuje svobodu a poškozuje jiné osoby nebo věci. Agrese může být namířena i proti vlastní osobě, jedná se o sebepoškozování, sebetržnění, někdy takové jednání vyvrcholí až v sebevražedný čin.

Jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících pravděpodobnost násilného chování je prostředí, v němž dítě vyrůstá. Některé faktory ovlivňující sklon k násilí je tedy možno hledat v genetickém vybavení, v době vývoje před narozením a v raném dětství. Agresivní rodiče někdy mívají agresivní potomky – je to důvod k zamyšlení nad možnostmi mezigeneračního přenosu agresivního chování. Ale intenzita i forma agresivního chování jsou většinou osvojené v průběhu života a jsou tudíž ovlivnitelné výchovou a prostředím, ve kterém se dítě pohybuje. Právě výchova může eliminovat sklony k agresivitě a přeměnit ji v užitečnou energii, která může být využita například ke sportovní aktivitě. Sklony k agresivnímu chování můžeme pozorovat již ve věku tří let, kdy se po dítěti vyžaduje plnění požadavků ze strany dospělého a je omezováno v tělesné aktivitě. Pocit vzteku je běžný projev pro každého jedince, ale je důležité, aby se dítě naučilo své projevy vyjadřovat v souladu s normami a pravidly dané společnosti.

„Delikvence – pochází z latinského slova delinquere – chybovat, provinit se či páchat. Rozumíme tím takové chování, které odporuje sociálně přijatelným a uznávaným společenským normám příslušného státního útvaru a je považováno, ne-li přímo za nezákonné, tak alespoň za antisociální, sociálně patologické nebo nenormální. Za delikventy jsou pak považováni jedinci, jejichž chování odporuje institucionalizovaným očekáváním, což značí, že nedodržují takové normy, jaké představují zákony, předpisy, nařízení apod.“ (Kot’a, Jedlička, 1998, s. 64)

3.4 Vliv médií na chování dětí a mládež, mediální násilí

Agresivita je také důsledkem pozorování a zafixování negativních vzorců chování, jejich nápodoby a učení. V tomto směru mají v současné době jednoznačně nepříznivý vliv na zvyšování obecné úrovně agresivity v populaci média, která prezentují stále častěji a detailněji jak verbální, tak fyzické násilí. Tím se snižuje citlivost společnosti vůči agresivitě. Děti pak takové jednání snadno přebírají za své a vnímají ho jako normální, zvláště když se násilně až brutálně chovají i kladní hrdinové. Takzvané akční filmy pro dospělé, které adolescenti s oblibou sledují, jsou plné naprosto zbytečně agresivních scén, rozdíly mezi kladnými a zápornými hrdiny jsou někdy minimální, vítězí ten nejsilnější a nejagresivnější. Dítě získává dojem, že bez násilí není možné dosáhnout žádného cíle, jen velmi obtížně rozlišují mezi fikcí a realitou, scény z filmů a seriálů může považovat za věrohodné, reálné. Následně hrozí vznik situací, kdy dítě ztrácí kontrolu nad svými agresivními pudy a inklinuje k násilnému chování. Rodiče mohou předcházet takovému chování tím, že naučí dítě rozlišovat „dobré a špatné“ pořady, což je možné jedině tehdy, pokud budou společně s dítětem mluvit o tom, co se na obrazovce odehrává. Podobně negativní vliv na vývoj dětí mají i akční počítačové hry, v nichž je klíčem k úspěchu zabít co nejvíce nepřátel. Děti jsou velmi podnikavé v kopírování takových hrdinů a rodiče mnohdy ani netuší, čím se jejich potomci baví. Při konfrontaci s realitou jsou pak děti překvapeny, když se sami při nějaké riskantní činnosti zraní nebo si způsobí závažné poranění nebo ublíží někomu jinému. Novým fenoménem je přeposílání šokujících scén násilí stažených z internetu či přímo natočených ve školách.

3.5 Závadové party

Významným faktorem pro utváření osobnosti a chování dítěte je vliv vrstevnické skupiny a způsob trávení volného času. Každý člověk má potřebu někam patřit, mít své místo ve skupině vrstevníků, cítit jejich přijetí a sounáležitost. Dítě se rádo váže na autoritu a má tendenci ji napodobovat. Bohužel často vidáme, že dětem imponují osoby s fyzickou silou, s bezcitným a chladným charakterem, které se umí prosadit za každou cenu. V dnešní době stoupá potřeba být druhými přijímán a uznáván, proto mají jedinci potřebu inklinovat k závadovým skupinám vrstevníků, které vykazují prvky delikventního chování, do takové skupiny je poměrně snadné se dostat a být přijat. Některé „party“ vyžadují nevhodné chování jako vstupní rituál, např. krádeže, vandalství, požívání alkoholu či drog. Působení party může ovlivnit život jejich členů a rodinné vazby, zvláště u jedinců, u kterých není utvořena pevná vazba na členy rodiny a chybí potřebné zázemí. Právě na děti z dysfunkčních rodin má parta velký vliv, oproti dětem, které vyrůstají v rodině s pevně stanovenými pravidly a hranicemi. Dítě má ve skupině vrstevníků tendenci stoupat výš a přiblížit se co nejvíc vůdci skupiny a jeho členům. Pod takovým tlakem se stává zmanipulovatelným a je velice jednoduché jej přimět k trestné činnosti. Obětí takové manipulace se nejčastěji stávají děti mladší patnácti let a vůdce skupiny neboli manipulátor si je dobře vědom, že jeho oběť je trestně nepostižitelná. V závadových partách nemusí vždy docházet k trestné činnosti, může jít „pouze“ o nevhodné trávení volného času např. na diskotékách, skupinové popíjení alkoholu či návštěvy heren. Děti sdružené v partě často jednají tak, jak by bez skupiny nejednaly, zejména jedinci slabší, kteří se obávají odmítnutí a vyloučení ze skupiny.

3.6 Jiné závislosti na návykových látkách

Alkohol je nejrozšířenější a tolerovanou drogou u nás. Dítě se s ním může setkat již od útlého dětství. Rodiče mívají doma často zásoby alkoholu a děti jej tak mají k dispozici. Pokud se rodič staví k alkoholu jako k něčemu negativnímu a nepopíjí před dítětem, dítě tento postoj přejímá. Ženám závislým na alkoholu se rodí děti s fetálním

alkoholovým syndromem (FAS), takto postižený novorozenec se projevuje nižší porodní váhou, fyzickými deformacemi, sníženým IQ a mentálních schopností, vadami srdce, ledvin a plic.

„Zásadní rozdíl mezi alkoholismem dospělých a mladistvých spočívá v tom, že u dospívajících jedinců se závislost rozvíjí daleko rychleji, nezřídka již za tři roky.“
(Kořa, Jedlička, 1998, s. 121)

První zkušenost s alkoholem mívají děti nezřídka již ve 12 letech, jde převážně o chlapce. První příznaky po požití alkoholu jsou zarudlé oči, zhoršená motorika, ospalost, alkohol v dechu, špatná výslovnost, fyzická nebo slovní agrese. Opilost u dětí a mladistvých může nastat i po menší dávce alkoholu. Po požití alkoholu nastává ztráta zábran, schopnosti se bránit a v důsledku toho se zvyšuje riziko úrazů, násilné trestné činnosti či sexuálního zneužití. Mladiství někdy zkouší experimentovat s běžnými léky či psychofarmaky v kombinaci s alkoholem, v důsledku toho se mohou dostavit dramatické vedlejší účinky, které mohou končit až smrtí, pakliže nedojde ke včasnému zásahu lékařské péče.

3.7 Drogová závislost u dětí a mládeže

V období dospívání se dostane mladý člověk mnohokrát do nepříjemné životní situace či konfliktu. Takové potíže by se jedinec měl naučit řešit sice obtížnějším, ale produktivnějším způsobem než je požití psychotropních látek. Děti a dospívající, kteří jsou frustrováni, někdy zjišťují, že nepříjemné situace či pocity lze upravit účinkem takovýchto látek. Jsou to především děti a mladiství, kteří mají duševní poruchy či poruchy chování. Pravděpodobnost závislosti zvyšuje také malá schopnost zvládat stres, nízké sebevědomí a podprůměrná inteligence. Pro mnohé děti je velmi náročné odmítnout psychotropní látku, může to být z obavy z odmítnutí „party“ nebo např. neumí jedinec rozpoznat sociálně patologické jevy. Mezi ohroženou mládež nepatří jen děti z dysfunkčních rodin, ale i děti z rodin, které jsou naopak ve výchově velmi benevolentní, tyto rodiny jsou nazývány hyperprotektivní rodiny.

