

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**Specializovaná pracoviště pro děti
s ústavní výchovou**



RIGORÓZNÍ PRÁCE

Vypracovala: Mgr. et MgA. Dagmar Slavíková

Místo a rok odevzdání: Praha 2014

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně pod vedením konzultantky s využitím uvedených zdrojů. Dále prohlašuji, že tato rigorózní práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3. června 2014

.....

Dagmar Slavíková

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji své konzultantce, doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D., za podnětné připomínky, podporu a trpělivost při vedení mé rigorózní práce.

Děkuji manželovi, rodině a blízkým přátelům za osobní podporu, kterou mi poskytovali a poskytují.

Také děkuji bývalým a současným kolegům, kteří pro mne byli a jsou inspirací. Zároveň děkuji i dětem samotným, protože setkání s nimi bylo důležité nejen pro tuto práci, ale i pro můj osobní a profesní rozvoj.

Abstrakt

Ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy mohou být umístěny i děti, které mají dětským psychiatrem diagnostikováno psychiatrické onemocnění. Hlavní myšlenkou k sepsání této práce bylo reflektování progresivních prvků podílejících se na procesu socializace a zároveň prvků, které tento proces u dívek v konkrétním dětském domově se školou zpomalují.

Rodina, autorita, agrese a komunikace byly hlavní oblasti, ze kterých bylo vycházeno při kladení výzkumných otázek. Zároveň byly blíže konkretizovány jednotlivé pracovní pozice, které se přímo podílely na výchovně léčebném režimu daného zařízení. Vše se promítalo do procesu, kterým dané dívky v průběhu pobytu procházely.

V rámci výzkumu byla kvalitativním způsobem zpracována anamnestická data dívek a záznamy způsobu práce, které byly využity k reflektování oblastí a práci s dívkami. Předkládaná práce ukazuje odlišný způsob uvažování o pedagogickém procesu a pedagogických kompetencích v rámci školského zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Důraz je dán na kooperaci v rámci celého pracovního týmu. Na základě závěrů práce je doporučeno zpracovat metodiku pro práci s psychiatricky nemocnými dětmi ve školských zařízeních.

Klíčová slova

Dítě

Dívky

Psychiatrická diagnóza

Školské zařízení

Ústavní a ochranná výchova

Pedagogický proces

Pedagogické kompetence

Abstract

Mentally ill children could be placed in institutional care. The main idea for writing this work was to reflect progressive or negative elements involved in the process of socialization of girls in particular children's home.

A family, an authority, an aggression and a communication were the main areas for research questions. Also was concretized individual positions of staff in the educational and therapeutic mode of the children's home.

The anamnestic data and ways of working were processed by qualitative way. The present work shows a different way of thinking about the teaching process and pedagogic competences in the context of institutional care. Emphasis is put on cooperation within the whole team. Based on the conclusions of this work is recommended to prepare a methodology for working with psychiatrically ill children in institutional care.

Keywords

child

girls

psychiatric diagnosis

school equipment

Institutional and protective care

educational process

pedagogical competences

OBSAH

ÚVOD	8
1. ÚSTAVNÍ VÝCHOVA	11
1.1 Ústavní výchova, ochranná výchova	11
1.2 Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy	13
1.2.1 Diagnostický ústav	15
1.2.2 Dětský domov.....	17
1.2.3 Dětský domov se školou.....	18
1.2.4 Výchovný ústav.....	19
2. SPECIFIKACE PROJEVŮ CHOVÁNÍ	21
2.1 Péče o děti s psychiatrickou diagnózou	21
2.1.1 Ambulantní psychiatrická péče mimo školské zařízení	22
2.1.2 Péče o děti s ÚV ve zdravotnických zařízeních.....	24
2.1.3 Dětská psychiatrická nemocnice Opařany.....	26
2.2 Nejčastější psychiatrické diagnózy a symptomy	30
2.2.1 Hyperkinetické poruchy	30
2.2.2 Poruchy chování	33
2.2.3 Mentální retardace.....	36
2.2.4 Pervazivní vývojové poruchy.....	37
2.2.5 Jiné poruchy chování a emocí.....	39
2.2.6 Sebepoškozování	42
2.2.7 Syndromy CAN.....	44
3. DÍTĚ V ÚSTAVNÍ VÝCHOVĚ.....	46
3.1 Prvotní obtíže v péči o děti s psychiatrickým onemocněním	46
3.2 Odlišnosti v chování dívek a chlapců	47
3.3 Obtížně umístitelné děti.....	50

3.4 Dětský domov se školou Slaný.....	53
3.4.1 Specifika zařízení.....	54
3.4.2 Sledovaná statistická data.....	59
4. PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMU.....	64
4.1 Předmět a cíl práce	65
4.2 Metodologie.....	65
4.2.1 Výzkumný soubor.....	65
4.2.2 Sběr dat.....	66
4.2.3 Zpracování dat.....	69
4.3 Specifikace oblastí z výzkumu.....	70
4.3.1 Rodina.....	73
4.3.2 Agrese.....	85
4.3.3 Autorita.....	92
4.3.4 Komunikace.....	98
5. SHRUTÍ VÝZKUMU.....	104
6. DISKUSE.....	109
ZÁVĚR.....	113
RESUME.....	117
LITERATURA A ZDROJE.....	119
SEZNAM GRAFŮ, TABULEK, PŘÍLOH.....	125
PŘÍLOHY.....	126

ÚVOD

„V životě existuje jenom jedno důležité setkání, jen jedno setkání, které něco změní. A sice, člověk potká někoho, kdo má víc, než má on sám a je ochoten se s ním o to podělit.“ Peter Brook

K výběru tématu rigorózní práce mě přiměla několikaletá pracovní zkušenost s dětmi, kterým dětský psychiatr diagnostikoval psychiatrické onemocnění a ony jsou umístěny v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Mohou být umístěny v běžných školských zařízeních nebo v zařízeních, která poskytují výchovně léčebný režim. V rigorózní práci podrobněji pojmenovávám základní psychiatrické diagnózy, které jsou u dětí v ústavní výchově indikovány v kontextu možností péče o ně. Přibližuji zde i péči, kterou dětem poskytují zdravotnická zařízení, a to ambulantní nebo pobytovou formou.

Vycházím z vlastních poznatků a z výzkumu realizovaného v Dětském domově se školou (DDŠ) ve Slaném v letech 2005 – 2013. Jmenované zařízení bylo zřízeno právě pro děti, které mají dětským psychiatrem diagnostikováno psychiatrické onemocnění. Výsledky dlouhodobého ověřování vycházejí z konkrétních poznatků o jednotlivých dětech. Staly se základem systému, který je potřeba neustále zdokonalovat. Proměnnými v celém procesu jsou aktuálních potřeby dětí. Velmi důležité je i např. přihlédnutí k personálnímu obsazení, finančním prostředkům a legislativním změnám v péči o děti v ústavní výchově.

V celé práci zhodnocuji praktické zkušenosti téměř devítiletého působení v tomto zařízení. Sama jsem zde začínala na pozici vedoucí vychovatelky a své působení jsem zakončila na pozici etopedky a vedoucí zařízení. Jedinečnost zařízení, zejména jeho struktura vycházela z různých terapeutických škol, zkušeností získaných při stážích na dětských psychiatrických klinikách, v ostatních zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy či z některých mezinárodních poznatků, které byly nasbírány v rámci mezinárodních seminářů, konferencí nebo během stáží na Slovensku a v Anglii.

Verifikace poznatků je společným dílem mým a mých kolegů, kteří se každodenně snažili uvést v praxi model, který by se mohl i nadále využívat

v jiných zařízeních pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Model této péče není pevně ohraničen, je možné a nutné jej nadále rozvíjet nejen podle aktuálních potřeb dětí, kterým má pomoci, ale také podle nových mezioborových poznatků z nejrůznějších oblastí – od pedagogiky, přes psychologii, sociologii až k dětské psychiatrii.

Jednotlivé části rigorózní práce korespondují s dlouholetým kvalitativním výzkumem, který byl dán nutností zajištění odlišné péče dětem v ústavní výchově, které mají diagnostikováno psychiatrické onemocnění. Tato péče musí vycházet ze symptomů jednotlivých onemocnění, z individuálních potřeb každého dítěte s přihlédnutím k rodinné anamnéze a možnostem následné péče o tyto děti.

První kapitolou legislativně vymezuji ústavní a ochrannou výchovu ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, a to z obecného hlediska s přesahem k dětem s psychiatrickým onemocněním. Zmiňuji zde podrobně aktuální legislativní změny.

Druhou kapitolou blíže specifikuji nejčastější psychiatrická onemocnění dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) včetně nejběžnějších syndromů, které mohou provázet psychicky nemocné děti v ústavní výchově. Zároveň zde přibližuji i péči, která je poskytována ve zdravotnických zařízeních.

Ve třetí kapitole vycházím z aktuálních problémů, které mohou děti s psychiatrickým onemocněním také potkat při jejich nelehké cestě životem. Přináším i poznatky meziresortní, tedy podrobně seznamuji s konferencí, kterou svolala Kancelář veřejného ochránce práv a svobod a na které jsem byla přítomna za DDŠ Slaný. Také se v této kapitole zaměřuji na teoretický úvod z vývojové psychologie s pohledem na odlišnosti chování chlapců a dívek. V samém závěru kapitoly specifikuji DDŠ ve Slaném, popisuji systém fungování a uvádím některá statistická data.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na empirickou část, tedy na vlastní výzkum, který jsem prováděla v DDŠ ve Slaném na zkoumaném vzorku umístěných dívek. Při výzkumném bádání jsem se cíleně zaměřila na proces, kterým jednotlivé dívky v zařízení procházely a z kterého vyvstaly společné okruhy, kterými jsem se

podrobněji zabývala a na jejichž prozkoumávání vznikaly během celého procesu rozličné hypotézy.

Průběžné výsledky s využitím vlastních závěrů, analýzy anamnestických údajů, analýzy fungování jednotlivých úseků včetně souvislostí s poznáním z vlastní práce shrnuji v diskusi. Součástí diskuse jsou i návrhy do další práce s dětmi, kterým bylo diagnostikováno psychiatrické onemocnění a zároveň jsou ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Závěr celé práce je odpovědí na vzniklé hypotézy, které se vynořovaly během celého kvalitativního zkoumání. Zároveň shrnuji poznatky z fungování jednotlivých úseků školského zařízení, které bylo zřízeno pro děti s psychiatrickým onemocněním a mělo status dětského domova se školou s přívrastkem *výchovně léčebný režim*. Tyto poznatky jsou z oblasti personálního zabezpečení organizace, funkčního komunikačního modelu a dlouhodobé koncepce speciálně pedagogické péče o umístěné děti v konfrontaci se závěry výzkumu.

1. Ústavní výchova

Dítě, které je z nějakého důvodu státem odebráno z biologické popřípadě náhradní rodiny, musí být státem chráněno, rozvíjeno a musí mít zajištěny základní potřeby.

