

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta  
Katedra pedagogiky

**Diplomová práce**

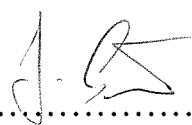
Bc. Josef Švec

**Prevence sociálních deviací  
ve Středisku výchovné péče v Plzni**

**Prevention of social deviation  
in the educational care centre in Pilsen**

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a využil jsem prameny a literaturu uvedené v seznamu.



.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval doc. PhDr. Věře Poláčkové, CSc. za čas, který mi věnovala při konzultacích, za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce.

Dále děkuji Mgr. Petře Štefflové, vedoucí Střediska výchovné péče v Plzni, za vstřícnost, poskytování informací a materiálů.

V neposlední řadě patří můj dík všem zaměstnancům střediska, zejména paní Marii Matějkové, vychovatelce.

# Obsah

Úvod	5
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>6</b>
<b>1 Vymezení sociálních deviací</b>	<b>6</b>
1.1 Sociální deviace a sociální norma	6
1.2 Normalita	9
1.3 Poruchy chování	10
1.4 Ostatní pojmy	13
<b>2 Prevence sociálních deviací</b>	<b>15</b>
2.1 Primární prevence	15
2.1.1 Nespecifická primární prevence	16
2.1.2 Specifická primární prevence	16
2.1.3 Prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT	17
2.1.4 Minimální preventivní program	18
2.2 Sekundární prevence	19
2.3 Terciární prevence	19
2.4 Kritéria efektivní prevence	19
2.5 Cíle a specifika prevence vybraných sociálních deviací	20
2.6 Nestátní neziskové organizace a jejich role v prevenci	22
<b>3 Péče o osoby s poruchami chování v České republice</b>	<b>24</b>
3.1 Stručný historický nástin přístupu k péči o mravně narušené jedince	24
3.2 Systém péče o osoby s poruchami chování v České republice	26
3.2.1 Náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a ve školských zařízeních preventivně výchovné péče	26
3.2.2 Systém školního poradenství	28
<b>4 Střediska výchovné péče jako instituce</b>	<b>29</b>
4.1 Právní předpisy výchovné péče	30
4.2 Personální zabezpečení středisek výchovné péče	31
<b>5 Klienti středisek výchovné péče</b>	<b>37</b>
5.1 Děti s výchovnými a výukovými problémy	37
5.1.1 Syndrom ADHD	37
5.1.2 Syndrom LMD	38
5.2 Děti s osobnostními a psychickými problémy	39
5.3 Děti z problematického rodinného prostředí	40
5.4 Děti s počínajícími příznaky asociálního případně antisociálního chování	40
5.4.1 Záškoláctví	40
5.4.2 Útěky	43
5.4.3 Toulání	44
5.4.4 Agresivita	44
5.5 Děti v počátečním stadiu experimentování s drogami	45
<b>6 Diagnostika klientů středisek výchovné péče</b>	<b>47</b>
6.1 Anamnéza klientů	47
6.2 Rozhovor s klientem	49
6.3 Pozorování klienta	52

<b>7</b>	<b>Pedagogická dokumentace středisek výchovné péče</b>	<b>54</b>
7.1	Osobní spis klienta	55
7.1.1	Úvodní rozhovor	55
7.1.2	Anamnestické údaje	55
7.1.3	Individuální výchovný plán	56
7.1.4	Záznamový arch	57
7.1.5	Závěrečná zpráva	57
7.2	Ostatní dokumentace středisek výchovné péče	58
<b>II.</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>59</b>
<b>1</b>	<b>Středisko výchovné péče v Plzni</b>	<b>59</b>
<b>2</b>	<b>Struktura Střediska výchovné péče v Plzni</b>	<b>61</b>
2.1	Ambulantní péče	61
2.2	Internátní pobyty	62
2.3	Ostatní nabídka	62
<b>3</b>	<b>Organizace výchovně vzdělávacích činností v SVP Plzeň</b>	<b>64</b>
<b>4</b>	<b>Organizace péče o klienty internátního oddělení v SVP Plzeň</b>	<b>66</b>
4.1	Zařazení klienta do výchovné skupiny	66
4.2	Způsob stravování klientů v internátním oddělení	67
4.3	Ubytování klienta v internátním oddělení	68
4.4	Organizace dne	68
4.5	Postup v případě útěku klienta z internátního oddělení	69
4.6	Postup v případě dočasného omezení nebo přerušení poskytování výchovně vzdělávací péče ve středisku	70
4.7	Práva a povinnosti klienta	70
4.8	System hodnocení klientů a přijímání výchovných opatření	71
4.9	Kontakt klienta internátního oddělení s rodiči a dalšími osobami	72
4.10	Práva a povinnosti zákonných zástupců při spolupráci se střediskem	73
4.11	Podmínky pro zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví	74
4.12	Dokumentace internátního pobytu	75
<b>5</b>	<b>Terapie ve Středisku výchovné péče v Plzni</b>	<b>77</b>
5.1	Psychoterapie	78
5.2	Druhy psychoterapeutických činností	80
5.3	Skupinová terapie	80
5.4	Rodinná terapie	81
5.5	Ergoterapie	82
5.6	Muzikoterapie	83
5.7	Psychodrama	84
5.8	Arteterapie	84
5.9	Sportovní terapie	85
	<b>Závěr</b>	<b>86</b>
	<b>Anotace</b>	<b>88</b>
	<b>Použitá literatura</b>	<b>89</b>
	<b>Přílohy</b>	<b>92</b>
	<b>Souhlas k půjčování diplomové práce</b>	<b>98</b>

## Úvod

V mnoha společnostech a různých obdobích se setkáváme se sociálními deviacemi. Pouze s historicky měnícími se normami chování dochází ke změnám struktury sociálních deviací. Lidská společnost odedávna procházela četnými proměnami. V několika posledních desetiletích však zaznamenává změny natolik rychlé, dramatické a zásadní, že jejich dopad na současnou společnost i samotného jedince vyžaduje zvýšenou pozornost a připravenost. Tento rychlý trend má sice v jistém ohledu dopad pozitivní, ten je ale vyvážen řadou negativních jevů, například sociálními deviacemi. Výrazně se změnil životní styl i tempo života převážné části naší společnosti. Rostoucí obavy z budoucího vývoje těchto jevů vyústí v aktivity usilující o jejich vysvětlení, hledání příčin, možností prevence, eliminace a nápravy. V posledních letech se věnuje prevenci sociálních deviací zvýšená pozornost, a to z hlediska řady společenských disciplín (např. sociologie, psychologie, speciální pedagogika, sociální pedagogika). V kontextu sociální pedagogiky lze považovat za inspirující publikaci kolektivu autorů (R. Jedlička, P. Klíma, J. Kořa, J. Němec, J. Pilař) *Děti a mládež v obtížných životních situacích*, která přináší nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí.

Základním cílem prevence sociálních deviací dětí a mládeže je jejich výchova ke zdravému životnímu stylu, k osvojení si prosociálního chování a rozvoji jejich osobnosti, k odmítání všech forem sebeustrukce a porušování zákona. Důležitým prvkem v prevenci je i využití volného času. Velkou úlohu v systému prevence má rodina, která je první instancí pro předávání vzorů a volby zálib. Sociálně pedagogická péče o rizikovou mládež může plnit preventivně výchovné a terapeutické úkoly také prostřednictvím krizových center, středisek výchovné péče a školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Cílem mé diplomové práce je hledat východiska pro prevenci sociálních deviací dětí a mládeže ve vybrané výchovné instituci a zaměřit se na reflexi aktivit v konkrétním středisku výchovné péče.

Diplomová práce kromě teoretické části má část praktickou v podobě empirické sondy činností Střediska výchovné péče v Plzni.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Vymezení sociálních deviací

V této kapitole se budu věnovat především základním pojmům v problematice sociálních deviací.

### 1.1 Sociální deviace a sociální norma

Sociální deviace (z latinského de-viare, odchýlit se z cesty) označuje obvykle chování jedince nebo skupiny, které se odchyluje od sociální, kulturní nebo morální normy ([www.cs.wikipedia.org/wiki/Deviace](http://www.cs.wikipedia.org/wiki/Deviace)). Tato odchylka od normy může být negativní, ale i pozitivní.

Vnímání deviací se mění v závislosti na kulturním prostředí, na sociálním prostoru a času. Hodnocení určitého chování jako deviace je závislá na hodnotícím subjektu a na jeho pojetí společenských norem, například i náboženská, ideová nebo mocenská menšina může považovat za deviantní jednání většiny, a současně být sama většinou považována za deviantní.

Deviantní chování není ve společnosti něčím anomálním a neobvyklým. „Kde je společnost, tam je norma. Kde je norma, tam je i její narušitel. Kde je společnost, tam je narušitel jejích pořádků. Tzn., že tam, kde je norma, tam je deviace a kde norma není, tam není deviace. Norma tedy deviaci předpokládá, a proto je v ní zpravidla obsažena i sociální sankce. Žádná norma není ve společnosti dodržována úplně přesně. Žádná norma není dodržována absolutně a bez výjimek“ (Urban, Dubský, 2008, s. 22).

Sociální normy jsou například ústava, zákon, obecně závazná vyhláška, náboženská pravidla, pracovní předpisy, zvyky, etické kodexy, rodinné tradice, zvyky, obyčeje, rituály. Nejde jen o psané zákony. Většina norem není formálně fixována.

Obsah norem člověku a společnosti říká, co je obvyklé, přijaté a osvědčené, co je přípustné a co je správné a žádoucí.

„Klíčovou otázkou v oblasti deviací tedy je, od jakých norem se jedinec (skupina) svým chováním odchyluje, do jaké míry (jakým směrem) tak činí a jaké sankce se k tomu vážou. Nikdo neporušuje všechna pravidla (sociální normy), ale nikdo také úplně všechna pravidla nedodrží. Ne každé deviantní chování musí být a priori chováním nežádoucím,

nebo dokonce kriminálním. Lidé, kteří dokážou a mají odvahu přicházet s novými myšlenkami, se často setkávají s nedůvěrou konformní většiny a odmítavou reakcí nikoliv nepodobnou odezvám na zjevně negativní deviace; satisfakci vizionářům zpravidla nabídne a zapravdu jim dá až čas. Pojem sociální patologie je obsahově užší než sociální deviace“ (Urban, Dubský, 2008, s. 29).

Mezi příčinné faktory vzniku a projevu sociálních deviací patří podle Hrčky (2001, s. 21):

- **Biologické faktory** - genetické (chromozomální abnormity, vrozené metabolické defekty), endokrinní (nedostatek či nadbytek hormonů), fyziologické poruchy, malformace nebo vývojové vady
- **Psychologické faktory** - může to být např. porucha socializace v raném dětství, poruchy vztahu k rodičovským autoritám, citová deprivace dětí, napodobování okolí, existenční krize, ztráta smyslu života apod.
- **Sociální faktory** - diferencovaná sociální struktura spojená s anomii a změnami norem, urbanizace a technologický pokrok, sociální a politické konflikty, vliv sociální skupiny a subkultury podporující a odměňující porušování norem a zákonů
- **Kulturní faktory** - rozdílná normativní kritéria a rozdílné chování v různých kulturách, což může vést k deviantnímu označování subjektů pocházejících z jiné oblasti

### **Druhy deviací**

- pozitivní deviace: nadměrné dodržování
- negativní deviace: různě intenzivní porušování norem (vybočování)
- formální deviace: porušení formálních nařízení
- neformální deviace: různé alternativní odklony od většinových zvyklostí
- deviace konvenční: motivem je uspokojení vlastních potřeb
- deviace opoziční: tendence popírat uznávané hodnoty a normy
- deviace reformní: (revoltující) – nezpochybňují smysl porušování norem, ale jsou v opozici k jejich obsahu
- deviace nihilistické: popírají samotný smysl sdílení norem a hodnot

### **Kritéria deviací**

- opakovatelnost jevu (časové nebo teritoriální řezy)
- hromadnost jevu (ve větších sociálních skupinách)



- sociální závaznost (jak daná společnost posuzuje dané chování)
- podobná etiologie jevu (příčina vzniku, umožňuje nám aplikovat jev)

### **Klasifikace sociálních norem** (Urban, Dubský, 2008, s. 26)

#### A. Podle oblasti sociálních vztahů

1. Právní - hmotně právní, procesně právní aj.
2. Neprávní
  - a) zvykové
  - b) politické
  - c) estetické
  - d) morální
  - e) náboženské
  - f) ekonomické

#### B. Podle způsobu reglementace

1. Proskribující – zakazující
2. Proskribující – příkazující
3. Opravňující - umožňující

#### C. Podle formální stránky

1. Formální – explicitní
2. Neformální - implicitní

#### D. Podle rozsahu sociálních subjektů

1. Obecné – pro všechny členy společnosti
2. Partikulární – pro určité skupiny osob

### **Druhy sociálních norem**

- právo – vyjadřuje vůli vládnoucí skupiny, je písemně fixováno a ošetřováno státní mocí, je relativně jednoznačné, dává meze našemu chování, v právu jsou zachyceny sankce a dodržování je zajišťováno státní mocí, právo je k individuu objektivní
- morálka – týká se určitých skupin a společenských vrstev, nese v sobě hodnotící soudy – dobro a zlo, správné a špatné, působí prostřednictvím psychologických mechanismů, chybí textová dokumentace, udržovány přirozenou autoritou, sankce jsou především ve formě pohrdání, vyloučení, mohou být někdy i v rozporu s právem
- obyčej a tradice – fixují historicky vzniklá pravidla vzájemného soužití – rodinná pravidla, zasahují do ekonomických oblastí, jsou nejspontánnější, sankce mívají různou

podobu, ale spíše se jedná o nějaké odsouzení, vytěsnění, tradice ale mohou být na rozdíl od morálky jasně definované (např. kroje)

- estetické normy – fixují představy o tom, co je hezké a co je ošklivé, nejenom v umění, ale i v běžném životě, v přírodě, mají individuální charakter a jsou hodně subjektivní
- náboženské normy – nejstarší normativní systém ošetřující společenský život, mají právní, mravní i estetické normy, fungují přes city, postavené na emocích, sankce jsou abstraktní – z venčí – „Bůh tě potrestá“, tyto sankce se však jeví jako nejúčinnější

**Sociální kontrola, tzv. první paradox sociálních norem** tkví v tom, že jsou dané normy, ale u většiny norem jsou přiřazeny sankce, což navozuje předpoklad nedodržování norem. **Druhým paradoxem** sociálních norem je, že norma je většinou formulována konkrétně, ale adresát je abstraktní.

**Sankce** je nástrojem sociální kontroly. Musí být všeobecně známá, lidé o ní musí vědět. Musí být jednoznačná (proti zneužití). Člověk by měl dopředu vědět, jaká je za určité chování sankce. Sankce má určité funkce:

- protektivní – ochraňují jedince (osobní svobody, vlastnictví, ochrana osobnosti)
- represivní – nápravná funkce, potlačuje a trestá odchylky od norem právního řádu
- formativní – socializační funkce, uplatňuje se prostřednictvím výchovy, vzdělávání, médií, formuje povědomí společnosti
- gratifikační – odměňuje chování, které je pro společnost žádoucí (vyhlašování umělců, sportovců, ...)
- motivační – stimuluje k prospěšnému chování

## 1.2 Normalita

Problém normality osobnosti má na jedné straně kořeny v obecných biologických zákonitostech, na druhé straně ve specifických zákonitostech psychického vývoje a psychosociální interakce a v eticko-filosofických normách. Problém normality osobnosti je problém v podstatě interdisciplinární.

Normalita je mnohoznačná hodnotící kategorie vztahovaná k určitému znaku (vlastnosti), jevu (aktivitě, procesu, situaci) nebo systému (organismu, jedinci populaci) na základě aplikace různých kritérií posuzování.

Jandourek (2001) vymezuje normalitu:

### **Statistická normalita**

- znamená soulad chování jedince nebo skupiny s většinou. To, co se ze statistického hlediska obvykle vyskytuje a odpovídá centrálním tendencím v rozložení četností měřitelného znaku, tj. normálnímu rozložení podle Gaussovy křivky. Normální je to, co se vyskytuje nejčastěji nebo vykazuje znaky průměru. Statistická norma odpovídá, co je běžné a nejrozšířenější.

### **Funkční normalita**

- charakterizuje stav, kdy platné normy a jejich následování přispívají ke stabilitě společnosti a naplňování jejích potřeb. Za normální je považováno to, co plní svoji stanovenou funkci.

### **Normativní normalita**

- vztahuje se na to, co odpovídá uznané a platné normě. Je vyjádřením souladu společenských norem s normami individuálními a skupinovými.

### **Ideální normalita**

- deviantem se stává nebo může stát každý, neboť ideál je konstrukt, který je sice třeba následovat, ale ten může být na druhé straně ze své podstaty nedosažitelný – plní však v životě člověka důležitou motivační roli a odpovídá na otázku po smyslu.

Nejpřijatelnějším z hlediska biologického, psychologického, sociálního i filozofického se zdá být pojetí lidské normality jako nekonečného procesu k seberealizaci individua v jeho společenských a přírodních podmínkách. Toto pojetí zahrnuje zároveň specifickou možnost svobodné volby individua ve vztahu k aktivnímu sebetvoření a přetváření životního prostředí. Tzv. **optimální normalita osobnosti** je tedy vlastně paradox. Není to hotový stav, ale nekonečný proces, v němž člověk tvoří sama sebe a přetváří realitu, v níž žije. Je to proces, jehož hlavním motorem je svobodná a tvořivá interakce člověka s jeho prostředím.

## **1.3 Poruchy chování**

V současné Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi jsou poruchy chování definovány jako opakující se a trvalý (v trvání nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte.

Během uplynulého roku musí být přítomny tři nebo více symptomů – příznaků s jedním symptomem trvale přítomným v posledním půl roce.

Mezi příznaky se zahrnuje následující chování:

#### 1. Agrese vůči lidem a ke zvířatům

- Často šikanuje, vyhrožuje nebo zastrašuje druhé.
- Často začíná pranice, bitky.
- Jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé (cihly, nože, lahve, sklo...).
- Projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem
- Projevuje fyzickou agresi a hrubost ke zvířatům.
- Krade způsobem, při kterém dochází ke střetu s obětí (loupežné přepadení, vydírání,...).
- Vynucuje si na druhém sexuální aktivitu.

#### 2. Destrukce majetku a vlastnictví

- Zakládá ohně se záměrem vážného poškození.
- Ničí majetek druhých.

#### 3. Nepoctivost nebo krádeže

- Vloupání do domů, budov a aut.
- Časté lhaní – získání prospěchu, výhody, vyhnutí se povinností, závazkům.
- Krádeže bez konfrontace s obětí.

#### 4. Násilné porušování pravidel

- Před 13. rokem věku opakovaně zůstává přes zákazy rodičů celé noci venku.
- Utíká z domova, ačkoliv bydlí v domě rodičů nebo jejich zákonných zástupců (nejméně 2x) nebo se nevrací po dlouhou dobu.
- Časté záškoláctví před 13. rokem věku.

Nejčastěji se člení poruchy chování podle stupně závažnosti, obsahu a forem na chování (Slomek, 2010, s. 19-20):

- Disociální

- jedná se o nepřiměřené, nespolečenské chování, které je zvládnutelné vhodnými pedagogickými postupy. Jde o drobnější výkyvy a nesoulady s běžnými zvyklostmi společenské normy. Patří sem např. kázeňské přestupky proti školnímu řádu, vzdorovitost, neposlušnost i některé lži.

- Asociální
  - jedinec většinou tím, jak jedná, škodí sám sobě. Např. záškoláctví přináší i zhoršení prospěchu, navazuje na něj lhaní, kontakt se závadovými skupinami. Asociální projevy mají většinou trvalejší charakter a často i vzestupný trend. Patří sem např. útěky, toulky, sebepoškozování, toxikománie, záškoláctví a krádeže.
- Antisociální
  - má povahu protispolečenského jednání, které poškozují jak jedince, tak i společnost. Často graduje v porušování zákonů a norem. Patří sem veškerá trestná činnost (krádeže, loupeže, sexuální delikty, agresivita, toxikománie).

Poruchy chování významně zhoršují školní a pracovní fungování. Hort a kol. (2008) je člení na:

#### 1. Poruchy chování ve vztahu k rodině

- zahrnují disociální nebo agresivní chování, které je úplně nebo téměř úplně omezeno na domov a rodinu. Mohou to být krádeže, ničení věcí nebo majetku určitých členů rodiny, rozbíjení hraček, trhání oděvů, ničení nábytku a podobně.

#### 2. Nesocializované poruchy chování

- přestupky, kterých se dítě dopouští, realizuje samo, není členem žádné skupiny či party. Chování zahrnuje výše uvedené charakteristiky, včetně tyranizování slabších, vydírání, násilností, výbuchy zlosti. Jedinec může mít výrazně narušené vztahy k ostatním dětem (izolace, odmítání). Vztahy k dospělým mohou být někdy nepřátelské, jindy dobré, obvykle jim chybí důvěrnost. Porucha se projevuje ve všech situacích, nejvýrazněji však ve škole.

#### 3. Socializované poruchy chování

- vyskytují se u dětí a mladistvých, obvykle zapojených do skupin vrstevníků. Často, ale ne vždy, se skupina vrstevníků skládá z osob, které jsou zapojeny do delikventních nebo do disociálních aktivit. Skupinu obvykle charakterizuje přátelství, rituály, určitá struktura organizace. Časté bývají špatné vztahy k dospělým autoritám, ale k některým vybraným dospělým mohou být vztahy i dobré.

#### 4. Poruchy opozičního vzrodu

- tato diagnóza by měla být použita u dětí mladších 10 let. Projevuje se jako negativistické, vzdorovité, nepřátelské nebo neposlušné chování vůči autoritě. V chování se nepozorují žádné vážné projevy překračování sociálních norem nebo poškozování práv druhých lidí. Dítě často ztrácí náladu, hádá se s dospělými, bývá zlostné. Odmítá aktivně

s dospělými spolupracovat a vyhovět požadavkům, bez zábran realizuje to, co jiní nedělají, svádí vinu na druhé, je přecitlivělý, podezřívavý.

## 1.4 Ostatní pojmy

### Desocializace

„Desocializace označuje specifickou formu socializace člověka v sociálně negativních souvislostech, vztazích a procesech. Výsledkem (vnějším projevem) desocializace jsou různé formy deviantních projevů jako kriminalita, závislosti, prostituce, rasismus atd. Jejich základem jsou určité typy rozporů, které jedinec řeší prostřednictvím deviantní činnosti“ (Řezníček, Poláčková, s. 11).

### Sociální patologie

„Pro sociálně nezdravé, nenormální či obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společensky nebezpečné, negativně sankcionované formy deviantního chování se používá pojem sociální patologie“ (Urban, Dubský, s. 47).

Sociální patologie (z lat. Pathos – utrpení) označuje jevy nezdravé, nenormální a společensky nežádoucí jevy a zabývá se také sankcionovanými formami deviantního chování a studiem příčin jejich vzniku a existence (Ondrejkovič a kol., 2001).

### Sociálně patologické jevy

Sociálně patologické jevy jsou takové projevy chování, které jsou charakteristické nezdravým životním stylem, nedodržováním nebo porušováním sociálních norem, zákonů, předpisů a etických hodnot, chování a jednání, které vede k poškozování zdraví jedince, prostředí, ve kterém žije a pracuje, a ve svém důsledku pak k individuálním, skupinovým či celospolečenským poruchám a deformacím. (Pokorný a kol., 2003). Za sociálně patologické jevy lze považovat různé projevy chování, které neodpovídají normalitě. Je však těžké přesně definovat, co je normální. Je proto důležité vycházet z aktuálního stavu společnosti, v níž jevy definujeme, z časového období, společenské i kulturní situace. Vycházíme tedy z takového stavu společnosti, ve které jednotlivci i skupiny respektují celospolečenské hodnoty a normy a jejich případné nedodržování může být sankcionováno (Ondrejkovič a kol., 2001).

Sociálně patologické jevy se týkají celé společnosti, dětí, mládeže, lidí v produktivním i důchodovém věku. Za sociálně patologické jsou v západoevropské

společnosti 21. století považovány převážně tyto jevy: kriminalita, delikvence a násilné chování, drogové a jiné závislost, prostituce a jiná sexuální problematika, xenofobie a rasismus, sektářství a sociálně patologická náboženská hnutí, ale také poruchy příjmu potravy, záškoláctví, bezdomovectví aj.

„Sociálně patologické jevy je zastaralý pojem, který se však stále vyskytuje v legislativních dokumentech a proto je třeba jej respektovat. Nově se mluví o sociálně nežádoucím či rizikovém chování“ (Martanová, 2007, s. 9).

### **Rizikové chování**

„Rizikovým chováním jsou takové vzorce chování, v jejichž důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Vzorce rizikového chování lze považovat za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi“ (Mioviský, Zapletalová, 2006, s. 17).

Obecně se rozlišuje osm oblastí rizikového chování:

- extrémní projevy agrese, zneužívání a šikany
- záškoláctví
- extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
- poruchy příjmu potravy
- rasismus a xenofobie
- negativní působení sekt
- sexuálně rizikové chování
- závislostní chování

## 2 Prevence sociálních deviací

„Prevence (z lat. praevenire, předcházet) znamená soustavu opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, ekologickým katastrofám a podobně. Taková opatření se nazývají preventivní“ (www.cs.wikipedia.org/wiki/Prevence).

„V oblasti prevence je rozhodující preventivní přístup: úhel pohledu a řešení, z něhož vyplývá specifika organizace, metodiky a sociálního managementu daného projektu v oblasti sociálních deviací“ (Řezníček, Poláčková, s. 26).

Při výchovném působení se za prevenci považuje vytváření podmínek tak, aby se negativním projevům buď předcházelo, nebo pokud vzniknou, snižovala se jejich nežádoucí kvalita, intenzita nebo frekvence výskytu.