„Droga označuje látku s psychotropním účinkem, která je schopna vyvolat chorobnou závislost. Ovlivňuje duševní činnost člověka, a to jak jeho nálady, vnímání a chování, tak i pozitivní stavy vědomí. Zpočátku vyvolává příjemné efekty a nepříjemným účinkům se jedinec snaží vyhnout či je zmírnit. Ale změny chování se projevují stále výrazněji. Mohou se objevovat poruchy vědomí, stavy vnitřní nejistoty, paniky, zmatku, úzkosti a prohlubují se deprese.“ (Kořa, Jedlička, 1998, s. 130)

U jedince, který zneužívá psychotropní látky, můžeme pozorovat změny, které mohou přicházet náhle i pozvolna. Především můžeme vidět změny v chování, snižuje se zájem o koníčky a o okolní dění vůbec. Pokud v rodině fungovaly dobré vztahy, začínají se postupně rozpadat, dítě si je s rodiči vzdálenější, častější jsou změny nálad nebo podrážděnost. Děti začínají ztrácet dosavadní kamarády a nahrazují je pochybnými známými, snižuje se smysl pro zodpovědnost, odkládají povinnosti a přestávají chodit do školy, což má za následek zhoršení prospěchu. Dalším znakem je nápadná změna v oblékání a zhoršení hygienických návyků.

Pro život bez drog je významná dobře fungující rodina. Mezi rizikové faktory patří nedostatečné citové vazby, nejasná pravidla, závislost rodičů, nízký sociální status a jiné problémy v rodině. Pokud jsou tyto faktory v rodině odhaleny, je důležité posílit u takových jedinců prevenci sociálně patologických jevů.

3.8 Sebepoškozování

Sebepoškozováním obvykle trpí mladí lidé starší 11 let a vyskytuje se častěji u dívek. **Sebepoškozování** je termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebezraňováním bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, škrábance i vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo, špendlík apod. Další formou sebepoškození je popálení např. cigaretou nebo zapalovačem. Nejčastěji uváděným motivem bývá pocit vzteku na sebe samého, úleva od napětí, někdy též přání zemřít. V posledních letech vešla do povědomí veřejnosti módní vlna tzv. EMO (emotions), která se vyznačuje autoagresí a

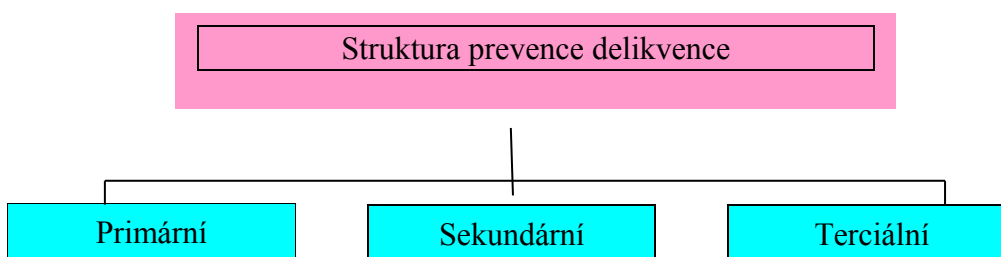
depresivními projevy. Sebepoškozování je považováno za jeden ze znaků narušené osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru.

Výzkumná část

4 Prevence delikvence dětí a mladistvých

Obecně lze konstatovat, že stěžejní význam prevence kriminality mládeže spočívá v tom, že jsou důsledně odstraňovány negativní výchovné faktory a vytvářeny optimální podmínky pro zdravý psychický a morální vývoj mládeže. Tato prevence má těžiště v rodině, škole a také v organizacích, které se zabývají trávením volného času mládeže. Dále je zapotřebí podchytit disociální a predelikventní chování v samých počátcích, aby se dále nerozvíjelo, zvýšit odolnost jedince proti zátěži a konfliktům, které podporují asociální sklony, a zvládnout resocializaci a reedukaci mladistvých, kteří se již dopustili trestné činnosti.

Zkvalitnění života rodin by mělo být prvním a dlouhodobým cílem prevence delikvence dětí a mládeže. Nejvhodnější se ukazuje pokusit se delikventní mládež zapojit do života společnosti prostřednictvím pozitivních vazeb, pozitivních příkladů a působení.



Primární prevence – obsahuje především opatření zaměřená zejména na nejširší veřejnost. Jedná se o opatření výchovná, vzdělávací, osvětová, určující způsob trávení volného času a poradenské aktivity. Zvláštní pozornost je věnována především pozitivnímu ovlivňování mládeže v oblasti využívání volného času. Primární prevence je především záležitostí rodiny, školy a obce.

Sekundární prevence – se zabývá především rizikovými jedinci a skupinami osob, u nichž je zvýšená pravděpodobnost, že se stanou pachateli nebo oběťmi trestné činnosti (specializovaná sociální péče). Zaměřena je především na sociálně patologické jevy, jakými jsou drogové a alkoholové závislosti, záškoláctví, vandalismus, povalečství a mezietnické konflikty.

Terciální prevence – působí při resocializaci kriminálně narušených osob, např. při organizování jejich pracovního zařazení. Hlavním cílem je resocializace jedince a rekonstrukce nefunkčního sociálního prostředí.

5 Střediska výchovné péče jako sekundární prevence sociálně patologických jevů

Střediska výchovné péče (SVP) jsou zařízení provozovaná státem spadající pod MŠMT. Poskytují preventivně výchovnou péči dětem a osobám od 3 do 26 let, u kterých se vyskytly projevy poruch chování nebo kde hrozí vznik takovýchto poruch. Služby jsou poskytovány dětem, rodinným příslušníkům, školám, orgánům pečujícím o děti a spolupracujícím institucím, ale vždy se souhlasem zákonných zástupců dětí. Služby v SVP jsou poskytovány klientům na základě dobrovolnosti.

Činnost středisek výchovné péče je legislativně upravena v zákoně 109/2002 Sb. ve znění pozdějších předpisů, zejména zákona 383/2005Sb. Tento zákon mění zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

V současné době je v České republice 41 Středisek výchovné péče, zřízovaných MŠMT, z toho jedno soukromé zařízení v Brně. Devatenáct z nich má jak ambulantní, tak internátní oddělení, pouze jedno zařízení - SVP Čakovická má celodenní oddělení, kde je péče poskytována od 7,30 do 17 hodin.

Jak již bylo zmíněno, nejčastějším typem péče v SVP je:

1. **Ambulantní**, kde se formou konzultací a poradenskou činností pracuje s dítětem i s celou rodinou. Pracovníci tohoto oddělení zvažují a navrhnou další postupy péče.
2. **Celodenní** péče - trvá zpravidla osm týdnů. Klient v programu celodenního oddělení si nadále plní povinnou školní docházku ve škole při SVP. V odpoledních hodinách je v péči vychovatelů, kteří zajišťují terapeuticko-výchovné programy, individuální práci s klientem a rodinné konzultace.
3. **Internátní** péče trvá taktéž zpravidla osm týdnů, jedná se ovšem o intenzivnější program. K takové péči se přistupuje ve chvíli, kdy rodinná situace je natolik vyhrocená, že v současné chvíli je setrvání v rodinném prostředí nevyhovující.

5.1 Ambulantní oddělení (AO)

Ambulantní oddělení je vstupní branou do systému SVP. Klienti se dostávají do péče pod různými tlaky a často ve velmi vyhrocených situacích. Od prvního kontaktu s rodinou klienta se snaží odborní pracovníci poskytovat profesionální služby tak, aby si získali důvěru a tím byla společná práce efektivní.