„Jako naprosto klíčové se jeví především následující intervence státu – tedy do jakého prostředí je dítě umístěno, zda toto prostředí zajišťuje všechny potřeby dítěte včetně potřeb emocionálních, a nakolik je stabilní z pohledu dlouhodobého vývoje dítěte“ (Ptáček, Pémová, 2012, str. 25).

V právním systému České republiky se v průběhu let vyspecifikovaly pojmy ústavní a ochranná výchova.

1.1 Ústavní výchova, ochranná výchova

Ústavní výchova byla do 31. 12. 2013 výchovným opatřením nařizovaným soudem v občansko-právním řízení, do věku 18 let věku popř. po žádosti do dovršení 19 let věku dítěte. Nejednalo se o trestní povahu rozhodnutí, ale o institut rodinného práva (Zákon o rodině, 1964). Důvodem k nařízení ústavní výchovy byla ochrana dítěte. Nemělo se jednat o sociální důvody, tedy, že nemá rodina hmotné prostředky nebo kde bydlet. Uložení ústavní výchovy bylo až posledním řešením v řadě různých opatření. Předcházet měla systematická práce sociálních pracovníků, pracovníků středisek výchovné péče či neziskových organizací, které pracují s problematickými rodinami. Měly být vyčerpány všechny možnosti pro podporu zdravého vývoje dítěte v jeho biologické rodině.

Návrh na nařízení ústavní výchovy k soudu obvykle předkládal orgán sociálně právní ochrany dětí a mládeže. Před nařízením ústavní výchovy byl soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí, která měla přednost před výchovou ústavní.

Vymezení pojmu *ochranná výchova*, což bylo ochranné opatření ukládané soudem, se obvykle ukládalo mládeži starší 15 let (výjimka byla možná v případech páchané násilné trestné činnosti dětem od 12 let). Časové vymezení bylo shodné s výkonem ústavní výchovy, realizace probíhala rovněž jako ústavní výchova ve školských zařízeních. Důvody vedoucí k uložení ochranné výchovy byly zásadnějšiho charakteru. V chování dítěte s uloženou ochrannou výchovou byly již patrné projevy trestné činnosti. Od ryze antisociálních činů až po znásilnění či pokusů o vraždu. Z těchto důvodů se ukládala ochranná výchova v trestním řízení (Z. 218/2003) u mladistvého od 15 do 18 let nebo u dítěte nad 12 let (Z. 89/2012 Sb.), které nebylo ještě trestně odpovědné a přesto mělo již závažné etopedické problémy. Po ukončení ochranné výchovy a dovršení zletilosti neměl tento člověk zápis v trestním rejstříku, nebyl „nálepkován“ ani jinak označen.

Od 1. ledna 2014 vyšla v platnost účinnost nového Občanského zákoníku (Z. 89/2012), který upravuje také oblast rodinného práva. Díl 4 zmiňovaného zákona jasně vymezuje okolnosti umístování dítěte do ústavní výchovy: „Ústavní výchovu lze nařídit nejdéle na dobu tří let. Ústavní výchovu lze před uplynutím tří let od jejího nařízení prodloužit, jestliže důvody pro nařízení ústavní výchovy stále trvají. Trvání ústavní výchovy lze prodloužit opakovaně, vždy však nejdéle na dobu tří let.“ V § 973 se dále udává, že každých šest měsíců je soud povinen přezkoumávat důvody trvání ústavní výchovy. Pokud by chtěl orgán sociálně právní ochrany dítěte, zákonný zástupce, zařízení, do kterého je dítě umístěno nebo dítě, změnit zařízení, ve kterém je umístěno, musí požádat soud, aby tuto skutečnost vyhodnotil, poté může být na základě jeho rozhodnutí dítě přemístěno.

Přemístování dětí v rámci zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy se již neuskutečňuje prostřednictvím rozhodnutí ředitelů diagnostických ústavů, ale prostřednictvím soudů¹. Rekodifikací zákona se proměnila kritéria umístování dětí v rámci školských zařízení.

¹ Aktuálně se učí obě strany v tomto režimu pracovat. V dnešní době již není možné, aby děti byly „přesouvány“ z jednoho zařízení do druhého. Totéž platí i v péči o psychiatrické děti, které byly posílány od jednoho zařízení do druhého. Pokud zařízení neumělo s dítětem pracovat, předalo jej

1. 2 Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Zákonem č. 109/2002 Sb. byla započata v roce 2002 změna v péči o děti s nařízenou ústavní či uloženou ochrannou výchovou. Velká zařízení ústavního typu byla dle výše uvedeného zákona přebudována v zařízení rodinného typu. Jasně se vymezila strategie práce s dětmi v ústavních zařízeních.

Poslední změna tohoto zákona proběhla na konci roku 2012 z důvodu důrazu na preventivní výchovnou péči a profesionalizaci náhradní rodinné péče. Trvale dochází k zakončování transformačního procesu jednotlivých zařízení směrem k deinstitucionalizaci ústavní péče s přiblížením dítěte k modelu běžné rodiny.

Důležitá je péče a práce nejen s dítětem, ale zejména s celou rodinou. Principy multidisciplinární spolupráce, tedy komplexní zhodnocení aktuálního stavu dítěte a jeho rodiny, patří dnes k základům v péči o děti v ústavní výchově (Ptáček, Pémová, 2012).

Péče ve školských zařízeních je poskytována zpravidla dětem od tří let věku do jejich zletilosti, popř. do dovršení devatenácti let. Každé dítě má v ústavní výchově právo na plné přímé zaopatření, což tento zákon specifikuje jako stravování, ubytování a ošacení. Zákonem je garantována i zdravotní péče. Výše uvedeným zákonem je garantována výchova a vzdělání.

Pro všechny typy školských zařízení platí Vyhláška č. 438/2006 Sb., §5, který přesně vymezuje organizační postupy v péči o svěřené děti. Při příjmu do zařízení musí být s každým dítětem předána dokumentace dítěte, dítě musí být seznámeno s vnitřním řádem zařízení, s právy a povinnostmi, s organizací a režimem zařízení. Po vstupním pohovoru je dítě zařazeno do rodinné či výchovné skupiny.

Pedagogický sbor, který pracuje s dětmi umístěnými do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy musí splňovat nejen zákonnou povinnost, kterou

do jiného zařízení. Z vlastní zkušenosti vím, že v počátku fungování DDŠ Slaný se děti posílaly do Slaného na tzv. krátkodobé pobyty a poté se vracely zpět do původního zařízení. Pokud však měli v zařízení z dítěte obavy, ve většině případů skončilo dítě opět v psychiatrické léčebně, protože docházelo k regresi stavu.

udává zákon o pedagogických pracovnících, ale zároveň i zákon č.109/2002 Sb. v platném znění. Pracovat v následujících typech zařízení může jen ten, kdo má odbornou a pedagogickou způsobilost, zároveň nebyl pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin, a ten, kdo splňuje i psychickou způsobilost².

Ve všech níže uvedených zařízeních je základem péče význam slova výchova. Výchova je dílčí proces, který socializaci provází; jedním ze způsobů realizace je socializace. Je definována jako „záměrné, více či méně systematické rozvíjení citových a rozumových schopností člověka, utváření jeho postojů, způsobů chování, v souladu s cíli dané skupiny, kultury apod.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 680).

Průměrná doba pobytu dítěte v ústavní výchově v ČR je udávána na 4,5 roku (Pilař, 2008), Ptáček (2011) uvádí ve studii průměrnou délku pobytu sledovaných dětí v dětském domově necelé 4 roky.

Důvody, které vedou k zařazení dítěte do náhradní péče, pramení z rodinného prostředí. Nezvládnutá výchova, zanedbávání, týrání dětí, alkoholismus, trestná činnost rodičů či nízká sociální úroveň rodiny (Vocilka, 1999). Kessler (2008) udává jako častý důvod odebrání dítěte z rodiny také nezvladatelné chování dětí, což se v konečné fázi výraznou měrou odráží na psychickém vývoji dítěte.

² Psychickou způsobilost dle Vyhlášky č. 60/2006 Sb. zjišťuje pouze akreditovaný psycholog, který získal akreditaci MŠMT a vydává po jejím zjištění odborný psychologický posudek. Do 1. ledna 2012 byla platnost posudku 7 let, od novely zákona č. 109/2002 Sb. § 18 je nyní platnost bez omezení. Ředitel zařízení však může ve zvláště závažných důvodech poslat pracovníka k přezkoumání psychické způsobilosti.

1.2.1 Diagnostický ústav

V České republice je určena oblast působnosti diagnostického ústavu dle vyhlášky č. 438/2006 Sb. Zřizovatelem všech třinácti diagnostických ústavů³ je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy Praha (dále jen MŠMT). Devět diagnostických ústavů je zřízeno pro děti do patnácti let – plnící povinnou školní docházku, tři pro děti po ukončení povinné školní docházky, jeden pro děti cizince.

Funkce diagnostických ústavů je v rámci školského systému České republiky převážně diagnostická. Na základě diagnostiky dítěte, která je kompilací závěrů odborníků z oblasti psychologie, speciální pedagogiky a zdravotnických zařízení za součinnosti soudů, pracovníků Orgánu sociálně právní ochrany dítěte (dále jen OSPOD) popř. zákonných zástupců dítěte, je dítě po zákonem dané lhůtě (zpravidla osm týdnů), přemístěno buď zpět do prostředí, ze kterého přišlo, nebo je dáno do dalšího zařízení, ve kterém bude rozvíjeno, bude mu poskytnuto plné přímé zaopatření.

Tento typ školského zařízení má zajistit neodkladnou péči dětem, které nemohou ze závažných důvodů pobývat ve své rodině. Do doby, než je místo příslušným soudem rozhodnuto o umístění dítěte do jiné formy náhradní rodinné péče nebo zpět do rodiny, vykonává péči o dítě diagnostický ústav. Role diagnostického ústavu je stále i v péči o děti s psychiatrickým onemocněním prozatím nezastupitelná.

Do diagnostického ústavu jsou přijímány děti na dva druhy pobytů. Oba jsou v souladu s platnou legislativou a vyplývají z nutnosti řešit složité životní situace dětí nebo jejich rodičů, a to zejména při zvládnání problematického chování dětí.

³ K 31. 12. 2014 byl zrušen DÚ Dobřichovice a přetransformován ve středisko výchovné péče, jehož cílem je preventivně výchovná péče. Celá organizace je přejmenována z DÚ, DDŠ, DD, SVP a ZŠ Dobřichovice na SVP, DDŠ, DD a ZŠ Dobřichovice.

Prvním typem pobytu je prozatím⁴ tzv. dobrovolný pobyt, který je realizován po dohodě zákonného zástupce a diagnostického ústavu převážně v kooperaci s OSPOD. Vyústěním tohoto pobytu je návrat dítěte domů, dlouhodobá spolupráce s odborníky ústavu, doporučení k pomoci rodině např. pracovníky střediska výchovné péče v blízkosti bydliště či jiných odborníků.