„Sociální pedagogika by měla vedle prevence vnímat další dimenzi, kterou je preventivní působení (ovlivňování). Je to takový způsob socializace a výchovy, při kterém se individuální a skupinové působení soustřeďuje na ty struktury osobnosti a vztahy, které souvisí s individuální etiologií problému, situace, události (obecně i konkrétně). Prevence a preventivní působení tak tvoří pro sociální pedagogiku integrální celek“ (Řezníček, Poláčková, s. 26 – 27).

Z hlediska preventivního působení lze považovat za podstatný proces sociálně pedagogického dění.

### 2.1 Primární prevence

V rámci primární prevence se zkoumají předpoklady, podmínky a příčiny jevů, jimž se má bránit, a hledá způsoby, jak jim předcházet; bývá zaměřena na veškeré obyvatelstvo.

Základním principem strategie primární prevence rizikového chování a sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve školství je výchova žáků ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a zachování integrity osobnosti.

Hlavními realizátory na úrovni primární prevence jsou rodina, škola, instituce v blízkém sociálním okolí příp. masmédiá apod. Právě tyto instituce mají v dětství a mládí největší vliv na formování osobnosti člověka, jeho zájmů a postojů. Primární prevence se může dále dělit na specifickou a nespecifickou.



### 2.1.1 Nespecifická primární prevence

Nespecifická primární prevence zahrnuje veškeré aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání.

Praktikují se nácviky různých sociálních dovedností jako komunikační dovednosti, asertivní jednání, zvyšování sebevědomí a další. Tento druh prevence poskytuje jedincům jiné aktivity, které napomáhají zabránění kontaktu se sociálně patologickými jevy i jejich případnému odolávání.

### 2.1.2 Specifická primární prevence

Specifická primární prevence zahrnuje aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků.

Jedná se o:

- a) **všeobecnou prevenci**, která je zaměřena na širší populaci, aniž by byl dříve zjišťován rozsah problému nebo rizika. Nejčastěji se jedná o programy realizované nestátními neziskovými organizacemi a pedagogicko-psychologickými poradnami přímo ve školách. Jedná se o tematické programy se zpracovanou metodikou.
- b) **selektivní prevenci**, která je zaměřena na žáky, u nichž lze předpokládat zvýšenou hrozbu rizikového chování. Programy selektivní primární prevence doplňují programy všeobecné primární prevence a reagují na potřebu pracovat s rizikovými skupinami. Z hlediska personálních standardů vyžadují tyto programy dlouhodobější zkušenosti. Programy jsou realizovány se skupinami, s kterými nelze efektivně pracovat v rámci programů všeobecné primární prevence. Jedním z typů realizovaných programů jsou programy včasné intervence pro problematické třídy, ve kterých se nedaří realizovat programy všeobecné primární prevence. Jedná se o kontinuální interaktivní programy určené třídním kolektivům, důraz je kladen na práci se třídou jako částí systému školní instituce a na spolupráci s pedagogy. Cílem programu je podílet se spolu s učiteli na řešení problematických situací ve třídách, předcházet vzniku sociálně nežádoucích jevů (např. ostrakismu, šikany, xenofobie, rasismu), zvyšovat pozitivní sociální klima ve třídě, rozvíjet schopnost dětí navazovat přátelské vztahy s vrstevníky, nenásilně zvládat konflikty atd. Hlavním východiskem přímé práce s dětmi a mládeží je práce se skupinou – celým třídním kolektivem; cílem programu tedy není označení žáků jako

„problémových“, ale naopak integrace, zvýšení tolerance mezi žáky a posílení soudržnosti skupiny. Realizací programu tak žáci dostávají šanci učit se ve zdravém a příjemném školním prostředí. Vlastní práci se třídou předchází úvodní setkání pracovníků s třídním učitelem dané třídy a školním metodikem prevence, na kterém je dojednán kontrakt a cíle programu.

- c) **indikovanou prevenci**, která je zaměřena na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování. Služby na této úrovni reflektují poptávku školských zařízení, jednotlivých pedagogů, žáků základních škol a jejich rodičů a mění se v souvislosti se změnami v oblasti sociálně nežádoucích jevů. Zařízení nabízejí možnost individuálních odborných konzultací, kterých mohou využít pedagogové, děti i jejich rodiče. Jedná se i o telefonické poradenství a osobní konzultace. Na této úrovni jsou nejčastěji poskytovány programy pro děti s poruchami chování a s problematickým postavením ve třídě, které jsou realizovány formou individuální nebo skupinovou. Intervence je zaměřena především na komunikaci, zvyšování sebedůvěry a sebejistoty, možnost sociálního učení atd.

Specifická primární prevence je uskutečňována prostřednictvím různých besed s odborníky, akcí pořádaných na školách či v různých zařízeních za účelem seznámení se s nimi. Účastníkům/cím jsou podávány konkrétní informace o vybraném problému. Specifická prevence zahrnuje nácvik dovedností potřebných při kontaktu s daným jevem (např. drogou), nácvik komunikačních dovedností, asertivního jednání, odolávání nátlaku společnosti (vrstevnické skupiny).

### **2.1.3 Prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT**

Podle „Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2009-2012“ je primární prevence zaměřena na:

- a) předcházení zejména následujícím rizikovým jevům v chování žáků:
- záškoláctví,
  - šikana, násilí,
  - divácké násilí,
  - kriminalita, delikvence, vandalismus,
  - závislost na politickém a náboženském extremismu ,
  - rasismus, xenofobie,
  - užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky),

- onemocnění HIV/AIDS a dalšími nemocemi šířícími se krevní cestou,
- poruchy příjmu potravy,
- netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling),

b) rozpoznání a zajištění včasné intervence zejména v případech:

- domácího násilí,
- týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání,
- ohrožování výchovy mládeže,
- poruch příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie).

#### **2.1.4 Minimální preventivní program**

Základní nástroj prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy představuje „Minimální preventivní program“, který je komplexním systémovým prvkem v realizaci preventivních aktivit v základních školách, středních školách a speciálních školách, ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Jeho realizace je pro každou školu a každé uvedené školské zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce.

Mezi hlavní aktivity škol a uvedených školských zařízení v rámci „Minimálního preventivního programu“ patří:

- odpovědnost za systematické vzdělávání školních metodiků prevence a dalších pedagogických pracovníků v metodikách preventivní výchovy, v netradičních technikách pedagogické preventivní práce s dětmi a mládeží (interaktivní techniky, nácviky praktických psychologických a sociálně psychologických dovedností, techniky rozvíjení osobnosti, metody vytváření pozitivních vztahů mezi žáky apod.) a v řešení problémových situací souvisejících s výskytem sociálně patologických jevů,
- systémové zavádění etické a právní výchovy, výchovy ke zdravému životnímu stylu aj. oblastí preventivní výchovy do výuky jednotlivých předmětů, ve kterých ji lze uplatnit,
- uplatňování různých forem a metod působení na jednotlivce a skupiny dětí a mládeže zaměřeného na podporu rozvoje jejich osobnosti a sociálního chování,
- vytváření podmínek pro smysluplné využití volného času dětí a mládeže,
- spolupráce s rodiči a osvětová činnost pro rodiče v oblasti zdravého životního stylu a v oblasti prevence problémů ve vývoji a výchově dětí a mládeže,
- průběžné sledování konkrétních podmínek a situace ve škole nebo školském zařízení z hlediska rizik výskytu sociálně patologických jevů a uplatňování různých forem a metod umožňujících včasné zachycení ohrožených dětí a mladistvých,

- diferencované uplatňování preventivních aktivit a programů speciálně zaměřených na jednotlivé rizikové skupiny dětí a mládeže,

„Minimální preventivní program“ je pravidelně jednou ročně vyhodnocován školním metodikem prevence. Sledována je celková účinnost minimálního preventivního programu (do jaké míry bylo dosaženo stanovených cílů) i jeho průběh (jak program postupoval).

## **2.2 Sekundární prevence**

V rámci sekundární prevence se aktéři snaží příslušné jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování, šíření a podobně. Zaměřuje se na zvláště ohrožené skupiny, například mládež, menšiny nebo sociálně slabé. Na zvýšeném ohrožení se podílí biopsychosociální faktory. Dle Sejškové L. (Kraus a kol. 2007, s. 100) je cílem „vrátit jedince do původního stavu a systematicky ho kontrolovat kvůli riziku opakovaného selhání.“ Sekundární prevencí se zabývají instituce psychologické, sociální, výchovné i zdravotnické.

## **2.3 Terciární prevence**

Na poli terciární prevence se pracuje s jedinci, kteří již přišli do styku s problematickým jevem. Orientuje se na osoby právě vyléčené, propouštěné z výkonu trestu a podobně.

Terciární prevence je „zaměřena na jedince, u nichž se již negativní jev projevil, snaha o zmírnění následků problémového jevu – například snaha zabránit recidivě protizákonného jednání u mladistvých delikventů; jiné – například metadonový program, výměny injekčních stříkaček...“ (Pokorný a kol., 2003, s. 22).

Úkolem terciární prevence je snaha zmírnit negativní dopady na společnost, například šíření infekčních onemocnění či nárůst kriminality.

## **2.4 Kritéria efektivní prevence**

Prevence, která má být efektivní, musí splňovat určitá kritéria, nelze vycházet pouze z útržkovitých informací o daném jevu nebo o sociálním prostředí, kterého se týká. Efektivní

prevence musí vycházet z ověřených dat a skutečností, musí mít svůj organizační a koncepční systém a přistupovat by se k ní mělo jako k procesu, nikoliv nárazové akci. Základem je získání kvalitních informací o cílové skupině, protože bez nich nelze očekávat úspěch prevence. Aby se program stal efektivním, měl by být trvalým a života schopným prvkem života společnosti, jehož aktivity jsou propojeny se širším okolím. Postupně pak dochází k objevu pozitivních trendů ve výskytu sociálně patologických jevů, zdravý životní styl se stává trvale atraktivním standardem, nabízeno je široké spektrum volnočasových aktivit, patologické jevy nejsou společensky akceptovatelné a strategie preventivních programů se pružně přizpůsobují aktuálním postojům a potřebám společnosti.

Jak se zmiňuje Pokorný a kol. (2003, s. 19 - 20) „mezi významné aspekty podílející se na úspěchu preventivních programů patří: znalost prostředí, ve kterém se preventivní opatření realizují, respekt k jeho minulosti a zkušenosti, možnosti, postoje, potřeby, zájmy a v neposlední řadě vztahy ve skupině; kombinace přístupu individuálního s komplexním, respektování specifik jednotlivců i potřeb celé společnosti; nezaměňování léčby a prevence; respektování možností účastníků; ujasnění cílů a nepřeceňování nebo naopak nepodceňování možností svých a různých institucí.“

Mezi znaky efektivního systému prevence patří zejména koncepčnost, cílevědomost, komplexnost, znalost podmínek působení, sběr a analýza informací, flexibilita a zpětná vazba revize postupů. Opakem je neefektivní systém prevence, který charakterizují následující znaky: nahodilost, nedefinování cíle, roztržitost, neodbornost, nekoncepčnost, rigidita a nesoustavnost.

## **2.5 Cíle a specifika prevence vybraných sociálních deviací**

Cíle se odvíjejí od typu prevence i konkrétního jevu. Strategie drogové prevence (dle Nešpor, Csémy, Pernicová, 1994) lze rozdělit do dvou hlavních kategorií, a to na snižování nabídky a snižování poptávky. Nejrozšířenější formou je primární prevence a jejím cílem je jak snižování možného vzniku závislosti, tak předcházení škodám, které užívání návykových látek působí. Hlavní zaměření je na jedince, rodinu, školní prostředí, pracovní prostředí, vrstevníky a společnost. Preventivní strategii je nutno zaměřit podle věku. Z obecného hlediska se jako neúčinné jeví zastrašování, citové apely a prosté informování. Naopak jako účinná nabídka lepších alternativ než jsou návykové látky, peer programy, prevence založená

na spolupráci různých složek společnosti, snižování dostupností návykových látek, léčba a mírnění následků.

Prevence sektářství není v současné době dostatečně vytvořena. Převážně v našich podmínkách chybějí kompetentní osoby, orientující se v dané problematice, které by se měly podílet na osvětě. Základním bodem je v primární prevenci zabezpečení smysluplného využití volného času, které stejně jako při jiných sociálně-patologických jevech předchází nebezpečí využití nežádoucího jevu. Přistoupit by se dále mělo ke vzdělávání pedagogických pracovníků, prověřování aktivit nabízených mládeži, které mohou být sektou využity a vytvoření odborného pracoviště zabývajícího se touto problematikou v širších souvislostech (Kraus a kol. 2007).

„Prevence kriminality má ve své podstatě za cíl přecházet kriminálnímu chování, chránit před projevem kriminality a zmírňovat její důsledky. Z obsahového hlediska se dělí na prevenci sociální se zaměřením na sociální faktory. Je zaměřena na pachatele, jeho socializaci a životní podmínky jakožto příčiny páchaní trestné činnosti a aktivity změny těchto podmínek. Protože se jedná spíše o předcházení kriminality, nepracuje se s konkrétními pachateli, jedná se o prevenci nepřímou. Její hlavní zaměření, z důvodu největšího vlivu socializace v období dětství a mládí, je prevence kriminality mládeže. Situační prevence kriminality pracuje s kriminogenními situacemi (situacemi se zvýšenou pravděpodobností trestného činu), příležitostmi a motivacemi k páchaní trestné činnosti. Cílem je zabránit pachateli konat trestný čin z důvodů nevyhovujícího poměru riziko – zisk. Jedná se o strategii přímou, neboť její zaměření je na trestný čin“ (Novotný a kol., 2004, s. 188). Prevence viktimitnosti (viktimologie se zabývá oběťmi trestných činů) se zaměřuje na možné oběti trestné činnosti, předcházení osvětou, informovanosti o současné kriminalitě, vyhýbáním se kriminogenním situacím a možností obrany.

Prevence prostituce je jev značně se prolínající s jinými sociálně patologickými jevy (kriminalita, násilí, drogy,...). Její formy prevence mají svá významná specifika. Jistou důležitou částí je primární prevence, poskytování informací na školách prostřednictvím sexuální výchovy a např. besed o prostituci, praktikách získávání dívek pro tuto práci apod. Dalším bodem je snaha o změnu v sociálním systému společnosti, který mnohdy nedokáže uchránit mladé dívky, chlapce a děti. Ve fázi již aktivní prostituce je pak nejúčinnější formou prevence streetwork, práce sociálních pracovníků přímo na ulici. Spočívá v komunikaci s prostitutky/kami, poskytování jim možnosti zdravotních prohlídek a poradenství. (Kraus a kol. 2007).

U agresivity je základem preventivních programů působení na veřejnost ve smyslu celospolečenského snižování míry tolerance k agresivitě. Při ovlivňování veřejnosti mají významnou roli média, instituce jako škola, úřady, ale i zájmové a kulturní instituce a v neposlední řadě osoby představující pro veřejnost autoritu. Možnosti eliminace již projeveného agresivního chování (tedy prevence na úrovni terciární či sekundární) jsou psychoterapie a farmakologická léčba.

Prevence suicidálního jednání pak má za cíl „oslabit počet a vliv rizikových faktorů a posílit protektivní faktory na straně jedince, rodiny i prostředí, v němž se potenciální sebevrah sdružuje“ (Fischer, Škoda, 2009, s. 80). Na úrovni primární prevence se jedná o podporu duševního zdraví, na sekundární o včasnou intervenci a na úrovni terciární je pak snaha zmírnit následky zabránit recidivě.

## **2.6 Nestátní neziskové organizace a jejich role v prevenci**

Na prevenci sociálně patologických jevů se kromě státních institucí podílejí také nestátní neziskové organizace. To jsou „formálně vzato, občanská sdružení, nadace, nadační fondy, zařízení církví a obecně prospěšné společnosti, které vyvíjejí svou činnost buď ve prospěch svých členů (zájmové činnosti), anebo ve prospěch veřejnosti“ (Čepelka, 2003, s. 15).

Účelem (primárním) nestátních neziskových organizací (dále NNO) je vykonávat veřejně prospěšnou nebo zájmovou činnost. Zisk získaný v průběhu činnosti se opět používá k financování činnosti dané organizace.

Mezi hlavní činnosti NNO z pohledu důležitosti pro tyto aktivity patří poskytování pomoci lidem v nouzi, sociální a zdravotní podpory, pomáhaní jednotlivcům i skupinám v uspokojování jejich potřeb a zájmů (na různých úrovních nezbytnosti), řešení závažných problémů společnosti.

NNO se podílejí na prevenci sociálně patologických jevů, a to na primární, sekundární i terciární úrovni. Občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti apod. vytvářejí programy prevence specifické i nespecifické. Spolupracují se státními organizacemi na realizaci preventivních programů. Značnou mírou se podílejí na preventivních programech škol, to jak v rámci akcí nárazových či krátkodobých, tak v rámci dlouhodobé strategie prevence na školách, kde NNO vytvářejí konkrétní program „ušitý na míru“ dle požadavků a potřeb školy. Přestože nemohou nahradit interní aktivity školy, jejich vzájemná provázanost

může vytvořit optimální cestu k efektivní preventivní strategii. NNO spolupracují také s probační a mediační službou ČR při reintegraci pachatelů do společnosti, jejich resocializaci, v předcházení recidivnímu jednání či jiné kriminální činnosti.

V praxi tak NNO nabízejí širokou škálu možných programů dlouhodobého i krátkodobého charakteru, různě tematicky zaměřených. Na úrovni primární prevence se může jednat např. o prožitkové programy, a to preventivní, které slouží k monitorování vztahů ve třídě; intervenční, kdy je již známo, že „problém“ existuje a přímo s ním se pracuje; adaptační pro vzájemné seznámení třídy; tematické a tedy zaměřené na vybrané téma např. drogové závislosti nebo šikanu. Jinými možnostmi jsou besedy pro rodiče nebo proškolení pracovníků škol na vybrané téma. Na úrovni sekundární a terciární prevence NNO otvírají nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, kontaktní centra, realizují terénní programy, motivační kurzy, skupinová poradenství a další.



### 3 Péče o osoby s poruchami chování v České republice

V této kapitole se budu věnovat nejprve historickému nástinu přístupu k péči o mravně narušené. Další část budu věnovat současnému školskému systému péče o osoby s poruchami chování v České republice.

#### 3.1 Stručný historický nástin přístupu k péči o mravně narušené jedince

Názor na možnosti výchovy, úpravy projevů a vůbec péči o mravně narušené jedince se měnil v korelaci s vývojem společnosti, myšlení a vědomí a hlavně podle názorů těch, kdo měli možnost mocenského uplatnění.

Charakteristické stupně v péči o jedince s poruchami chování:

- **represe** – hlavně v období počátků vývoje společnosti, defektní jedinci byli ze společnosti vylučováni – likvidace = u jiných postižení ihned po narození, v etopedickém slova smyslu až po projevu. Segregace = vyloučení (např. vyhnanství).
- **rehabilitace** – hlavně od 15. století (Itálie), pak celá Evropa. Projevovaly se snahy zapojit mravně narušené jedince do pracovního procesu s cílem získat zisk. Mízí represe, objevují se snahy o výchovu (převýchovu) – vliv dobročinných spolků a reformátorských osobností.
- **prevence** – vychází z principu, že lepší je zamezit a předejít, nežli následně odstraňovat. Objevuje se poradenská péče, vznikají příslušné instituce.

V historii péče o mravně narušené jedince je stěžejním znakem problematika používaných trestů – dvojí směr: a) jako represe

b) trest jako výchovný prostředek

#### Péče o obtížně vychovatelné v našich zemích

Ve 40. letech 19. století u nás vznikají první spolky, které působí na poli převýchovy. Roku 1841 byl založen „Spolek pro blaho nuzných dívek“ v Praze, „Spolek paní sv. Ludmily“, roku 1847 vzniká „Moravsko-slezský ochranný spolek“ v Brně.

K významným pedagogům patřil Leopold Pek, ředitel vychovatelný v Říčanech, velký odpůrce tělesných trestů, dále Jaroslav Doležal (v ústavu modifikoval rodinné poměry), Josef Zeman (zakladatel časopisu „Úchylná mládež“).

Výrazně vynikl Alois Zikmund, ředitel Zemské vychovatelny (původně polepšovny) v Opatovicích (ústav zanikl v roce 1947 a byl přemístěn do Králík). Zavedl podmíněčné propouštění chovanců (teprve po dvacátém roce věku definitivně). Provedl třídění mravně narušené mládeže do tří skupin:

- mládež mravně ohrožená – hlavně prostředím, kde vyrůstá
- mládež mravně narušená – chápal jako vybočení
- mládež mravně vadná
  - s pasivní reakcí: žebráci, povaleči
  - s aktivní reakcí: agresivní

Rozlišoval dvě základní příčiny mravní poruchy: endogenní = vlohy, dědičnost a exogenní = okolí, dysfunkční rodiny. Kladl velký důraz na vliv osobnosti vychovatele (autorita, erudice,...). Věnoval se řešení konfliktních situací – doporučoval využívání modelových situací. Chtěl vytvořit ucelený výchovný systém, prosazoval využívání pedagogických, psychologických a sociologických zásad, čerpal z kriminologie. Přeceňoval možnosti psychoanalýzy a tělesných trestů a navrhoval oddělení rozumově postižených v převýchově.

Mezi světovými válkami byla ve vztahu k dané oblasti přijata i některá legislativní opatření: v roce 1931 byl vydán Zákon o trestním soudnictví nad mládeží, který stanovil trestní odpovědnost od 14 let, zavedl pojem ochranná výchova ve spojení s výkonem ve výchovně či léčebně, změnil název polepšovna na zemskou výchovnu.

Po druhé světové válce dochází k rozvoji speciálního školství, včetně etopedické oblasti, jsou zrušeny spolky pečující o mravně narušenou mládež, úlohu komplexní péče převzal stát (zákon č. 48/1949 Sb.).

### **Vybrané ústavy pro obtížně vychovatelné u nás podle Slomka**

- Vychovatelna Jednoty pro blahu mladistvých káránců – Dobrý pastýř – Praha (založena byla v roce 1839) – od roku 1904 sídlí v Lublaňské ulici (dnes Diagnostický ústav pro mládež – chlapeci)
- Ochránovna v Brně (Černá Pole) – založena 1847, zrušena 1890
- Vychovatelna pro opuštěnou a zanedbanou mládež v Modletíně (založena 1869)
- Vychovatelna v Libni (založena 1883), organizačně pro chlapce ve věku 8 – 16 let, měla tři oddělení: vyšší – pro malý stupeň narušení, nižší a pak trestní (pro vážné poruchy chování). Šlo o kombinaci ústavní o „otevřené“ péče, byla využívána chovanecká

samospráva, tělesné tresty byly odmítány. Při vychovatelně byla (jako součást) škola. Ústav byl jako celek přemístěn do Kostelce nad Orlicí.

- Dívčí ochrannovna v Černovicích u Tábora (založena 1885) byla situována pro péči o dívky, zařazování bylo prováděno podle žádosti rodičů, obce či jiných institucí. Dnes je zde umístěn Výchovný ústav pro mládež (dívky) s profesní přípravou podle dané struktury. Výrazně se ústav podílí na péči o nezletilé matky ve výkonu ústavní či ochranné výchovy.
- Zemská polepšovna v Novém Jičíně (založena roku 1889). Pro chlapce a dívky ve věku 14 – 18 let české a německé národnosti s kapacitou 250 míst, vlastní školou a řemeslnickými dílnami. Dnes výchovný ústav pro mládež (chlapci) s potřebnou sférou péče po splnění povinné školní docházky.
- Zemská vychovatelná v Kostomlatech pod Milešovkou byla založena původně jako první koedukovaná polepšovna v Čechách, později byly přijímány jen dívky. Bylo zajišťováno jak vzdělávání v rámci školní docházky, tak i přímý praktický (pracovní) výcvik. Dnes je zde umístěn Výchovný ústav pro děti a mládež (dívky) se zabezpečením povinné školní docházky i profesní přípravy.

### **3.2 Systém péče o osoby s poruchami chování v České republice**

Současný školský systém vymezuje ve školství dvě velké oblasti péče o děti s poruchami chování.

#### **3.2.1 Náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a ve školských zařízeních preventivně výchovné péče**

V zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních jsou uvedena tato zařízení:

##### **Diagnostické ústavy**

- plní úkoly diagnostické, výchovné, vzdělávací, terapeutické (v oblasti psychologické, sociální, pedagogické), organizační, metodické a koncepční.
- vnitřně se člení na čtyři pracoviště, v podstatě samostatná oddělení. Jsou to pracoviště diagnostické, výchově vzdělávací, sociální práce a záchytné. Jsou zde zřizovány nejméně tři výchovné skupiny po čtyřech, maximálně šesti klientech

- diagnostický ústav má určenou oblast působnosti – územní obvod. Rozmíst'ování klientů do odpovídajících dětských domovů a výchovných ústavů probíhá na základě komplexního odborného vyšetření

### **Dětské domovy**

- zajišťují výkon ústavní výchovy klientů bez vážnějších poruch chování. Základní organizační jednotkou je koedukovaná rodinná skupina dětí zpravidla různého věku i pohlaví. Struktura, denní řád i systém komunikace, včetně hospodaření se svěřenými prostředky, má za úkol přizpůsobit dětský domov co nejvíce zvyklostem běžné rodiny. Je možné zřídít nejméně dvě, nejvíce šest výchovných skupin, v počtu pět až osm klientů, mělo by se přihlížet k jejich mentální a zdravotní úrovni a sourozeneckým vazbám

### **Dětské domovy se školou**

- Účelem dětského domova se školou je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou mají-li závažné poruchy chování, nebo které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují léčebnou péči, nebo s uloženou ochrannou výchovou, jsou-li nezletilými matkami a jejich děti. Do dětského domova se školou mohou být umíst'ováni děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky.