Ambulantní péče je určena pro:

- děti s výchovnými a výukovými problémy (záškoláctví, potulování, krádeže, agresivní chování, špatný prospěch)
- děti, které jsou oběťmi nebo agresory šikany
- děti a mladistvé, kteří užívají návykové látky
- děti, které mají špatné vztahy s vrstevníky
- děti, které si neví rady s volbou budoucího povolání
- rodiče, kteří potřebují pomoc v tíživých situacích při výchově svých dětí
- školy, které potřebují poradit ve výchovných problémech svých žáků

Ambulantní oddělení nabízí tyto služby:

- poradenskou a terapeutickou pomoc pro děti, mládež (od 3 let do ukončení soustavné přípravy na budoucí povolání maximálně však do 26 let) a jejich vychovatele (rodiče, pěstouni, prarodiče a jiní rodinní příslušníci)
- psychologickou a speciálně-pedagogickou diagnostiku
- konzultace pro odborníky pracující s dětmi a mládeží
- skupinové programy pro děti
- soudně nařízené programy pro děti a mládež
- skupinové programy pro rodiče
- konzultace pro odborníky pracující s dětmi a mládeží
- zprostředkovává zařazení klienta do dvouměsíčního programu celodenního oddělení a internátního oddělení
- zajišťuje následnou roční péči po ukončení celodenního nebo internátního programu
- EEG Biofeedback

Ambulantní oddělení úzce spolupracuje s dalšími institucemi jako jsou:

- soudy
- školská zařízení
- OSPOD – odbor sociálně-právní ochrany dětí
- zdravotnická zařízení
- neziskové organizace, které se zabývají péčí o ohroženou mládež
- probační a mediační služba
- pedagogicko-psychologické poradny
- dětská a dorostová detoxikační centra

Charakteristika klientely ambulantního oddělení SVP Klíčov za školní rok 2007/2008, 2008/09 a 2009/10

	2007/08	2008/09	2009/10
Chlapec	135	127	172
Dívka	41	44	53

Věk klientů 2007/08 2008/09 2009/10

Do 15 let	106	91	140
15 – 18 let	69	75	81
18 a více	1	5	4

Charakter rodiny 2007/08 2008/09 2009/10

Úplná rodina	34	28	55
Neúplná rodina	142	143	170

Důvody přijetí 2007/08 2008/09 2009/10

Rodinné důvody	46	38	95
Školní problémy	97	102	86
Experimenty s drogou	16	14	15
Patologické hraní	0	2	15
Osobnostní a psychické	5	7	8
Asociální a antisociální činnost	12	8	20

Z výše zmíněné statistiky vyplývá, že klienty střediska výchovné péče jsou převážně chlapci ve věku do patnácti let, kteří plní povinnou školní docházku. S ústupem puberty se zklidňuje i jejich problematické chování. Pokud nadále přetrvává, jedná se hlavně o zneužívání psychotropních látek a na ně se navazující další sociálně patologické jevy jako jsou krádeže, lhaní, záškoláctví, vandalství. Dále z tabulky vyplývá, že problémové chování se vyskytuje častěji v neúplných rodinách. Pokud se

rodič obrací na odborníky s tím, že má dítě problematické chování pouze ve školním prostředí, je velmi pravděpodobné, že i rodinné prostředí bude určitým způsobem narušené, neboť dítě si své obtíže přenáší z rodinného prostředí do školního a naopak.

5.1.1 Spolupráce rodiny s ambulantním oddělením (AO)

Spolupráce s rodinou začíná prvním telefonickým kontaktem, kdy rodiče sdělí ambulantnímu pracovníkovi hlavní problém, základní údaje a následně je jim přidělen termín vstupní konzultace. Nejčastěji se klienti dostávají do péče ambulance na doporučení OSPOD, školy nebo jiné instituce (soudy, PPP, občanská sdružení). Ukazuje se jako velmi významné, aby se rodina objednala na vstupní konzultaci sama. Od prvopočátku spolupráce je důležité přenechávat odpovědnost za dítě na rodičích.

Na vstupní konzultaci je přítomný klient, rodina a terapeut, který zjišťuje základní anamnézu a rozkrývá problém. Často se stává, že pod aktuálním problémem, kterým je např. záškoláctví, krádeže, lhaní či zhoršení sociálních vztahů, se skrývá něco závažnějšího, např. problémy s drogou, zneužívání či jiné potlačované trauma. Cílem konzultací je sestavení dohody mezi rodinou a ambulancí, rozkrytí situace, pojmenování problému a nakonec sestavení vhodného plánu spolupráce. Rodiče klienta jsou seznámeni s dokumentem *Souhlas pro práci s daty*, který musí podepsat.

Garant každého ambulantního klienta vypracovává IVP – *individuální výchovný plán*, který upřesňuje náplň a cíle péče. Je důležité, aby si rodina uvědomila, že jakékoliv chování spadající do oblasti sociálně patologických jevů se netýká pouze nápravy dítěte, ale nápravy celého rodinného systému.

Během práce s rodinou je důležité mapovat, jakou pozici jednotliví členové rodiny zaujímají, kdo s kým drží koalici a za jakým účelem. Znat pravidla rodinného systému, hodnoty a postoje, které rodina zastává. Rodina je zásadním zdrojem důležitých informací pro práci s mladistvým klientem.

Rodiče se učí dovednostem, jak přizpůsobovat svá očekávání k realitě, jak posilovat sebevědomí dítěte, jak mu organizovat volný čas, vytváření vhodných

rodinných pravidel, aby dítě mohlo předvídat, jaké důsledky bude mít jejich porušování a nepřijatelné chování, v případě potřeby jak vyhledat vhodnou pomoc. Cílem rodinných konzultací je dosáhnout přijatelné dohody týkající se vzájemného soužití rodičů, jiných rodinných příslušníků a dětí.

Péče o klienta na tomto oddělení je často dlouhodobá, trvá zpravidla 1 rok, v některých případech i několik let. Výhodou péče je propojenost jednotlivých oddělení SVP (ambulantní oddělení, celodenní oddělení a internátní oddělení) a po pobytu na internátním nebo celodenním oddělení následuje vždy post-pobyťová péče formou individuálních a rodinných konzultací. Je škoda, že ne vždy všichni klienti a rodiče se rozhodnou tuto možnost využít. Mají pocit, že jejich děti po ukončení CO nebo IO jsou jako vyměněné, plně odhodláni dodržovat pravidla a dokáží svá nová přesvědčení plnit. Úkolem ambulance je rodiče připravit na možné zhoršení v řádu týdnů, aby nepodlehli bezmoci nebo tlaku ze strany dítěte. Pak se situace postupně stabilizuje a zlepšuje.

5.2 Celodenní oddělení (CO) SVP Klíčov

Celodenní oddělení je zařízení poskytující specifickou, odbornou a terapeutickou péči klientům a jejich rodinám. Důraz je kladen na problematické chování ve školním a rodinném prostředí. Pobyt na celodenním oddělení trvá zpravidla osm týdnů, pokud je to zapotřebí, je možno pobyt prodloužit až na dvojnásobnou dobu. O nástupu do programu rozhoduje ambulantní oddělení, a to v případě, že se ambulantní péče jeví jako nedostačující a nedochází k pozitivním změnám. Péče je poskytována na základě žádosti osob odpovědných za výchovu nezletilého dítěte. Před nástupem do programu Celodenního oddělení proběhne několik rodinných konzultací na ambulantním oddělení.

Klienty jsou zpravidla děti, které plní povinnou školní docházku, nejčastěji 5. – 9. ročník ZŠ. Pokud to umožňuje dynamika skupiny, je možno přijmout i mladší klienty. Kapacita oddělení je deset klientů. Program CO začíná sepsáním *„dohody o umístění dítěte do programu celodenního oddělení“*. V této smlouvě je rodič a klient seznámen s chodem oddělení, s jasnými pravidly, s právy a povinnostmi obou stran.

Rodiče podepisují souhlas s testováním na přítomnost psychotropních látek v moči, dále souhlas k předávání informací spolupracujícím institucím (OSPOD, škola, PPP). Vzhledem k tomu, že rodiny často pocházejí ze sociálně slabého prostředí, je velkou výhodou programu CO, že služba je bezplatná a rodiče hradí pouze obědy.