Druhým typem pobytu je pobyt dítěte na základě předběžného opatření nebo již nařízené ústavní výchovy či uložené ochranné výchovy. I zde se provádí důkladná speciálně pedagogická, psychologická diagnostika. Po zákonem dané lhůtě je dítě na základě rozhodnutí soudu umístěno do jiného typu zařízení či je dán návrh soudu na návrat dítěte zpět do rodiny.

Funkce diagnostického ústavu je směrem k dítěti a jeho rodině diagnostická, výchovně vzdělávací, terapeutická a organizační.

Diagnostický ústav plní i funkci metodickou a koncepční, a to směrem k ostatním zařízením v jeho působnosti. Odborní pracovníci tohoto zařízení jsou zároveň metodickými koordinátory a ověřovateli postupů, které stanovili při odchodu dítěte z jejich zařízení, ověřují jejich realizaci v praxi. Zároveň metodicky pomáhají odbornému personálu v zařízeních náhradní výchovné péče. Také vede evidenci dětí umístěných v zařízeních, která metodicky řídí. Ředitel diagnostického ústavu spolupracuje s řediteli těchto zařízení a mimo jiné se s nimi podílí na rozvoji koncepcí jejich zařízení v rámci celého územního celku.

Aktuálně se ve všech diagnostických ústavech České republiky řeší otázka transformace, která potřebuje, vzhledem k rekodifikaci občanského zákoníku, důležité metodické vedení ze strany zřizovatele⁵.

⁴ Dle z. 333/2012 Sb. Čl. II Přechodná ustanovení je vymezena v bodu 4 možnost dobrovolných pobytů nejdéle do 31. 8. 2017. Od 1. 9. 2017 budou dobrovolné pobyty realizován jen v rámci středisek výchovné péče.

⁵ Na pokyn MŠMT jsou Národním ústavem vzdělávání Praha zpracovány standardy péče o děti v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, na jejichž realizaci se také podílejí pracovníci ze zařízení pro výkon ÚV a OV. Jejich platnost by měla být dána vyhláškou MŠMT.

1.2.2 Dětský domov

Zařízení, jehož činnost je vymezena §12 z. 109/2002 Sb. v platném znění, je dětský domov. Do tohoto typu zařízení by neměly být umísťovány děti se závažnými poruchami chování. I přesto se v těchto zařízeních mohou vyskytovat děti, které mají diagnostikováno psychiatrické onemocnění, jsou v péči ambulantního dětského psychiatra, jejich onemocnění je plně kompenzováno, nevyžadují tedy odlišnou speciálně pedagogickou péči od jiných dětí v tomto typu zařízení.

Děti, které jsou umístěny v dětském domově, plní povinnou školní docházku v běžně dostupných základních školách v blízkosti dětského domova nebo se připravují na budoucí povolání.

Pobývat v tomto typu školského zařízení mohou nejen po dobu plnění povinné školní docházky, ale i po celou dobu přípravy na budoucí povolání – max. do 26 let věku. V tomto případě, po ukončení ústavní výchovy⁶, může zletilý klient požádat ředitele dětského domova o sepsání dohody, na jejímž plnění se v rámci dohodnutých pravidel musí podílet po celou dobu přípravy na budoucí povolání.

Režimová opatření se v tomto typu zařízení velmi přibližují modelu rodiny. S ohledem na dítě s psychiatrickým onemocněním zde není zdravotnický personál a v převážné většině dětských domovů nebývá součástí týmu ani psycholog nebo speciální pedagog – etoped.

Veškerou péči i o děti s psychiatrickým onemocněním musí zvládnout tým zařízení ve spolupráci s dětským lékařem neb dětským psychiatrem.

⁶ Ústavní výchova je ukončena zletilostí, popř. je po žádosti zletilého klienta ještě prodloužena do 19 let věku.

1.2.3 Dětský domov se školou

V dětském domově se školou (dále jen DDS) jsou mimo jiné umístěny děti, které mají závažné poruchy chování, vyžadují pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu výchovně léčebnou péči⁷.

Specifikaci zdravotního stavu dětí vyžadující výchovně léčebný režim uvádí vyhláška č. 438/2006 Sb.⁸. Za děti vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku jejich neurologického poškození a psychického onemocnění se v této vyhlášce považují děti s psychiatrickým onemocněním či s disharmonickým vývojem osobnosti, které mají emoční poruchy a vývojové poruchy chování nebo výrazné poruchy chování s antisociálním, sexuálně deviantním a jinak nebezpečným chováním.

Do tohoto typu zařízení nesmějí, dle platné vyhlášky, být umisťovány děti s možnými rozvíjejícími se psychózami, jež vyžadují průběžnou zdravotní péči. Děti, které dle §38 z. 333/2012 Sb. mají diagnostikováno psychiatrické onemocnění (schizofrenii, bipolární poruchu, těžké depresivní a úzkostné stavy vyžadující psychiatrickou léčbu) se do školských zařízení nepřijímají⁹.

Tyto děti v naší společnosti existují a bývají označovány jako tzv. „neumístitelné“, protože nepatří ani do resortu zdravotnictví, ani do školských zařízení a v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením je pro tyto děti jen omezený počet míst¹⁰. Tyto děti jsou však do dětských domovů se školou

⁷ Tuto charakteristiku uvádí §13 uvedeného zákona.

⁸ Blíže je specifikováno v § 9, 10, 11 zmiňovaného zákona.

⁹ Realita je naprosto jiná. Pokud je o umístění dítěte rozhodnuto ve správním řízení, že dítě bude do zařízení umístěno a toto nemá na 100 % naplněnu kapacitu, musí zařízení dítě i s tímto onemocněním přijmout!

¹⁰ K umístění jednoho chlapce z DDS Slaný do zařízení pro klienty se zdravotním postižením Jeřabina nám museli dopomoci pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv a svobod ČR. Bez jejich pomoci bychom selhali v jeho přemístění (dle platné legislativy v roce 2012 bylo téměř nemožné umístit dítě z resortu školství do resortu MPSV, protože děti, které vykazují, např. agresivní raptý, byly „neumístitelné“. Jen čas a nové zkušenosti s platností Občanského zákoníku ukáží, zda se péče o tyto děti posune.

umísťovány a stávají se „putujícími“ mezi školskými zařízeními a zdravotnickými zařízeními¹¹.

Děti umístěné v DDŠ navštěvují základní školu, která je jeho bezprostřední součástí. V základní škole plní povinnou školní docházku a jsou vzdělávány dle školních vzdělávacích plánů s přihlédnutím k individuálním potřebám umístěných dětí. Po ukončení povinné školní docházky mohou děti z tohoto typu zařízení pokračovat ve studiu na střední škole mimo zařízení, avšak jen v případě, že jim to jejich zdravotní stav dovolí. Zákon č. 109/2002 Sb. v platném znění § 13, bod 6: „Do dětského domova se školou mohou být umísťovány děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky“.

1.2.4 Výchovný ústav

Zařízení tohoto typu je zřizováno pro děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, s nařízenou ústavní výchovou či uloženou ochrannou výchovou.

Do tohoto typu zařízení může být umístěno i dítě starší 12 let, pokud má uloženu ochrannou výchovu. I zde děti plní povinnou školní docházku nebo se připravují na budoucí povolání na střední škole (střední odborná učiliště). Nejsou koedukovanými zařízeními, jsou zřízeny zvlášť pro dívky a zvlášť pro chlapce.

Pro děti s psychiatrickým onemocněním jsou v rámci České republiky zřízeny výchovné ústavy, které se již specializují na takto nemocné děti, nejsou

¹¹ Otázkou tzv. neumísťitelných dětí se zabývám v kapitole 3.3.

koedukované a mohou přijmout i klienty s uloženou ochrannou výchovou, pro které je zřízena samostatná výchovná skupina¹².

Tato zařízení úzce spolupracují nejen se zákonnými zástupci dětí, s OPOSD, ale zejména s psychiatrickými léčebnami, privátními dětskými a dorostovými psychiatry¹³ a denní režim je přizpůsoben jejich potřebám.

Důvody k umístění do výchovného ústavu mohou být následující:

- Ukončena povinná školní docházka + nařízena ÚV či uložena OV
- Studium na SOU, SŠ + nařízena ÚV či uložena OV
- Předběžné opatření a ukončena povinná školní docházka

Cílem výchovný ústavů je příprava klientů na budoucí povolání, se snahou připravit je na život po ukončení ústavní či ochranné výchovy.

¹² Jako příklad výchovného ústavu pro děti s psychiatrickým onemocněním, nebo s drogovou zátěží uvádím Husův Domov Dvůr Králové nad Labem.

¹³ Děti po 15. roce věku mající psychiatrické onemocnění mají dosti často problémy při dlouhodobé hospitalizaci – na dětské oddělení jsou velcí a na oddělení dospělé psychiatrie malí! Problém nebývá ve věku, ale v projevech onemocnění, zejména v síle agresivních raptů. Personální zajištění nemocnic není schopno zajistit bezpečnost klienta s brachiální agresivitou. V dnešní době se velmi důsledně kontroluje podávání zklidňující medikace.

2. Specifikace projevů chování dítěte s psychiatrickou zátěží

Každé dítě ve svém životě onemocní a má zkušenost s dětským lékařem. Některé děti mohou již od narození, některé v určitém stádiu svého vývoje, vykazovat odlišné projevy ve svém chování nebo mohou zcela odlišně prožívat různé situace. Těmto dětem může dětský psychiatr diagnostikovat psychiatrické onemocnění. Dítě v ústavní výchově není výjimkou.

U dítěte, které je umístěno v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy dochází k častému výskytu psychických obtíží, je u něho často užívána psychiatrická medikace a potřebuje výrazně vyšší speciální psychiatrickou péči, než dítě z přijímající rodiny (Ptáček (2011)).

2.1 Péče o děti s psychiatrickou diagnózou

Umístění dítěte do ústavní výchovy je z hlediska vývoje dítěte nepřirozené, vyžaduje vždy zvážení všech dostupných jiných možností řešení dané situace a je plně v kompetenci soudní moci. „Přidělení“ psychiatrické diagnózy je plně v kompetenci lékaře, dětského psychiatra. Nikdo jiný nemůže dítěti přidělit psychiatrickou diagnózu. Tento stav je z hlediska pojetí normality nepřirozený, protože je v přímém rozporu s definicí pozitivního zdraví dle WHO: „zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“

2.1.1 Ambulantní psychiatrická péče mimo školská zařízení

Důvody, které vedou vychovatele dítěte k návštěvě dětského psychiatra, mohou mít různou etiologii. V převážné většině bývá důvodem poněkud odlišné chování dítěte a vychází se z primární diagnostiky, kterou provádí pedagog (vychovatel) popř. terapeutický pracovník zařízení.