### **Výchovné ústavy pro mládež**

- výkon ústavní výchovy pro děti zpravidla starší deseti let s vážnými poruchami chování nebo výkon ochranné výchovy zajišťují dětský domov se školou pro klienty do 15 let věku a výchovný ústav pro klienty od 15 let do 18 let, případně do 19 let.
- základní organizační jednotkou ve výchovném ústavu je výchovná skupina, v níž mohou být umístěni klienti různého věku i pohlaví. Výchovná skupina by měla mít pět až osm klientů, opět v návaznosti na jejich mentální úroveň a zdravotní stav nebo na míře obtížnosti výchovného působení
- ve výchovném ústavu lze zřizovat od dvou do šesti takovýchto skupin. Rozpracovává se specifikace a diferenciací těchto ústavů, např. léčebně výchovný ústav pro klienty s drogovou závislostí, výchovný ústav s ochrannou výchovnou péčí apod.

### **Střediska výchovné péče**

- jsou instituce pro výkon preventivně výchovné práce ve školských zařízeních a jsou organizační součástí diagnostických ústavů či výchovných ústavů nebo mohou být zřizována samostatně, v našem školském systému se vyskytují od roku 1991
- úkoly střediska spočívají v rozvíjení komunikace a pozitivních vztahů v rodině, těžiště každodenní práce je situováno do individuální, resp. skupinové práce s klientem či vyděleným souborem klientů

### **3.2.2 Systém školního poradenství**

Ve školách se předpokládá změna v obsahu a organizaci poskytovaných pedagogicko-psychologických služeb. Služby pedagogicko-psychologického poradenství budou zabezpečovat školní poradenská pracoviště, pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče. Ve školách budou postupně zřizována školní poradenská pracoviště, která by měla sloužit poskytování poradenských a konzultačních služeb pro žáky, jejich zákonné zástupce a pedagogy.

#### **Výchovný poradce**

- měl by provádět vyhledávání žáků, kteří potřebují pomoc a jejichž výchova, vzdělávání či psychický a sociální vývoj vyžadují speciální péči. Nedílnou součástí jeho činnosti je kariérové poradenství a spolupráce s učiteli odborných předmětů, kteří se orientují na volbu profese.

#### **Školní psycholog**

- koordinuje pedagogicko-psychologické poradenství na škole. Provádí prevenci školní neúspěšnosti.

#### **Školní speciální pedagog**

- zabývá se přípravou podmínek pro integraci dětí se zdravotním postižením, koordinuje vznik individuálních vzdělávacích programů pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a poskytuje reedukační péči

#### **Školní metodik prevence**

- garantuje tvorbu minimálního preventivního programu a provádění jednotlivých preventivních aktivit

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

- věnuje se komplexní psychologické, speciálně pedagogické a sociální diagnostice, reedukaci a terapiím, orientovaným na zjišťování poruch učení a chování a dalších problémů ve vývoji osobnosti
- koordinují školní metodiky prevence a pracují s rizikovými skupinami žáků

#### **Střediska výchovné péče**

- viz další kapitoly

## 4 Střediska výchovné péče jako instituce

Střediska výchovné péče pro děti a mládež jsou specifickými zařízeními v rámci prevence. Představují z hlediska koncepčního přechod mezi nabídkou ambulantní péče, výchovným poradenstvím a ústavní péčí. Jsou jednou z dalších forem sociálně výchovné pomoci dětem a celé rodině. Střediska výchovné péče rodinnou výchovu doplňují, podporují a korigují.

Odborná práce středisek výchovné péče zahrnuje prvky sociálně pedagogické péče a terapie a má pomoci dítěti a rodině při řešení náročných životních situací. Vyžaduje flexibilní postupy a těsnou součinnost s orgány péče o děti, se školami a zařízeními, v jejichž kompetenci je péče o děti a rodinu.

Střediska výchovné péče mohou vznikat jednak jako typy speciálních výchovných zařízení poskytujících ambulantní výchovnou a poradenskou péči, internátní výchovnou péči, event. jako zařízení kombinovaná. Zároveň mohou být soukromými institucemi, samostatnými státními speciálními školskými zařízeními nebo detašovanými pracovišti již existujících speciálních výchovných zařízení (např. diagnostických a výchovných ústavů).

Ve středisku výchovné péče dochází k jednorázovému, krátkodobému a dlouhodobému vedení klienta. Jednorázovým vedením klienta se rozumí odborná poradenská pomoc poskytnutá dítěti v obtížné životní situaci nebo v životní krizi, kdy ze strany potenciálního klienta není zájem o krátkodobé nebo dlouhodobé vedení ve středisku, popřípadě je mu doporučena péče jiného zařízení. Také konzultace poskytnutá zákonnému zástupci nezletilého klienta (nebo jiné osobě odpovědné za výchovu) v případě výchovných problémů, které nedokáže samostatně vyřešit, se řadí k jednorázovému vedení klienta. Jednorázové vedení probíhá formou osobní nebo telefonické konzultace. O dítěti žádajícím jednorázově konzultaci nebo psychologickou pomoc není vedena samostatná dokumentace, pouze jen o podnětu ke konzultaci, času, délce a způsobu kontaktu proveden záznam v knize denní evidence činností. Jednorázové vedení klienta zahrnuje i konzultace vyžádané klientem, který již ukončil pobyt ve středisku, ale žádá o jednorázovou poradenskou pomoc či psychologickou podporu v náročné životní situaci, při volbě další vzdělávací cesty, při výběru vhodné profesní přípravy apod. Krátkodobým vedením klienta se rozumí odborná činnost s klientem probíhající v oddělení ambulantním, která je ukončena do 2 měsíců od prvního kontaktu, přičemž bylo uskutečněno nejméně 5 návštěv střediska. Dlouhodobým vedením klienta se rozumí poskytování diagnostických, preventivně výchovných a poradenských služeb v oddělení ambulantním, popřípadě celodenním nebo internátním, které trvá celkem

déle než 2 měsíce od první konzultace. Ambulantní oddělení, jak uvádí Slomek (2010, s. 70), „poskytuje klientům výchovně vzdělávací péči v pracovních dnech v rozsahu nejméně 8 hodin denně, poradenskou podporu klientům v tíživých životních situacích, doporučuje na základě výsledků a průběhu dosavadní péče vhodnou další návaznou péči a zařazení klienta do oddělení celodenního či internátního, poskytuje následnou výchovně vzdělávací péči klientům po ukončení pobytu v celodenním nebo internátním oddělení – zpravidla po dobu jednoho roku“. Oddělení celodenní poskytuje klientům souvislou výchově vzdělávací péči a též stravování v pracovních dnech v rozsahu nejméně 8 hodin denně, nejdéle však do 19 hodin. Oddělení internátní poskytuje klientům po dobu jejich pobytu ve středisku nepřetržitou výchovně vzdělávací péči, ubytování a stravování a zajišťuje dohled nad plněním individuálního vzdělávacího plánu.

Diagnostické, preventivně výchovné a poradenské služby, které středisko poskytuje v rámci péče o děti s rizikem poruch chování nebo s již rozvinutými projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji, u kterých není nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova, případně zletilým osobám do ukončení středního vzdělávání se uskutečňují zejména formou:

- poskytování jednorázové poradenské intervence
- individuální činnosti s klientem
- skupinových činností s klienty
- poskytování služeb zákonným zástupcům nezletilého klienta
- spolupráce se školami
- spolupráce se školskými poradenskými zařízeními
- spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí
- spolupráce se zdravotnickými zařízeními a dalšími orgány podílejícími se na prevenci a řešení rizikového chování klientů.

#### **4.1 Právní předpisy výchovné péče**

V následujícím textu uvedu základní právní předpisy, které s činností středisek výchovné péče velmi úzce souvisí:

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů

Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů

Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních

Příkaz ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č. 21/2007 k činnosti středisek výchovné péče

Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti středisek výchovné péče ze dne 29. 6. 2007 (MŠMT č. j. 14 744/2007-24)

Metodický pokyn MŠMT k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance (MŠMT č. j. 14 423/1999-22)

Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví (MŠMT č.j. 10 194/2002-14)

Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, (MŠMT č.j. 20 006/2007-51)

Pedagogové proti drogám – Program preventivních aktivit uplatňovaných ve školách a školských zařízeních (MŠMT 1999)

Volný čas a prevence dětí a mládeže (MŠMT 2002)

## **4.2 Personální zabezpečení středisek výchovné péče**

V souladu se zabezpečením základních činností středisek výchovné péče se (Vocilka, 1996, s. 26) jeví jako nezbytné následující profesionální obsazení:

- vedoucí střediska
- psycholog



- speciální pedagog – etoped
- sociální pracovník

Optimální tým by měl počítat s dalšími specialisty i pomocným pedagogickým personálem. Počet jednotlivých pracovníků a jejich pracovní zařazení je v každém zařízení dáno jeho charakteristikou.

### **Pracovní náplň jednotlivých pracovníků středisek výchovné péče:**

#### **Vedoucí střediska**

- koordinuje vztah mezi školou, rodinou, popř. výchovným zařízením a střediskem, zabezpečuje vnější vazby s ostatními zainteresovanými institucemi
- odpovídá za seznámení pracovníků střediska s právními předpisy týkajícími se hygieny a bezpečnosti práce a požární ochrany a pravidelně kontroluje jejich dodržování; nejméně jednou za rok provádí prověrku bezpečnosti práce a požární ochrany
- odpovídá za organizační, obsahovou a odbornou úroveň práce střediska
- koordinuje jednotlivé činnosti tak, aby dítěti byla poskytnuta komplexní péče
- stanoví pracovní náplň pracovníků střediska a časové harmonogramy jejich služeb; personálně zabezpečuje chod střediska (výjezdy speciálních pedagogů na jednotlivá pracoviště, návštěvní hodiny ve středisku, plány návštěv ve školách a školských zařízeních apod.)
- kontroluje jednotné vedení pedagogické dokumentace o dětech a rodinách v péči střediska
- vytváří podmínky pro zvyšování kvalifikace pracovníků střediska
- podílí se na osvětové činnosti střediska a jeho propagaci, navazuje kontakt se sdělovacími prostředky, prosazuje zájmy střediska vůči školským, správním aj. regionálním institucím
- odpovídá za efektivní využívání svěřených materiálních a finančních prostředků
- odpovídá za vytvoření pracovních podmínek pro efektivní práci střediska (předkládá požadavky na prostorové a materiální vybavení střediska)
- svolává a řídí porady střediska
- přímo řídí všechny pedagogické, odborné i nepedagogické pracovníky střediska
- je zodpovědný za dodržování vnitřního řádu střediska
- podílí se na přímé výchovné práci s dětmi
- spolupracuje s dalšími středisky a vytváří koncepci práce pracoviště s výhledem do budoucna (vedle aktuálního programu činnosti by měl vždy existovat i program výhledový).

## **Psycholog**

- provádí komplexní psychologické vyšetření metodami vhodnými pro výchovně ohrožené a narušené děti a mladistvé (při jejich převzetí do péče střediska), orientační psychologické vyšetření v průběhu jejich sledování, vyšetření dle vzniklé potřeby, např. v souvislosti s přechodem sledovaného dítěte do jiné školy či zařízení
- podílí se ve spolupráci s ostatními odborníky střediska na sestavení individuálního výchovného plánu dítěte a doporučuje opatření, která mají zvýšit efektivnost zvolených metod
- zabezpečuje oblast pedagogicko-psychologického poradenství (poskytuje odborné konzultace učitelům i rodičům sledovaných dětí a pomáhá jim při řešení vzniklých výchovných, případně výukových problémů)
- podílí se na přímé výchovné práci s dětmi formou psychoterapeutického působení, využíváním individuálních či skupinových rehabilitačních činností
- vede záznamy o výsledcích psychologických vyšetření a o psychickém vývoji dítěte, své působení zaměřuje na optimalizaci výchovných přístupů a klimatu rodiny)
- v případě existence linky důvěry zabezpečuje společně s dalšími odborníky poradenské služby
- úzce spolupracuje s dalšími odborníky, kterými jsou sledované děti v kontaktu (etoped, pediatr, neurolog, rehabilitační pracovník, sociální pracovník aj.)
- seznamuje se s metodami a postupy psychologů v jiných střediscích a využívá je ve své práci
- trvale si zvyšuje odborný růst (sleduje odbornou literaturu, účastní se kongresů, přednášek a seminářů ke sledované problematice); získané poznatky uplatňuje ve své práci, poradenské a osvětové činnosti.

## **Speciální pedagog – etoped**

- zajišťuje komplexní speciálně pedagogickou diagnostiku s návrhem na opatření na odstranění či zmírnění následků výchovného ohrožení dítěte ve spolupráci s ostatními pracovníky střediska
- ve spolupráci s ostatními pracovníky střediska vypracovává individuální výchovný plán žáků, seznamuje s ním jeho rodiče i ostatní zainteresované pracovníky
- soustřeďuje, třídí a doplňuje dokumentační materiál o dítěti s doporučením další výchovné péče

- spolupracuje s týmem odborníků (psycholog, sociolog, pedopsychiatr aj.) a zpracovává analytickou zprávu o dítěti
- podílí se na terapeutickém vedení dětí formou individuální i skupinové terapie (ve specializovaných a zájmových skupinách)
- zajišťuje ambulantní kontakty střediska s dítětem,
- zpracovává a předkládá vedoucímu střediska návrhy na formy a metody práce s dítětem
- poskytuje odborné konzultace a metodickou pomoc učitelům škol, kam klient střediska dochází
- o své práci vede řádnou pedagogickou dokumentaci
- zastupuje vedoucího střediska v době jeho nepřítomnosti

### **Sociální pracovník**

- provádí depistáž dětí v daném regionu
- navazuje kontakt s rodinami, provádí sociální anamnézu, nabízí a propaguje služby střediska (speciálního pedagoga, psychologa apod.)
- poskytuje konzultace svěřencům, jejich zákonným zástupcům i širšímu okruhu zájemců
- spolupracuje se všemi zainteresovanými zařízeními a institucemi, např. s orgánem sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), policií, školami, soudy, zajišťuje sociálně právní ochranu klientů střediska, podává informace o nárocích rodiny z hlediska péče o postižené dítě, případně pomáhá při jejich vyřizování
- vede evidenci dětí, které jsou v péči střediska nebo touto péčí prošly, průběžně a pravidelně ji kontroluje
- vede administrativu související s činností střediska (eviduje a zakládá korespondenci, zajišťuje ve spolupráci s ostatními pracovníky střediska její vyřízení), vede odbornou knihovnu pro potřeby střediska
- účastní se porad pracovníků střediska a odborných seminářů
- odpovídá vedoucímu střediska za hospodaření se svěřenými finančními prostředky (poštovné, cestovné aj.)
- sleduje nově vydávané vyhlášky a předpisy týkající se sociálních nároků rodiny (přídavky, úlevy aj.) a legislativy v oblasti prevence poruch chování.

### **Učitel**

- provádí vstupní zjištění vědomostí

- v průběhu pobytu ve středisku pomáhá svěřenci dle individuálního výchovného plánu doplnit zameškané učivo (vysvětlení), ověřování úrovně poznatků a dovedností, atd.
- před opětovným nástupem svěřence do školy provádí společně s ním konzultaci v kmenové škole
- po nástupu a docházce svěřence do školy spolupracuje při přípravě na vyučování
- vypracovává podklady (hodnocení svěřenců) pro práci ostatních členů týmu
- v rámci své působnosti vede dokumentaci o žácích
- realizuje styk s kmenovou školou svěřence (společně se sociální pracovníci a vychovateli)

### **Odborný vychovatel**

- provádí vstupní pohovory
- zabezpečuje výchovnou činnost ve skupině svěřenců umístěných ve středisku
- zpracovává průběžně hodnocení svěřenců
- podílí se na práci s rodinou
- podílí se na přípravě jednorázových i dlouhodobějších akcí (jednodenní akce, event. víkendy)
- vykonává své povinnosti na základě rozpisu služeb chodu střediska
- udržuje kontakty se sociálním prostředím svých klientů
- spolupracuje se zúčastněnými institucemi
- účastní se porad, seminářů, školení a pracuje na svém dalším profesním růstu (rozšiřování vzdělání v rámci psychoterapie)
- systematicky doplňuje informace o svěřenci a vede si svou dokumentaci; provádí běžné administrativní práce související s jeho činností
- organizuje dovoz, přípravu a výdej stravy
- zodpovídá za úpravu a čistotu přidělených prostor a místností, včetně inventáře
- v případě útěku svěřenců oznamuje neprodleně tuto skutečnost zákonným zástupcům
- před nástupem a odchodem z práce řádně přebírá a předává službu
- pravidelně každodenně organizuje určitý druh psychoterapie, např. večerní kruh svěřenců a každého klienta hodnotí individuálně
- účastní se pravidelných komunikativních setkání svěřenců v rámci skupinové terapie
- zpracovává a předkládá vedení střediska návrhy na materiální vybavení pracoviště
- zodpovídá za plnění a dodržování vnitřního řádu střediska

### **Pomocný vychovatel**

- v průběhu noční služby zajišťuje dodržování nočního klidu, vykonává pravidelný dohled na ložnicích, dbá na dodržování doby spánku svěřenců a kromě kontrol provádí práce dle pokynů vedoucího střediska
- podávání léků, nápojů a stravy, kontroluje a zaznamenává teplotu, případně poskytuje svěřencům první pomoc a přivolává lékaře
- dle potřeby se účastní porad střediska
- vede svěřence k prohlubování základních pracovních a hygienických návyků, návyků společenského chování, samostatnosti a sebeobslužných dovedností, dohlíží na pořádek v prostorách střediska, kontroluje pořádek v ložnicích

### **Terapeut**

- provádí analýzu vývoje klienta, zjišťuje sociální vlivy, jeho zájmy, sklony a schopnosti
- analyzuje chování z pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického hlediska, zjišťuje příčiny konfliktů a poruch sociální adaptace, narušení emocionálního vývoje a účinek používaných výchovných metod
- úzce spolupracuje se sociální pracovníci, psychologem a pedopsychiatrem
- doporučuje opatření, která z pedagogického hlediska mají zvýšit efektivnost výchovných metod a vést k dosažení změn v chování a jednání klientů
- soustřeďuje, analyzuje a hodnotí dokumentační materiál o klientech, aby plně vystihoval vývoj jejich osobnosti a poruch chování; dokumentaci vede tak, aby se stala východiskem pro určení pedagogicky vhodného přístupu ke klientovi a pro stanovení výchovných metod a opatření pro terapeutickou činnost
- na převýchově klientů se podílí i psychoterapeutickým působením; o výsledcích svých šetření a pozorování vede záznamy a informuje průběžně vedoucího střediska a příslušné spolupracovníky
- poskytuje odbornou pomoc vychovatelům výchovného zařízení
- spolupracuje se sociálním kurátorem pro děti a mládež

## 5 Klienti středisek výchovné péče

Klientelu SVP tvoří děti plnící povinnou školní docházku nebo mladiství připravující se na povolání na střední škole. Výchovné poradenství poskytuje SVP také rodičům nebo zákonným zástupcům dítěte, odbornou metodickou pomoc poskytuje učitelům, výchovným poradcům, školním metodikům prevence a vychovatelům všech typů škol.

První kontakt u nezletilých zpravidla navazují rodiče, kteří se rozhodli buď sami nebo dostali doporučení od školy nebo jiného poradenského zařízení. Klient však může přijít i sám. V úvodním rozhovoru zjišťují pracovníci střediska typ a rozsah poruchy a nabízejí odpovídající formu další péče. Zpravidla je počáteční péče zajišťována ve formě ambulantních kontaktů, dítě může být zařazeno i do skupiny výcviku sociálních dovedností, rodina může docházet na rodinnou terapii. Pokud výsledky ambulantní péče neodpovídají potřebě klienta, je nabízena forma internátního dvouměsíčního pobytu. Během něho je klient v pravidelném kontaktu s rodinou, po absolvování dvoutýdenního adaptačního období může získat i vycházku s rodiči nebo víkendový pobyt v rodině. Rodiče jsou během pobytu účastníky rodičovské skupiny a společně se svými dětmi absolvují i jedno zážitkové víkendové odpoledne. Po skončení pobytu dostávají rodiče závěrečnou zprávu, která obsahuje podrobnou diagnostiku dané poruchy chování, dále výsledky klienta, dosažené v oblasti chování dle určených cílů terapeuticko výchovné péče a následná výchovná doporučení. Během pobytu absolvují klienti školní přípravu podle individuálního učebního plánu sestaveného kmenovou školou žáka.

Klienty Střediska výchovné péče v Plzni jsou, stejně tak jako klienty ostatních středisek výchovné péče, převážně děti s následujícími problémy.

### 5.1 Děti s výchovnými a výukovými problémy

Sem se řadí hlavně klienti s poruchou pozornosti (ADD), případně spojenou s hyperaktivitou (ADHD), lehkou mozkovou dysfunkcí, školní demotivací, děti nerespektující řád a pravidla, neplnící školní a domácí povinnosti, děti s konfliktními vztahy s autoritou.

#### 5.1.1 Syndrom ADHD

Syndrom ADHD představuje poruchy chování projevující se hyperaktivitou, impulzivitou a poruchami pozornosti. V rámci ADHD se rozlišují ještě další pojmy;

ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity; ODD – opoziční chování; ADHD s agresivitou a ADHD bez agresivity.

### Symptomy ADHD:

#### A. Diagnostické znaky poruchy pozornosti

1. Nedokáže dávat pozor na detaily, nebo dělá chyby z nedbalosti ve škole, v domácích pracích nebo jiných aktivitách.
2. Má potíže udržet nepřetržitě pozornost u úkolu nebo při hře.
3. Vypadá, že neposlouchá, i když se mluví přímo na něj.
4. Nedodrží co se mu zadá, není schopno dokončit úkol do školy nebo domácí povinnosti.
5. Dělá mu potíže organizovat si úkoly a činnosti. Vyhýbá, odkládá nebo nemá rádo úkoly, které vyžadují nepřetržitě duševní úsilí.
6. Ztrácí věci, které jsou pro úkoly nebo činnosti nezbytné (tj. hračky, zadání úkolů, tužky, knihy nebo nástroje).
7. Je snadno vyrušeno vnějšími podněty.
8. Je zapomnětlivý.

#### B. Diagnostické znaky hyperaktivity

1. Často si pohrává s rukama nebo nohama, vrtí se na židli.
2. Vyskakuje ze židle ve škole nebo jiných situacích, kde se má sedět.
3. Pobíhá dokola nebo šplhá po věcech v situacích, kdy se nemá (u adolescentů a dospělých nemusí jít přímo o činnosti, ale pocity neklidu).
4. Má potíže si hrát nebo jinak trávit volný čas potichu.
5. Je jakoby *na pochodu*, chová se jako *poháněné motorem*.
6. Často příliš mluví.

#### C. Diagnostické znaky impulzivity

1. Vyhrkne odpověď, ještě dříve než byla dopovězena otázka.
2. Je pro něj těžké čekat, až na něj přijde řada při hře nebo v kolektivu.
3. Přerušuje ostatní a skáče jim do řeči.

### **5.1.2 Syndrom LMD**

Za významný etiologický faktor deficitů dílčích funkcí a následně specifických poruch učení se dříve (přibližně od poloviny šedesátých let 20. st.) uváděla lehká mozková dysfunkce (LMD). Jde o malá mozková poškození, buďto v období prenatálním (před porodem), perinatálním (během porodu) nebo postnatálním (zhruba do dvou let po porodu).

Matějček, Z. (Šafrová, A., in Pipeková, J. a kol., 1998, s. 86) popisuje nejčastější příznaky LMD, jak se projevují v chování dítěte ve škole:

- nápadně nerovnoměrný vývoj jednotlivých mentálních funkcí;
- zvýšená pohyblivost a neklid;
- nesoustředěnost a těkavost;
- impulzivita a překotnost reakcí;
- nápadné výkyvy nálad a duševní výkonnosti;
- tělesná neobratnost;
- poruchy a nápadné nedostatky ve vnímání a představivosti.

Pojem LMD byl velmi rozšířený k označení skupiny jedinců s obtížemi v chování a učení. V současnosti nejsou lehké mozkové dysfunkce zařazeny do mezinárodní klasifikace nemocí.

U dítěte je vhodné podporovat celou jeho osobnost i sociální prostředí, zaměřit se na hlavní symptomy poruchy, doporučuje se také dieta (strava bez barviv).

Nezbytné je posílení rodičovské jistoty vůči dítěti, posílení rodinného systému, vhodný je poradenský rozhovor s videozáznamem, rodičovské skupiny a rodinná terapie.

Pro učitele je důležitý pedagogický optimismus, partnerský vztah k rodičům a otevřeně mluvit o poruše.

Pro děti jsou důležitá pravidla (jasně definovaná pravidla, pravidelné procedury, organizace školní práce), prostředí s málo podněty a svépomocné postupy např. monitorování (sledování sebe sama), kdy dítě zaznamenává své projevy LMD, např. skákání do řeči. Je důležité cvičit sociální dovednosti (učit se chovat v určité situaci) a umění komunikace (pravidla mezilidské komunikace).

## **5.2 Děti s osobnostními a psychickými problémy**

Do této skupiny patří úzkostné a bojácné děti, dále ty, které se staly obětí šikany nebo byly agresory, děti s disharmonickým vývojem osobnosti, problémovými osobnostními rysy, sníženými seberegulačními vlastnostmi, sníženou osobní odpovědností, snadno ovlivnitelné děti, děti se sníženým sebevědomím, narušeným citovým vývojem, apatické, rezignující před každým úkolem apod.