Cíle programu celodenního oddělení:

Výchovné

- rozvíjení sociálních dovedností, a to zejména kooperace ve skupině, respektování autorit a společenských norem a pravidel
- změna postojů vůči školním povinnostem, respektování autority učitele, zlepšení školní docházky
- rozvíjení zájmových činností a podpora při hledání volnočasových aktivit

Diagnostické

- objasnění příčin problematického chování
- pozorování vyhodnocených poruch chování
- doporučení do odborného pracoviště specializujícího se na poruchy učení a chování, nejčastěji se jedná o PPP a zdravotnická zařízení (dětský psychiatr, psycholog)

Motivační

- poskytnutí poradenství a motivace pro rodinu k návazné roční spolupráci v ambulantním oddělení, zprostředkování spolupráce s jinými odbornými pracovišti a institucemi
- příprava klienta na návrat do školního prostředí a jeho motivování k plnění školní docházky

- pomoc rodičům a ostatním členům rodiny při orientaci v potřebách a obtížích jejich dětí

Problematika, s kterou klienti nejčastěji nastupují do programu Celodenního oddělení

Ve školním prostředí se nejčastěji jedná o :

- nerespektování autorit
- nepozornost při vyučování
- neplnění školních povinností
- záškoláctví
- krádeže
- styk se zavadovou partou
- iniciativa šikany
- užívání psychotropních látek (nejčastěji marihuana)

V domácím prostředí se nejčastěji jedná o :

- narušené rodinné prostředí
- nerespektování rodičovské autority
- málo podnětné prostředí pro dobrý vývoj dítěte
- časté konflikty mezi jednotlivými členy rodiny
- lhaní, krádeže
- útěky z domova, pozdní příchody

5.2.1 Práce s klientem v programu celodenního oddělení (CO)

Po dobu celodenní péče CO má každý klient svého garanta, který se stará o rodinu i klienta. Tým je tvořen odbornými vychovateli a speciálními pedagogy. Pokud pobyt probíhá bez závažnějších komplikací, pravidelné rodinné konzultace se konají zpravidla jednou za čtrnáct dní. S klientem má jeho garant neformální individuální pohovory, z kterých se pracovníci snaží objasnit příčiny problémů, důsledky nevhodného chování a směřovat dítě k jiným modelům chování, než které jsou pro něj zaběhnuté. Spoustu obtíží, v kterých se dítě nachází, není jen problém dítěte nebo jednoho člena rodiny, ale většinou je postižena celá rodina. Pro celodenní oddělení je velmi významné to, že pracovníci mohou pracovat s klientem každý den, což vede k prohlubování vztahu mezi dítětem a jeho garantem. Dítě se postupně navazuje a učí se svěřovat se svými problémy a s podporou hledat co nejoptimálnější cestu k řešení. Není ojedinělé, že dítě se dostává do programu s poruchou, která je označovaná za sociálně patologický jev, např. krádeže, lhaní, záškoláctví, nerespektování autorit, ovšem pod tímto problémem se skrývá hlubší a závažnější problém. Pro zlepšení vzájemného soužití rodiny a dítěte je důležité, aby rodina byla ochotna spolupracovat, respektive pracovat i na sobě a měnit své vzorce chování. Snaha měnit své dosavadní postoje může být v některých případech náročná, rodinná atmosféra je mnohdy napjatá a rodiče mají pocit tlaku ze strany instituce, častým důvodem je pracovní vyčerpání nebo neochota spolupracovat. Rodiče se učí dovednostem, jakým způsobem posilovat sebevědomí jejich dítěte, jaká mohou mít reálná očekávání, učí se trávit se svým dítětem volný čas a změně vžitých komunikačních vzorců. Pracovníci se snaží směřovat rodiče k zodpovědnosti za výchovu a k uvědomění si svých nástrojů ke zlepšení dané situace. Důležitou součástí programu je vytváření vhodných rodinných pravidel z kterých by dítě mohlo předvídat, jaké důsledky bude mít v případě jejich porušování.

Před nástupem klienta mají pracovníci SVP kontakt s kmenovou školou, do které dítě dochází, a snaží se zmapovat vztah mezi školou, klientem a jeho rodinou. Při nástupu speciální pedagog školy při SVP zasílá kmenové škole *omluvenku*, informuje o nástupu klienta do programu a žádá o tzv. *Individuální vzdělávací plán*, podle kterého bude žák v zařízení vzděláván. Tento plán obsahuje konkrétní úlohy na celou dobu

pobytu. U žáků, u nichž byly zjištěny prvky specifických poruch učení, které nebyly dříve diagnostikovány nebo informace nejsou totožné s výsledkem vyšetření z předchozích let, pedagogové zjištěná fakta konzultují s rodiči a s PPP. I přesto, že v SVP pracují speciální pedagogové a psychologové, nemají oprávnění dítě diagnostikovat a vydávat na základě vyšetření diagnostické osvědčení. Na základě výsledků z PPP a celkového projevu dítěte se snaží pracovníci SVP najít to nejvhodnější vzdělávání. Ve výuce je kladen velký důraz na individuální práci se žáky, výuky se účastní i vychovatel, který pomáhá žákům s individuálními potřebami, řeší konfliktní situace mezi klienty, usměrňuje je a udržuje kázeň. Vzhledem k malému počtu žáků ve třídě má pedagog možnost se zaměřit na možné důvody školní neúspěšnosti a na problematické chování ve školním prostředí. Rodiče jsou denně informováni prostřednictvím notýsku (obdoba žákovské knížky) nejen o klasifikaci svých dětí, ale i o výsledcích práce a chování v každé vyučovací hodině. Děti nejsou hodnoceny klasickým pětistupňovým systémem, ale je kladen důraz na přípravu a chování v hodinách. Hlavním účelem tohoto hodnocení je motivovat klienty ke školní přípravě a dosažení pocitu úspěchu. Rodiče jsou s tímto klasifikačním systémem seznámeni na vstupní konzultaci. Úkolem rodiče je denně notýsek podepisovat a tím prokazovat, že se informovali o výsledcích svého dítěte. Hlavním cílem vyučování je naučit klienty plnit své školní povinnosti, dodržovat pravidla při vyučování a respektovat učitele jako autoritu.

Po ukončení programu celodenního oddělení škola při SVP i garant klienta vypracovávají výstupní zprávu, ve které je zhodnocen celkový průběh edukace a doporučeny přístupy a popřípadě další postupy v práci se žákem. Zpráva za školu je odeslána kmenové škole a průběh celodenní péče se dostává do rukou pracovníkům OSPOD, ambulantnímu oddělení SVP a zákonným zástupcům.

Nedílnou součástí programu CO jsou odpolední programy, které jsou přizpůsobeny dynamice skupiny. V těchto programech se klienti učí kooperaci, překonávat problémy a náročné situace, respektovat autority. Jedná se především o skupiny sociálního učení, sportovní aktivity, výtvarně tvořivé činnosti, kulturně-vzdělávací programy a pracovní činnosti.

Skupina sociálního učení

Cílem skupinového programu je:

- sebezpoznání
- budování sebedůvěry
- nácvik sociálních interakcí
- náhled na své místo v rodině a ve skupině vrstevníků
- funkční řešení problémových a konfliktních situací
- získávání a poskytování zpětných vazeb
- přijetí vlastní jedinečnosti a respektování druhých
- schopnost vyjadřovat své pocity
- podpora spolupráce ve skupině

Výtvarně tvořivé činnosti

V tomto programu je nejvíce zastoupena keramika, při které se klienti uvolní, usměrní svou energii a využijí svou výtvarnou seberealizaci k sebezpoznání. Keramika je doplněna dalšími výtvarnými technikami. Některé z dětí čas na výtvarně tvořivé činnosti využívá ke zdokonalování se v dnes tak moderním graffiti.

Kulturní a vzdělávací činnost

Vychovatelé společně s dětmi navštěvují kulturní akce jako jsou muzea, výstavy, kino a pořádají výlety na hrady a zámky. Aktuálně se snaží s dětmi docházet do nízkoprahových klubů. Hlavním cílem těchto návštěv je naučit děti samostatně docházet do těchto zařízení, kde by mohly smysluplně trávit volný čas. Děti s poruchami chování a ze sociálně slabých rodin nemají zájem docházet do zájmových kroužků nebo jsou pro ně finančně náročné, tudíž je potřeba společně s rodiči hledat jiné varianty, jako jsou například občanská sdružení, která pracují s ohroženou mládeží a nevyžadují finanční příspěvky.

Ergoterapeutická činnost

Je zaměřena především na udržování pořádku na oddělení, práci na zahradě a na samoobslužné činnosti. Děti se pod dohledem odborného vychovatele snaží získávat pracovní návyky a dovednosti, které jsou nezbytné pro chod domácnosti.

5.3 Internátní oddělení (IO) SVP Klíčov

Bylo zřízeno v roce 2004 a sloužilo jako preventivně výchovné oddělení pro děti a mládež ohroženou drogami. V současné době se zaměřuje převážně na mládež se závažnějšími výchovnými problémy, která se nachází v obtížných životních situacích. Výchovná péče o klienta je zintenzivněna pobytovou formou, ale jinak se zakládá v podstatě na stejných pravidlech jako CO SVP Klíčov. Zařízení je pro dívky a chlapce ve věku od 10 let, kteří plní povinnou školní docházku a jejichž rodiče souhlasili se zařazením do internátní péče, která je na bázi dobrovolnosti. Klienti jsou přijímáni na základě doporučení AO SVP Klíčov. Kapacita oddělení je osm klientů.