Impulem k návštěvě dětského psychiatra může být také doporučení odborného diagnostického zařízení (pedagogicko-psychologické poradny, terapeutických pracovníků diagnostického ústavu nebo doporučení dětského lékaře). Vždy se jedná o vyústění nějaké dlouhodobě neúnosné situace, která potřebuje jasné vysvětlení a odbornou pomoc.

V zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy není dětský psychiatr kmenovým zaměstnancem zařízení. K tomuto lékaři dochází děti ambulantně, což bývá někdy velmi závažným problémem, neboť dostupnost dětských psychiatrů je v České republice velmi malá.

Ambulantní dětský psychiatr je dle zákona o zdravotních službách poskytovatel zdravotních služeb, znamená to tedy, že poskytuje mezi jiným odbornou diagnostiku a terapii.

Odlišnost vyšetření dítěte z rodiny a dítěte umístěného v ústavní výchově je naprosto zřejmá. Při absenci rodičů a důkladné znalosti rodinné anamnézy bývá diagnostika složitější, avšak ne nemožná. Pokud je zdravotní problém natolik vygradován, že není vhodná ambulantní forma, uskutečňuje se psychiatrická hospitalizace v některých dětských psychiatrických léčebnách či na odděleních dětských psychiatrií větších nemocnic, a to výhradně na doporučení dětského psychiatra.

V kompetenci pedagogických pracovníků není posílat děti do léčeben, ani si toto nemohou žádným způsobem vymoci. Jak uvádí předseda psychiatrické unie „Neznám psychiatra, který by posílal pacienta do léčebny, pokud to není nezbytně nutné“ (Matýs, 2012).

Děti, jejichž chování vykazuje odlišnosti v chování na základě různých etiologií, se převážně projevují v ústavních zařízeních následovně:

- jsou zvýšeně verbálně i brachiálně agresivní vůči okolí
- jsou zvýšeně verbálně i brachiálně agresivní vůči sobě samým
- jsou abnormálně neklidné nebo naopak apatické
- mají zvýšenou dráždivost
- vykazují výraznou emoční labilitu
- nedokáží plnit nastavená pravidla ani s výraznou dopomocí dospělých
- velmi obtížně navazují sociální kontakty
- nejsou schopny se soustředit na požadovaný výkon

Součástí terapie je nejen farmakoterapie a doporučení k dalším vyšetřením, ale také doporučení režimu či nácvikových aktivit, které jsou pro pacienta vhodná vzhledem k aktuálnímu psychickému stavu. Tato doporučení jsou pro pracovníky v ústavní výchově jedny z nejdůležitějších, neboť dle nich je s dětmi pracováno.

Mezi faktory, které ovlivňují kvalitu pedopsychiatrické péče, patří vzdělanost dětských psychiatrů, která je odlišná od vzdělání psychiatra pro dospělé, ale i již zmíněná dostupnost těchto odborníků, ekonomické limity zdravotních pojišťoven či vzájemná interdisciplinární spolupráce a informovanost mezi všemi zúčastněnými v péči o duševně nemocné děti.

V praxi se v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy velmi často stává, že dojde k dekompenzaci stavu psychiatricky nemocného dítěte a nemůže v zařízení déle pobývat. Je oprávněná obava o dítě samé či o ostatní děti.

Ve velmi složitých situacích není nic výjimečného, že např. dlouhodobě zvýšená agresivita dekompenzovaného dítěte je přímo namířena na vychovatele či

pracovníka ústavního zařízení. V tuto chvíli je na vyhodnocení ambulantního psychiatra, zda je či není nutná hospitalizace v dětské psychiatrické léčebně. Pokud lékař vyhodnotí situaci jako natolik závažnou, že je potřeba dítě hospitalizovat, je povinností zařízení dítě k hospitalizaci objednat. V případě výrazné progresy stavu je nutná urgentní hospitalizace. Povinností ústavního zařízení je před nástupem k léčbě zajistit potřebné souhlasy zákonných zástupců, po obdržení termínu nástupu je dítě za přítomnosti personálu zařízení převezeno do lůžkového zařízení dětské psychiatrie.

Každé dítě, „ústavní“ dítě nevyjímaje, musí být na nástup k hospitalizaci připraveno. Je nutné dítěti vše, co se týká jeho hospitalizace, vysvětlit. Tím však péče o dítě, které je umístěno na lůžkové oddělení dětské psychiatrie nekončí. Důležité a nutné je podporovat kontakt s dítětem v léčebně, ale i práce s ostatními dětmi v zařízení, protože dekompenzované dítě se po určité době navrací zpět do zařízení, proto je nutné, aby na jeho příchod byly ostatní děti připraveny. Zároveň je nutné, aby ostatní děti chápaly a znaly alespoň rámcově důvody hospitalizace daného dítěte, protože komunikace o problémech dané skupiny patří ke komunitnímu stylu práce. Chování všech dětí se dotýká chodu celého školského zařízení, proto je nutné netabuizovat některé projevy chování.

2.1.2 Péče o dítě s ústavní výchovou ve zdravotnických zařízeních

Dítě ve zdravotnickém zařízení, pokud je dobře navázáno ve školském zařízení, ze kterého bylo do léčebny umístěno, potřebuje dostávat pozitivní podporu, potřebuje mít pocit, že na něho v zařízení někdo myslí, že na něm někomu záleží. Předpokladem k úspěšnému léčení neodmyslitelně patří projevený zájem, který probíhá telefonicky, návštěvami či dopisy a balíčky s drobnostmi či nějakou sladkostí.

Pokud je v rámci školského zařízení pracováno s rodinou, která je s dítětem v pravidelném kontaktu, stává se dalším, velmi důležitým partnerem léčení

právě ona. Kontakty rodiny (a to u všech dětí) s léčebnou jsou důležitou součástí léčebného plánu všech zdravotnických zařízení.

Péče o děti ve zdravotnických zařízeních má svá pravidla. Velmi důležitá je součinnost všech složek daného zařízení, tedy dětských psychiatrů, zdravotních sester, psychologů, pracovníků základní školy, která bývá při dětských léčebnách zřízena. V neposlední řadě by mělo spolupracovat i dítě samé. Motivace k léčbě bývá jednou z priorit, bez které by nemohl proces léčby fungovat.

Pobyty dětí (krátkodobé či dlouhodobé) v rámci resortu zdravotnictví se v České republice dle Asociace dětské a dorostové psychiatrie¹⁴ uskutečňují:

- **na dětských psychiatrických klinikách** v celkovém počtu lůžek 140: Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK, FN Motol, Psychiatrická klinika FN Brno, LF MU Brno, Psychiatrická klinika Plzeň, Dětské psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec
- **v dětských psychiatrických nemocnicích** v celkovém počtu lůžek 200: Opařany, Louny a Velká Bíteš
- **na dětských odděleních psychiatrických nemocnic** v celkovém počtu 238 lůžek: v Praze Bohnicích, v Dobřanech, v Havlíčkově Brodě, v Kroměříži, v Opavě, ve Šternberku.

V denním režimu výše uvedených zdravotnických pracovišť nechybí komunitní setkávání dětí a personálu jednotlivých oddělení, skupinové a individuální psychoterapie, různé typy terapeutických intervencí – od pánovaných (např. dlouhodobý nácvik autogenního tréninku k uvolnění vnitřní tenze) až po neplánové (tzv. krizové intervence v případě akutního stavu dekompenzace).

Převážnou část péče o děti ve zdravotnických zařízeních zastávají zdravotní sestry spolu s pomocným zdravotním personálem.

¹⁴ www.addp.cz ke dni 1. 2. 2014

Smysluplné naplnění času, které dítě stráví v léčebně mimo docházky do školy, se má pokud možno co nejvíce podobat běžnému režimu dítěte. Dítě má být stimulováno tak, aby nebyl ohrožen jeho zdravotní stav a zároveň, aby se posouvalo v procesu péče o svůj zdravotní stav s přihlédnutím k nácviku sociálních dovedností.

Děti se učí systematickému nácviku v přípravě na vyučování, učí se zvládat sebe-obslužné činnosti, kooperaci a spolupráci. Vše se děje v součinnosti s terapeuticko-výchovným programem, který má každé oddělení či psychiatrická nemocnice zpracován. Využíván je odměnový systém, který slouží jako motivace.

2.1.3 Dětská psychiatrická nemocnice Opařany

Vysoký standart péče¹⁵ o psychiatrické děti vykazuje Dětská psychiatrická nemocnice Opařany (dále jen DPN), která se nachází ve velmi zútulněném, vkusně vybaveném prostředí. DPN¹⁶ je největší dětskou psychiatrickou nemocnicí v České republice, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky, má samostatnou právní subjektivitu. Nemocnice nabízí komplexní zdravotní služby, a to formou ambulantní a lůžkovou. Tato péče je poskytována pro akutní stavy, pro stavy vyžadující dlouhodobější hospitalizaci v oboru dětské, dorostové psychiatrie. Klienty jsou děti ve věku od 3 do 18 let. Nemocnice má smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami¹⁷. V čele nemocnice je ředitelka¹⁸. Zdravotní péče je zde poskytována v počtu lůžek 165 pro lůžkovou část (včetně 15 lůžek akutních), dále pro 135 dětí a dorostu v následné péči.

¹⁵ Vycházím z hodnocení po systematické návštěvě pracovníků KVOP

¹⁶ DPN Opařany byla založena v roce 1897 pro dospělé pacienty a v roce 1924 byla přebudována pro dětské a dorostové pacienty. Nachází se cca 17 km od Tábora.

¹⁷ www.dpnoparany.cz

¹⁸ MUDr. Iva Hodková

Součástí nemocnice je i základní škola, kterou zřizuje krajský úřad Jihočeského kraje. V čele této školy je jmenována ředitelka¹⁹.

Péče v organizaci je poskytována celkem na třech stanicích, které jsou převážně koedukované. Každá stanice je vybavena jednotným nábytkem. Dítě má k dispozici lůžko s boxem na lůžkoviny, uzamykatelnou skříňku, poličky na hračky. Společně mají děti na ložnici jídelní stůl a odpovídající počet židlí. Vše je barevně sladěno, postel je přikryta dekou, aby si děti mohly i během dne odpočinout. Společné prostory jsou vybaveny stoly, židlemi v počtu kapacity, skříňky na hračky, televizi, počítačem. Vše je opět vkusně barevně sladěno. Dále mají děti k dispozici tělocvičnu, na chodbách odpočinková zákoutí s rehabilitačními sedáky. Společné prostory, které se využívají zároveň i jako jídelna, jsou vyzdobeny výtvary dětí.

Na každé stanici je počet sester dle aktuálního počtu dětí. Dopoledne jsou ve službě zpravidla 2 sestry, odpoledne 3 sestry a pomocný zdravotní personál, který zabezpečuje i terapeutické činnosti. Denní službu vykonávají lékaři, psychologové, kterých bývá na oddělení celkem 4 - 5. Odpolední a noční službu zajišťuje na celou léčebnu 1 lékař.