U dětí s disharmonickým vývojem osobnosti dochází k nesouladnému, nevyváženému vývoji jednotlivých složek, např. osobnosti, závadám a poruchám v oblasti chování



a prožívání, sociální interakce a komunikace. Disharmonický vývoj provází temperamentové zvláštnosti, zvláštnosti v chování, labilita, obvykle bez postižení v intelektové složce – obvykle jen nerovnoměrný vývoj intelektu.

### **5.3 Děti z problematického rodinného prostředí**

Sem se řadí děti s citovou, případně sociální deprivací, nízkou sociokulturní úrovní rodiny, děti pocházející z rodin s problematickými rodinnými vztahy, děti z rozvedených manželství anebo rodin s novým partnerem, s novými sourozenci, kde nedošlo k uspokojivé adaptaci na změněnou situaci, děti z adoptivních nebo pěstounských rodin.

### **5.4 Děti s počínajícími příznaky asociálního případně antisociálního chování**

V této skupině jsou děti, které se dopustily závažnějších přečinů, kde však nedošlo k výraznějšímu porušení společenských hodnot. Patří sem i dětské útky z domova, toulavost, záškoláctví, sebepoškozování, konzumace alkoholu, negativismus v jednání s lidmi, výraznější projevy agresivity, drobné krádeže, počínající náznaky vandalství případně výtržnictví.

#### **5.4.1 Záškoláctví**

Problém záškoláctví patří v současnosti mezi jedny z nejvýznamnějších problémů ve školství. Záškoláctví je nejklasičtější asociální poruchou u dětí, kdy se jedná o absenci ve škole bez řádného omluvení rodiči či lékařem. Pravidla pro omlouvání absence ve školních řádech vycházejí z příslušného Metodického pokynu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), vydaného pod č.j. 10 194/2002 – 14 „k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví“.

Záškoláctví se dopouštějí jedinci, kteří neplní nebo nejsou schopni plnit školní povinnosti a dostávají se do stresujících situací (i ze strachu z potrestání rodiči). Patří sem i skupina dětí, které škola prostě nebaví. Rozlišuje se záškoláctví, které má impulzivní charakter a záškoláctví účelové, plánované. Vágnerová (2005, s. 163) dělí záškoláctví takto:

- **impulzivní** - dítě předem neplánuje, že nepůjde do školy, ale reaguje náhle, nepromyšleně nebo odejde v průběhu vyučování. 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, co by mělo dělat.
- **účelové, plánované** - 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.

„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.“ (Vágnerová, 2005, s. 135). Podněty pro práci vychovatele s dítětem, které chodí za školu:

- zjistit důvody – vztah k vychovateli, dětem, vliv party vrstevníků, přetíženost apod.,
- pokud je zapotřebí, snížit očekávání na výkon dítěte, rozložit učební zátěž,
- častěji kontaktovat rodiče a domlouvat společný postup na osobních schůzkách,
- pokud rodiče záškoláctví kryjí, domluvit se s lékařem a od rodičů vyžadovat omluvenky pouze na základě lékařského potvrzení.

Odstranění příčin může být dlouhodobý proces, který vyžaduje spolupráci všech zúčastněných. Každé dítě je jedinečná osobnost, která má své slabosti. Je nutné je pochopit a přizpůsobit svá očekávání a nároky.

Změny sociálních poměrů odstranily staré příčiny záškoláctví, které spočívaly častěji v sociální oblasti. V minulosti mnohé rodiny (zvláště méně majetné) omezovaly školní docházku svých dětí, protože děti musely, převážně na vesnici, pomáhat při domácích pracích nebo z důvodu nedostatku financí. Dnešní příčiny záškoláctví jsou zcela jiné.

- **negativní vztah ke škole.** Vágnerová (2005) dělí příčiny odporu ke škole do tří skupin:
  - Špatné přizpůsobení školnímu režimu  
projevuje se u nezralého dítěte, které není schopné snášet omezení a podřídit svou činnost ostatním, nerespektuje autoritu.
  - Nechuť ke školní práci  
vyplývá z nízké úrovně rozumových schopností nebo jiných specifických poruch, jako je např. dyslexie nebo vada řeči.
  - Porucha mezilidských vztahů  
ve škole, kde jde buď o špatný vztah k učiteli nebo nepřijetí dětským kolektivem, který může dítě zesměšňovat nebo týrat.

- **vliv rodinného prostředí**

jádro záškoláctví, krádeží a vandalismu je třeba hledat v rodině. Přitom na dítě negativně doléhá jak přehnaná péče a příliš vysoké nároky, tak i nezáměr rodičů o dítě, o školu a školní prospěch.

Opatření ke zlepšení výchovných funkcí rodiny

- Usilovat o efektivnější mezioblastní spolupráci ve všech oblastech péče o děti a o pružnější postupy při řešení výchovných problémů a rozhodování o nápravných opatřeních ve prospěch dítěte.
- Prostřednictvím populárně vzdělávacích pořadů v rozhlase, televizi, článků, propagačních letáků ve škole a u dětských lékařů seznamovat rodiče se zásadami správné výchovné péče a vést je k odpovědnosti za zdravý vývoj dítěte. Poskytovat rodičům informace o obsahu a poslání Úmluvy o právech dítěte a o zákonech vztahujících se k výchově a vzdělávání.
- Zajišťovat jazykovou srozumitelnost.
- Rodičům poskytovat nejen potřebnou pomoc, ale v případě zanedbávání výchovné péče důsledně požadovat na OSPOD, aby vůči nim uplatnila sociálně výchovná opatření.
- Iniciovat vznik školských přestupkových komisí zaměřených výhradně na výchovné problémy a využívat jejich podnětů pro uplatnění § 201 trestního zákoníku (Ohrožování výchovy dítěte) při neplnění výchovných povinností v rodině a podpoře záškoláctví.
- V těsné součinnosti školy, OSPOD a dětského lékaře zintenzivnit pozitivní tlak na rodiče, kteří děti do školy pravidelně neposílají, záškoláctví kryjí, popř. děti zneužívají pro ekonomické aktivity nebo pro činnosti ohrožující jejich mravní vývoj. Za pomoci pediatra sledovat, zda při absenci, která je zdůvodněna nemocí dítěte, je dodržován léčebný postup.

Opatření v oblasti sociální péče

- V souladu s programy sociální prevence (Program sociální prevence a Program prevence kriminality) vyvíjet tlak na zvýšení počtu a práci různých sociálních pracovníků a pracovníků OSPOD a vytvářet tak podmínky pro individuální a dlouhodobou práci s problémovými rodinami a dětmi dopouštějícími se záškoláctví.

Výchovný přístup rodičů záškoláků se odvíjí od vlastní motivace záškoláctví. Uvedu zde základní klíčové postupy obecně platné jak z krátkodobého, tak i dlouhodobého hlediska:

- motivovat dítě k návratu do školy, poskytnout mu maximální oporu a pomoc, nečekat pasivně na spontánní vyřešení situace;
- odstranit příčiny možného záškoláctví ve spolupráci s učiteli a s odborníky;

- tam, kde je v popředí záškoláctví strach a úzkost, zvyšovat u dítěte jeho odolnost vůči zátěži, ocenit dítě, pokud projeví snahu překážky překonat;
- učit dítě žádoucím způsobům chování včetně asertivních reakcí;
- zvažovat výchovné postupy a cíle ve vlastní rodině, zvyšovat citově stabilní atmosféru;
- zamyslet se nad vlastním chováním, eliminovat v něm takové projevy, které může dítě i nevědomě napodobovat;
- analyzovat s dítětem jeho nežádoucí chování a nacvičovat s ním správné reakce;
- všimnout si podezřelých signálů na straně dítěte, které mohou záškoláctví předcházet;
- školní nároky přizpůsobovat možnostem dítěte (např. volit přiměřený typ studia);
- obrátit se včas na odborníky se žádostí o radu, jak dítěti pomoci, pokud se školy bojí, v případě potřeby hledat specializovanou psychologickou péči a volit adekvátní terapeutické postupy

#### 5.4.2 Útěky

„Pro normální dítě je domov místo, kde má své hračky a knížky a kde ho mají rádi ti, na které se současně může spolehnout. V obvyklém případě mu minimálně poskytuje alespoň ochranu před nepohodou, před zimou, před deštěm, před hladem, ale i před tmou, před cizími lidmi, před děsivou opuštěností prázdných ulic, rozlehlých polí a lesů. A za běžných okolností dítě neutíká z domova, či před rodinou a z okruhu svých přátel. Proto je překvapující, že tzv. toulavé dítě se vydává vstříc mnoha nepříjemným věcem. V době, kdy setrvává mimo domov, se většinou nachází ve značné nepohodě, stýká se s podivnými a často nebezpečnými lidmi. Odkázáno samo na sebe může být okolnostmi nuceno se živit drobnými krádežemi.“ (Jedlička, Kořa, 1998, s. 50). Tuláctví je považováno za práh disociálního života.

Útěky a toulání jsou závažnější variantou únikového jednání, v tomto případě z rodinného prostředí. Motivem je často touha po dobrodružství, jindy snaha uniknout výchovným zásahům. Existují různé formy útěků, které mají odlišný projev, ale i různou motivaci.

**Reaktivní, impulsivní útěky** jsou zkratkovitou reakcí na nepříjemnou situaci doma nebo ve škole, kterou dítě jiným způsobem nezvládlo. Smysl takového jednání může být v úniku před negativním prožitkem. Takto motivovaný útek bývá ojedinělý a po vyšetření problému se již neopakuje.

**Plánované a připravované útěky** vyplývají obvykle z chronických problémů a mívají přesný cíl, tj. osobu, ke které dítě uteče a u níž hledá ochranu v subjektivně neúnosné situaci. Dítě se obvykle nechce vrátit a dalo by přednost možnosti zůstat v novém prostředí.

**Opakované útěky** lze považovat za maladaptivní, stereotypní reakci na chronický konflikt. Bývá projevem závažnější odchylky jak v chování rodiny, tak osobnosti dítěte. Je možné se s ním setkat např. v případě nedostatečného citového vztahu rodičů a dítěte, při rozvrácení rodiny a špatné rodinné atmosféře, která dítěti nepřináší nic pozitivního.

**Chorobné útěky** jsou výrazem nějakého onemocnění. Mohou mít ráz impulsivního jednání. Dítě náhle utíká, aniž by předem něco plánovalo a aniž by mělo k útěku nějaký důvod. Takovéto útěky se mohou projevit i u epileptických dětí, které mohou mít na dobu útěku amnézii, nebo u dětí s jiným organickým postižením mozku, nebo u dětí psychotických.

### 5.4.3 Toulání

Toulání je charakteristické dlouhotrvajícím opuštěním domova, které většinou navazuje na útěky a záškoláctví.

Sklon k toulání mohou mít děti, u kterých se projeví odchylky ve vývoji osobnosti trvalejšího rázu, např. psychopatické děti, nebo děti citově chladné na základě vrozené anomální dispozice. Jejich společným rysem je nedostatečnost citové vazby k lidem a určitému zázemí, které buď vůbec neexistuje, nebo je tyto děti nejsou schopny přiměřeným způsobem akceptovat.

Dítě se často toulá samo nebo v partě a jejich činnost bývá obvykle spojena s dalšími závažnějšími adaptačními odchylkami (krádeže, drogy, prostituce).

Ve styku s tuláckým dítětem se na prvním místě vyžaduje důvěra v úspěch výchovy. Do značné míry se jedná o výsledek výchovy a prostředí. Pro dítě je nejdůležitější, zda se nalezne někdo, kdo mu může pomoci najít spolehlivý citový vztah a rozvíjet jeho sebedůvěru a sebeúctu. Důležité jsou klid, jistota a pevnost vedení.

### 5.4.4 Agresivita

Agresivita je chování dítěte, které je zaměřeno proti vrstevníkovi nebo vrstevníkům (někdy také rodičům nebo vychovatelům, učitelům), které se projevuje útočností – útočným jednáním vůči druhému jedinci. Útok má způsobit uspokojení nějaké potřeby útočícího jedince (potřeba obdivu, prvenství ve skupině...).

Jsou rozlišovány čtyři stupně agresivity:

- agrese bez vnějších projevů, probíhá pouze v myšlení dítěte,
- agrese, která se projevívá navenek, např. nadávkou, hrubým slovem, výhrůžkou,

- agrese, která se projevuje destruktivním chováním – bouchnutím dveří, rozbíjením předmětů,
- fyzické napadení druhé osoby.

Agresivitu vyvolává u dítěte nemožnost dosáhnout nebo mít něco, co si velmi přeje. Často to není jen věc, ale je to i touha po ocenění, uznání od druhého. Průvodním znakem u agresivity dítěte je hněv, podrážděnost, provokace, posmívání.

V některých případech se může stát, že se dítě necítí dostatečně sebevědomé, oceňované a chce si tyto vlastnosti dokázat svou agresí. A to je velmi špatně, je zapotřebí, aby dítě už v raném stadiu mělo informaci o svém chování a mělo také návod, jak se zachovat jinak a co udělat se svojí agresivitou.

Agresivitu vyvolává také špatný příklad, který dítě vidí ve svém okolí. Jestliže dítě chce například v předškolním věku nějakou hračku a vezme si ji od druhého dítěte tak, že ho uhodí a hračku mu sebere, je to špatný vzorec chování. Pokud se mu totiž nic nestane, nedostane žádnou odezvu na své chování, může si vytvářet tento špatný vzorec chování.

Jak agresivitu eliminovat u dítěte, které je agresivní:

- je třeba vnímat jeho impulzivitu, jeho temperament, snažit se s tím pracovat
- zkusit plánovitě jeho temperament „vybít“ (např. sportovní aktivity - fotbal, hokej, běh, ...)
- pokud dojde k nějakému agresivnímu chování ze strany tohoto dítěte vůči jinému dítěti, které ještě tuto situaci nedokáže samo zvládnout, je třeba se postavit mezi ně a pomoci jim
- pokud agresivní dítě druhému ublíží, je třeba tomu zamezit a chtít po něm omluvu pro druhé dítě
- dítě se musí naučit, že lepší je přiznat pravdu (i když bude těžká) než lhát
- agresivní dítě má mít možnost nějakým způsobem svůj čin odčinit
- dítě by se mělo zamyslet, jak vyřešit situaci příště jinak
- nevyklučovat dítě z kolektivu

## 5.5 Děti v počátečním stadiu experimentování s drogami

Jde o děti s prvními příznaky kontaktů např. s alkoholem, marihuanou, případně jinými látkami, počínajícími sklony k možné závislosti na hracích automatech, rozvinutějším tabakismem.

Postoj spoločnosti k tomuto patologickému jevu je pomerně tolerantní, což je, jak uvádí Vykopalová (2001) ovlivněno i spotřebním chováním a zájmy obchodu a značnou společenskou uvolněností a benevolencí.

## 6 Diagnostika klientů středisek výchovné péče

K diagnostice klientů středisek výchovné péče se používají diagnostické metody, jako anamnéza, rozhovor, pozorování, dotazník, testové metody, psychoterapeutické metody, sociometrické metody a zjišťování úrovně školních vědomostí.

Diagnostika klienta začíná již prvním setkáním formou vstupního rozhovoru, které vede psycholog střediska výchovné péče. Psychologickou diagnostiku pak po dohodě se zákonnými zástupci či klientem provádí psycholog. Má-li klient vyšetření z jiného zařízení, následuje konzultace s psychologem. Sociální diagnostiku provádí sociální pracovníce. Významnou součástí celé diagnostiky je také zpráva ze školy, které dítě navštěvuje nebo také navštěvovalo.

### 6.1 Anamnéza klienta

V anamnéze je významné zjišťování údajů z minulosti jedince, které mají vztah k poznání osobnosti. Jejím cílem je získání a kategorizace relevantních údajů z minulosti, které pomáhají vysvětlit současný stav.

Anamnéza se snímá metodou řízeného rozhovoru, přičemž příslušný pracovník střediska výchovné péče činí podrobný zápis ihned, v přítomnosti klienta či jeho zákonného zástupce. Nedochozí tak k nepřesnostem a zkreslení. Anamnestické údaje získává nejčastěji psycholog a speciální pedagogové.

Rodinná anamnéza se zaměřuje na údaje o předcích vyšetřované osoby, aby se zachytily i případné hereditární faktory. Jedná se zejména o výskyt specifických poruch učení a chování, odlišný psychosociální vývoj, výskyt psychických poruch nebo závislostí.

Osobní anamnéza se vztahuje bezprostředně na klienta. Podle zdroje informací se rozlišuje:

- autoanamnéza (subjektivní anamnéza) - zdrojem informací je klient sám
- heteroanamnéza (objektivní anamnéza) - informace podávají jiní lidé (zákonní zástupci, učitelé ze školy, lékař).

Oba druhy anamnestických údajů mohou být zatíženy chybami a jsou vystaveny nebezpečí zkreslení, jež může být dáno nepřesností vzpomínky, schopností vybavit si vzpomínku a ochotou tuto vzpomínku sdělit. Je vhodné kombinovat a vzájemně ověřovat



údaje subjektivní a objektivní anamnézy. Psycholog musí odhadnout míru možného zkreslení a filtrovat výpovědi.

V anamnéze se vyskytují data:

- objektivní – věk, dosažené vzdělání
- data subjektivní – „Rodiče měli raději sestru než mě.“

Při získávání anamnézy jsou důležitými faktory důvěra klienta, adekvátní interpersonální kontakt, zaručení diskrétnosti, nepřítomnost dalších osob, porozumění pro problémy klienta. Důležitá je nejen registrace slovní odpovědi, ale i neverbální doprovod výpovědi.

Psychologická anamnéza shrnuje vývoj osobnosti jako celku a zaměřuje se na všechny okolnosti, které vývoj mohly ovlivňovat. Zaměřuje se především na tyto okruhy:

- nukleární rodina
  - úplná či neúplná rodina, počet sourozenců, pořadí mezi nimi, vztah rodičů k dítěti (i k jeho narození), vzájemné vztahy mezi sourozenci, výchovné a emocionální klima v rodině, ekonomické poměry rodiny
- emocionální a intelektuální vývoj
  - míra citových podnětů v dětství (emoční karence), citové odpoutání od nukleární rodiny (vlastní postoj, postoj rodičů, překonávání závislosti). Intelektuální vývoj se zjišťuje již od raného dětství – kdy seděl, chodil, mluvil. Návštěva kolektivního zařízení – jesle, mateřská škola. Prospěch ve škole, oblíbené a neoblíbené předměty, opakování ročníku.
- vývoj sociálních vztahů
  - vztahy souřadné – spolužáci, kamarádi, vztahy nadřízenosti a podřízenosti (k autoritám ve škole, v rodině), vztahy k příslušníkům vlastní rodiny
- vývoj postojů k hodnotám
  - hierarchie hodnot, její postupné formování, záliby a koníčky
- vývoj abnormních, hraničních a patických jevů
  - vývoj abúzu, počátky a průběh abnormálních projevů, jejich etiopatogeneze

Autoanamnéza má ve středisku výchovné péče často formu autobiografie, vlastního životopisu, který je napsán podle daných bodů. Validita tohoto sdělení bývá nízká, zajímavý je výběr témat a to, které události svého života považuje klient za důležité. Životopis zpracovává obvykle klient internátního oddělení v den přijetí, psycholog následně zpracuje vyjádření ke zpracovanému životopisu.

Anamnestické údaje se objektivizují vzájemným srovnáváním dat auto a heteroanamnézy a srovnáním s výsledky jiných psychodiagnostických postupů. Kromě toho

validita anamnestických údajů závisí, jako u ostatních klinických metod, na erudici psychologa a jeho zkušenostech.

## 6.2 Rozhovor s klientem

Metoda rozhovoru patří k nejobtížnějším diagnostickým postupům. Psychologický rozhovor se značně liší od běžného rozhovoru. Jedná se o tzv. královskou disciplínu, protože správně vést interview je nesnadné, neboť pružnost a nezbytnost individualizace nedovoluje postupovat podle předem daného schématu.

Rozhovorem se získávají informace o názorech, postojích, přáních a obavách klienta, informace o jeho vnitřním světě, které neumožní pozorování.

Z hlediska cíle může být rozhovor ve středisku výchovné péče:

- diagnostický
- terapeutický
- anamnestický
- poradenský

Diagnostický rozhovor se dělí z hlediska pružnosti či vázanosti jeho vedení na:

- neřízený
  - klient má volnost ve výběru tématu, rozhovor není předem programován
  - ve Středisku výchovné péče v Plzni probíhá nejčastěji při první návštěvě klienta nebo jeho zákonného zástupce
- řízený
  - jedná se o řízené a organizované získávání informací o klientovi, o jeho osobnosti
  - ve středisku výchovné péče se nejčastěji používá částečně standardizovaný rozhovor, kdy záměr a cíl rozhovoru je pevně stanoven, avšak uvolňuje se poněkud taktika jeho vedení. Není nutné dodržovat pořadí a formulaci otázek, je však nezbytné dotknout se všech předem stanovených oblastí
  - při každodenní práci s klienty internátního oddělení se ve středisku výchovné péče často užívá volný rozhovor, který směřuje ke konkrétnímu cíli, cesty a prostředky k jeho dosažení nejsou předem stanoveny

Každý rozhovor by měl obsahovat následující fáze:

- úvodní fáze – navázání kontaktu
  - důležitá je optimální atmosféra, která pomůže odstranit nedůvěru a trému, umožní klientovi, aby se uvolnil
  - má charakter neřízeného rozhovoru, klient odhalí své vyjadřovací schopnosti
  - ve středisku výchovné péče probíhají rozhovory v pracovně psychologa či speciálního pedagoga, ve které klienti nejsou ničím rušeni
- jádro rozhovoru
  - hlavním cílem je získat maximum diagnostických informací. Používají se následující postupy:
    - postupuje se od obecnějších problémů ke konkrétním údajům
    - vychází se z jednotlivostí a klient se vede postupně k obecnějším výpovědím
    - od běžných a méně osobních údajů se přechází k více intimním tématům
    - diagnosticky relevantní otázky se prokládají více položkami, které nemají emocionální náboj a na které klient odpovídá bez rozpaků nebo obranných mechanismů
- závěr rozhovoru
  - v průběhu rozhovoru mohlo dojít k emočnímu napětí vlivem probírání některých témat. V závěru se uvolňuje tenze – jde o to, aby klient neodcházel s pocitem, že z něj byly informace „tahány“, případně aby byl naladěný na další spolupráci. Ukončení rozhovoru s hovornými klienty vyžaduje takt a sociální dovednosti.

Mezi techniky vedení rozhovoru, které slouží k navázání a udržení kontaktu s klientem, k získání důvěry a pomáhají udržovat správný průběh interview, patří:

- technika kladení otázek
  - otázky slouží k získávání diagnostického materiálu. Důležité jsou souvislejší odpovědi. Smyslem psychologického rozhovoru je shromáždit co nejvíce faktických údajů, interpretaci provádí psycholog. Cenné jsou otázky typu „jak“.
  - typy otázek:
    - přímé – dotazují se na konkrétní věc přímo („Bojíš se tmy?“)
    - nepřímé – ptají se opisem, k jádru věci se přiblíží oklikou („Co děláš, když je tma?“)
    - projektivní – vycházejí z principu identifikace klienta s jinými lidmi, do nichž projikují své postoje, názory apod. („Myslíš si, že se děti bojí tmy?“)

- technika jednoduché akceptace
  - jde o vyjadřování toho, že klienta posloucháme, bereme na vědomí. Kromě verbálního přitakávání se používá i mimických a pantomimických projevů. Technika ubezpečuje klienta, že je mu věnována pozornost. Má proto motivační charakter.
- technika zachycení a objasnění
  - zachycuje se podtext toho, co bylo řečeno a objasňují se pocity a skryté úmysly. Objasnění musí být podáno taktně a nepřímě, aby neodrazovalo od dalších výpovědí, případně nevyvolávalo konflikty. „Ten náš chlapec je nešikovný.“ – objasnění: „Myslíte si, že je spíše studijní typ?“
- technika parafrázování
  - v parafrázi se opakuje část odpovědi klienta. Technika slouží k udržování hovoru na živé a spontánní úrovni. „Hádáme se s manželkou každodenně“ – parafráze: „Vaše manželství nemá tedy mnoho klidných chvil.“
- technika interpretace
  - interpretace je často spojena s následným objasněním. Je vhodné ji podávat, až když je klient pro její přijetí připraven. „Moje žena se hádá s mojí matkou. Mám ženu rád, ale nerad vidím, když ubližuje mé matce.“ – Interpretace: „Domnívám se, že máte silnější vztah k matce.“
- technika ujištění
  - ujištění pomáhá odstranit zábrany, skýtá povzbuzení a oporu. „Není vaší vinou, že se syn dostal do této situace, zkuste mi však o tom povědět více.“
- technika používání pomlky
  - chvíle ticha jsou důležitou součástí rozhovoru. Začátečníci se jich často bojí, mají pocit, že působí nejistě, pokud hovor není nepřerušovaný. Pauza poskytuje oběma hovořícím možnost domyslet a zvážit to, co bylo vysloveno, umožňuje vybavit si vzpomínku nebo formulovat otázku či odpověď. Někdy se používá delšího ticha jako momentu, který provokuje produkci klienta.

Rozhovor sloužící jako úvod psychologického vyšetření (vstupní rozhovor) bývá kratší (do 15 minut), vlastní psychodiagnostické interview nemá přesahovat 45 minut. Zaměřuje se buď na zmapování osobnosti, nebo se orientuje na hlubší rozbor určitého problému.

Záznam obsahu rozhovoru lze dělat během jeho trvání, případně po jeho skončení. Mnoho zápisů během interview působí rušivě na klienta a trpí tím i plynulost rozhovoru.

Pokud je záznam činěn až po ukončení rozhovoru, může dojít k nepřesnostem a neúplnosti záznamu. Ve středisku výchovné péče se proto obvykle během rozhovoru zapisují nejn nutnější údaje formou stručných poznámek a po ukončení kontaktu s klientem se pořídí podrobný záznam.