Cílem internátního oddělení je výchovně působit na dítě ve spolupráci s rodinou a školou. Dalším cílem programu je zabránit vzniku a rozvoji nežádoucího rizikového chování a minimalizovat následky dosavadních nevhodných návyků. Klienti IO mají výchovné problémy ve školním prostředí, kde se jedná o jejich začlenění do kolektivu vrstevníků, problémy s autoritou učitele, záškoláctvím, agresivitou, šikanou, vyrušováním či negativním přístupem ke školním povinnostem. V domácím prostředí jsou problémem respektování autority rodičů, útěky z domova, závadové vrstevnické party nebo zneužívání psychotropních látek.

Dětem je formou internátního programu nabízena preventivně výchovná a vzdělávací péče, v jejímž průběhu se prolínají pedagogické, sportovně zátěžové a relaxační programy s různými formami psychoterapie.

Před nástupem do programu je dítě na AO testované na přítomnost psychotropních látek, a pokud je výsledek pozitivní, následuje několikadenní umístění na Dětském detoxikačním centru, kde lékaři zhodnotí, zda se jedná o rozvinutou závislost nebo o experimentování s drogou. Po absolvování detoxikačního programu může dítě nastoupit na dvouměsíční pobyt v internátním oddělení.

Dvouměsíční pobyt klienta je rozdělen do tří různě dlouhých období, v nichž si klient plní své úkoly, které jsou nedílnou součástí k přestupu do další etapy.

Adaptační týden, ve kterém se klient seznamuje s novým prostředím. Pro přestup do další etapy má za úkol vypracovat životopis, absolvovat životopisnou skupinu, vyplnit dotazník, který je zaměřen na zmapování současného života klienta. Dále vypracovává tzv. *Smlouvu o pobytu*, ve které uvádí, co by si přál ve svém životě a na sobě změnit. Pokud klient splní podmínky, může žádat o přestup do první etapy.

V **první etapě** může dítě telefonovat s rodinnými příslušníky a navštěvovat je. V této etapě má klient absolvovat tématickou skupinu, připravit pro ostatní klienty sobotní program a zpracovat přestupové otázky.

Závěrečnou **druhou etapou** klient ukončuje svůj dvouměsíční pobyt, v této fázi si trénuje víkendy v domácím prostředí a zkouší v praxi nově nabyté dovednosti.

V průběhu internátního programu, stejně tak jako na CO, probíhají rodinné konzultace, na kterých se rodiče učí dovednostem, jak posilovat sebevědomí dítěte, jak s dítětem komunikovat, jak přizpůsobit svá očekávání a kde hledat pomoc v případě potřeby.

6 Kazuistiky

6.1 Petr (13 let)

Petr pocházel z rozvedené rodiny jako jediné dítě. Těhotenství matky bylo bez problémů. Rodiče se rozvedli, když bylo Petrovi deset let, důvodem byly časté hádky a žárlivost manžela, v této době se začaly také objevovat první výchovné problémy. Petr je od rozvodu rodičů v péči matky, s otcem se stýká pravidelně a tráví u něj víkendy. Otec žije v novém manželském svazku. Petr docházel do AO SVP Klíčov přibližně rok, než nastoupil do celodenního programu. Iniciátorem kontaktu byla matka na doporučení kurátora pro mládež a psychologa.

Hlavním důvodem zařazení do programu CO byly potíže ve škole, Petr měl fyzické potyčky se spolužáky, zhoršila se připravenost na školní vyučování, zapomínal pomůcky, nepsal domácí úkoly a nerespektoval vyučující, byl také vyšetřován PČR za sprejování nemocniční budovy a krádež bot. Kmenová škola chtěla zprvu umístit Petra do internátního programu, ale psycholog z SVP, nechal rozhodnutí na matce, která se rozhodla pro celodenní program.

Petr se rychle adaptoval na podmínky a pravidla CO, nebyl problém v plnění povinností, k výchovným pracovníkům se choval slušně. Petrovi vyhovoval systém, kde fungují jasná a stručná pravidla. Pracovníkům CO se osvědčil milý, laskavý, ale důsledný přístup.

Po první konzultaci se začaly rozkrývat problémy v rodině a ve výchově, které mohou být příčinou Petrova selhávání. Matka si stěžovala na komunikaci s Petrovým otcem jako problematickou, viděla nejednotnost ve výchově, dle jejích slov si s Petrem otec nehraje a nevěnuje se mu. Bylo znát, když Petr přišel z víkendu od otce, hovořil často o penězích a o movitých věcech. Na otázky, co dělal o víkendu, odpovídal pravidelně, že venčil psy, sekal zahradu a šel s otcem a jeho manželkou na pizzu. Dle slov Petra se současnou ženou jeho otce vychází dobře. U matky byla finanční situace komplikovanější, živila se jako čalounice a její výdělek vystačil na zaplacení

nejdůležitějších nákladů na ubytování a stravu. Matka si stěžovala, že otec neplatí včas výživné a veškeré finance spojené s Petrem jsou na ní. Matka měla nového partnera, který však nežil s nimi ve společné domácnosti a Petr o něm nehovořil. Matka působila na okolí křehce a zranitelně. Pracovníci CO chtěli, aby na konzultace docházel i otec, což matka po čase zavrhla. Matka se domnívala, že otec na konzultace nebude docházet. Zároveň nechtěla být s Petrovým otcem v jedné místnosti, hovořila o tom, že jí vyhrožuje, v manželství ji fyzicky napadal a dělal jí „naschvály“. Po vysvětlení, proč je potřeba, aby se rodinných konzultací účastnil i otec, matka souhlasila. Otce svého syna oslovovala pan Novák a to i před Petrem.

Na dalším setkání byla přítomna matka, otec a pracovníci CO. Rodiče seděli od sebe, nekomunikovali spolu, působili naštvaně. Pracovníci se snažili hovor vést k problémům, které se týkají Petra, zaměřili se na jednotnost výchovy, volnočasové aktivity a režim dne. Po chvíli se rozhovor dostal do stádia, kdy se rodiče začali obviňovat a vyčítat si, co kdo dělá špatně. Pracovníci se snažili rozhovor vracet k Petrovi, ale bohužel se nedařilo mluvit s rodiči o jejich synovi, neustále se vraceli ke svým konfliktům a výčítkám. Odborní poradci usoudili, že výchovné problémy, které Petr má, vyplývají hlavně z konfliktů a nevyřešených záležitostí mezi jeho rodiči. Dále došli k závěru, že v první chvíli je potřeba, aby rodiče začali pracovat na komunikaci mezi sebou, což se jevilo jako neprůchodné. O této skutečnosti byla informovaná pracovnice OSPOD, která měla rodinu v péči. Již několikrát se snažila rodinu přimět k řešení komunikačních bariér. Následně se rozhodla využít probační a mediační služby, která mohla být nařízena soudně a rodiče by tak byli povinni docházet do tohoto programu. Rodiče se účastnili těchto sezení dvakrát. Na konzultace do celodenního oddělení docházeli již každý zvlášť. Neustále bylo s rodiči rozebíráno, že pokud nezačnou pracovat na vzájemné komunikaci a nesjednotí výchovu, Petrovy potíže budou přetrvávat.

Na Petrovi bylo vidět, že má problém v kolektivu vrstevníků, těžko hledal své postavení a pozici. Snažil se zaujmout, ale nevěděl, jakým způsobem to má dělat, aby ho kolektiv přijal mezi sebe. Od ostatních klientů dostával občas negativní zpětnou vazbu (ostatními byl vnímán jako rozmazlený, sobecký, lakomý). Postupem doby a pod

vlivem skupiny docházelo k postupnému zlepšení, začal nacházet své místo a postavení v kolektivu, tím se cítil být jistější a ztrácel potřebu na sebe upozorňovat neadekvátním způsobem. Petr působil na první pohled jako sebevědomý chlapec, hrál závodně fotbal, hezky se oblékal a bylo vidět, že mu záleží na vzhledu. Na druhou stranu oproti svým vrstevníkům působil mladším dojmem, přibližně na jedenáct let, a to hlavně svým vzrůstem, což mohl být také jeden z důvodů jeho problematického chování.

Petr ukončil program CO a odcházel do následné péče AO, kde měla rodina nadále pokračovat ve sjednocení výchovných postupů a působení na Petra. Pracovníci CO dále doporučili zařadit chlapce do vrstevnické skupiny, která byla pod vedením AO.

6.2 Standa (12 let)

Standa se narodil jako první dítě. Těhotenství probíhalo bez rizika, porod proběhl bez problémů. Chlapec byl v péči psychiatra pro ADHD a medikován lékem Risperdal 0 – 0 – 2, v minulosti byl hospitalizován na dětské psychiatrii. Standa vyrůstal společně se svou matkou, která v té době pracovala na poště, a s jejím přítelem, kterého oslovoval „tati“. K matčinému partnerovi měl Standa hezký vztah, rozuměli si spolu, vnímal ho jako kamaráda, který je na něj hodný a kupuje mu dárky. I když ve společné domácnosti přítel matky žil od Standových tří let, výchovné působení spočívalo jen na matce.