Trávení volného času se děje pod dohledem zdravotní sestry, a to na pokoji, společenské místnosti nebo v areálu léčebny. Možné jsou i výlety mimo léčebnu, pokud toto zdravotní stav dětí dovolí. Kontakt dětí s okolním světem je zajištěn telefonicky, písemně i návštěvami rodinných příslušníků v léčebně. Pokud je zdravotní stav zkompenzován, může se dítě učit životu ve svém domácím prostředí. Telefonický kontakt je pomocí vlastního mobilního telefonu, pokud jej dítě vlastní. Telefonáty může dítě v léčebně přijímat každý den. Veškerá korespondence je v léčebně směrem k pacientovi přípustná. Vždy, dle standardu péče o děti v DPN Opařany, poštu otevírá dítě, ale za přítomnosti sestry, která zodpovídá za vhodnost obsahu.

V DPN Opařany je využíván v péči o umístěné děti systém hodnocení. Každý týden je chování dětí vyhodnocováno, děti obdrží body a jedenkrát měsíčně

¹⁹ Mgr. Jarmila Drátovská

mohou tyto směnit u sestry např. za návštěvu čajovny, diskotéku či sladkosti. Každodenní hodnocení je zaznamenáno v denním hlášení. Chování je pravidelně sledováno zdravotní sestrou, která proměny chování a účinky farmakoléčby zaznamenává do dekursu a počítačové databáze. Každá sestra vypracovává na měsíc pro dítě tzv. plán ošetrovatelské péče, který i po měsíci vyhodnocuje. Plán ošetrovatelské péče vychází ze stanovených zdravotnických diagnóz a pojednává o plánu práce sestry s daným pacientem. Tento plán je v dostupný v dekurzech každého dítěte.

Vycházky, což je další motivační faktor, jsou dle zdravotního stavu možné v areálu léčebny. Dovolenky jsou realizovány u rodičů či v ústavních zařízeních, avšak vždy dle zdravotního stavu. Návštěvy v domácím prostředí bývají zkouškou možnosti dlouhodobého setrvávání dítěte v běžném prostředí. V DPN dostává dítě kapesné - peníze od rodičů nebo z ústavního zařízení. Zdravotní sestra je dítěti může vydat, aby si mohlo dle režimu dne nakoupit. Nákupy se odehrávají převážně na vrátnici léčebny, nebo na vycházkách do blízkých Opařan.

Děti umístěné v DPN Opařany plní povinnou školní docházku. Navštěvují základní školu zřízenou při léčebně. Aktuálně se děti vzdělávají v šestnácti třídách, z toho dvě třídy jsou zřízeny pro děti s poruchou autistického spektra, dvě rehabilitační třídy, dvě třídy vzdělávající děti s těžkým mentálním postižením, šest tříd pro žáky vzdělávající se dle programu základní škola, tři třídy s programem základní škola praktická a jedna třída je zde pro individuální konzultace středoškoláků. Na tento počet je k dispozici osm asistentů pedagoga, kteří jsou financováni z rozvojových programů. Všichni pedagogičtí pracovníci školy jsou systematicky školeni v muzikoterapeutických technikách, v nácviku osobnostních dovedností pro děti s poruchou artistického spektra a dalším vzdělávání organizovaném psychiatrickou nemocnicí Opařany. Spolupráce je patrná i v menším počtu navrátivších se dětí nazpět do léčebny během školního vyučování. Každý měsíc jsou organizovány tzv. třídní schůzky. Individuální konzultace směrem ze školy i z léčebny jsou samozřejmostí.

Každý učitel má svůj způsob hodnocení dětí, což je minimálně každý čtvrtek zaznamenáno do žákovských knížek. Novinkou je tzv. startovací byt, ve kterém se

děti učí vést domácnost. Tento startovací byt je v panelové budově a je zcela mimo budovu školy. V tomto bytě děti naplňují vzdělávací kompetence dle vzdělávacích programů školy.

Celý systém péče o děti v DPN Opařany je postaven na vyhodnocení aktuálního zdravotního stavu ze strany dětských psychiatrů – lékařů. Veškeré činnosti, které se s dítětem uskutečňují, jsou vždy konzultovány s lékařem. Lékař je ten, kdo určuje zapojení dítěte do skupinových či individuálních aktivit, trávení volného času, aplikaci farmakoterapie apod.

V léčebně je dále zaměstnáno 5 psychologů, kteří poskytují dětem individuální psychologickou péči, která zahrnuje i různé terapie podle diagnózy a rozhodnutí lékaře. Skupinové terapie jsou na oddělení 2x týdně, mají komunitní ráz a jsou otevřené. Pokud dítě nechce spolupracovat, může ze skupiny odejít ke zdravotní sestře. Psycholog také v zařízení dělá vyšetření, každý den nacvičuje s dětmi autogenní trénink. Pokud lékař indikuje přítomnost psychologa např. při krizových intervencích, je psycholog při těchto činnostech nápomocen.

2.2 Nejčastější psychiatrické diagnózy a symptomy

U psychiatrických diagnóz a jejich projevů, se kterými se lze nejčastěji u dětí v ústavní výchově setkat, je nutné vycházet z poslední revize klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), jež je platná k 1. lednu 2013.

V následujícím textu jsou i využity materiály, které byly poskytnuty účastníkům konference, která se zabývala tímto tématem²⁰. Komentáře k jednotlivým diagnózám vycházejí zejména z odborné literatury, ale též z praktických zkušeností autorky práce. Nejsou zde popsána všechna psychiatrická onemocnění, ale jen ta, se kterými se lze v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy nejčastěji setkat²¹. Dle platné MKN-10 se V. kapitola této klasifikace zaměřuje na poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání.

2.2.1 Hyperkinetické poruchy

Souhrnným označením dle MKN 10 hyperkinetické poruchy je označováno větší množství následujících poruch: porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování, poruchy chování. Tyto poruchy jsou uváděny jako nejčastější psychiatrická onemocnění v ordinacích dětských psychiatrů²² ovlivňující nejen kognitivní schopnosti dítěte, ale také percepčně motorickou oblast, emotivitu, impulsivitu, sociální vztahy. Působí značné problémy ve škole, v rodinách, v zařízeních, kde jsou děti umístěny.

Tyto poruchy začínají obvykle již v prvních pěti letech života dítěte. Takto nemocné dítě je impulzivní, mívá problémy s pozorností (je zhoršená) a vykazuje zvýšenou aktivitu. Projevují se značné výkyvy nálad, dítě provádí činnosti ukvapeně – je zbrklé, nedokončuje úkoly, chvíli neposedí, poskakuje, „šaškuje“, působí dojemem, že neposlouchá, bývá velmi hlučné, nechce spolupracovat. Pokud

²⁰ Konference v Psychiatrické léčebně v Bohnicích a materiály byly poskytnuty MUDr. Matýsem.

²¹ Vycházím nejen z vlastních zkušeností, ale také z výzkumu v rámci vlastní diplomové práce.

²² Vycházím z odborných stáží v DPL Opařany, Louny a PL Bohnice.

jej ale činnost zaujme, je schopno se soustředit i delší dobu. Jeho chování je náročné nejen pro okolí, ale i pro ně samé.

Dítě s touto diagnózou bývá často trestáno, sekundárně se mohou objevovat problémy, které bývají ambivalentního rázu. Na jedné straně může mít dítě obtíže v navazování kontaktů a tím narůstá vnitřní napětí, které může eskalovat agresivním chováním. Na druhé straně se může dítě cítit nepochopeno, zatracováno, neustále označováno za neschopného, za toho, kdo dělá naschvály. Toto stadium může u dítěte vyvolávat až depresivní stavy, které mohou za určitých podmínek opět eskalovat v agresivní raptý.

Pro diagnostiku a práci s takto nemocným dítětem je nutné mít celistvý obraz vývoje dítěte a projevů jeho chování v co nejširším spektru, neboť se dítě může chovat jinak doma, jinak ve škole, jinak např. u prarodičů či v jiné sociální skupině. Jak uvádí Barker (2007), tato porucha je častější u chlapců než u dívek. Poměr pohlaví se ve většině studií pohybuje 2-3:1 v neprospěch chlapců²³.

Hyperkinetická porucha (Červená, Vojtová, 2013) je etiologicky zdůvodněna především nezralostí nervové soustavy, zasaženy jsou spíše kognitivní funkce na rozdíl od poruch chování, kdy se jedná o obtíže v povahových vlastnostech jedince.

Z pohledu pedagogického je tato porucha velmi náročná nejen pro pedagoga, ale také pro ostatní děti. Dítě, které má diagnostikováno toto onemocnění, je pro své okolí obtížně „čitelné“ a zároveň i obtížně se s ním komunikuje. Děti s tímto onemocněním bývají na okraji sociální skupiny, protože jejich projevy chování (neposedí, stále přijímají vzruchy, stíhají mnoho věcí, u ničeho dlouho nevydrží, rychle se nadchnou pro novou činnost apod.) jsou nejen nad rámec chápání vrstevníků, ale mnohdy i nad jejich síly.

²³ I z tohoto důvodu jsem se ve výzkumné části této práce soustředila na dívky, protože projevy hyperkinetické poruchy u dívek jsou z mého pohledu více agresivní nejen vůči okolí, ale i vůči vlastní osobě.

Pokud nejsou tyto děti pochopeny, není jim věnována patřičná odezva od ostatních dětí, bývají velmi často pro své okolí verbálními i brachiálními agresory. Pro pedagogy jsou tyto děti velmi náročné z hlediska zachování vlastní psychické odolnosti a způsobilosti k profesi, ale někdy i z hlediska zachování vlastního bezpečí. Děti v ústavní výchově s projevy tohoto onemocnění jsou v kontextu ostatních dětí velmi silnou skupinou²⁴.

V pedagogické praxi se můžeme také setkat s označením ADHD sy, což je relativně nová diagnostická jednotka, která ale popisuje dlouho známou symptomatologii. ADHD je geneticky podmíněná neuro-vývojová porucha, jejíž základní příznaky (nepozornost, hyperaktivita a impulzivita) se modifikují v různých životních obdobích. Porucha začíná v dětství a přes dospívání obvykle pokračuje do dospělosti. ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder) je diagnóza, kterou najdeme v americké klasifikaci nemocí DSM-IV z roku 1994 (Theiner, 2012).