Validita rozhovoru je značně kolísavá. Závisí na osobě examinátora a na jeho zkušenostech i na přesnosti záznamu. Dále závisí na vlastnostech klienta (věk, upřímnost, inteligence) a na tématu rozhovoru.

Spolehlivost interview souvisí také s ochotou klienta hovořit pravdu a se schopností jí sdělovat, s úrovní paměti i s tématem rozhovoru.

### 6.3 Pozorování klienta

Aby pozorování splňovalo podmínky exaktní diagnostické metody, je třeba aby byly dodržovány následující zásady:

- plánovitosti
  - dopředu je stanoven plán, obsah a postup pozorování
- systematičnosti
  - pozorování probíhá soustavně, dlouhodobě, v přesně určených časových proporcích
- přesnosti a objektivity
  - musí být vymezeno kritérium posuzování, způsob registrace, nezávislost na osobě pozorovatele

Pozorování může být v psychodiagnostice použito dvojím způsobem:

- pozorování chování klienta během psychologického vyšetření
  - jde o to, jak klient reaguje na zadávání úkolů, na obtíže při jejich plnění, jak jej ovlivňuje úspěch a neúspěch atd. Každý psychologický nále z by měl obsahovat i popis chování vyšetřované osoby, např. mimiku, pantomimiku, řečové projevy atd.
- pozorování jako samostatná diagnostická metoda
  - ve středisku výchovné péče provádí pozorování klientů internátního oddělení zejména vychovatelé, kteří mají možnost sledovat jejich chování k ostatním klientům, přístup k práci a reakce na různé události.

Pozorování je vždy ohroženo jistou subjektivností. Je proto vhodnější pracovat v týmu. Jako každá metoda, má i pozorování své přednosti a své nedostatky. Pozorování je komplexnější vyšetřovací metoda než testy, je vhodná pro individuální práci a může

zkušenému a zacvičenému pozorovateli poskytnout mnoho informací o klientovi, které by bylo jinak obtížné získat. Nelze podcenit i to, že k pozorování nejsou třeba žádné pomůcky. Je to nejpřirozenější diagnostická metoda.

Pozorování však omezuje přítomnost, je možné spolehlivě zachytit jen vnější vzhled a chování doprovázené verbálními a motorickými projevy. Nelze pozorovat city, jen jejich projevy, nelze zjistit inteligenci, ale způsob řešení problémů. Proto při interpretaci byť správně odpozorovaných dat lze konečný výsledek zkreslit.

## 7 Pedagogická dokumentace středisek výchovné péče

Pedagogická dokumentace středisek (Vocilka, 1996, s. 34) není jednotná ani legislativně podložená. V současnosti si každé středisko vede rozdílnou pedagogickou dokumentaci, která vychází především ze zaměření střediska na poskytované služby.

Podle metodického pokynu dokumentace o klientovi střediska výchovné péče (osobní dokumentace dětí) obsahuje zejména: osobní a anamnestické údaje, individuální výchovný plán, výsledky psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky a další podklady, na základě kterých byl tento plán zpracován, změny v individuálním výchovném plánu, ke kterým v průběhu poskytování péče došlo, a důvody těchto změn, smlouvy s klientem a jeho zákonnými zástupci, záznamy o jednáních (se školou, školským, zdravotnickým aj. zařízením, orgánem sociálně právní ochrany dětí, policií a soudy), která se týkala klienta, závěrečnou zprávu a veškeré podklady, na základě kterých byla závěrečná zpráva zpracována.

Informace o klientovi nesmí být poskytnuty třetí osobě bez předchozího souhlasu klienta, resp. jeho zákonného zástupce.

Bez souhlasu zákonného zástupce jsou podávány informace o nezletilém klientovi pouze zdravotnickým pracovníkům v případě nutnosti poskytnutí neodkladné zdravotní péče, dále pak v případech stanovených zvláštními právními předpisy.

Ředitel (vedoucí) střediska oznamuje OSPOD skutečnosti týkající se závažného ohrožení tělesného či duševního zdraví klienta sociálně patologickými jevy v případě, že trvají takovou dobu, nebo nabyly takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují, nebo mohou ovlivnit vývoj klienta.

V případě důvodného podezření z trestného činu týrání svěřené osoby podle § 198 trestního zákoníku páchaného na klientovi má ředitel střediska zákonnou povinnost věc oznámit Policii ČR, případně místně příslušnému státnímu zastupitelství. Neoznámení je podle § 368 trestního zákoníku trestným činem. V případě důvodného podezření z trestného činu pohlavního zneužití podle § 187 trestního zákoníku páchaného na klientovi má pedagogický pracovník, který informaci vedoucí k podezření zjistil, zákonnou povinnost věc přikazít (zpravidla ve spolupráci s OSPOD), nebo oznámit prostřednictvím ředitele (vedoucího) střediska podezření Policii ČR, případně místně příslušnému státnímu zastupitelství. Nepřekážení trestného činu je podle § 367 trestního zákoníku trestným činem.

## **7.1 Osobní spis klienta**

Osobní spis klienta obsahuje úvodní rozhovor, rozhovor s rodiči, základní anamnestické údaje, školní anamnézu klienta a vyjádření souhlasu rodičů s docházkou dítěte do střediska.

### **7.1.1 Úvodní rozhovor**

Záznam úvodního rozhovoru obsahuje údaje o klientovi; jeho problému a průběhu vzniku (problém s rodiči, vrstevníky, sourozenci,...); předcházejících snahách o řešení problému.

Vstupní rozhovor s rodiči sleduje zejména zájmy dítěte; jaké má dítě kamarády; zda jsou v rodině nějaké závažné starosti, které by mohly mít vliv na chování dítěte; kdo se podílí na výchově dítěte mimo rodičů; zda dítě prodělalo nějaké silnou stresovou událost; zda mají rodiče s dítětem starosti a jak závažné jsou; jaké jsou dobré stránky dítěte; čím dovede dítě rodiče nejvíce rozzlobit; zda jsou si rodiče vědomi něčeho, co by přispělo k nynějšímu chování dítěte; po čem dítě touží; jak je dítě trestáno a odměňováno; jaká je spolupráce rodičů se školou; jaký je vztah dítěte ke škole a školním povinnostem; jestli dítě bylo vyšetřeno v pedagogicko-psychologické poradně, v psychiatrické ambulanci či jiném poradenském zařízení

### **7.1.2 Anamnestické údaje**

Základní anamnestické údaje zahrnují osobní údaje (jméno, narození, bydliště, telefonické spojení); školu, kterou dítě navštěvuje (místo, ročník, třídní učitel); pracovníka příslušného orgánu sociálně právní ochrany dětí a kontakt na něj; osobní údaje o matce a otci (zákonných zástupcích); údaje o sourozencích; výskyt stresových událostí v životě klienta. Nedílnou součástí je i zdravotní anamnéza.

Školní anamnéza klienta se zaměřuje na mateřskou školu a základní školní docházku. Obsahuje údaje o začlenění dítěte do kolektivu; prospěchu, chování; absenci; přeřazení do speciálního školství; integraci dítěte; opakování ročníku; zájmové činnosti dítěte. Zpráva školy by měla obsahovat zejména údaje o přístupu a vztahu klienta k učení; aktivitě při hodinách; reakcích na nezdary; motivaci žáka; schopnosti samostatné práce, domácí přípravě a prospěchovém hodnocení v rámci třídy; známce z chování; problémech o přestávkách; problémech při hodinách; agresivitě; šikaně; postavení v kolektivu; chování k učitelům, porušování školního řádu a jiných problémech. Důležitá je také spolupráce s rodinou



Součástí osobního spisu klienta jsou zprávy z odborných pracovišť (diagnostika pedagogická, psychologická, zdravotní) a sociální diagnostika (provádí sociální pracovnice formou zprávy), návrh na přijetí klienta do péče ambulantního oddělení.

### **7.1.3 Individuální výchovný plán**

Pro každého klienta je vypracován individuální výchovný plán, který vychází ze zakázky klienta, zákonného zástupce. Klient a zákonný zástupce berou na vědomí, že úspěšnost terapeutické péče je závislá na úrovni spolupráce klienta a zákonného zástupce s konzultantem, na plnění zadaných úkolů, které byly při jednotlivých konzultacích uloženy. Individuální výchovný plán obsahuje formy terapeutické péče a plán osobního rozvoje klienta. Formy terapeutické péče tvoří individuální péče o klienta, skupinová terapie, práce s rodinou a výchovná péče pro rodiče. V rámci individuální terapeutické péče využívá SVP v Plzni zejména reedukaci, pedagogické vedení, psychagogické vedení, výchovně terapeutické vedení, terapeutickou péči, péči s psychoterapeutickými prvky a psychoterapii. Součástí skupinové terapie je zejména výcvik sociálních dovedností. Práce s rodinou zahrnuje rodinnou terapii, terapeutické vedení rodiny a poradenské vedení rodičů, zákonných zástupců.

Zaměření individuálního výchovného plánu může být na oblast rodiny a rodinných vztahů; školy, vzdělávání a profiorientace; sociálních vztahů a vrstevnických kontaktů; osobnostní problematiky; kontaktu s návykovými látkami nebo zájmovou činností.

Zaměření na rodinu a rodinné vztahy se týká zejména vztahů nejen mezi rodiči a dětmi, ale i širší rodiny; respektování autority rodičů; vzájemné tolerance; vztahů mezi sourozenci; výchovných stylů v rodině; rodinných hodnot a spolupráce rodičů se školou.

Při zaměření na školu, vzdělávání a profiorientaci se pracuje zejména na zlepšení prospěchu; schopnosti školní přípravy; budoucích cílech; motivace; školní výkonnosti; utváření správného vztahu ke vzdělávání; vnímání záškoláctví jako nežádoucího jevu.

V oblasti sociálních vztahů a vrstevnických kontaktů se pracuje na schopnosti řešit konflikty adekvátní formou; práci s respektem, tolerancí k okolí; posilování pozitivních vztahů k druhým; rozvoji komunikačních schopností; nácviku sebeovládání; výcviku sociálních dovedností; schopnosti přijetí kritiky od druhého; utváření schopnosti zdravého sebepojetí.

Téma osobnostní problematiky zahrnuje pomoc při rozpoznání důvodů svého chování; posilování sebejistoty; zaznamenávání úspěchů; zvyšování frustrační tolerance a jistoty v náročných životních situacích; schopnosti rozhodnout se a uvědomit si důsledky; schopnosti předjímat a předvídat důsledky svého chování; schopnosti dodržovat řád, pravidla.

Při kontaktu klienta s návykovými látkami je nejdůležitější podpora a utváření odpovídajících postojů ke zneužívání návykových látek.

Oblast zájmové činnosti se věnuje zejména podpoře rozvoje zájmů a vhodnému využití volného času.

#### **7.1.4 Záznamový arch**

Záznamový arch klienta slouží k evidenci návštěv ambulantního oddělení. Uvádí se datum, kdo a na jakém problému s klientem pracoval.

#### **7.1.5 Závěrečná zpráva**

Hodnocení klienta v závěrečné zprávě vychází z rekapitulace činností prováděných s klientem v průběhu péče ve středisku. Pedagogický pracovník vychází při hodnocení zejména z pozitivních stránek osobnosti konkrétního jedince, které je třeba srozumitelně označit a dále rozvíjet. Zpráva je formulována jasně a srozumitelně, aby co nejlépe sloužila potřebám klienta, zákonného zástupce nezletilého klienta, případně učitele a dalších odborníků podílejících se na komplexní péči o děti a mládež s rizikem poruch chování či s rozvinutými projevy poruch chování.

Příjemcem závěrečné zprávy je zletilý klient nebo zákonní zástupci nezletilého klienta; závěrečná zpráva musí být tomuto příjemci předána, nebo doručena prokazatelným způsobem. Závěrečná zpráva může být zaslána i dalším orgánům a institucím, pokud s tím zákonný zástupce nezletilého klienta nebo zletilý klient vyjádří písemně souhlas.

Závěrečná zpráva v SVP v Plzni vychází ze vstupní diagnózy a zaměření individuálního výchovného plánu. Závěrečná zpráva má 3 části: diagnostickou, výsledky ambulantní péče a doporučení.

Diagnostická část obsahuje sociální anamnézu; výsledky psychologického vyšetření; speciálně pedagogického vyšetření; charakteristické rysy povahy, chování klienta, vztahy k autoritě a k vrstevníkům; vztahy s rodinou; školní výslednost a zájmovou složku.

Výsledky ambulantní péče charakterizují dosažené změny v oblastech vymezených v individuálním výchovném plánu; motivaci a snahu klienta během ambulantní péče; spolupráci se zákonnými zástupci; co se osvědčilo při práci s klientem.

Poslední část jsou doporučení pro další péči ve středisku, doporučení jiné péče a možnosti dalšího výchovného působení, případně výchovná doporučení pro zákonného zástupce.

## **7.2 Ostatní dokumentace středisek výchovné péče**

Ostatní dokumentace v SVP se vztahuje převážně k celkové práci střediska, jeho režimu a činnosti. Jedná se zejména o roční plán činnosti střediska, rozpracovaný do plánů týdenních a měsíčních; knihu činnosti střediska; denní hlášení; knihu služeb; hodnocení klientů; knihu evidence umístěných klientů; vnitřní řád střediska; knihu zdravotní dokumentace a evidenci úrazů; školní dokumentaci; evidence objednávek na umístění do střediska; zřizovací listinu; organizační řád; personální dokumentace včetně pracovních náplní jednotlivých pracovníků střediska.

# PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se budu věnovat reflexi činností Střediska výchovné péče v Plzni, jeho možnostem v prevenci sociálních deviací.

## 1 Středisko výchovné péče v Plzni

V rámci Plzeňského kraje v současné době působí celkem 2 střediska výchovné péče, a to v Plzni a Domažlicích.

„Středisko výchovné péče v Plzni vzniklo v roce 1996 jako samostatná součást Dětského diagnostického ústavu, střediska výchovné péče, základní školy a školní jídelny, Plzeň, Karlovarská 67, 323 00 Plzeň (dále DDÚ). Do té doby takové zařízení pro Plzeň a okolí neexistovalo. Vznik střediska byl reakcí na aktuální situaci v oblasti práce s dětmi a dospívající mládeží, u kterých se objevily poruchy chování, narušený sociální vývoj, či osobnostní a psychické problémy. Odkládání řešení těchto počínajících poruch přivádělo děti a dospívající v pozdější době do zařízení náhradní rodinné výchovy, a to na základě předchozího soudního rozhodnutí, což často negativně ovlivnilo jejich další život. Středisko v Plzni tedy vzniklo z iniciativy pracovníků DDÚ jako preventivní výchovné zařízení. Dalšími samostatnými pracovišti DDÚ Plzeň jsou Střediska výchovné péče Domažlice a Karlovy Vary. Základní škola má čtyři třídy pro DDÚ a tři třídy v jednotlivých SVP. Školní jídelna zabezpečuje stravování pro DDÚ a SVP Plzeň. Ředitel DDÚ, SVP, ZŠ a ŠJ přímo řídí vedoucí jednotlivých SVP“ ([www.dduplzen.cz/svp\\_plzen.htm](http://www.dduplzen.cz/svp_plzen.htm)).

SVP v Plzni pracuje podle vlastního programu, spojení s diagnostickým ústavem je pouze v rovině personální, materiální a finanční. Rodiče tedy nemusí mít žádné obavy z toho, že kontaktem, který naváže se střediskem, se automaticky dostávají do péče diagnostického ústavu.

„Středisko je dnes moderním etopedickým zařízením s odpovídajícím materiálním i personálním vybavením. Poskytuje péči ve formě ambulantní a internátní“ ([www.dduplzen.cz/svp\\_plzen.htm](http://www.dduplzen.cz/svp_plzen.htm)). Ve středisku pracují 2 speciální pedagogové, psycholog, sociální pracovníce (současně vykonává funkci hospodářky), 2 vychovatelé, 2 asistenti pedagoga, terapeut (pouze na částečný úvazek), etoped (pouze na částečný úvazek), učitel a uklízečka. Protože středisko je státním školským zařízením, většina služeb je poskytována zdarma. Rodiče připlácí pouze v případě, je-li dítěti doporučeno absolvování dvouměsíčního

internátního pobytu. Výše tohoto příspěvku se dle příslušného zákona rovná výši životního minima stanoveného věkem dítěte.

Vedoucí Střediska výchovné péče v Plzni Mgr. Petra Štefflová mne seznámila s činností střediska. Ve středisku výchovné péče jsem absolvoval souvislou praxi k poradenství a asistentkou stáž

## 2 Struktura Střediska výchovné péče v Plzni

Středisko výchovné péče v Plzni poskytuje služby ambulantní péče, internátní pobyty a zajišťuje ostatní služby.

Mezi nejčastější skupiny dětí, kterým středisko výchovné péče pomáhá patří děti s výchovnými a výukovými problémy, děti s osobnostními a psychickými problémy, děti z problematického rodinného prostředí, děti s počínajícími příznaky asociálního případně antisociálního chování, děti v počátečním stadiu experimentování s drogami.

Důvody péče	Ambulantní oddělení	Internátní oddělení
Osobnostní problémy	71	15
Školní problémy	70	24
Prekriminální a kriminální problémy	10	1
Návykové látky	3	0
Rodinné problémy	1	0
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>40</b>

**Tabulka č. 1 – Důvody péče o klienty ambulantního a internátního oddělení SVP v Plzni ve školním roce 2008/2009**

Zdroj: Údaje byly získány ze statistiky SVP v Plzni

### 2.1 Ambulantní péče

Výchovné poradenství v ambulantní péči je zaměřeno na řešení potíží v životě dítěte, poruchy chování, krizové situace; školní, rodinné, výchovné, psychické a osobnostní problémy.

SVP poskytuje informace pro rodiče k prevenci vážných výchovných problémů, užívání návykových látek a projevů asociality. Nabízí bezplatné služby psychologické, etopedické, speciálně pedagogické a terapeutické. Služby poskytuje středisko prostřednictvím jednorázových konzultací pro rodiče, děti i mládež; terapeutického vedení klienta s poruchou chování a dalšími problémy; výcviku sociálních dovedností pro děti mladšího školního věku;

rodinné terapie; kontaktních schůzek s rodiči problémových žáků přímo na školách; individuálních konzultací ve SVP pro učitele, výchovné poradce, sociální pracovníky, rodiče; metodických konzultací ohledně poruch chování pro pedagogy (informační leták „Nabídka služeb“).

Během školního roku ambulantním oddělením „projde“ v průměru 180 – 200 klientů.

## 2.2 Internátní pobyty

Internátní pobyty jsou určeny pro děti ve věku povinné školní docházky s počínajícími poruchami chování, kdy selhávají běžné výchovné postupy v rodině i ve škole. Maximální doba pobytu je dva měsíce, rodiče hradí náklady na stravu a ubytování. Zařazení dítěte na pobyt je prováděno formou dohody mezi rodiči a SVP. Dítě zůstává žákem své školy, výuka ve SVP probíhá podle individuálního učebního plánu (informační leták „Nabídka služeb“).

V současné době je ve SVP v Plzni v rámci internátního oddělení zřízena 1 skupina (max. kapacita 8 klientů). Za školní rok proběhne celkem 5 internátních pobytů, kapacita internátního oddělení, tj. 40 klientů/školní rok, je plně využita.

Škola	Ambulantní oddělení	Internátní oddělení
1. stupeň ZŠ	46	8
2. stupeň ZŠ	103	32
SŠ	6	0
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>40</b>

**Tabulka č. 2 – Počty klientů ambulantního a internátního oddělení SVP v Plzni ve školním roce 2008/2009.**

Zdroj: Údaje byly získány ze statistiky SVP v Plzni

## 2.3 Ostatní nabídka

Středisko výchovné péče v Plzni nabízí i další aktivity, které směřují k prevenci poruch chování. Jedná se například o přednášky a besedy pro rodiče a učitele na téma: „Je

vaše dítě ohroženo šikanou?“, „Šikana a současná škola“; přednášky pro pedagogy: „Možnosti zvládnání agresivního chování u dítěte školního věku“; besedy ve SVP pro žáky zaměřené na problematiku sociálně patologických jevů, spojené s prohlídkou SVP v Plzni; besedy pro učitele ve SVP zaměřené na problematiku poruch chování.



### 3 Organizace výchovně vzdělávacích činností ve Středisku výchovné péče v Plzni

Výchovně vzdělávací činnosti ve středisku výchovné péče je možné podle vnitřního řádu střediska rozdělit na organizaci diagnostických činností, organizaci preventivně výchovných činností, organizaci poradenských činností, organizaci vzdělávání, organizaci prevence sociálně patologických jevů a organizaci zájmových činností v internátním oddělení.

Při organizaci **diagnostických činností** zajišťuje ambulantní oddělení psychologická vyšetření, speciálně pedagogickou a sociální diagnostiku poruch chování a sociálního vývoje. Internátní oddělení v prvních dvou týdnech internátního pobytu upřesňuje diagnostiku poruch chování a sociálního vývoje vychovateli, vyučujícím a speciálním pedagogem. Psycholog provádí psychologická doplňující vyšetření.

Do organizace **preventivně výchovných činností** ambulantního oddělení patří ve smyslu Vyhlášky MŠMT č. 458/2005 Sb. vypracování individuálního výchovného plánu. V rámci tohoto plánu je poskytována odborná péče v délce odpovídající potřebám klienta. V rámci ambulantní péče jsou podle typu poruchy zařazováni klienti dle věku do skupiny výcviku sociálních dovedností, osobnostně sociálního výcviku, kde pracují podle speciálně sestaveného terapeutického programu jeden den v týdnu. Forma rodinné terapie je poskytována podle potřeby klientům a jejich rodičům pod vedením psychologa.

V rámci organizace **poradenských činností** je v ambulantním oddělení poskytováno výchovné poradenství rodičům ambulantních klientů v rozsahu odpovídajícím typu výchovné poruchy. Telefonické a jednorázové intervence jsou poskytovány nepřetržitě v rozsahu pracovní doby ambulantního oddělení speciálním pedagogem. V případě potřeby je další péče nabídnuta v rámci prvního kontaktu. Ostatní poradenské činnosti včetně kariérového poradenství se realizují průběžně. V rámci internátního pobytu jsou organizovány individuální konzultace výchovných postupů rodičů při řešení jednotlivých poruch chování vždy jednou týdně; práce rodičovské skupiny zaměřená na analýzu dosavadních výchovných postupů a následné změny ve výchovném působení rodičů; individuální výchovné poradenství psychologa, speciálního pedagoga zaměřené na pomoc rodičům při řešení psychicky náročných situací v rodině.

Během internátního pobytu plní klienti podmínky **vzdělávání** podle individuálních vzdělávacích plánů, které sestavila kmenová škola po dobu pobytu klienta ve SVP. Práce vyučujícího je zaměřena na plnění cílů jednotlivých etap programu internátního pobytu, a to zejména na změnu vztahu ke vzdělání, zvýšení úrovně sebeodpovědnosti za výsledky školní

práce a na ověření nových možností vyhledávání pozitivního potenciálu klienta při plnění školních povinností. Ve spolupráci s ostatními pedagogickými pracovníky střediska působí vyučující na odstraňování těch poruch chování, které byly předmětem zakázky klienta a jeho zákonného zástupce před nástupem na pobyt. Během pobytu spolupracuje vyučující s kmenovou školou podle individuálních potřeb klienta, zve vyučující kmenové školy k závěrečným konzultacím před návratem klienta do kmenové školy. Během pobytu poskytuje vyučující rodičům průběžné informace v rámci konzultačních dnů.

Prevence sociálně patologických jevů je součástí celoroční nabídky zasílané všem školám ve spádové oblasti střediska. Jedná se zejména o besedy se žáky jako doplněk preventivních programů škol. Středisko se zaměřuje zejména na primární prevenci zneužívání omamných a psychotropních látek (OPL), šikany a gamblingu. Středisko spolupracuje v preventivních aktivitách s dalšími institucemi a organizacemi (K-centrum, Krajský úřad apod.). Během pobytu v internátním oddělení klienti absolvují zpravidla dvě terapeutické skupiny zaměřené na primární prevenci zneužívání OPL, průběžně je ve smyslu primárně preventivním působeno na klienty během dalších činností. Individuálně je pracováno s klienty, u nichž došlo k experimentování s drogou, alkoholem a výraznými kuřáky cigaret. Během pobytu platí zákaz kouření, pití alkoholu a konzumace drog, což klientům umožňuje získat zkušenost, že dokáží v delším časovém úseku abstinovat.

Veškerá zájmová činnost organizovaná během internátního pobytu sleduje naplnění těchto cílů: jejím prostřednictvím pozitivně ovlivňovat klientovu poruchu; umožnit klientovi poznat nové možnosti pro jeho další všestranný rozvoj s ohledem na účelné využívání volného času; poskytnout možnost volby vhodného uvolnění, relaxace a rozšíření poznání o alternativách žádoucího využívání volného času.

## **4 Organizace péče o klienty internátního oddělení ve Středisku výchovné péče v Plzni**

V úvodu kapitoly se budu věnovat zařazení klienta do výchovné skupiny, způsobu stravování klientů internátního oddělení, ubytování klienta, postupu v případě útěku klienta z internátního oddělení a postupu v případě dočasného omezení přerušování výchovně vzdělávací péče ve středisku. Dále se zaměřím na práva a povinnosti klientů při internátním pobytu a práva a povinnosti zákonných zástupců při spolupráci se střediskem. Kapitulu zakončím zajištěním bezpečnosti a ochrany zdraví.