Se svým biologickým otcem se Stanislav stýkal nepravidelně, přestože otec bydlel několik minut cesty od jejich bydliště. Biologický otec měl novou rodinu, z které má Standa nevlastního bratra cca 2 roky starého.

Ekonomická situace rodiny se dala hodnotit jako dobrá. Standa docházel do programu včas, čistě oblečen a vždy měl s sebou svačinu.

Důvodem zařazení do celodenního programu byly problémy doma a ve školním prostředí. Standa nerespektoval matku, zneužíval volnosti, doma neměl žádné povinnosti. Ve škole se projevoval drze, odmlouval, narušoval průběh školního vyučování, v hodinách nepracoval. Standa byl žákem šestého ročníku, navštěvoval sportovní třídu, z které byl vyloučen pro své chování a přeřazen do běžné třídy. Jeho prospěch byl průměrný, z chování měl dvojku.

Na podmínky CO se adaptoval poměrně rychle. Do školy chodil včas a nosil s sebou pomůcky na školní vyučování. V hodinách pracoval samostatně, ale zároveň byl rád, když se mu někdo věnoval. Standa měl problém s udržením pozornosti, pokud se mu vyučující dostatečně nevěnoval nebo měl pocit, že větší pozornost je věnována jinému žákovi, vyžadoval přízeň a pozornost, někdy i neadekvátním způsobem, např. vykřikováním či pošťuchováním ostatních žáků.

V kolektivu se snažil prosazovat, ale s ohledem na svůj věk byl ostatními klienty vnímán jako nevyzrálé dítě, hrál spíše okrajové role, někdy se snažil pobavit ostatní svým „šaškováním“. Bylo na něm vidět, že je rád v přítomnosti dospělých. Na rodinných konzultacích pracovníci CO mapovali rodinou situaci a postupně docházeli k závěrům, že se Standa svým zlobením snaží přimět matku, aby se mu více věnovala, byl rád za každou, byť i negativní pozornost. Standa byl dítě, u kterého ještě nenastoupila puberta a matka tak měla poslední příležitost se svým synem trávit čas, po kterém tolik toužil. Standa toto přání i několikrát vyřknul, chtěl jezdit na výlety, chodit do bazénu, trávit společně víkendy. Matka i její přítel byli dlouho v práci a chlapec svůj volný čas trávil venku se závadovou partou nebo doma, kde jej hlídala babička. Matka sdělila, že své dětství trávila také „sama“ a musela se zabavit, se svojí matkou měla chladný vztah, který se zlepšil až v dospělosti.

Matce bylo několikrát doporučeno, aby Standovi našla nějakou volnočasovou aktivitu, která by mu vyplnila čas, než se rodiče vrátí ze zaměstnání a tím se eliminoval kontakt se závadovou partou. Standa projevil zájem o kroužek ping-pongu, fotbalu nebo florbalu. V průběhu programu CO se začal Standa měnit. Střídal své nálady, byl nesoustředěný, roztěkaný, někdy i výbušný. Podařilo se zjistit příčinu, Standa si sám vysadil medikaci, aniž by matku informoval. Matka začala léky podávat sama a situace se stabilizovala a Standa začal fungovat jako před vzniklou situací. Po několika konzultacích, na kterých matka uznávala, že se svému synovi málo věnuje, se snažila svůj čas rozdělit mezi svého syna i partnera. Standa s matkou a jejím přítelem začal trávit některé víkendy společně, vždy o těchto chvílích hovořil s velkým nadšením a sám plánoval, kam by mohli jet příště.

Standa se jevil jako milý chlapec, který vyžadoval pozornost a byl rád ve společnosti dospělých. Pokud získá jejich důvěru, velmi rychle se naváže a snaží se plnit své povinnosti a požadavky dospělých. Standa potřeboval dostávat často zpětnou vazbu a neustále motivovat, toužil po úspěchu a uznání, a pokud se mu tyto základní potřeby dostávaly, byl schopen normálně fungovat. Matka společně se synem vytvořila tabulku povinností, které měl doma plnit (pomoc v domácnosti, příprava na školní vyučování, hygiena, pravidelný režim dne apod.) Zavedením stanovených pravidel

povinností se situace doma stabilizovala. Standa si sám stanovil systém odměn a trestů, výši kapesného, které se mělo odvíjet od plnění stanovených povinností. Zároveň se pracovníkům CO a matce podařilo začlenit přítele matky do výchovného působení na Standu.

Chlapec řádně ukončil program CO SVP Klíčov, matce bylo doporučeno nadále spolupracovat s AO, kde měla probíhat podpora společné činnosti rodiny.

Standovo chování se časem zlepšovalo, ze školy již nechodilo tolik stížností. Určitý vliv na Standovo chování má i ADHD, kde se vyskytuje zvýšená impulzivita. Ze Standovy kazuistiky je vidět, že hlavním faktorem jeho problémů byla touha po úspěchu, uznání a potřeba být se svou rodinou.

6.3 Markéta (14 let)

Dívka se narodila v manželském svazku jako první dítě. Těhotenství matky bylo rizikové. Markéta byla z dvojčat, druhé dvojče po porodu zemřelo na srdeční vadu.

Soužití rodičů bylo hodně problematické, hlavním důvodem byl alkoholismus a agresivita otce. Když byl Markétě jeden rok, přišla rodina o bydlení. V té době nebyla matka schopna zajistit dobrou péči o dítě. Matka se s dcerou začala zdržovat po náhodných známých. Když byly Markétě dva roky, bylo rozhodnuto obvodním úřadem o předběžném opatření o umístění Markéty do kojeneckého ústavu. Při přijetí měla dívka na těle hematomy, svrab a byla celkově psychomotricky opožděná. O půl roku později byla nařízena ústavní výchova a dítě umístěno do dětského domova.

Následující rok se matka přestěhovala k novému partnerovi, který jevil o Markétu velký zájem. Matka si podala návrh o zrušení ústavní výchovy, soud této žádosti vyhověl a dítě bylo svěřeno do péče matky. Vlastní otec nejevil o dceru zájem. Když byly Markétě čtyři roky, narodil se bratr Václav, který trpěl mentální retardací a vyžadoval mimořádnou péči.

Do konce prvního stupně základní školy se neobjevovaly žádné další potíže, Markéta navštěvovala speciální školu pro děti s poruchami řeči, ale tato škola zajišťovala pouze první stupeň a Markéta v šesté třídě přešla do speciální základní školy pro děti s poruchami chování.

Následující rok se začínaly objevovat výchovné potíže typu vulgárního chování, krádeží peněz, potulování, kouření a útěků z domova. Matka se v té době obracela na několik institucí, nakonec jí byl doporučen dvouměsíční dobrovolný pobyt v dětském diagnostickém ústavu (DDÚ). Začlenění do kolektivu v DDÚ bylo problematické, přízeň si Markéta snažila kupovat sladkostmi a různými dárky. Její úporná snaha o začlenění byla však spíše kontraproduktivní, zdržovala se raději v přítomnosti

dospělých. Markéta neměla upevněné hygienické a pracovní návyky, po pobytu v DDÚ se situace v rodině zklidnila a matka byla s chováním Markéty spokojena.

Rok po absolvování pobytu v DDÚ se znovu objevily výchovné problémy. Rodina začala spolupracovat s SVP Klíčov, kam docházela do ambulance. Po několika sezeních se jevila jako nejvhodnější preventivně výchovná péče v programu celodenního oddělení (CO).

Markéta působila spíše uzavřeně a s nižším sebevědomím. Matka na rodinných konzultacích často mluvila za Markétu, stěžovala si na vulgární chování, nerespektování, fyzické napadání bratra, krádeže peněz a věcí jak doma, tak ve škole. Pracovníci CO se snažili matku vést k tomu, aby uměla svou dceru pochválit, což byl pro ní těžký úkol.

Mezi koníčky Markéty patřily návštěvy hradů a zámků a chození s kamarádkami ven. Markéta trpěla poruchou pozornosti (ADD), vývojovou vadou řeči, která byla z velké části kompenzována.