Autor dále uvádí následující typické příznaky tohoto onemocnění v dětství:

- **Nepozornost** – dítě se obtížně koncentruje na úkoly, nedokáže udržet pozornost, zdá se, že neposlouchá, nedokončuje započaté činnosti, vyhýbá se úkolům s velkým mentálním úsilím, je nepořádné, je roztržité, ztrácí věci, zapomíná
- **Hyperaktivita** – dítě je neposedné, vrtí se, nevydrží sedět na místě, pobíhá, vyrušuje, je hlučné, obtížně zachovává klid, pořádek je v pohybu, je mnohomluvné
- **Impulzivita** – dítě je nezadržitelné v řeči, odpověď vyhrkne bez přemýšlení, nedokáže čekat, přerušuje ostatní v činnostech, skáče do řeči

Jen u malé části pacientů dochází k úplnému vymizení onemocnění v průběhu dospívání. Jelikož je však ADHD stále chybně pokládána jen za poruchu dětského

²⁴ Z mého výzkumu v rámci diplomové práce vyplynulo, že děti s touto diagnózou patří mezi nejobtížnější děti v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. 100% respondentů avizovalo nárůst tohoto onemocnění v zařízeních a zároveň i nejčastěji se vyskytující diagnózu.

věku, po dosažení 18. či 19. roku bývají tito klienti vyřazeni z pedopsychiatrické péče. I když povědomost psychiatrické veřejnosti narůstá, stále je většina těch, kteří tuto diagnózu neznají nebo ji z nějakého důvodu odmítají. Pokud jsou dospělí lidé s ADHD i nadále léčeni, obvykle pak pod jinou diagnózou. Dospívající a dospělí si obvykle vytvoří různé kompenzační mechanismy, aby zmírnili deficity, které ADHD přináší. Některé z nich bývají funkční (např. vedení diáře, sport, meditační techniky), jiné dysfunkční (např. opakované odkládání nepříjemných úkolů (Theiner, 2012).

2.2.2 Poruchy chování

Etiologie tohoto onemocnění je úzce propojena s prostředím, ze kterého dítě pochází. Pokud je rodinné prostředí nepodnětné, u rodičů jsou poruchy chování např. i s kriminálním pozadím, na dítě je uplatňována velmi autoritativní výchova, je chování dítěte těmito faktory ovlivněno.

Dalšími faktory, které poruchu chování ovlivňují, jsou drobná organická poškození centrálního nervového systému, genetická výbava dítěte a již zmíněné rodinné prostředí.

Malá (2000) dělí tuto diagnózu na dva zcela odlišné typy:

- poruchy chování se **špatnou prognózou** – jsou trvalého rázu, kontinuálně přecházejí ve vývoji dítěte až k patologickému chování v dospělosti. Mezi diagnózy, které se objevují i u dětí v ústavní výchově a které se řadí do tohoto typu je tzv. **nesocializovaná porucha chování**. Při této poruše se dítě chová samotářsky, vykazuje zvýšenou agresivitu k druhým lidem, zvířatům, věcem; brachiální i verbální agresivita se s přibývajícím věkem stupňuje. Naprosto schází empatie, nejsou pocity viny. Krádeže jsou běžnou každodenní záležitostí. Nechybí násilné trestné činy včetně činů se sexuálním motivem.

- poruchy chování s **lepší prognózou** – jsou reakcí na nějaké určité prostředí. Nejedná se chování samotářské, ale vždy ve vztahu k nějaké sociální skupině. Tzv. **socializovaná porucha chování** – je dítě členem nějaké skupiny, do které dle svého mínění patří, která jej silně determinuje. Mezi symptomy této nemoci patří negativní postoj a vztah k autoritám, odmítání zavedených konvencí – včetně postoje ke škole; ale zároveň si mohou v dané sociální skupině sytit své neukojené pocity. Pro tuto poruchu je také typické, že děti, které mají vyšší intelektový potenciál, se mohou stávat „vůdci“ dané skupiny, ve které jsou zapojeny. I zde může díky tomu docházet např. i k šikaně.

Tyto poruchy jsou velmi často diagnostikovány právě u dětí, které jsou umístěny v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a stávají se obávanými členy zařízení.

Dle MKN-10 patří mezi poruchy chování také **smíšené poruchy chování a emocí**, které jsou charakterizovány kombinací trvale agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování se zřetelně výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných poruch emocí. **Deprese** je porucha nálady, tedy zhoršení emočního stavu trvalejšího rázu, se kterým se pojí i negativní ovlivnění dalších psychických (myšlení, soustředění, paměť, motivace, volní stránka) i somatických funkcí (výživa, spánek, odolnost proti únavě apod.). Deprese představuje významný rizikový faktor pro sebepoškozující nebo suicidální chování, abúzus návykových látek a další duševní poruchy. Zhoršení ve vztahové oblasti a pokles školní výkonnosti, které deprese přináší, se mohou objevovat i po odeznění poruchy nálady a negativně ovlivňovat celkový psychosociální vývoj dítěte či mladistvého. (Goetz, 2005).

Další poruchou je **porucha opozičního vzdoru**, která se vyskytuje převážně u mladších dětí do 9 či 10 let a je charakterizována výrazně vzdorovitým, neposlušným chováním, ale neobsahuje delikventní činy ani agresivní nebo disociální chování. Podstatným rysem této poruchy je negativistické, nepřátelské, vzdorovité, provokativní a rušivé chování, které je jasně mimo rámec normálního

chování pro dítě stejného věku a stejného sociokulturního zázemí. Toto chování nezahrnuje vážnější narušování práv druhých. Děti s touto poruchou mají často sklon vzdorovat požadavkům dospělých, odmítají pravidla. Mají tendenci být vzteklé, podrážděné a snadno rozzlobené druhými, které obviňují ze svých vlastních chyb a nesnází. Mají nízkou frustrační toleranci a snadno se nechají vyvést z rovnováhy. Jejich chování je provokativní, vede ke konfrontacím. Obyčejně se projevuje nepřiměřenou mírou verbální hrubosti, která je často namířena na vrstevníky nebo dospělé, které dítě dobře zná.

Poruchy chování na bázi **disharmonického vývoje** osobnosti se vyznačují neschopností navázat vřelý vztah s ostatními lidmi, neprožívají lásku ani pocity viny (Krejčířová, 1997). Tato porucha je výrazně podmíněna citovou deprivací, což definuje Matějček (1995, s. 87) jako výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby v náležitě míře po určitou, dosti dlouhou dobu.

U dítěte v ústavní výchově bývá toto velmi časté. Dítě si nemůže např. vytvořit patřičný citový vztah k vychovatelům, tak jak by to bylo běžné v rodinném prostředí, protože jej nemá na starosti pouze jeden vychovatel, ale vychovatelé se střídají v různých režimech. Dále jsou v ústavní výchově děti se společnými či podobnými zkušenostmi, které na jedné straně podporují disharmonický vývoj, ale na druhé straně působí na společné odžívání vlastních frustrací.

Dle názoru Barkera (2007) je důležité znát vývoj každé osobnosti s ohledem na porovnání normy, abychom mohli určit disharmonii v jejím vývoji. Disharmonie ve vývoji dětské osobnosti je diskutabilním jevem v dětské psychiatrii i s ohledem na tzv. stigmatizaci dítěte. Zdrojem při této diagnóze je pozorování a hodnocení odchylky v celém vývoji dítěte od normy vzhledem k vývojovému stádiu, ve kterém se dítě nachází či nacházelo. Na dítě umístěné v ústavní výchově je možné pohlížet také z hlediska disharmonického vývoje, neboť ústavní výchova může být chápána za určitých okolností jako disharmonické prostředí.

2.2.3 Mentální retardace

Diagnóza mentální retardace je do této práce zařazena zejména z důvodu péče, která je pracovně nazývána jako péče o tzv. obtížně umístitelné děti. Dle MKN-10 je mentální retardace zařazena do V. kapitoly a je charakterizována jako: „Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence.“ Ke vzniku mentální retardace přispívají mimo jiné genetické faktory, onemocnění mozku a vlivy prostředí.

Dítě s mentální retardací umístěné v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy je stále velmi diskutované téma. Péče o děti s touto diagnózou má svá specifika. Tyto děti mohou mít v důsledku svého onemocnění narušeno emoční prožívání, hůře chápou pokyny, obtížněji a rigidně reagují na změny ve svém okolí, ulpívavě trvají na způsobech řešení některých situací. Náročnější je komunikace, protože může být narušena i fonologická stránka řeči, verbální schopnosti jsou oproti zdravým dětem výrazně sníženy.

Obtíže, které mohou nastávat s dětmi s mentální retardací v ústavní výchově, mohou být zaměňovány za poruchy chování. Pokud není dítě dostatečně saturováno, není dostatečně kvalitně vyšetřeno dětským psychiatrem, klinickým psychologem či odbornými pracovníky v pedagogicko-psychologické poradně, může se s tímto dítětem zacházet velmi neprofesionálně²⁵.

Dítě s lehkou mentální retardací se např. projevuje chudší slovní zásobou, opožděným psychomotorickým vývojem, nesamostatností, pomalejším chápáním, pomalejším předvídaním či nepřesností v praktických oblastech. Dále jsou patrné obtíže s chápáním instrukcí, špatná orientace v čase, obtíže s navazováním

²⁵ Adekvátní a včasná diagnostika je ve všech diagnózách jedním z nejdůležitějších faktorů s ohledem na dobrou prognózu vývoje dítěte. I z mé zkušenosti vyplývá, že záměna diagnózy (poruchy chování a mentální retardace) je možná.

adekvátních kontaktů, ulpívání na jedné osobě, která je dítěti na blízku. Reakce bývají zkratkovité, v ústavní výchově doprovázeny častými agresivními výbuchy. Pokud je takovéto dítě odmítáno rodinou (Hort, 2000), nemá dostatek citu od nejbližších, tedy rodičů, je vývoj této diagnózy ještě horší, než u dětí, které s touto diagnózou žijí v přijímající rodině.

U všech takto nemocných dětí je potřeba naplňovat jejich základní psychické potřeby, tak jak to uvádí Vágnerová (2012). Každodenní stimulace, tedy přísun adekvátních podnětů, které jsou předávány srozumitelně s ohledem na vyvarování se zvýšené zátěže u nemocného jedince. Tato prevence je důležitá k předcházení afektovým stavům, které jsou doprovázeny verbální, ale někdy také brachiální agresivitou. Práce v dětských domovech či dětských domovech se školou s dětmi, které mají lehkou mentální retardaci nebo středně těžkou mentální retardaci, vyžaduje značnou trpělivost, erudovaný a klidný přístup, schopnost motivovat mentálně postiženého jedince pro práci v kolektivu, znalost limitů klientů, ale také svých.

2.2.4 Pervazivní vývojové poruchy (dětský autismus, atypický autismus)

Pervazivní poruchy – poruchy autistického spektra (dále jen PAS) se zároveň objevují i v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a práce s těmito dětmi se vyznačuje určitými specifiky, která je potřeba zmínit.