Na základě vyhodnocení průběhu plnění individuálního plánu v rámci ambulantního oddělení může pracovník střediska výchovné péče doporučit zintenzivnění dosavadní péče formou zařazení na pobyt v internátním oddělení. Zákonný zástupce pak podá žádost o přijetí klienta do internátního oddělení. Před přijetím klienta uzavře Středisko výchovné péče v Plzni se zákonným zástupcem smlouvu o přijetí klienta do internátního oddělení. Také sepíše zakázku, ve které zákonný zástupce uvede, co očekává od pobytu ve Středisku výchovné péče v Plzni, co očekává od dítěte při pobytu a co očekává od sebe během pobytu. Zákonný zástupce navrhne změny postojů a výchovných přístupů s cílem přispět k řešení problému dítěte.

Následující kapitoly týkající se organizace péče o klienty internátního oddělení Střediska výchovné péče v Plzni vycházejí z vnitřního řádu střediska.

### **4.1 Zařazení klienta do výchovné skupiny**

V den nástupu na pobyt prochází nejprve klient vstupním filtrem, který zajišťuje sociální pracovnice střediska (kontrola vybavení klienta na pobyt, kontrola dokladu o úhradě za stravování a ubytování, převzetí lékařského posudku o zdravotní způsobilosti k umístění klienta do střediska ne staršího 3 dnů, převzetí písemného vyjádření zletilého klienta nebo v případě nezletilého klienta vyjádření zákonných zástupců o aktuálním zdravotním stavu klienta, převzetí kopie posledního vysvědčení, případně kopie individuálního vzdělávacího plánu, převzetí očkovacího průkazu, průkazu pojištěnce zdravotní pojišťovny, kapesného, lístků MHD nebo Plzeňské karty).

Vstupní pohovor s klientem při nástupu provádí určený pracovník ambulantního oddělení. Po skončení vstupního rozhovoru provede pracovník provádějící rozhovor uvedení klienta do výchovné skupiny. Uvedení do skupiny spočívá především ve vzájemném seznámení nového klienta se zbývajícími členy skupiny. Poté následuje zpravidla seznámení s právy a povinnostmi klientů, Vnitřním řádem SVP, zásadami ochrany zdraví a bezpečnosti při práci, které zpravidla provádí vedoucí SVP nebo jím pověřený pracovník. Se školním řádem seznamuje klienta vyučující SVP.

Ubytování klienta, uložení osobních věcí a seznámení s organizací života ve skupině zajišťuje službu konající vychovatel.

Zadání prvního úkolu – zpracování životopisu podle stanovené osnovy – zajišťuje službu konající pedagogický pracovník střediska, psycholog SVP následně zpracuje vyjádření ke zpracovanému životopisu.

## **4.2 Způsob stravování klientů v internátním oddělení**

Stravování klientů zajišťuje školní jídelna. Jídlo je podáváno 5x denně, u klientů nad 15 let 6x denně. Konzumace stravy se provádí v jídelně určené pro klienty střediska, v případě podávání studené večeře a předchozí svačiny konzumují klienti toto jídlo v určeném prostoru SVP. Vychovatel zodpovídá za dodržení všech hygienických a zdravotních zásad při konzumaci stravy. Celodenně je zajišťován pitný režim.

Pokud je pro klienta na základě lékařského doporučení stanovena dietní strava, dojedná její zajištění ve školní jídelně sociální pracovnice SVP. Odhlášení stravy na následující den je možné vždy do 9:00 h. Způsob náhrady jednotlivých součástí stravy (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře) v případě krátkodobé nepřítomnosti klienta ve středisku (vycházka, víkendový pobyt), případně odečtení této částky z povinné platby zajišťuje sociální pracovnice střediska ve spolupráci s vedoucí školní jídelny.

Jako doplněk stravy mohou mít klienti v určeném prostoru uloženy cukroviny, ovoce a zdraví neškodné nápoje. Jídlo podléhající zkáze nebo potraviny s krátkou dobou trvanlivosti nelze do střediska přinášet. Konzumace jídla, cukrovinek a nápojů v ložnicích není povolena.

### **4.3 Ubytování klienta v internátním oddělení**

Klienti internátního oddělení jsou ubytováni ve dvouúžkových ložnicích, kde mají k dispozici skříň na uložení spodního i vrchního ošacení, hygienických potřeb a dalších drobností, dále mají v ložnici k dispozici noční stolky, stůl a židle.

V ubytovací části je k dispozici odpovídající sociální zařízení.

Ošacení o obuv, které jsou určeny pro pobyt venku, jsou uloženy v šatně klientů v přízemí, zde je rovněž uloženo ve zvláštních taškách oblečení určené pro práci s keramickou hlínou.

Výměna osobního prádla je prováděna rodiči jedenkrát týdně, o výměně je vedena evidence, kterou zajišťuje sociální pracovnice. Použité prádlo a ošacení určené k výměně ukládají klienti ve zvláštní tašce ve skříni v ložnici.

Výměna ložního prádla je prováděna 1x za 14 dnů, výměnu zajišťuje uklízečka střediska ve spolupráci s asistentem pedagoga a sociální pracovnící.

### **4.4 Organizace dne**

Pro klienty internátního oddělení je velice důležitý režim, který velmi často v jejich rodině chybí. Proto veškeré činnosti jsou přesně naplánované a je jim vymezen i čas.

V době školního vyučování je budíček v 6:30 h, následuje ranní cvičení, osobní hygiena a úklid. V 7:15 h klienti odchází na snídani, po které je do 7:55 h ranní komunita. Od 8:00 h do 12:35 h probíhá vyučování. Svačina je v době od 9:35 h do 9:55 h, oběd a relaxace od 12:35 h do 13:30 h.

Do 17:30 následují mimoškolní činnosti. V pondělí je sportovní terapie, v úterý ergoterapie, ve středu jsou návštěvy, čtvrtek je věnován zájmové činnosti a pátek kulturním a poznávacím činnostem a zájmovým aktivitám. Čas na odpolední svačinu je mezi 15:00 h a 15:30 h.

Od 17:30 h do 18:15 h probíhá příprava na vyučování a psaní domácích úkolů. Následuje večere od 18:15 h do 18:45 h, po které probíhá osobní hygiena, úklid a večerní komunita. Od 20:00 h do 20:45 mají klienti vymezen čas na individuální a společné zájmové

činnosti, v pátek a v sobotu až do 21:45 h. Ve 20:45 se klienti připravují na večerku, která je ve 21:00 h, v pátek a v sobotu je příprava až ve 21:45 h a večerka ve 22:00 h.

V sobotu dopoledne jsou návštěvy, individuální práce s klientem a vycházky, po obědě probíhá relaxace, terapeutické techniky zaměřené na zvládnání zátěžových situací, zájmové aktivity, vycházky a víkendové pobyty.

Nedělní dopoledne probíhá ergoterapie (generální úklid), zájmové aktivity a vycházky. Odpoledne klienti tvoří v keramické dílně, následují poznávací a kulturní aktivity nebo vycházky. Podvečer opět patří přípravě na vyučování.

#### **4.5 Postup v případě útěku klienta z internátního oddělení**

Útěkem se rozumí svévolné vzdání klienta z prostoru střediska nebo z činností probíhajících v rámci konkrétního programu mimo budovu a prostor střediska. V případě útěku klienta je službu konající pedagogický pracovník povinen vždy konat tak, aby nebyla ohrožena bezpečnost a zdraví zbývajících klientů.

Útěk klienta oznámí službu konající pedagogický pracovník v nejkratší možné době zákonným zástupcům v případě nezletilého klienta a ti rozhodnou, zda tuto skutečnost oznámí Policii ČR. Uvedený pedagogický pracovník rovněž zajistí, aby útěk klienta byl zákonným zástupcům následně oznámen i písemně. Odeslání tohoto sdělení zaznamená do Knihy denního hlášení. Záznam o útěku provede příslušný pedagogický pracovník na formuláři „Opuštění SVP“ a útěk rovněž zapíše do Knihy denního hlášení a do záznamového archu klienta.

Službu konající pedagogický pracovník je povinen zajistit všechny osobní věci klienta, zhotovit jejich seznam, porovnat se šatním lístkem, rozdílů zaznamenat. Zajištěné osobní věci, ošacení a obuv klienta předá buď osobně nebo ve spolupráci s dalšími pedagogickými pracovníky sociální pracovníci.

Další rozhodnutí o pokračování případné spolupráce s klientem, který utekl, bude učiněno na poradě pedagogických pracovníků, v případě nezletilého klienta po předchozím jednání se zákonnými zástupci.

## **4.6 Postup v případě dočasného omezení nebo přerušování výchovně vzdělávací péče ve středisku**

Výchovně vzdělávací péče o klienty na pobytu může být dočasně přerušena zejména ze zdravotních důvodů (potřeba domácího ošetřování, hospitalizace, nutnost absolvovat speciální lékařské vyšetření apod.). Přerušování pobytu je provedeno na základě zjištění objektivních skutečností (lékařská zpráva, pozvánka k vyšetření). Sociální pracovníce zajistí odhlášení stravy a ve spolupráci s klientem zajistí bezpečné uložení jeho osobních věcí do doby návratu do střediska.

Klient nebo zákonní zástupci v případě nezletilého klienta, oznámí v dostatečném časovém předstihu ukončení domácího ošetřování nebo hospitalizace tak, aby klient měl při návratu zajištěnou stravu.

Přerušování a ukončení péče SVP u klienta v internátním oddělení je vymezeno smlouvou o pobytu.

## **4.7 Práva a povinnosti klienta**

Základní práva klientů jsou určena platnými legislativními normami. Klienti mají právo být hodnoceni podle systému hodnocení, který je uveden ve vnitřním řádu. Klienti mají právo na osobní i písemný kontakt se zákonnými zástupci, tento kontakt se řídí podle dohodnutých pravidel uvedených ve vnitřním řádu. Klienti mají právo spolupodílet se na organizaci života ve SVP prostřednictvím spolusprávy; mají právo být informováni o společenském dění prostřednictvím rozhlasu, televize a denního tisku; mají právo na vlastní světonázorovou orientaci, která není v rozporu s platnou legislativou. Klienti mají dále právo požádat pedagogické a ostatní pracovníky střediska o individuální pomoc při řešení osobních problémů; mají právo na zachování mlčenlivosti pracovníků střediska o jejich osobních a intimních problémech, jestliže se s nimi svěří.

Mezi základní povinnosti klientů patří dodržování vnitřního řádu a povinnost řídit se pokyny pedagogických pracovníků. Ke všem pracovníkům, k ostatním klientům i k dalším osobám, s nimiž přijde do styku v zařízení i mimo něj, je povinen dodržovat pravidla společenského chování. Pracovníkům střediska vyká, oslovuje je pan – paní s připojením názvu funkce nebo příjmení. Mimo zařízení se smí vzdálit jen v doprovodu nebo se souhlasem pedagogického pracovníka.

Klient plně spoluzodpovídá za výsledky, kterých dosáhl během výchovně terapeutické péče, je aktivním účastníkem procesu. Klient je povinen vykonávat v rámci ergoterapie činnosti odpovídající jeho věku, osobním předpokladům a zdravotnímu stavu.

Klient je povinen řádně pečovat o věci určené k jeho potřebě a šetřit veškerý osobní majetek, majetek ostatních klientů a majetek střediska. Každé poškození nebo ztrátu musí klient ihned hlásit službu konajícím pedagogickému pracovníkovi. Úmyslnou škodu způsobenou klientem na majetku zařízení hradí klient nebo zákonní zástupci v případě nezletilého klienta tak, jak je stanoveno ve smlouvě o pobytu.

Klienti dodržují pravidla bezpečnosti, hygieny a nutná zdravotní opatření. Každé onemocnění nebo úraz ihned hlásí svému vychovateli nebo učiteli. Při pracovních činnostech, vycházkách, exkurzích, sportovní a turistické činnosti, návštěvách kulturních zařízení dodržují klienti pravidla, se kterými byli před započítím uvedené činnosti seznámeni službu konajícím pedagogickým pracovníkem. Klienti zachovávají v prostorách zařízení a jeho okolí čistotu a pořádek. Prostory střediska uklízejí denně podle pokynů pedagogických pracovníků a rozpisu služeb. Jednou týdně provádějí společný úklid podle pokynů vychovatelů. Před odchodem ze třídy nebo jiných místností používaných střediskem tyto prostory uklidí.

Klientům je zakázáno ve středisku a při činnostech mimo středisko kouřit, hrát hazardní hry, tetovat se nebo jinak sebepoškozovat, užívat omamné a psychotropní látky a pít alkoholické nápoje. Vnášení alkoholických nápojů, cigaret, OPL a pornografického materiálu do zařízení, utajování a schovávání těchto věcí je hodnoceno v rámci kázeňských opatření a může být i důvodem k ukončení pobytu. Není dovoleno používat oblečení, které by propagovalo nebo jinak upozorňovalo užívání OPL, cigaret a alkoholu, znevažovalo lidskou důstojnost nebo jinak porušovalo zákony a etické normy.

Nezletilým klientům nejsou dovoleny specifické úpravy zevnějšku, ke kterým by nedali souhlas zákonní zástupci. Klient je povinen chovat se tak, by nedocházelo k používání vulgarit, násilí, aby nedocházelo k fyzickým kontaktům nebo psychickému ubližování.

#### **4.8 Systém hodnocení klientů a přijímání výchovných opatření**

Klienti jsou na internátním pobytu hodnoceni každý den 3x; po skončení školní výuky vyučujícím, při večerní komunitě službu konajícím pedagogickým pracovníkem a na ranní komunitě asistentem pedagoga. Hodnocení je prováděno v těchto oblastech: hodnocení denního úkolu, režimové činnosti, spolupráce s dospělými a vrstevníky, školní výuka,



hodnocení večerních, nočních a ranních činností. Každá z uvedených částí hodnocení je samostatně hodnocena počtem bodů v rozmezí -3 až +3. Vymezené terapeutické skupiny jsou hodnoceny samostatně.

Každý den je vyhodnocován nejlepší klient, který dosáhl nejvyšší počet bodů a jeho jméno je zveřejněno na tabuli nejlepších klientů. Klient, který dosáhl nejlepší týdenní hodnocení dva týdny (případně i tři) po sobě, při stále se zvyšujícím celkovém součtu bodů, je odměněn podle systému odměn pro klienty.

Všichni pedagogičtí pracovníci SVP používají odměn a kázeňských opatření vždy po dobrém uvážení a po objektivním a spravedlivém posouzení všech příčin hodnoceného chování. Odměny a kázeňská opatření se udělují jednotlivým klientům.

Za odměnu se považuje pochvala před výchovnou skupinou (uděluje vychovatel, vyučující, vedoucí SVP); pochvala ředitele DDÚ, SVP, ZŠ a ŠJ; prominutí kázeňského opatření, pochvala vedoucí SVP nebo ředitele DDÚ, SVP, ZŠ a ŠJ s písemným záznamem do návrhu na klasifikaci a do záznamových archů.

Za kázeňské opatření se považuje napomenutí; ústní důtka při osobním pohovoru; ústní důtka před výchovnou skupinou (uděluje vychovatel, vyučující); důtka vedoucího SVP s písemným záznamem do návrhu na klasifikaci a do záznamových archů a písemně sdělená rodičům; podmíněčné vyloučení ze SVP, ukončení pobytu ve SVP a možnost omezení čerpání kapesného.

#### **4.9 Kontakt klienta internátního oddělení s rodiči a dalšími osobami**

Osobní kontakt klienta internátního oddělení s rodiči je umožněn 2x v týdnu a to ve středu v době od 15:00 do 16:30 h a v sobotu v době od 9:00 do 12:00 h. Další osobní kontakt je umožněn v době vycházek a víkendových pobytů v sobotu a v neděli, první vycházky se uskutečňují po skončení adaptačního období, tj. po 14 dnech pobytu. Telefonický kontakt klienta s rodiči je možný po dohodě a pouze v závažných případech tak, aby nenarušoval další výchovnou a terapeutickou práci. Písemný kontakt klienta s rodiči není nijak omezen, rodiče pouze sdělí, že budou tento kontakt využívat a stanoví si vlastní podmínky, ze kterých bude zřejmé, že nedochází k nežádoucí korespondenci klienta např. se závadovými osobami apod. Kontakt klienta s dalšími osobami je vymezen okruhem osob, které zákonní zástupci určí v době podpisu smlouvy. Kontakt s dalšími osobami, neuvedenými zákonnými zástupci, je možný pouze v přítomnosti zákonných zástupců.

## 4.10 Práva a povinnosti zákonných zástupců při spolupráci se střediskem

Zákonní zástupci jsou o středisku informováni prostřednictvím pracovníků škol, pedagogicko-psychologické poradny, orgánu sociálně právní ochrany dětí, lékařů pro děti a dorost, pedopsychiatrů a dalších spolupracujících zařízení. Všem těmto zařízením každoročně středisko poskytuje nabídkový list SVP pro daný školní rok a informační leták „Dopis rodičům“.

Při prvním kontaktu se střediskem dostávají rodiče ucelenou informaci o způsobu práce ve středisku i možnostech, které jejich dítě má při spolupráci se střediskem, zároveň jsou informováni o možnostech využití nabídky výchovného poradenství, případně rodinné terapie.

Během péče ve SVP se zákonní zástupci, osoby zodpovědné za výchovu zavazují ke spoluzodpovědnosti za dosažené výsledky prostřednictvím vlastní aktivní spolupráce při nápravě poruch chování, které jsou předmětem zakázky, toto stvrzují podpisem.

Rodiče, jejichž dítě bylo zařazeno do internátního oddělení, dostávají při podpisu smlouvy přehled konzultací s pracovníky SVP, které jsou určeny pro jejich potřebu. Dále jsou rodiče informováni o práci rodičovské skupiny, která je nezbytnou součástí spolupráce rodičů při odstraňování výchovných poruch jejich dítěte. Součástí práce rodičovské skupiny je víkendové odpoledne klientů s rodiči určené pro posílení vazeb mezi dětmi a rodiči. Podle stupně poruchy chování je rodičům dána možnost individuálních konzultací s pracovníky SVP.

O výsledcích, které klient dosahuje během pobytu, jsou rodiče informováni také prostřednictvím bodového hodnocení, jehož výsledky jsou rodičům k dispozici vždy v době návštěv, dále v rámci konzultací v době návštěv a v rámci práce rodičovské skupiny.

Zákonní zástupci jsou povinni provést úhradu za stravování a za ubytování před nástupem klienta na pobyt, z vážných rodinných a finančních důvodů mohou požádat o rozdělení splátek formou splátkového kalendáře. Následující úhrada musí být provedena vždy před uplynutím uhrazené doby. Nedodržení tohoto postupu ze strany zákonných zástupců je důvodem k ukončení pobytu.

Zákonní zástupci dohodnou při podpisu smlouvy o pobytu výši týdenního kapesného, které budou během pobytu svému dítěti poskytovat, při ukončení pobytu klienta internátního pobytu SVP dostávají vyúčtování. Dále zajistí na dobu pobytu jízdenky (případně Plzeňskou kartu) pro městskou hromadnou dopravu, vybaví dítě odpovídajícími školními učebnicemi, sešity a dalšími pomůckami.

Pravidelnou výměnu osobního prádla (případně i vrchního ošacení) zajišťují zákonní zástupci 1x týdně, mají možnost přinášet v době návštěv svému dítěti vhodné a zkáze nepodléhající doplňky stravy (cukroviny, ovoce, pití – kromě energetických nápojů a nápojů obsahujících kofein a chinin).

#### **4.11 Podmínky pro zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví**

Preventivní zdravotní péče o klienty je zajišťována během pobytu průběžně v rozsahu základních zdravotních zásad (vhodné oblečení odpovídající aktuálnímu počasí a ročnímu období, pravidelná hygiena, dodržování zásad životosprávy, rozvrh zaměstnání odpovídající věku a zdravotnímu stavu klientů, přiměřená psychická i fyzická zátěž).

V případě úrazu klienta je službu konajícím pedagogickým pracovníkem poskytnuta bezprostřední pomoc v rozsahu zásad poskytování první pomoci, další pomoc je poskytována podle stupně a charakteru úrazu, zpravidla ve spolupráci se sociální pracovníci SVP, případně zdravotní sestrou DDÚ. Vyžaduje-li úraz odbornou lékařskou péči, zajišťuje ji buď službu konající pedagogický pracovník nebo sociální pracovnice SVP, případně další pracovník, který je k dispozici. Při zajišťování pomoci zraněnému klientovi musí službu konající pracovník dbát na ochranu zdraví a bezpečnost ostatních klientů ve výchovné skupině a musí učinit taková opatření, která zabrání jejich dalšími zranění nebo ohrožení vlastní bezpečnosti. Každý úraz je nutno zaznamenat v Knize úrazů, která je uložena ve výchovatelně. Záznam o úrazu se vyhotovuje vždy, jde-li o úraz, jehož důsledkem byla nepřítomnost klienta ve škole nebo v činnostech organizovaných střediskem v době mimo vyučování. Záznam se vyhotovuje i v případech, kdy nebyla způsobena nepřítomnost klienta, ale je pravděpodobné, že klientovi bude poskytnuta náhrada za bolest a ztížené společenské uplatnění způsobené úrazem.

Pokud klient akutně onemocní (srdeční selhání, bezvědomí, epileptický záchvat apod.) je zajišťována střediskem bezprostřední pomoc prostřednictvím rychlé záchranné služby. Pokud dojde k hospitalizaci klienta, je službu konající pedagogický pracovník povinen zajistit co nejrychleji předání této informace zákonným zástupcům. V Knize denního hlášení zaznamená tento pracovník čas, kdy a komu informaci předal.

Dojde-li v důsledku onemocnění klienta k dlouhodobému přerušování internátního pobytu, dohodnou se zákonní zástupci se střediskem na možnosti další spolupráce.

V případě intoxikace klienta alkoholem nebo jinými návykovými látkami je nutno odpovědně posoudit stupeň ohrožení života klienta a podle toho volit způsob poskytnutí pomoci. V případě bezprostředního ohrožení života klienta je nutno ihned zajistit pomoc prostřednictvím rychlé záchranné služby. V ostatních případech je nutné zajistit bezpečnost klienta (např. předejít udušení zvratky, sebepoškození apod.). Podle stavu klienta rozhodne službu konající pedagogický pracovník o kontaktování zákonných zástupců, případně předání klienta do jejich další péče. Následně je posouzeno, zda spolupráce se střediskem bude pokračovat a v jaké formě a jakým způsobem bude informován příslušný orgán sociálně právní ochrany dětí.

Při vážném sebepoškození klienta nebo při sebevražedném pokusu zajistí službu konající pedagogický pracovník poskytnutí nezbytné první pomoci a následné přivolání rychlé záchranné služby.

Když je klient výrazně agresivní a ohrožuje zdraví a životy jiných nebo vlastní, zváží službu konající pedagogický pracovník, zda je schopen jedince zklidnit, zajistí bezpečnost zbývajících členů skupiny, přivolá pomoc dalších pracovníků, podle stupně agresivity a míry ohrožení rozhodne, zda přivolá rychlou záchrannou službu a Policii ČR. V případě, že byl pedagogický pracovník nucen použít přiměřené způsoby obrany, provede o tom záznam, ve kterém popíše celý průběh zásahu proti agresivnímu jedinci včetně použitých způsobů obrany. Pokud dojde k hospitalizaci klienta, postupuje službu konající pedagogický pracovník stejně jako při akutním onemocnění klienta. Další spolupráce s agresivním klientem se posuzuje na poradě pedagogických pracovníků střediska, jedná-li se o nezletilého klienta, celá záležitost se projedná se zákonnými zástupci, případně s pracovníky sociálně právní ochrany dětí.

#### **4.12 Dokumentace internátního pobytu**

Po nástupu klienta k internátnímu pobytu probíhá nejprve **vstupní rozhovor**, při kterém se zjišťuje aktuální stav klienta, jeho rozpoložení; zda si dokáže představit, co ho čeká; jak se rozloučil s rodiči a ve škole; na čem by chtěl v průběhu pobytu pracovat; jaké má zájmy a kamarády; z čeho má obavy; na co se těší, co by si chtěl zkusit.

Jedním z prvních úkolů klienta je napsání **životopisu** podle zadané osnovy. Klient uvede osobní údaje; milé a nemilé zážitky z dětství; jak prožíval nástup do školy; co se mu ve škole dařilo a co ne; popíše začátek svých problémů; uvede své zájmy, koníčky, trávení volného času; charakterizuje v čem je dobrý a co se mu nedaří; komu se svěřuje; jaké

problémy ho přivádí do střediska; co od pobytu očekává; s čím by chtěl pomoci a jaké má plány do budoucnosti.

Každý klient pracuje v internátním pobytu podle svého **individuálního plánu**, který je rozdělen na tři etapy. Úkoly a jejich plnění sledují vychovatelé, učitel a psycholog

V průběhu pobytu klient tvoří **osobní týdenní plán**, ve kterém si sám ukládá úkoly pro každý den a zaznamenává, co se mu podařilo splnit a co ne.

V případě dobrého chování může klient získat vycházku. Po návratu popíše klient i rodič, co na vycházce dělali jinak a lépe.

**Závěrečná zpráva** z internátního oddělení střediska obsahuje úvodní část, která charakterizuje důvod umístění klienta, popisuje přecházející pobyty (v případě opakovaného pobytu), obsahuje závěrečné resumé, prognózu dalšího vývoje a doporučení forem další výchovné péče. Další součástí závěrečné zprávy je zpráva sociální pracovnice, zpráva z psychologického vyšetření, zpráva vychovatele s výchovnými doporučeními pro rodiče a zpráva vyučujícího.

Zpráva sociální pracovnice charakterizuje rodinné prostředí, zdravotní stav klienta, spolupráci se zákonnými zástupci a doporučení zákonným zástupcům. Charakteristika rodinného prostředí se zaměřuje na popis rodiny, zájmovou činnost, události v rodině, postřehy ze skupin rodičů (výchovný styl, pracovní vytíženost), finanční situaci rodiny a možné rizikové faktory. Zdravotní stav klienta popisuje lékařské kontroly, případnou medikaci, úrazy a jejich řešení. Spolupráce se zákonnými zástupci se zaměřuje na úhradu plateb, využití návštěv ze strany rodiny, uvažované změny ve výchovných přístupech a osobních postojích rodičů, které mají přispět k řešení problémů klienta.