Do celodenní péče se Markéta zapojila dobře, řád ani režim jí nečinily výrazné potíže. Pokyny pedagogických pracovníků se vždy snažila plnit, byla ochotná a ráda nabízela pomoc. Při plnění zadaných úkolů byla velmi pečlivá a velice dobře reagovala na pochvalu. V odpoledních programech byla vždy aktivní, problematické se však od počátku ukázalo Markétino začlenění do kolektivu vrstevníků. Obtížně se v kolektivu prosazovala, ve snaze získat bezpečné postavení ve skupině používala nevhodných forem chování (podlézavost, kupování si ostatních, neodbytnost, bezdůvodné vulgární výpady). Markétino chování bylo úzkostné a nejisté. Kolektiv často nerozuměl jejím neadekvátním reakcím, které měly za následek, že se stávala terčem posměchu a slovních a občas i fyzických útoků. V těchto zátěžových situacích se projevovala nervózně, úzkostně, roztěkaně a plačtivě. Markéta byla dítě, které se může stát snadnou potencionální obětí šikany, často se dopouštěla krádeží, které její situaci ještě zhoršovaly. Ukradené věci vždy vrátila zpět, při probírání situace bylo vidět, že jí mrzí co udělala, plakala, ale nebyla schopna vysvětlit své jednání. Krádeže se objevovaly

v krizových situacích (konflikty v domácnosti či s vrstevníky). Doma se většinou jednalo o finanční částky, za které si pořizovala sladkosti, kterými pak hostila spolužáky a tím si kupovala jejich přízeň.

Situace se zlepšila ke konci pobytu a v průběhu letního tábora pro děti s poruchami chování. Markéta zažívala pocit být jednou z nejlepších, dařilo se jí velice dobře v celotáborových hrách, což jí zvedalo sebevědomí i postavení v kolektivu. Během těchto čtrnácti dní neměla žádný výchovný problém.

Během několika konzultací, které s matkou v rámci celodenního programu proběhly, nebyla matka schopna Markétu pochválit, její úspěchy devalvovala. Markéta není doma přijímána, matka byla ve vztahu k ní velmi negativní. Opakovaně mluvila o umístění Markéty do ústavní péče. Svou pozornost matka soustředila na mladšího bratra a nemocného otčíma.

V rámci celodenního programu se také uskutečnil přestup na jinou základní školu. Ve spolupráci s matkou se podařilo umístit Markétu do církevní speciální školy pro děti s vadami řeči. Vzhledem ke složité situaci doma byl doporučen pobyt v internátu této školy. Markéta byla na internát připravena a těšila se. Dle informací této školy se Markétě dařilo, patřila k lepšímu průměru žáků a i postavení v kolektivu se značně zlepšilo.

6.4 Karel (13 let)

Karel vyrůstal společně se svým mladším bratrem a babičkou, která měla obě děti v pěstounské péči. V době, kdy byly děti svěřeny do péče babičce, bylo Karlovi pět let. Karla i Matěje vychovávala sama, děti jí oslovovaly a hovořily o ní jako o matce. Se svou biologickou matkou se chlapec setkával jen sporadicky, naposledy ji viděl před rokem, matka je drogově závislá a několikrát byla ve výkonu trestu. Karel měl další sourozence (zřejmě 5), se kterými se však nezná, děti byly dány po porodu k adopci. K mladšímu sourozenci se choval hezky, ale většinou se vzájemně pošťuchovali, projevovala se sourozenecká rivalita, na babičku byl Karel fixován.

Karel byl v minulosti hospitalizován na dětské psychiatrii a byl medikován, ale v současné době léky neužíval. Na základě diagnostického vyšetření v PPP byly u chlapce diagnostikovány lehké projevy syndromu ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti). Tyto projevy jsou provázeny výukovými problémy a poruchou opozičního vzdoru. Dle zprávy z vyšetření mělo vliv na poruchu chování nepříznivé psychosociální prostředí, neuspokojivé vztahy v nekompletní rodině a selhávání žáka ve škole.

Na základě doporučení pracovníků z o.s. Hyperaktivita se babička rozhodla zařadit svého vnuka do programu celodenního oddělení (CO) SVP Klíčov, důvodem umístění do péče byly školní problémy – nevhodné chování vůči vyučujícím a spolužákům, nedostatečná příprava na školní vyučování, problémy v domácím prostředí – nerespektování babičky, útěky a odchody z domova, krádeže doma, lhaní a trávení volného času ve společnosti rizikových kamarádů.

Během programu v CO Karel začal pracovat na změně svého přístupu ke škole i k výuce jako takové. Neměl problém s adaptací na podmínky školního zařízení, do školy chodil včas, domácí úkoly a pomůcky na vyučovací hodiny měl v pořádku. Ve vyučovacím procesu potřeboval dostávat stále zpětnou vazbu, měl potřebu být soustavně hodnocen a chválen. K výchovným pracovníkům se choval slušně, jejich pokyny respektoval. V kolektivu klientů hrál spíše okrajové role. Rád se předváděl, stylizoval se do podoby baviče kolektivu. Ke vztahovým problémům z jeho strany

nedocházelo. Inklinoval ke starším klientům, se stejně starými vrstevníky si nerozuměl, měl potřebu ze sebe dělat staršího. Karel velice dobře fungoval v nastaveném systému odměn a sankcí, občas měl tendence smlouvat.

Po měsíčním pobytu v programu se babička obrátila na pracovníky CO s tím, že v programu se sice Karlovi daří, ale objevují se opět problémy doma. Karel odmítal respektovat babičku, doma si dělal, co uznal za vhodné. Přestože měl zákaz jít ven, tento zákaz nerespektoval a z domova odcházel. Výchovní pracovníci po zoufalém rozhovoru s babičkou, která si nevěděla rady v situaci, kdy její vnuk nepřišel domů, jeli k místu bydliště a chlapce našli v přítomnosti dvou starších osob, které byli pod vlivem alkoholu. S Karlem proběhl individuální pohovor, babičce bylo doporučeno nastavit podobný systém jako v programu – systém založený na dodržování stanovených pravidel, odměn a sankcí. Karel uznal chybu, sliboval nápravu, vypracovával si plány na víkendy, co bude dělat, jak budou společně i s mladším bratrem trávit čas. V chlapcově okolí nebyl žádný mužský vzor, který by jej mohl pozitivně ovlivňovat. V programu celodenního oddělení inklinoval k pedagogickým pracovníkům – mužům, bylo vidět, že z nich má respekt, ale zároveň je vyhledává.

Po dvou týdnech došlo opět ke zhoršení, Karel začal opět odcházet i přes zákazy ven, domů se vracel až ve večerních hodinách, začal doma lhát, babičce se ztrácely věci, peníze, do školy nosil drahé svačiny, kterými hostil ostatní a nové oblečení, které bylo neznámého původu. O zhoršení situace byla informovaná kurátorka pro mládež, u které byla rodina dlouhodobě v péči. S Karlem byla situace několikrát rozebírána a byl informován o možných důsledcích svého chování, Karel však neměl náhled na své jednání. Babičce bylo opět sděleno, že chlapec je schopný fungovat v systému, který má pevně stanovená pravidla, ze kterých se nesmí ustupovat. Jako vhodné se jevilo zařadit Karla do internátní školy, což babička odmítla s odůvodněním, že jí vnuk slíbil nápravu. Celkem pravidelně se stávalo, že po těchto slíbech babička chlapci nakoupila spoustu nového oblečení a jiné věci. Postupně z několika rozhovorů s pracovníky SVP vyplynulo, že mladší vnuk začíná mít obdobné projevy jako jeho starší bratr.

O několik dní později v době nemoci byl chlapec přistižen v nákupním centru při krádeži. Babička opět kontaktovala pracovníky CO, kteří ji doporučili, aby zvážila návrh na předběžné opatření. U chlapce bylo také vidět zhoršení v přípravě do školy, babičku nerespektoval, měl tendence unikat do nemoci a odmítal docházet do programu. Zároveň jeho chování a přístup k plnění svých povinností negativně ovlivňovalo práci s ostatními klienty, z toho důvodu byl program předčasně ukončen. Karel potřeboval systém a prostředí, ve kterém jsou pevně stanovená pravidla a řád, klidné pozitivně motivující prostředí a velmi důsledné vedení.