Za stanovení této diagnózy je vždy zodpovědný dětský psychiatr, který využívá také závěrů ostatních odborníků z lékařských i nelékařských oborů. Aktuálně se k diagnostice PAS v České republice využívá diferenciatní diagnostika, kterou provádí dětský psychiatr, a při které je nutné vyloučit jiné psychiatrické onemocnění, které by mohlo mít podobnou symptomatiku jako PAS. Etiologie onemocnění je předmětem intenzivních výzkumů např. (Hort, 2000) a využívá

nejnovějších zobrazovacích metod. Při diagnostice je nutný mezioborový přístup, tedy součinnost dětských psychiatrů, neurologů, psychologů a sociálních či speciálních pedagogů. Velký lékařský slovník uvádí definici autismu jako chorobné zaměření k vlastní osobě se ztrátou kontaktu s realitou, s nadměrnou sociální izolací. Dudová (2013) uvádí: „Co nejčasnější diagnóza a následná časná intervence zmírňují autistický handicap. A co více, navzdory kodifikovanému teorému, že PAS jsou celoživotním postižením, se v posledních desetiletích objevily studie popisující možnost úzdravy z autismu.“²⁶.

Děti, kterým byla diagnostikována tato nemoc, se nejsou schopny zorientovat v sociální komunikaci. Nedokáží reagovat na emoce druhých, vážne přizpůsobení chování sociálnímu kontextu (Hort, 2000), je narušená komunikace a hra a mají omezené, stereotypní chování a zájmy. Tyto děti se projevují nedostatečnou vzájemností v běžném hovoru, nedokáží reagovat podle zavedených konvencí. Obsedantně očekávají plnění všech slíbených informací. Velmi rády mají stejné činnosti, ritualizaci v denním režimu. Chápání okolního světa je pro ně velmi obtížné. Jejich zájmy jsou velmi specifické. Převažují činnosti s mechanickým zaměřením např. vlaky, auta.

Atypický autismus, jak již z názvu vyplývá, se odlišuje od výše uvedeného. Znamená to tedy, že může být opožděný nástup nemoci po třetím roce věku, či není přítomen některý z výše uvedených aspektů onemocnění.

PAS však nemusí být vždy doprovázeny mentální retardací. Pokud je inteligence v pásmu normy, ale jsou splněna kritéria z tzv. triády pro PAS, může se jednat o **Aspergerův syndrom**. U této diagnózy jsou přítomny abnormální zájmy realizované s fanatickým nasazením, řeč je normální či téměř normální (vyskytují se např. poruchy výslovnosti, zvláštní dikce či odlišná intonace), konverzace je povrchní, vyskytuje se tzv. mentorování a zároveň je přítomna neobratnost jemné a hrubé motoriky.

²⁶ Otázkou zůstává, nakolik se lidé s autismem naučí s tímto onemocněním žít a nakolik dojde k opravdovému dozrání mozkových center a celé osobnosti včetně sociální inteligence. Tento výrok byl použit v rámci školení na Screening PAS pomocí DACH, pořádaný NÚV Praha v 12/2013. Aktivně jsem se zúčastnila.

Pro rodiče, poradenské pracovníky, pedagogické pracovníky i pracovníky v ústavní výchově je vytvořena česká screeningová metoda DACH, která je určena k depistáži dětí s poruchou autistického spektra.

2.2.5 Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání

Do této kategorie patří následující onemocnění, se kterými se lze setkat velmi často v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Pokud nejsou tato onemocnění včas diagnostikována, mohou být důsledky velmi vážné.

Neorganická enuréza - samovolné pomočování minimálně dvakrát za měsíc, s vyloučením organického poškození močových cest. Etiologie této nemoci vychází z heredity, organických vlivů a psychogenních vlivů. V převážné většině dětí umístěných v ústavní výchově se jeví jako dominantním faktorem psychogenní vlivy. Odrzení či odebrání od rodiny, týrání, patologické rodinné prostředí, sexuální zážitky v raném věku, to mohou být spouštěče somatizace, která za určitých okolností může vyústit v noční pomočování.

Pokud je při diagnostice vyloučena organická příčina, nastavují se režimová opatření, která bývají zprvu u dítěte zdrojem značné tenze. Tzv. enuretický režim, tedy pít do určité doby – nejlépe naposledy při večeři, důraz na vymočení před usnutím, bývá základem ke zvládnutí daného onemocnění. Toto zprvu vede dítě k odmítání nácviku, poté si může začít vymýšlet, tajně pít. Pokud je však správně motivováno a zažije první suché noci, je možné v dlouhodobém horizontu noční enurézu zvládnout. Je vhodná také psychotherapeutická péče, jejímž cílem může mimo jiné být v ústavní výchově důraz na plnění enuretického režimu. Pokud je potřeba, může nefrolog pomoci medikací, např. antidiuretickým hormonem. Přesto je potřeba nejen odstranit následek, ale pracovat s příčinami nočního pomočování. U dětí v ústavní výchově dochází k častým regresům, zejména při setkání s prostředím, ze kterého může mít dítě patologické zážitky.

V případě enuretického režimu došlo za poslední dobu k vývoji náhledu na nácvik zvládnání „suchých nocí“. Před cca sedmi lety byly dávány pokyny od nefrologů, že enuretické dítě je nutné v noci budit. Nejlépe je vysledovat čas, kdy se dítě pomoci a ještě před tímto časem dítě vzbudit, aby se mohlo vymočit. Praxe ukázala, že tento proces nebyl účinný, neboť dítě zaspalo moment, kdy bylo vzbuzeno a nácvik se tedy míjel účinkem. V současné době se dbá při tzv. enuretickém režimu na klidný spánek, tedy na vymočení se před usnutím, motivace např. pochvalou v momentě, kdy se dítě v noci nepomocí. Tento přístup mívá daleko větší účinek. Režimová opatření však vyžadují motivaci dítěte, kterou ale lze u dítěte očekávat na vědomé bázi cca od 7 let věku.

Neorganická enkopréza - mimovolní pokálení během spánku po zvládnutí udržování čistoty. Pokud dítě není schopno naučit se udržovat čistotu, je nazývána enkoprézou primární. I zde je nutné vyloučení organické příčiny. Tato diagnóza ještě více sociálně poškozuje dítě, vyčleňuje jej z kolektivu. Děti s nezvládnutou enkoprézou bývají často terčem posměchu, což může být spouštěčem k sekundárním psychickým onemocněním. V etiologii enkoprézy lze vystopovat ambivalentní postoje rodiny ve výchově. Na jedné straně perfekcionistická, autoritativní výchova s tlakem, aby již dítě umělo ovládat vyprazdňování a naproti tomu naprosté zanedbávání dítěte. I zde mohou mít vliv psychické motivy: konflikty s vrstevníky, konflikty v rodině, konflikty v kolektivu, zažitá traumata.

Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku. V poslední době se v ústavní výchově objevuje i skupina dětí, které vykazují a kterým je nakonec dětským psychiatrem diagnostikována porucha příjmu potravy. Mezi hlavní příčiny tohoto onemocnění řadí Barker (2007) biologické predispozice, sociokulturní vlivy, diety, jež se vymkly kontrole a strach z růstu a přijetí dospělé role ve společnosti. Autor dále uvádí, že vznik poruch příjmu poruchy se nejčastěji uvádí v období mezi 14 až 18 roky a výskyt je častější u dívek.

Aktuálně přibývá také chlapců s poruchami příjmu potravy a věková hranice se posouvá k deseti letům věku dítěte²⁷ (Slavíková, 2013).

Prozatím je v ústavní výchově velmi obtížné s tímto fenoménem pracovat, neboť poruchy příjmu potravy nemusí být jen obecně známá bulimie či anorexie, ale také např. atypické poruchy příjmu potravy. Již z názvu vyplývá, že atypické jsou jiné, odlišné. Pro diagnostiku jsou velmi složité a je potřeba i laboratorních vyšetření spolu s dlouhodobým sledováním dítěte. Dle Barkera (2007) mohou být poruchy příjmu potravy způsobeny ze strachu z růstu a přijetí dospělé role ve společnosti.

Symptomy, které se váží k tomuto tématu, jsou naznačeny i např. v knize Dětská a adolescentní psychiatrie. Zde Koutek (2000) zmiňuje syndrom vybíravosti v jídle, který může být i u dítěte v ústavní výchově. Nápravy a léčba této nemoci jsou vždy v rukách lékařů. Speciální pedagogové mohou pomoci nácvikem ke zlepšení vnímání vlastního těla, k přijetí sebe sama. I toto onemocnění může končit fatálně, a to smrtí. Proto je i zde nutná např. včasná diagnostika, profesionální tým, který ví, jak se má k dítěti s tímto onemocněním chovat.

Již v roce 2003 uvádí Stárková ve svém článku Poruchy příjmu potravy – možnosti a meze pediatrické intervence in. *Pediatric pro praxi* 2003/5 : „Incidence poruch příjmu potravy se v naší zemi v posledních deseti letech zvýšila. Obvykle bývá uváděno, že se na rozvoji nemoci podílejí sociokulturní faktory a faktory neurobiologické. První, především mediálně proklamované ideály subtilní ženské krásy, jsou bezprostředně zodpovědné za rostoucí incidenci nemoci.“

Pro dítě v ústavní výchově se mediálně proklamované ideály stávají vzorem téměř ve všem, pokud není v jeho blízkosti „živý“ vzor v podobě vychovatele či jiného pracovníka zařízení. Ulpívání na hodnotách v jiném hodnotovém žebříčku než je běžné u dětí v rodinách, i tím se vyznačují sociálně znevýhodněné děti, tedy i děti umístěné v ústavní výchově. Orientace na vzory „fantazijního“ světa je zcela

²⁷ Toto tvrzení mám podloženo výzkumem z diplomové práce, kdy poruchy příjmu potravy byly uvedeny u jednoho z diagnostických ústavů jako onemocnění, které má výrazný nárůst v počtu umístěvaných dětí v jejich zařízeních.

běžná a stává se značným problémem v dnešní dětské populaci. „Není zatím přesně známo, co tak zásadního se ve vývoji stane, že se psychický obraz (představa o sobě) tolik vzdálí realitě. Psychologové vysvětlují zkreslené vnímání vlastního těla procesem internalizace a projekce. Zkreslená představa o sobě může vzniknout zabudováním (zvnitřněním) různých pocitů, prožitků a klíčových okamžiků života. Pokud je například hlavním výchovným krédem v rodině „vypadat dobře“, často na úkor citovosti a vzájemnosti může dívka tento postoj pevně zabudovat do svých hodnot, tělesný vzhled se pro ni stane dominantní hodnotou“. (Stárková, 2003) V závěru téhož článku autorka píše o trendu poslední doby, tedy o nárůstu nemoci v posledních deseti letech. Podíl na zvýšeném počtu nemocných mají dva faktory: **sociokulturní faktory** – např. ideál krásy a její mediální obraz a dále **faktory neurobiologické**, které mají výrazný vliv na průběh nemoci. Znamená to tedy, že mediální tlak na děti, které nejsou pevně ukotvené ve svých sociálních skupinách (rodina, rodinná skupina apod.) mají výrazně vyšší riziko vzniku symptomů poruch příjmu potravy než děti, které žijí v harmonickém prostředí. Mezi neurobiologické vlivy patří např. genetická zátěž, (schopnost prožívání, schopnost vnímání vlastních pocitů a emocí).