Zpráva vychovatele popisuje důvody přijetí, výsledky v mimoškolní oblasti, co se osvědčilo při odstraňování poruch chování u klienta, možnosti využití zájmové činnosti pro další vývoj klienta, spolupráci rodiny na řešení klientových problémů, prognózu a výchovná opatření pro rodiče.

Zpráva vyučujícího se zaměřuje na zhodnocení stavu vědomostí při nástupu, celkových výsledků školní práce během pobytu, celkové úrovně chování v době vyučování; dále popisuje kázeňská opatření po dobu pobytu; pozitiva, na kterých se dá stavět; zpráva končí doporučeními pro rodiče pro zkvalitnění přípravy na vyučování.

Asi měsíc po ukončení internátního pobytu zasílá SVP v Plzni kmenové škole klienta **dotazník**, ve kterém žádá o posouzení chování žáka po jeho návratu. Škola popíše, zda se chování klienta po jeho návratu zlepšilo nebo ne, jestli se změnil jeho postoj ke školní práci, jaká je spolupráce s rodinou.

## 5 Terapie ve Středisku výchovné péče v Plzni

V ambulanci péči jsou základem individuální terapeutické rozhovory. Jednotlivé konzultace však probíhají v časových odstupech, které nejsou ideální, avšak vzhledem k vytíženosti jednotlivých pracovníků zařízení, nejsou častější konzultace možné. Výhodou internátního pobytu je mimo jiné práce se skupinovou dynamikou, která napomáhá tříbení a pozitivnímu vývoji sociálních postojů.

Po celou dobu kontaktu klienta se střediskem výchovné péče se snaží jeho pracovníci intenzivně pracovat i s jeho rodiči či zákonnými zástupci, případně s celou rodinou. Tato práce je nezbytná pro pozitivní posun v oblasti změn chování klienta, v řešení jeho problémů.

Jak uvádí Mgr. Petra Štefflová (Středisko výchovné péče v Plzni – seznámení se zařízením) pracuje se v oblasti sebehodnocení klienta, dále v oblasti seberegulačních vlastností, hodnotového systému, volného času a jeho náplně, v oblasti vztahové problematiky, včetně práce s ovlivnitelností a schopností rozhodnout se, případně říci „ne“. Nedílnou součástí je režimová terapie. Za jeden ze základních termínů, se kterým intenzivně pracují, se považuje pojem „rozhodnutí“, za další stěžejní považují pak „zodpovědnost“ – právě za svá rozhodnutí. U klientů se velmi často setkávají v počátku s výraznými potížemi v oblasti rozhodování, schopnosti předvídání následků rozhodnutí, prvotního uvědomění si důsledků před vlastní aktivitou. Nezřídka také naráží na problém neschopnosti uvědomit si skutečnost, že „problém, který mám, nemá pouze jedno jediné řešení, ale celou škálu, paletu, a jenom na mně je, jaké řešení si vyberu a rozhodnu se pro ně s plným vědomím důsledků a také s plnou zodpovědností, jež za toto řešení právě já nesu.“ Malými krůčky v terapeutické práci postupují s jednotlivými klienty, dle možností využívají skupinové dynamiky, učí klienta spolupráci, ukazují, že říci si o podporu a radu není ostuda a že neúspěch není tragédie, ale možnost, jak zkusit věc řešit příště jinak – a lépe. Současně intenzivně pracují na podpoře a uvědomění si sebehodnoty, dále na rozvoji seberegulačních vlastností, vůle.

Po celou dobu kontaktu klienta se střediskem výchovné péče se snaží intenzivně pracovat i s jeho rodiči či zákonnými zástupci, případně s celou rodinou. Užívají rozmanitých forem od výchovného poradenství po rodinnou terapii. Tuto práci považují za nezbytně nutnou pro pozitivní posun v oblasti změn chování klienta, v řešení jeho problémů.

Klient získává řadu nových pohledů na možnosti, které má, utváří se nové postoje v rozmanitých oblastech. V modelových situacích dítě – dospívající dostává možnost si vyzkoušet nové dovednosti a ověřit si různá řešení. V terapeutické práci využívají širokou škálu možností – od arteterapeutických technik po behaviorální i logoterapeutické přístupy,

kombinují individuální a skupinovou práci, pracují s rodinou i metodicky vedou v případě potřeby pedagogy. Snaží se o komplexní přístup ke klientovi a jeho rodinnému i širšímu sociálnímu zázemí.

## 5.1 Psychoterapie

Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky. Využívání těchto prostředků je záměrné a plánovité. K psychologickým prostředkům patří slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině. Léčení probíhá individuálně nebo skupinově. Vychází z různých psychologických teorií. Některé z těchto teorií měly i velký vliv na pedagogiku a výchovu. Psychoterapeutické školy se rozdělují na základě teoretických východisek, na jejichž základě rozumějí klientovu problému a dle metod jejich ovlivňování.

Rozdíly jsou v:

- míře direktivnosti - direktivní přístup usměrňuje chování klienta přímými příkazy, jejichž splnění vyžaduje. Nedirektivní přístup zaujímá neutrální postoj, podporuje a povzbuzuje, klient hledá řešení sám.
- zaměření působení - symptomatická terapie se zaměřuje na odstranění příznaků, je krátkodobá. Kauzální terapie odstraňuje příčiny a je časově náročná.
- míře změny osobnosti - podpůrná psychoterapie nemá za cíl změnit osobnost, poskytuje podporu, akceptuje člověka takového, jaký je. Rekonstrukční terapie usiluje o změnu osobnosti.
- míře náhledu klienta na vlastní problémy - náhledová psychoterapie učí porozumění vlastním problémům. Akční je zaměřena na nácvik strategií a dovedností potřebných k řešení problému.
- kvalitě interpersonální dynamiky - individuální psychoterapie je založena na dyadickém vztahu terapeuta a klienta. Skupinová psychoterapie je založená na dynamice skupiny, náhled na vlastní chování prostřednictvím skupiny.

Dynamická, psychoanalytická terapie vychází z předpokladu, že duševní problémy jsou důsledky nevyřešených konfliktů z dětství. Léčba probíhá skrze náhled klienta na své problémy. V dnešní době se již více zaměřuje na momentální problémy a je více direktivní.

Behaviorální terapie je založena na principu učení a podmiňování. Maladaptivní chování je dle nich naučené, lze se naučit nové vzorce, zaměřuje se na aktuální problémy, vhléd není nutný, protože sám o sobě nezmění chování.

Kognitivně-behaviorální terapie věnuje více pozornosti kognitivní složce – tedy tomu, jak klient vnímá své problémy, jak je interpretuje. Využívá metody učení i změny postojů. Terapeut vede klienta k rozpoznání deformace vlastního úsudku. Změna postoje vede ke změně chování.

Humanistická psychoterapie vychází z přirozené potřeby seberealizace a rozvoje. Nemůže-li je člověk rozvíjet, dostaví se duševní poruchy. Důležité je pochopit skutečné potřeby a umožnit rozvoj. Humanistická psychoterapie je nedirektivní, interpretace, ale ne nutně změna. Důležitá je akceptace klienta takového, jaký je.

Psychoterapie je působení, které má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování klienta. Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba. (Kratochvíl, 1998)

Podle Jedličky bývá psychoterapie definována jako metoda záměrného plánovitého upravování psychických procesů osobnosti psychologickými prostředky. Zabývá se nejen neurotickými příznaky, ale i charakterovými poruchami a poruchami chování.

Psychoterapii smí provádět jen odborník mezi klientem a psychoterapeutem jde o vztah vřelosti a důvěry, tento vztah poskytuje klientovi oporu a uklidnění. V této atmosféře se klientovi jeví problémy jako méně ohrožující Terapeut posiluje pozitivní reakce a žádoucí změny klienta. Psychoterapie poskytuje klientovi porozumění jeho potížím.

Program psychoterapeutických sezení mívá tři základní vzájemně se doplňující a na sebe navazující orientace:

1. Biografická – životní příběhy zejména ve vztahu k příčinám problémů
2. Tematická – témata, např. vlastnosti, sociální postoje, sebepojetí, interpersonální vztahy
3. Interakční – analýza vztahů a vzájemných interakcí členů skupiny dává možnost si uvědomit maladaptivní stereotypy chování v meziosobních vztazích, kladné i záporné aspekty vlastních interakcí, v důsledku čehož dochází ke korekci jejich nesprávných vzorců

O účinnosti terapie lze posuzovat dle subjektivního dojmu klienta, jeho blízkých, testů apod. O výsledku terapie rozhoduje zájem, porozumění a podpora.



## 5.2 Druhy psychoterapeutické činnosti

K psychoterapii je možné využít různých činností. V mladším školním věku je základním prostředkem psychoterapeutické práce s dětmi hra. „Úloha terapeuta při hrové psychoterapii je velmi proměnlivá. Zhruba ji lze vymezit jako zpětnovazebné dodávání takových podnětů a prostředků, které dítě pobídnou a umožní mu vyjádřit hrou právě pro ně klíčové problémové momenty jeho života tak, aby je s ním mohl v rámci hry nebo mimo ni terapeuticky zpracovat“ (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 506).

Mezi 8 a 14 lety věku dítěte se jako prostředek psychoterapie nejvíce uplatňuje praktická činnost s daným vnějším cílem. Patří sem např. výtvarné prostředky – dětská kresba a malba, práce s hudbou a rytmem, slovesné výtvořky (pohádky, povídky, říkanky) a dramatický projev.

Jakoukoliv činnost dítěte dle Říčana a Krejčířové zpravidla doprovází rozhovor. Jako hlavní prostředek psychoterapie převládá u dětí od 14 let výše.

Závěrečným krokem psychoterapie je zmobilizovat podpůrné a omezit patologické podmínky v jeho běžném životním prostředí.

## 5.3 Skupinová psychoterapie

Jak uvádí Kratochvíl (1998, s. 16), „skupinová psychoterapie využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny“.

Diskusní skupina je podle Jedličky pedagogická aktivita, jejímž cílem je poskytnout klientům prostřednictvím skupinových rozhovorů užitečné informace, učít je racionálně vnímat a hodnotit nejrůznější životní situace a rozvíjet dovednosti v rozhodovacích procesech. Samotná diskuse ve skupině vytváří prostor pro přijímání odpovědnosti za své projevy chování, vede členy skupiny ke společenské aktivitě a zvyšuje jejich komunikační dovednosti založené na argumentaci. Na základě zpětnovazebních informací může docházet ke korekci postojů a hodnot.

Obsahem činnosti terapeutické skupiny bývá podle Říčana a Krejčířové společenská hra, společná činnost úkolové nebo tvůrčí povahy nebo společný rozhovor se zařazováním pomocných aktivizačních technik.

## 5.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie se zabývá rodinnými problémy a snaží se pomoci je překonat a dosáhnout harmonického neporuchového fungování rodiny. Rodinná terapie pracuje v terapeutických sezeních s celou rodinou a přistupuje ke každému klientovi tak, že na něj pohlíží jako na dílčí součást rodinného systému a v jeho problémech a poruchách hledá souvislosti se současným fungováním jeho rodiny (Kratochvíl, 1998).

Ve Středisku výchovné péče v Plzni probíhá rodinná terapie jak v rámci ambulantního, tak i internátního oddělení. V rámci internátního pobytu klientů je zařazeno pro jejich rodiče (zákonné zástupce) 5 rodinných sezení.

První skupina rodičů probíhá bez přítomnosti dětí v odpoledních hodinách ve stanovený den. Tématem prvního setkání je „rodina“. Začíná se představením jednotlivých účastníků, nejprve pracovníků střediska, pak rodičů. Rodiče zde také seznámí ostatní účastníky s problémem, který se společně se svým dítětem snaží vyřešit. Všichni sedí v kruhu na židlích. V rámci tohoto setkání se zabývají postavením dítěte v rodině; pravidly a řádem, který respektují všichni členové rodiny a způsobem řešení konfliktů v rodině. Rodiče se například zamyslí nad tím, zda jsou schopni reagovat v klidu při řešení problému dítěte, nebo ihned následují tresty; zda přistupují spravedlivě ke všem svým dětem; za co děti kritizují; zda jsou si schopni uvědomit, čím je dítě v poslední době potěšilo. Věnují se také dennímu režimu dětí, používání odměn a trestů, právům a povinnostem dětí. Poslední úvahy směřují k řešení konfliktů v rodině, jejich průběhu a příčinám.

Druhé setkání probíhá obdobně jako první, tématem je „škola, volný čas, zájmové aktivity“. Pozornost se věnuje spolupráci rodiny se školou, nárokům rodičů na výkony dítěte a přípravě dítěte do školy. Rodiče se zamýšlí například nad tím, zda ví, jak jejich dítě tráví volný čas, zda znají jejich kamarády, jak řeší problém kapesného. Závěr setkání patří problematice alkoholu, kouření a dalších návykových látek.

V druhé polovině pobytu probíhá víkendové setkání rodičů a dětí. Odehrává se v sobotu v odpoledních hodinách. Cílem je terapeutická práce s rodinou zaměřená na komunikaci a interakci dítě-rodič; zprostředkování pozitivního kontaktu a náhledu na vzájemný vztah; diagnostika rodinných vazeb a komunikačních prostředků; vyhledávání jiných možností k rozvoji pozitivní atmosféry v rodině. K dosažení těchto cílů slouží psychosociální hry a techniky v párech, v rodině. Setkání začíná přivítáním a představením, všichni se zároveň podepíší na velký arch papíru, který je uprostřed na zemi. První společnou činností je stavění pyramidy z malých polštářků – důležitou roli hraje spolupráce všech

přítomných. Následuje ztvárnění sebe sama – co mě charakterizuje – na papír, svůj výtvar pak každý ukáže ostatním. Pak si píší dopis. Děti mají možnost poslat rodiče na dovolenou a napsat jim tam dopis. Rodiče zase píší dopis z dovolené svému dítěti. Odloučení je však na dlouhou dobu a mají možnost si dopis napsat jen jednou. Dopisy si vzájemně vymění a pak podle svého uvážení můžou nahlas přečíst nebo říci obsah dopisu. Další společnou aktivitou je společná kresba prstovkama bez předchozí domluvy, beze slov. Následují soutěžní disciplíny. První je „ostrov“ – všichni účastníci jsou rozděleni do dvou skupin, každá je na ostrově (arch papíru), který se postupně zmenšuje a mají za úkol se schovat před krokodýlem. V konečné fázi je ale ostrov tak malý, že se na něj všichni ve stoje vedle sebe nevejdou. Druhým úkolem skupiny je zahrát pantomimou pohádku, druhá skupina hádá její název. Třetím úkolem je vytvoření slova z těl jednotlivých účastníků a druhá skupina se slovo snaží přečíst. Po ukončení soutěží si všichni zaváží oči šátkem, ve skupině rodič(e)-dítě, vytváří beze slov výrobek z plastelíny. Pak mají možnost se na svůj výtvar podívat a zhodnotit výsledek a pocity, které při společné práci prožívali. Poslední aktivitou tohoto setkání je obkreslení své ruky, do které mají za úkol napsat, proč si toho druhého váží a proč ho mají rádi. Nakreslené ruce si pak vymění a nahlas přečtou, co je v nich napsáno. Třetí setkání je ukončeno závěrečným „kolečkem“, zhodnocením celého odpoledne.

Čtvrté setkání je opět bez dětí. Týká se změn. Rodiče se snaží navrhnout, co konkrétního mohou změnit ve vztahu k dítěti po jeho návratu domů a zamýšlí se nad tím, co se jim ve výchově dítěte nepodařilo.

Závěrečné setkání je opět společné pro rodiče i děti. Shrnou se změny v chování dítěte dosažené během pobytu v internátním oddělení, zhodnotí se dosažení cílů a všichni se zamyslí nad tím, co ještě zbývá.

## **5.5 Ergoterapie**

Ergoterapie je činnostní léčba, též pracovní terapie. Vychází z předpokladu, že člověk může zlepšit své zdraví a kvalitu života tím, že se aktivně zapojuje do zaměstnávání, která pro něj mohou být významná a smysluplná. Aktivitu či zaměstnávání ergoterapie vnímá současně jako prostředek i cíl léčby. Jestliže tato aktivita pak podporuje tělesné i psychické funkce, napomáhá současně návratu funkčních schopností.

## Cíle ergoterapie

- podporovat zdraví a duševní pohodu klienta prostřednictvím smysluplné aktivity (zaměstnávání)
- pomáhat v rozvoji schopností, které se uplatňují při zvládnání sebeobsluhy, pracovních činností a aktivit volného času
- umožnit klientovi naplnění jeho sociální role
- napomáhat k plnému začlenění klienta do společnosti
- osilovat klienta v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejich každodenních činností v interakci s prostředím (zvládnání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí)

V rámci internátního pobytu v SVP v Plzni probíhá každý den ráno a večer úklid a každou neděli dopoledne generální úklid. Po svačině a studené večeři provádí úklid služba (mytí nádobí, umytí stolů). Klienti také třídí odpad a střídají se v jeho vynášení. Do ergoterapie lze zařadit i práce na zahradě (sázení, pletí, zalévání, ..), v zimě pak úklid sněhu.

Jako ergoterapie slouží také práce s hlinou. Klienti tak mohou ztvárnit například různé pocity (radost, smutek, hněv, ...)

## 5.6 Muzikoterapie

Jedná se o léčebné, rehabilitační a relaxační využití hudby a jiných melodických či rytmických výrazových prostředků.

V psychoterapii se hudba užívá k léčbě adaptability, komunikace, v souvislosti s neurózami a pod. Hudba je sama o sobě komunikací, proto umožňuje oslovení a porozumění i tam, kde jsou narušeny běžné mezilidské kontakty. Pomáhá jednak poslechem hudby (tzv. receptivní muzikoterapie) a jednak aktivní provozování hudby - např. jako emoční ventil, jako prostředek restrukturační vztahu jedince a kolektivu apod.

Pomocí hudby lze vyjádřit vlastní pocity, nebo hádat, jak se druhý cítí. Spojení hudby s jinými terapeutickými činnostmi (výtvarné, pohyb, řízená imaginace) zesiluje terapeutickou účinnost.

Ve středisku v Plzni mají klienti internátního oddělení každý den po obědě odpočinek za doprovodu relaxační hudby.

## 5.7 Psychodrama

Psychodrama je skupinová psychoterapeutická technika spočívající v hraní různých sociálních rolí, přičemž dochází k poznání, uvědomění si a odreagování vnitřních konfliktů.

Dramaterapií se v SVP v Plzni zabývá jeden z vychovatelů, mezi konkrétní aktivity patří např. záměna rolí. Jedná se o hru na skutečnost, při které dochází k vnitřním prožitkům, klienti představují extravertní a introvertní přístup ke skutečnosti, cvičí i svou paměť a rozvíjí svoji jazykovou vybavenost.

Při zkoušení jednotlivých divadelních žánrů dochází k projevování pozitivních a negativních emocí a ke spolupráci.

## 5.8 Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.

Léčebný může být náhled klienta na vlastní problémy při rozhovoru nad průběhem a výsledkem jeho práce. Při takovém rozhovoru s terapeutem je možné poznat například některé příčiny chování, s nímž není jedinec úplně spokojen. Tímto poznáním se stává svobodnějším, víc ví, proč to či ono dělá. Léčebná je i zkušenost, kterou klient získává v terapeutickém vztahu či při práci s ostatními členy arteterapeutické skupiny. Člověk má sklony své zkušenosti z blízkých vztahů přenášet i do vztahů nových, což může být někdy problém, zvláště když je tato zkušenost v něčem "špatná". Pak je ovšem potřeba toto opravit zkušeností novou, což není jednoduché, ale jde to. Toto je asi nejučinnější prvek každé terapie duše.

Mezi zajímavou arteterapeutickou technikou užívanou v SVP v Plzni patří kresba na čtvrtku A3, na kterou klienti znázorní horu, dole je základní tábor a nahoře je cíl cesty. Základní tábor představuje současnou situaci, cíl cesty je cílem zakázky klienta – to, kam by chtěl při internátním pobytu dojít. Mezi základním táborem a cílem cesty jsou zpravidla

3 „výškové tábory“, které tvoří mezistupně v dosažení zamýšlených cílů. V průběhu pobytu si klient dokresluje svůj postup na cestě k cíli.

Další technikou je práce v keramické dílně. Klienti mají možnost si něco vytvořit. Výrobky pak mohou použít jako dárky pro své blízké a také na výzdobu střediska. Práci v keramické dílně se zabývá jedna z vychovatelek.

## **5.9 Sportovní terapie**

V rámci sportovní terapie mají klienti možnost vyzkoušet si různé druhy sportů a možná tak najít i náplň svého volného času. Protože většinu klientů internátního oddělení tvoří hoši, jedná se především o fotbal, stolní tenis, míčové hry (košíková, vybíjená) a další.

Při sportovní terapii je důležitá týmová spolupráce, dodržování fair play, rozdělení rolí, přijímání autority a zejména umění prohry. Dochází k rozvoji psychomotorických dovedností, koncentrace, prostorové orientace, pohotovosti, atd.

V průběhu internátního pobytu absolvují klienti dva zátěžové víkendy – jeden na začátku pobytu a druhý na konci. Jedná se většinou o turistiku, výlety do okolí, na hrady, zámky a další zajímavá místa.

## Závěr

Sociální deviace jsou velmi aktuálním společenským problémem. Pro eliminování sociálních deviací, jakožto negativních sociálních jevů, je vždy vhodnější prevence, než snaha o pozdější nápravu jejich defektních společenských důsledků.

Celá problematika prevence souvisí se zdravým životním stylem. Každé narušení zdravého stylu života představuje jisté riziko vzniku sociální deviace. Protože utváření životního stylu (včetně hodnotového systému) je záležitost individuální, souvisí s výchovou k uvědomování si odpovědnosti za své jednání, k ovládnutí svého jednání, sebevýchově, ale také s vědomím svých individuálních práv a svobod. Takový způsob výchovy je nejpřirozenější prevencí.

Hlavním předpokladem úspěšnosti výchovných a terapeutických opatření je spolupráce s rodinou, její snaha o změnu její výchovné situace a o osvojení vhodných výchovných postupů. Rodiče i děti musí usilovat o nápravu a obnovení narušených vztahů společně s odborníky. Pomoc rodině však musí přijít včas, aby bylo možné předejít ústavní nebo ochranné výchově.

Práce se věnovala činnosti středisek výchovné péče se zaměřením na Středisko výchovné péče v Plzni. V teoretické části jsem definoval základní pojmy a věnoval se obecně prevenci, činnosti středisek výchovné péče a jejich klientele. V praktické části jsem popisoval práci, zaměření a terapii ve Středisku výchovné péče v Plzni.

Cílem mé diplomové práce bylo hledat východiska pro prevenci sociálních deviací dětí a mládeže ve vybrané výchovné instituci a zaměřit se na reflexi aktivit v konkrétním středisku výchovné péče. Obecně jsem charakterizoval činnost středisek výchovné péče, jejich činnost jsem podložil platnou legislativou a zabýval jsem se možnostmi prevence sociálních deviací ve střediscích výchovné péče. Ukazuje se, že jejich možnosti jsou zejména v oblasti primární a sekundární prevence sociálních deviací. V rámci primární prevence poskytují služby například učitelům, výchovným poradcům a studentům základních i středních škol. V rámci sekundární prevence pracují ambulantní, celodenní a internátní oddělení při řešení nejrůznějších problémů souvisejících s problematikou sociálních deviací. Při zpracování teoretické části jsem analyzoval dostupnou odbornou literaturu. V praktické části jsem popsal činnost Střediska výchovné péče v Plzni, podrobně jsem se věnoval činnosti internátního oddělení, uvedl jsem možnosti terapie ve středisku. Při zpracování této části diplomové práce jsem vycházel ze zkušeností získaných při absolvování asistentké stáže.

Měl jsem možnost ověřit si teoretické poznatky získané studiem odborné literatury při pedagogické práci s klienty Střediska výchovné péče v Plzni.

Podle mého názoru má práce ve Středisku výchovné péče v Plzni velký význam, protože v plzeňském regionu zaujímá jedinečné postavení v rámci prevence sociálních deviací. Děti a mládeže s problémy přibývá, ale možnosti pomoci jsou limitovány. Jedním z omezení jsou nedostačující prostory, které by bylo potřeba zvětšit. Mohla by se tak rozšířit i nabídka služeb Střediska výchovné péče v Plzni. V nových prostorách by mohly být zřízeny dvě skupiny internátního oddělení (každá s počtem 6 klientů), kdy jedna skupina by byla s kratší dobou pobytu (např. 4 týdny) zaměřená na děti mladší či s méně závažnými problémy a druhá skupina na děti se závažnějšími problémy (8 týdnů). Při tomto rozdělení klientů by pobyty mohly být vedeny pružnější formou (např. zkrácení čekací doby) a pracovníci střediska by měli větší možnosti kreativity při práci s klienty.

Další možností by bylo zřízení celodenního oddělení, ve kterém by v dopoledních hodinách probíhalo vyučování na základě individuálního učebního plánu vypracovaného kmenovou školou a v odpoledních hodinách by následovaly výchovné programy zaměřené zejména na prevenci problematiky poruch chování a učení.

Ačkoliv středisku funguje od roku 1996, stále nemá svoji tělocvičnu a hřiště, kde by mohla probíhat sportovní terapie a volnočasové aktivity.