7 Analýza kazuistik

Z uvedených kazuistik jsou vidět různé důvody a vlivy na příčiny poruch chování u dětí a mládeže. Nesporně velký vliv má rodina, výchovné styly rodičů a také prostředí, ve kterém děti vyrůstají. Tím je myšlena neúplná či úplná rodina, její sociální a ekonomické postavení. Sociální prostředí, v kterém dítě vyrůstá, z velké části ovlivňuje jeho chování a jednání a utvrzuje ho v jeho projevech. Školní prostředí, vliv pedagogů a výsledky jedince hrají také důležitou roli v chování dítěte. Na případových studiích Petra, Standy a Karla je vidět, že nebyli svým okolím motivováni k lepším školním výsledkům. U všech výše zmíněných dětí či dospívajících si můžeme všimnout velkých rozporů, problémů či nevhodností ve výchovných stylech. U Markéty se již v raném dětství projevoval syndrom CAN (z angl. Child Abuse and Neglect – syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte), z kazuistiky také vyplývá, že její matka rovněž nevyrostala v milujícím prostředí, stejně tak jako matka Standy, která popisovala svůj vztah s matkou jako chladný. Naopak u Karla můžeme pozorovat důsledky benevolentního až bezhraničního přístupu k výchově ze strany jeho babičky, který vedl u chlapce k postupnému rozvoji poruch chování. Petr trpěl rozvodem rodičů, kteří se nebyli schopni dohodnout na jednotném stylu výchovy a jejich syn byl rukojmím v jejich komunikaci.

Častým jevem v těchto případových studiích je chybějící otec v rodině. Absence otce, který se podílí na výchově je vidět na všech čtyřech studiích.

Standa i Karel měli diagnostikovanou poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou (ADHD) a Markéta měla čistou poruchu pozornosti (ADD). Karel i Standa prodělali pobyt na dětské psychiatrii, Markéta byla umístěna v dětském diagnostickém ústavu na dobrovolný pobyt. Většina dětí či dospívajících s poruchami chování prodělá minimálně jednou za život hospitalizaci v podobném zařízení. Dalšími institucemi bývají střediska výchovné péče – SVP, která poskytují programy pro děti s poruchami chování a jejich rodiče. Většina dětí je v péči OSPOD – odboru sociálně právní ochrany dětí, tento orgán by měl být pro rodinu oporou v tíživých situacích.

Petr nesl velice těžce rozvod rodičů, jeho potíže s chováním se začaly vyskytovat právě v tomto období. Petr se stával nástrojem k řešení konfliktů mezi rodiči, byly mu vštěpovány negativní postoje vůči druhému rodiči a byl manipulován do potlačování pozitivních emocí k druhému z rodičů. Matka výchovu svého syna moc nezvládala, neuměla vyznačit pevné hranice, její ekonomická situace byla obtížná. Otec se snažil svého syna zahrnout penězi a hmotnými dary, ale Petr byl ve věku, kdy potřeboval mužský vzor a bezkonfliktní prostředí.

U Karla byl silným faktorem vzniku poruch chování výchovný styl babičky a genetické dispozice. Nicméně je jasné, že prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, je nadmíru důležité. Výchovou se daly genetické předpoklady částečně rozvinout nebo potlačit. Špatným výchovným stylem a podporováním nevhodného chování se u Karla rozvinuly poruchy chování, podporované poruchou pozornosti s hyperaktivitou, která snížila Karlovo sebeovládání a zvýšila jeho impulzivitu. V rodině Karla také chyběl mužský vzor. Ekonomická situace rodiny byla dobrá, rodina dostávala pěstounské dávky a babička byla ve věku, kdy měla možnost mít pracovní poměr.

Na Standovo chování měl vliv nedostatek pozornosti ze strany matky. I když se svým věkem byl na hranici puberty, stále měl projevy dítěte, které touží po pozornosti, která bude podněcovat jeho zvědavost a tvořivost. Zároveň trpěl poruchou pozornosti s hyperaktivitou, která, stejně tak jako u Karla, snižovala jeho sebeovládání. Standa se snažil matku přimět k zájmu o svou osobu nevhodným chováním a i přesto, že její zájem byl negativního rázu, dostalo se mu vyžadované pozornosti. Matka si postupně začala uvědomovat své nedostatky ve výchově, které se snažila postupně měnit.

Markétiny potíže byly spojené s tím, že matka věnovala svou pozornost hlavně mladšímu bratrovi. I přesto, že bratr byl postižený a vyžadoval intenzivnější péči, Markéta potřebovala mít matku také v některých chvílích pro sebe. Toužila stejně tak jako Standa po pozornosti, které se domáhala nevhodným chováním, toužila po uznání ve vrstevnické skupině, ale neuměla si svoji pozici najít vhodným způsobem. Její start do života nebyl zrovna nejšťastnější, právě spokojené první roky života a příznivý vývoj

vytvářejí z dítěte spokojenou a vyrovnanou osobnost. Z kazuistik vyplývá, že školní a rodinné prostředí jsou navzájem propojené, pokud se necítí dítě v domácím prostředí přijímáno a spokojeně, odráží se jeho obtíže i ve školních výsledcích.

Závěr

Protispolečenské chování dětí a dospívajících není rozhodně nijak novým fenoménem v naší společnosti, avšak jeho současná medializace spolu se stoupající agresivitou a kriminalitou dětí způsobuje, že se o tomto tématu stále více diskutuje a vzbuzuje tak větší pozornost u široké veřejnosti.

Hlavní zájem je soustředěn na způsob řešení následků a poněkud méně na eliminaci příčin a celkovou prevenci vzniku takového chování. Ideálním řešením těchto situací ve společnosti by byla právě účinná prevence a sociálně výchovná činnost, a to i přesto, že některé příčiny (genetické, biologické) zcela odstranit nelze.

Závažnost tohoto problému je spatřována i v tom, že pokud poruchy chování vzniknou již v časném dětství, zřídka spontánně odezní, naopak mají tendenci se vyvíjet, zhoršovat a v adolescenci přecházet do rizikového a delikventního chování. Ve většině případů takto postižených dětí selhala rodina jako výchovná instituce a dítě je následně chráněno před jejími negativními vlivy ústavní výchovou. U dětí s poruchovým chováním je nutná celá řada intervencí, cílených jak na dítě, tak na rodinu. Základní podmínkou jakékoli práce s rodinou je ochota rodiny spolupracovat s odborníky – pedagogy, speciálními pedagogy, kurátory pro mládež, psychology, psychiatry a etopedy, kteří se touto problematikou zabývají.

K příznivému vývoji dítěte by měla přispívat i škola, ve které dítě tráví velkou část svého času. Právě ve škole se s nástupem povinné školní docházky objevují první příznaky poruch chování.

V praktické části autorka práce uvádí případové studie čtyř dětí, které byly v péči SVP Klíčov. Na těchto případových studiích je vidět velký vliv výchovy na vznik poruch chování, ale i působení genetických dispozic. Cílem práce v SVP musí být vždy snaha pomoci dítěti a jeho rodině v nalezení správné cesty, pozitivních vztahů mezi jednotlivými členy rodiny a motivovat rodinu k dlouhodobé spolupráci s odborníky, aby se počet dětí, které musí vyrůstat v náhradní rodině či ústavní výchově, stále snižoval.

Použitá literatura a prameny

Fischer S., Škoda J., *Speciální pedagogika.*, Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7378-014-0

Jedlička R., Kořa J., *Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 64, 121, 130 s. ISBN 80-7184-555-8

Jedlička R., Klíma P., Kořa J., Němec J., Pilař J., *Děti a mládež v obtížných životních situacích.* 1. vyd. Praha: Themis, 2004. 38 s. ISBN 80-7312-038-0

Koukolík F., Drtilová J., *Vzpouza deprivantů.* Přepřacované vydání, Praha: Galén, 2006, 2008. ISBN 978-80-7262-410-2

Kříž J., *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých.* 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. ISBN 80-7040-386-1

Malá E., Pavlovský P. *Psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0

Martínek Z., *Agresivita a kriminalita školní mládeže.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2310-5

Matějček Z., *Výbor z díla.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-0

Matoušek O., Kroftová A., *Mládež a delikvence.* 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-226-2

Novotná M., Kremličková M., *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele.* 1. vyd. Praha: SPN, 1997. ISBN 80-85937-60-3

Průcha J., Walterová E., Mareš J., *Pedagogický slovník.* 4. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8

Train A., *Specifické poruchy chování a pozornosti.* 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2

Train A., *Nejčastější poruchy chování dětí.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 60 s. ISBN 80-7178-503-2

Vágnerová M., *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 283 s. ISBN 80-7178-496-6

Vágnerová M., Šturma J., Klíma P., *Psychopatologie dítěte pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: SPN, 1988. 46 – 47 s.

Vágnerová M., *Vývojová psychologie I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8

Vocilka M., *Náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-5-6

Vocilka M., *Netradiční forma prevence poruch chování*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-8-0

Výroční zpráva VÚ a SVP Klíčov šk. rok 2007/2008, 2008/2009, 2009/2010

Koncepce Celodenního oddělení SVP Klíčov

Internetové zdroje:

<http://www.msmt.cz>