Myslím si, že ve Středisku výchovné péče v Plzni by bylo vhodné navýšit počet zaměstnanců, a to s ohledem na jejich současné vysoké pracovní vytížení (např. psycholog, etoped, speciální pedagog). Na internátní oddělení bych přijal další dva vychovatele a zajistil jejich práci tak, aby zejména o víkendech (v denní době) tvořili pár, který by vytvořil rodinný model „máma - táta“. Nyní má službu o víkendu jeden vychovatel (v noční době asistent pedagoga) od 8 h do 20 h. Pro jednoho člověka intenzivní práce s 8 dětmi 12 hodin denně dva dny po sobě je opravdu náročná a vyčerpávající.

Vím, že s ohledem na probíhající ekonomickou krizi nelze očekávat žádné navýšení potřebných finančních prostředků, jsem však přesvědčen, že každá investice do prevence se musí společnosti v budoucnu vrátit.

Velké uznání a obdiv si zaslouží všichni pracovníci Střediska výchovné péče v Plzni, jejichž práce není snadná a vyžaduje velký takt, ohleduplnost, důslednost, laskavý přístup ke klientům a vysoké pracovní nasazení.



## **Anotace:**

V diplomové práci je zpracována náplň práce středisek výchovné péče a jejich možnosti v prevenci sociálních deviací, dále se zaměřuje na činnosti ve Středisku výchovné péče v Plzni. V teoretické části jsou v první kapitole charakterizovány základní pojmy, ve druhé kapitole je definován pojem prevence a uvedeny druhy a kritéria prevence. V další kapitole se pojednává o systému péče o osoby s poruchami chování v České republice. Následující kapitoly popisují střediska výchovné péče jako instituci, jejich klientelu, diagnostiku a pedagogickou dokumentaci. Druhá část diplomové práce je praktická a pozornost je v ní věnována Středisku výchovné péče v Plzni: struktuře, výchovně vzdělávacím činnostem a organizaci péče o klienty internátního oddělení. V poslední kapitole je popsána terapie ve Středisku výchovné péče v Plzni.

## **Klíčová slova:**

sociální deviace, norma, poruchy chování, rizikové chování, prevence, terapie, středisko výchovné péče, Plzeň

## **Annotation:**

This diploma work subject is working of the educational care centres and their possibilities of social deviation prevention; it is especially interested in working in the educational care centre in Pilsen. In the theoretical part basic ideas are characterised, the prevention and its kinds and standards are defined in the second chapter. The system of taking care of persons with behaviour disorders in the Czech Republic is told about. The educational care centres as institutions, their customers, diagnoses and pedagogical documentation are described in the following chapters. The second part of this diploma work is practical and the special attention is paid to the educational care centre in Pilsen, its structure, educational activities and organizing care of the customers living in the boarding-house (school hostel). The therapy in the educational care centre in Pilsen is described in the last chapter.

## **Key words:**

social deviation, standard, behaviour disorders, hazard behaviour, prevention, therapy, educational care centre, Pilsen

## Použitá literatura:

- ČEPELKA, O. *Průvodce neziskovým sektorem Evropské unie*. Liberec : Omega, 2003. IBSN 80-902376-3-0.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha : Grada, 2009. IBSN 978-80-247-2781-3.
- HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008. IBSN 978-80-7367-404-5.
- HRČKA, M. *Sociální deviace*. Praha: Slon, 2001. IBSN 80-85850-68-0.
- HUTYROVÁ, M. *Etopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. IBSN 80-244-1190-3.
- CHARVÁT, M. *Drogy a drogové závislosti*. In A. Neusar (Ed.) (2007). *Projekt A nebo... Informační DVD pro metodiky prevence a další pedagogy ZŠ a SŠ* (text - multimediální DVD). Boskovice: Albert, 2007. IBSN 80-7326-120-0.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha : Portál, 2001. IBSN 80-7178-535-0.
- JEDLIČKA, R., KOŤA, J. *Analýza prevence sociálně patologických jevů*. Praha : KAROLINUM – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1998. IBSN 80-7184-555-8.
- JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha : Tiskárna MV, p.o., 2004. IBSN 80-7312-038-0.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 1998. IBSN 80-7178-280-7.
- KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. a kol. *Člověk – prostředí – výchova*. Brno : Paido, 2001. IBSN 80-7315-004-2 .
- KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. a kol. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. IBSN 978-80-7041-896-3.
- MIOVSKÝ, M., ZAPLETALOVÁ, J. *Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace*. Sborník abstrakt a program III. ročníku celostátní konference „Primární prevence rizikového chování: specializace versus integrace“ Praha, 27.- 28. listopadu. Tišnov: Sdružení SCAN, 2006
- MUNKOVÁ, G. *Sociální deviace*. Praha : Karolinum, 2001. IBSN 80-246-0279-2.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách*. Praha : BESIP, 1994
- NIKL, J. *Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže se zaměřením na jejich prevenci*. Praha : Policejní akademie České republiky, 2000. IBSN 80-7251-033-9.
- NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha : SPN, 1997. IBSN 80-85937-60-3.

- NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J. a kol. *Kriminologie*. Praha : Aspi, 2004. ISBN 80-7357-026-2.
- NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.
- ONDREJKOVIČ, P. a kol. *Sociálna patológia*. Bratislava : Veda, 2001. ISBN 80-224-0685-6.
- PEŠATOVÁ, I. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2007. ISBN 978-80-7372-291-3.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- POKORNÝ, V. a kol. *Prevence sociálně patologických jevů : manuál praxe*. Brno : Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003. ISBN 80-86568-04-0.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-252-1.
- ŘEZNÍČEK, M., POLÁČKOVÁ, V. *Sociální pedagogika I. Sociální deviace a její prevence*. České Budějovice : PF JU, 2004.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- SLOMEK, Z. *Etopedie*. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-84-6.
- SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. Jinočany : H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- SPOUSTA, V. *Speciálně pedagogická diagnostika etopedická*. Brno : Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80-210-1261-7.
- URBAN, L., DUBSKÝ, J. *Sociální deviace*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-133-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.
- VOCILKA, M. a kol. *Náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež*. Praha : TECH-MARKET, 1996. ISBN 80-902134-5-6.
- VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc : Polygrafické středisko VUP, 2001. ISBN 80-244-0337-4.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-326-0.

DDÚ, SVP, ZŠ a ŠJ Plzeň - *Vnitřní řád Střediska výchovné péče v Plzni (účinnost dnem 1.9.2008)*

### **Internetové stránky (www):**

*Středisko výchovné péče Plzeň* [online]. [cit 2010-04-20]. Dostupné z WWW: <[www.dduplzen.cz/svp\\_plzen.htm](http://www.dduplzen.cz/svp_plzen.htm)>.

*Středisko výchovné péče Klíčov, Praha* [online]. [cit 2010-04-22]. Dostupné z WWW: <[www.klicov.cz/svp](http://www.klicov.cz/svp)>.

*Středisko výchovné péče DOMINO, Hradec Králové* [online]. [cit 2010-04-25]. Dostupné z WWW: <[www.svp-domino.cz](http://www.svp-domino.cz)>.

*Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. [cit 2010-05-07]. Dostupné z WWW: <[www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)>.

*Informační portál primární prevence* [online]. [cit 2010-04-27]. Dostupné z WWW: <[www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz)>.

*Wikipedie* [online]. [cit 2010-05-12]. Dostupné z WWW: <[www.cs.wikipedia.org/wiki/Deviace](http://www.cs.wikipedia.org/wiki/Deviace)>.

## Příloha č. 1

### Kazuistika - chlapec D. H., nar. 1996

První kontakt SVP Plzeň: leden 2005.

**Osobní a rodinná anamnéza:** gravidita bez komplikací, porod v 37. týdnu, poporodní asfyxie, podpora dýchání 24 hodin, další psychomotorický vývoj v normě, řečový vývoj – mnohočetná porucha výslovnosti – logopedická náprava, běžná nemocnost, mateřská škola od 3 let, zde problémy, např. odmítal kreslit, vykonávat různé práce apod., nástup do školní docházky v 7 letech (po OŠD), ve škole výchovné problémy, udělena třídní důtka (zapomínání, agresivita, podvádění), rodina úplná, starší bratr, oba rodiče VŠ vzdělání.

**Psychologické vyšetření:** kontakt navázán bez problémů, orientován všemi kvalitami, dobře spolupracuje, s přiměřeným zájmem a samostatností. V kontaktu vstřícný, komunikativní, spontánní, otevřený, komunikační dovednosti dobře průměrné úrovně. Aspirativní, touží být úspěšný, své problémy si uvědomuje, ale současně odsouvá zodpovědnost od sebe na druhé. Intelektové předpoklady na hranici pásma průměru a nadprůměru, disproporční rozložení ve prospěch verbální složky, mírně problematická se jeví vizuální percepce (objednán ke speciálnímu vyšetření v PPP Plzeň-město), podprůměrný výsledek v oblasti sluchově mechanické krátkodobé paměti – důvodem se jeví dekoncentrace pozornosti a únava. Během vyšetření patrný psychomotorický neklid, poruchy koncentrace pozornosti, vázanost na vedlejší podněty, zvýšená unavitelnost CNS a výkyvy v tempu zpracování zadaných úkolů. Pravidla vhodného chování zná, ale ne vždy je uplatňuje, Ve vztahu k vrstevníkům celkem bez nápadností. Zvýšená agresivita jako taková neshledána. Vztah se starším bratrem výrazně problematický, bratr označován jako zdroj konfliktních momentů v rodině.

**Závěr:** intelektové předpoklady na hranici průměru a nadprůměru, syndrom ADHD (hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti) a problémy s tím související, zvýšená hladina úzkostnosti, nevyvážené sebevědomí, tendence k impulzivní reakci, ve vztahu k autoritě tendence ke vzdorovité reakci, problematický vztah s bratrem.

**Výchovná doporučení:** výchovné zásady a postupy vhodné pro hyperaktivní děti s poruchou pozornosti, trpělivý, laskavý a důsledný přístup, pevné hranice, pozitivní oceňování i drobných úspěchů; posilování vhodného chování, pohybové a jiné uvolnění, „otužování dítěte“ v problematických a náročnějších situacích; v případě neúspěchu situaci rozebrat, hledat chybný postup a nacházet vhodnější; zvyšovat celkovou psychickou odolnost dítěte, příprava na setkání s možným „neúspěchem“ a současně podporovat v náhledu, že lze toto „napravit“; pokusit se postupně upravit vztah s bratrem, děti navzájem neporovnávat, podporovat schopnosti spolupráce a vzájemné pomoci.

**SVP Plzeň:** ambulantní péče ve formě skupinové terapie - VSD (výcvik sociálních dovedností - průběžně po celý školní rok 2005/2006, 2006/2007), individuální kontrolní konzultace, výchovné poradenství pro rodiče, ambulantní péče ukončena v měsíci červnu 2007.

**Výsledky ambulantní péče:** rozvoj seberegulační složky a sociálních dovedností, postupný nárůst psychické odolnosti; některé potíže v oblasti řešení konfliktních situací přetrvávají, někdy ovlivnitelný.

V měsíci únoru 2008 došlo k obnovení kontaktu z důvodu školní demotivace, lhaní, osobnostní problematiky (např. vzdorovitost). Následovalo psychiatrické vyšetření se závěrem: ADHD, počínající úzkostně depresivní projevy se somatizací. Poté bylo provedeno psychologické vyšetření ve SVP Plzeň, závěr: viz psychiatrické vyšetření + syndrom ADD – vícečetné poruchy pozornosti, zvýšená unavitelnost CNS, výrazné introvertní zaměření, rychlé střídání nálad, problematický vývoj v oblasti sebehodnocení, tendence k úzkostní reaktivitě s dysforií, hyperaktivita, vysloveno podezření na Aspergerův syndrom. Od září 2009 docházka na osobnostní a sociální výcvik.

**Doporučení:** diagnostikovat vztahy a vazby s vrstevníky i autoritou, práce s negativismem, vzdorem a vztekem, posilování vztahu ke škole a vzdělání.

**Současný stav:** chlapec v ambulantní péči SVP, konzultace cca 1x za dva měsíce.

## Příloha č. 2

### Kazuistika – chlapec M. K., nar. 2001

První kontakt SVP Plzeň: říjen 2008.

**Osobní a rodinná anamnéza:** gravidita bez komplikací, prenatalní vývoj obvyklý, porod S. C., postnatální vývoj v normě, psychomotorický vývoj v normě, zvýšená nemocnost, opakovaně hospitalizace recidivující KHCD, otitidy, operace mandlí a kýly, snížená imunita, nástup do školní docházky v 6 letech, ve škole výchovné i prospěchové problémy, rodinu tvoří matka, starší bratr, otec zemřel v roce 2003 na onkologické onemocnění, hereditární zátěž po linii otce nelze vyloučit, matka VŠ vzdělání, otec vyučen.

**Psychologické vyšetření:** kontakt navázán bez problémů, vyšetřující psycholog je zároveň i konzultantem. Spolupráce během vyšetření bez výraznějších problémů, zájem kolísavý, klesá s dobou práce. Po celou dobu výrazná hyperaktivita, nutné jsou chvíle pro uvolnění a relaxaci. Samostatnost chybí, je nezbytný dohled, resp. kontakt verbálního nebo alespoň zrakového charakteru. Je patrná potřeba zvýšeného individuálního kontaktu. Koncentrace pozornosti vykazuje četné výkyvy až propady, které lze mírnit opakovanou motivací, pozitivní zpětnou vazbou a uvedeným kontaktem. Zvýšená potřeba prostředí s eliminovanými vedlejšími podněty. V úkolech při samostatné práci zadání vždy splní. Preferuje spíše společnou činnost. Komunikační dovednosti odpovídají věku, vyjma občasného tykání. Celkový kontakt spontánní, psychosociální nezralost je patrná, působí i fyzickým dojmem věkově mladším, než kalendářně je, hravost. Aspirativní, chce být úspěšný, selhávání ve školním výkonu ho mrzí. Vyjádření je otevřené, včetně adekvátního neverbálního doprovodu. Intelektové předpoklady celkově v horní části pásma průměru, vyrovnaný výkon ve složce slovně pojmové a názorové. Jednotlivé subtesty vykazují významně rozdílné výsledky, do jisté míry způsobeno výkyvy v koncentraci pozornosti a jednoznačně zvýšenou unavitelností CNS. Ve slovně pojmové složce podprůměrný výkon v oblasti vědomostí, dále ve složce sluchové mechanické krátkodobé paměti. Nadprůměrný výkon ve schopnosti verbální – vysvětlení pojmů, slovní pochopení významu, dále sociálního porozumění, početní. V názorové složce výkyv způsobený dekoncentrací. Logický úsudek velmi dobrý. Oslabení ve složce paměťové – zejména sluchové paměti. Tempo zpracování úkolů je nadprůměrné. Některé výsledky svědčí pro syndrom ADHD, dále pro významnou psychosociální nezralost. Zmíněné znaky nese i kresebný projev. Doporučeno speciálně pedagogické vyšetření a dle zjištěného následná péče, žádoucí bude pro další školní vzdělání individuální plán. V osobnostním vývoji dominuje stejně jako v jiných oblastech psychosociální nezralost. Chlapec i vypovídá v jedné části vyšetření, že „nechce být velikej, protože nechce umřít“. Celkově se cítí dobře ve své „malé podobě“. Ve vztahu ke škole patrné zklamání ze špatných výsledků, touží po lepších, zatím není demotivován. Potřebuje podporu a akceptaci. Ve vztahu k autoritě a vrstevníkům běžné vztahy, bez nápadností ve smyslu negativistického, vzdorovitého či agresivního chování. Chlapec se cítí plně součástí rodiny, rodinu stále chápe jako matku, otce, sebe a staršího bratra. Ve vztahu k matce patrná výrazná emocionální blízkost, fixaci nelze vyloučit. Domnívá se, že právě on „má maminku nejradši“. Na otce vzpomíná s láskou, přál by si „aby nezemřel“. Ke staršímu bratrovi vztah ambivalentní, naznačeno negativní chování ze strany bratra. O dalších vztazích osobách z prostředí širší rodiny se sám nezmiňuje.

**Závěr:** intelektové předpoklady v pásmu průměru, v osobnostním vývoji dominuje psychosociální nezralost. Susp. syndrom ADHD (hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti) promítající se v oblasti vzdělání i chování. Trauma v rodině.

**Doporučení:** péče ambulantního oddělení SVP – individuální psychoterapeutické konzultace, práce s rodinou + výchovné poradenství, zvážit skupinovou terapii, doporučeno speciálně pedagogické vyšetření v PPP.

**Výchovná doporučení:** práce s rodinou, v rámci konzultací volit postupy vztahující se obecně k režimovým momentům, školní úspěšnosti, nácviku schopnosti adekvátního sebehodnocení – následné korekci chování, dále usměrňování, k celkově příznivému psychosociálnímu vývoji dítěte, psychoterapeutickému vedení pro zpracování rodinného traumatu, postupnému sociálnímu dozrávání; systém práce s dítětem s ADHD.

**PPP Plzeň-sever:** průběh vyšetření obdobný jako při psychologickém vyšetření, dále zjištěno: vážne párová koordinace ruky, vážnou vizuomotorické funkce, obtíže v oblasti orientace v opačných prostorových rovinách, nevyhraněná dominance ruky, oko pravé – A/P.

**Závěr:** SPU – dysortografie na podkladě deficitu v oblasti sluchové percepce, plošné a prostorové orientace, nevyhraněné dominanci ruky, susp. projevy poruchy pozornosti.

**SVP Plzeň:** ambulantní péče ve formě individuálních psychoterapeutických konzultací (v roce 2008 a 2009 1x měsíčně), skupinová terapie - VSD (výcvik sociálních dovedností – od měsíce října 2009), výchovné poradenství pro rodiče.

**Doporučení pro VSD:** diagnostikovat sociální vztahy, modely chování a komunikace v kontaktu s vrstevníky i s autoritou, schopnost respektu autority a nastavených pravidel a hranic, vhodné výchovné postoje, diagnostika úrovně psychosociálního vyzrání. Terapeutická práce v oblasti seberegulačních vlastností, samostatnosti, schopnosti sebehodnocení a korekce, práce s problémem lži, motivace ke škole a vzdělání, práce s rodinnou problematikou.

**Současný stav:** chlapec stále v ambulantní péči SVP, konzultace cca 1x za dva měsíce, docházka na VSD – klient dosahuje dobrých výsledků.



## Příloha č. 3

### Kazuistika – chlapec J. V., nar. 1993

První kontakt SVP Plzeň: březen 2008.

**Osobní a rodinná anamnéza:** gravidita bez komplikací, porod a poporodní psychomotorický vývoj v pořádku, běžná nemocnost, nástup do školní docházky v 6 letech, prospěch podprůměrný, chování uspokojivé, výchovné problémy trvají od 5. třídy, syndrom ADHD, rodiče nesezdáni, klient žije s matkou, s otcem styk 1x měsíčně, polorodá sestra 1991.

**Psychologické vyšetření:** kontakt navázán s problémy, orientován všemi kvalitami, občasné dekoncentrace, spolupráce na nižší úrovni, neochota, uzavřenost, komunikace vážne, známky nejistoty v testové situaci, aspirace nižší úrovně, pomalé pracovní tempo. V osobnostním vývoji výrazná svévole, vzpurnost, nestálý, snadno se vzdává, lehkovážný, samolibý, navenek rezervovaný, udržuje si odstup, ve skupině snaha o dominanci, tendence druhé vést, řídit. Na druhé nebere ohled, nespolehá na ně a nesnaží se jim přizpůsobit. Nespolehlivý, nedbá na závazky k druhým lidem. Neuznává zákony, snaží se je egocentricky překonat všemi dostupnými prostředky. Tvrdě, impulzivně a vzpurně se prosazuje v opozici vůči okolí. Vznětlivý, netrpělivý, dominantní, průbojný, nadšený. Dá se strhnout, ovlivnitelný, nezdrženlivý. Slabší vůle, nezřídka jedná bezhlavě, nepromyšleně, neschopen předjímat možné důsledky vlastních činů. Může se chovat natolik riskantně a lehkomyšlně, že ohrozí jak sebe, tak okolí. Sklon k riskování mu brání v tom, aby se na věci podíval s odstupem. Schopnost racionálně ovládat impulsy snížena, možnost výbušné reakce nevyloučena, vulgarita. Hodnotový systém plochý, materiálně orientovaný.

**Závěr:** v osobnostním vývoji výrazná svévolnost, vzpurnost. Snaha o sebeprosazení, opozice vůči okolí. Vznětlivost, netrpělivost, nepromyšlené a zkratkovité reakce, sklon k riskování, dekoncentrace pozornosti. Méně harmonicky se utvářející osobnost. Nelze vyloučit vliv návykových látek na výsledky vyšetření. Susp. hereditární zátěž. Rodinné prostředí problematické.

Pobyt na internátním oddělení SVP v Plzni v době od 2. 9. 2008 do 27. 10. 2008, přijat na žádost matky a doporučení ambulantního oddělení SVP.

Důvody pobytu: školní demotivace, neplnění úkolů, nedostatečný prospěch, rodinné vztahové problémy, problémové chování ve škole i na veřejnosti, experimentování s návykovými látkami.

**Pobyt na internátním oddělení SVP:** nastoupil unavený, nesoustředěný, s očekáváním volnějšího režimu, projevy nervozity, nesoustředěnost provázená projevy apatie k novým pravidlům. Problémová komunikace, řeč nevýrazná, chvílemi těžko srozumitelná. Symptomy reakcí z chybějícího kontaktu s nikotinem, případně dalšími návykovými látkami. Adaptace na nové prostředí probíhala pomalu a s obtížemi. K naplňování pravidel přistupoval lehkovážně a nezodpovědně, zpočátku je nebyl schopen samostatně dodržovat. Při skupinových činnostech pasivní přístup, motivace téměř nulová.

**Závěr:** Během diagnostického období nalezeny příčiny klientova problémového chování – nedostatečná motivace k jakékoli smysluplné činnosti, poruchy pozornosti a soustředění, neodpovídající hodnotový systém, nízká úroveň sebeodpovědnosti

a seberegulačních vlastností, neschopnost a často i neochota předvídat následky svých rozhodnutí. Liknavost až lenost plnit úkoly vyžadující větší volní úsilí. Problémy v rodině – nedostatečná komunikace a neochota sdílet své problémy a názory s rodiči. Účel pobytu splněn i přesto, že dosažené změny nejsou na úrovni odpovídající věku klienta. Došlo k zdokonalení v sebeobslužných činnostech, naučil se lépe dodržovat stanovená pravidla. Dosažené změny jsou počátkem, je nutné v rodině nastavit nový režim a nová pravidla, podpořit klientovu snahu ke změně. Prognóza dalšího vývoje se jeví jako nejistá. V případě dalšího zneužívání návykových látek doporučena péče pedopsychiatra.

Poté byl klient v ambulantní péči SVP, účastnil se osobnostního a sociálního výcviku, individuální konzultace probíhaly 1x měsíčně, matka se účastnila schůzek skupiny rodičů. Postupně došlo u klienta k pozitivním změnám jeho chování, dále ke zlepšení školní motivace i prospěchu, ve vztahu ke vzdělání a budoucímu profesnímu vývoji, škola mu povolila 10. rok školní docházky pro možnost absolvování 9. ročníku základní školy. Dále došlo k posunu v trávení volného času klienta a k odklonu od kontaktů s rizikovými vrstevníky. V rodině došlo k posílení citových vazeb a k příznivému rozvoji komunikace.

V závěru školního roku 2008/2009 však klient obnovil kontakty s rizikovými kamarády, následně se začalo zhoršovat jeho chování, postupně se snižoval jeho výkon ve škole a ztratil motivaci. V tomto jednání klient pokračoval i v novém školním roce. Dále bylo zjištěno experimentování s návykovými látkami.

Z výše uvedených důvodů byl klient v době od 2. 11. 2009 do 21. 12. 2009 přijat k opakovanému pobytu na internátní oddělení SVP v Plzni, žádost k přijetí podala matka, umístění doporučovalo i ambulantní oddělení SVP.

Důvody pobytu: neplnění školních povinností, špatný prospěch ve škole, školní demotivace, nízká osobní odpovědnost, nerespektování autorit, nespolupráce, experimentování s návykovými látkami.

Vzhledem k okolnosti, že klient byl na pobytu již podruhé, neměl žádné problémy s dodržováním pravidel a řádu, ani s respektováním autority. Oproti ostatním měl výhodu, protože věděl, co může očekávat. Byl si dobře vědom, proč do SVP znovu nastoupil, jaké problémy by chtěl vyřešit. Z těchto důvodů se na nové prostředí adaptoval okamžitě, byl přizpůsobivý, evidentně si nechtěl vytvářet zbytečné problémy. I přesto došlo z jeho strany (ve druhé části pobytu) k porušení vnitřního řádu – přechovávání cigaret na pokoji, za toto jednání mu byla udělena důtka vedoucí SVP. Celkově pobyt zvládl velmi dobře. Klientovi byl v době od 3. 12. 2009 do 13. 12. 2009 ze závažných rodinných důvodů umožněn pobyt v rodině – otec náhle zemřel.

**Doporučení pro zákonné zástupce:** stanovení priorit a úkolů, které má syn plnit; mluvit o jeho problémech otevřeně; bavit se o jeho představách o budoucím životě a profesním směřování; vedení k samostatnosti a k přijímání zodpovědnosti za sebe samého; důsledná kontrola školní docházky a plnění povinností; mít přehled o volnočasových aktivitách syna, s kým a kde tráví volný čas; posilování citových vazeb v rodině.

**Současný stav:** chlapec v ambulantní péči SVP, individuální konzultace cca 1x za dva měsíce, průběžně práce s rodinou, výchovné poradenství, situace celkově zlepšena

## Souhlas k půjčování diplomové práce

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Plzni dne... 24. června 2010...

.....  
Podpis

Pořadové číslo	Jméno čtenáře	č. ISIC karty	Bydliště	Datum