2.2.6 Sebepoškozování

Mezi specifické otázky dětské psychiatrie patří i otázka dětské suicidality, tedy sebepoškozování s následkem smrti. Sebepoškozování je v odborné literatuře popisováno jako syndrom či důsledek některých psychiatrických onemocnění nebo vlivem výchovy. Faktory, které ovlivňují tyto tendence, jsou např. nepřijetí kolektivem, neuspokojivá rodinná situace, konflikty mezi vrstevníky či s rodiči, ale i poutání pozornosti, která dětem chybí. Nedá se však říci, že každé dítě, kterému chybí pozornost, bude mít sklon k sebepoškozování.

V ústavní výchově je otázka sebepoškozování také aktuální i s ohledem na oddělení dítěte od rodiny. Etiologické faktory jsou různého charakteru - od dětského abúzu po biologicky podmíněné. Také je možné pozorovat tendence k

sebepoškozování jako „kopírování“ určitého způsobu chování někoho, komu se chce dítě podobat. Vyhrožování rodičům, autoritám, kamarádům bývá v určitém věku u dětí velmi časté. Nelze toto chování podceňovat, vždy je nutné vyhledat odborníka, spolupracovat se všemi, kteří jsou s dítětem v kontaktu.

Barker (2007) uvádí dva typy suicidálního chování. Parasuicidum tzv. **úmyslné poškozování**, kde není prvotním úmyslem zemřít, ale jedná se o „volání o pomoc“ při řešení složitých životních situací či poutání pozornosti; a **vážné suicidální chování**, které bývá častější u chlapců a může se objevit znenadání.

Závažnost tohoto symptomu je v tom, že se dítě může ocitnout v ohrožení života. Všechny pokusy o suicidium či sebepoškozování jsou pro pracovníky v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy velmi zatěžkávající zkušeností. Správné vyhodnocení a „přečtení“ období před sebepoškozováním daného dítěte patří k nejnáročnějším pedagogickým situacím a vyžaduje nejen orientaci v dané problematice, empatii a schopnost zvládat zátěžové situace, ale ověřuje také schopnost kooperace a předávání si informací v rámci celého týmu. K vyšetření dítěte či adolescenta po suicidálním pokusu patří vždy zjišťování motivu tohoto nežádoucího jednání. Je to důležité jednak pro porozumění tomu, co se stalo, jednak pro terapeutickou intervenci směrem do budoucnosti. Toto vyšetření musí vždy vést lékař. (Koutek, Kocourková, 2006).

Velký význam v suicidálním jednání dětí má rodina. V rámci rodiny rizikově působí nefungující rodinné vztahy, ztráta blízké osoby, citová deprivace, dlouhodobé konflikty v rodině. Umístění dítěte mimo rodinu, tedy do ústavní výchovy může být také faktorem, který za určitých podmínek může vést k suicidálním projevům. Významným faktorem při posuzování nebezpečnosti suicidálního jednání v dětství je to, že dítě často není přesně schopno posoudit nebezpečnost použité metody. Na jedné straně může přecenit nebezpečnost metody, na druhé straně ji nedocenit. (Koutek, Kocourková, 2006). Při sebepoškozujících tendencích je dítě fakticky přímo ohroženo na životě a musí být za určitých podmínek chráněno i před sebou samým. Sociální skupina a zapojení v ní je pro dítě i dospívajícího velmi důležitá. Negativním faktorem mohou být neuspokojivé vrstevnické vztahy, pocity nedostatečnosti a vyčlenění.

V období adolescence narůstá význam partnerských a sexuálních vztahů. Nešťastná láska bývá často uváděna jako motiv suicidálního jednání. Důležitým problémem bývá obava z homosexuální orientace a z jejího odhalení mezi vrstevníky, což v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy může být pro dítě fatální (Koutek, 2008).

Koutek dále uvádí, že suicidální jednání se někdy může objevit i jako důsledek podobného jednání u kamaráda. Vliv má i určitá nápodoba, sebevražedné chování se může objevit i v sérii. Studijní neúspěch, problémy v kolektivu, s rodiči, vychovateli – to jsou rovněž uváděné rizikové faktory. Je však nutné si uvědomit, že různé rizikové faktory nepůsobí na jedince samostatně, záleží na mnoha okolnostech. Vrstevnické problémy lépe zvládne chlapec či dívka, kteří mají dobré rodinné zázemí, zatímco ti, kteří k vrstevnickým nesnázím ještě žijí v konfliktním rodinném prostředí, nerozumí si s rodiči, neprospívají v ústavním zařízení, ti jsou ohroženi mnohem více.

2.2.7 Syndrom CAN

„Jednou z nejzávažnějších příčin registrace rodiny v systému ochrany dětí, je ohrožení dítěte syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN - z anglického Child Abuse and Neglect)“ (Ptáček, Pémová, 2013). Je tedy zřejmé, že děti, které jsou v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy mohou mít také diagnostikován tento syndrom.

Důležitost včasné diagnostiky s ohledem na vlastní přežití dítěte a následné péče, to je zásadní a velmi důležitá práce nejen sociálních pracovníků z OSPOD, ale zároveň i všímavosti např. učitelů v základních nebo mateřských školách.

Individuální dopady týrání, zneužívání či zanedbávání je nutné posuzovat s přihlédnutím k věku dítěte, délky a intenzity negativních projevů vůči dítěti. Někdy je potřeba i psychiatrická péče. Vždy je však nutné tento způsob chování

vůči dítěti identifikovat, neboť se jedná o nepřijatelné jednání rodiče, vychovatelé či jiné osoby (Dunovský, 1995). (Malá, 2000) uvádí, že je potřeba mít na mysli zákeřnost tohoto fenoménu, protože se jedná o problém transgenerační, tedy **týraní týrají**. I na toto je nutné ve výchovných zařízeních pamatovat, protože ono „překlopení“ může mít pro dítě v budoucnosti velmi negativní dopad.

Do ústavní výchovy se dostávají děti, které mohly být tělesně, sexuálně nebo psychicky týrány. Nejvýraznějším projevem jsou odchylky v chování. Malá (2000) dále uvádí: „...odchylky jsou víceméně polarizovány. V určitých situacích jsou děti extrémně agresivní, neklidné, úzkostné nebo naopak pasivní, celkově inhibované, apatické, bez radosti, bez schopnosti vyjadřovat emoce“. Autorka také zmiňuje, že týrané děti mají nejistý, vyhýbavý, rezistentní vztah k matce, vychovateli. Ve fyzickém přiblížování je patrna ambivalence, bojí se kontaktu. Polarita tohoto může být naopak značná přichylnost, silné manipulační tendence, sebestřednost, zároveň náchylnost k somatickým onemocněním.

Práce ve školském zřízení je s těmito dětmi velmi složitá. Za pomoci dětských psychiatrů je možná psychiatrická medikace ke snížení např. nočních děsů, úzkosti, agresivity, ale může vést k navození lepší nápad. Z hlediska speciálních pedagogů je nutné přistupovat v práci s těmito dětmi velmi citlivě a obezřetně. Vždy je potřeba, aby dítě nebylo nuceno k verbalizaci zažitého, ale aby mělo možnosti podle vlastního uvážení o prožitém děsivém zážitku či zážitcích beztrápně s někým komunikovat (nejen verbálně). Cílenou psychoterapií lze pomoci dítěti pracovat na vyrovnání se s traumatem. Důležitá je však odbornost, znalost dané problematiky, spolupráce zainteresovaných odborníků i zákonných zástupců dítěte²⁸.

Velmi důležitým prvkem je i tzv. případová konference, která pomáhá nejen v práci s dítětem, ale i s celou rodinou. Komplexní pohled, účast všech zainteresovaných odborníků a možné náhledy z odlišných stran (právní pohled, lékařský, sociální, pedagogický, terapeutický) může vést nejen ke zvládnutí traumatu jako takového, ale může pomáhat i preventivně, aby se neopakovalo výše popsané patologické zacházení.

²⁸ Zákonný zástupce je přizván ke spolupráci jen v případě, že není agresorem.

3. Dítě v ústavní výchově

Děti s psychiatrickým onemocněním patří do specifické skupiny, která má značné problémy setrávat v hlavním vzdělávacím proudu českého školství, protože potřebuje daleko propracovanější, důkladnější a poněkud odlišnou péči odborného personálu.

3.1 Prvotní obtíže v péči o děti s psychiatrickým onemocněním v ústavní výchově

V rámci výzkumu²⁹ (Slavíková, 2013) z prostředí diagnostických ústavů České republiky vyplynuly hlavní problémy, které v péči o psychiatrické děti nastávají. Velkým problémem je diagnóza poruch chování a emocí spojených s agresivitou. Součástí dotazníkového šetření v rámci výzkumu nebyla dána specifikace na typ agresivity, proto se může jen spekulovat, že převažuje u dětí s psychiatrickou zátěží agresivita brachiální. Zkušenosti z ústavní výchovy s takto nemocnými dětmi ukazují na agresivitu brachiální. Problémy v péči o psychiatricky nemocné děti, které respondenti zmiňovali, se týkaly jak již zmíněné agresivity, tak problémů v zabezpečení péče o tyto děti. Největším problémem u obou skupin respondentů³⁰ byla psychiatrická péče. Její nedostatečnost, dlouhé objednací lhůty a zároveň i nemožnost zajištění dětského psychiatra jako člena týmu byly společnými prvky napříč oslovenými diagnostickými ústavu.

Dále z výzkumu vyplynulo, že v České republice je nedostatek malých zařízení, která by se o děti s psychiatrickým onemocněním dokázala erudovaně postarat. Nedostatek personálu³¹ či nedostatek zkušeností s dětmi, které se ocitají v koloběhu mezi školskými zařízeními a psychiatrickými léčebnami, je

²⁹ Výzkum z obhájené diplomové práce.

³⁰ Respondenti byli z diagnostických ústavů a z DDŠ s výchovně léčebným režimem Slaný a DDŠ Přestavky.

³¹ V dubnu 2014 tuto situaci aktuálně řešil i ministr školství Mgr. Marcel Chládek

celorepublikový problém ústavní výchovy³². Velmi alarmující je zjištění, že pouze jeden diagnostický ústav má zpracovány standardy kvality péče o psychiatrické děti³³. Prvotní obtíž tedy v péči o psychiatrické děti nastává již v samém počátku jejich nástupu do ústavní výchovy, ale paradoxně toto dítě samo zvládnout ani ovlivnit nemůže.

3.2 Odlišnosti v chování dívek a chlapců

Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsou převážně koedukovanými zařízeními, proto je nutné zmínit i nejčastější odlišnosti v chování obou pohlaví z hlediska psychického vývoje. Vývojová psychologie se zaměřuje také na problematiku raných zkušeností, které ovlivňují celou osobnost dítěte bez rozdílu pohlaví. Mezi faktory, které ovlivňují odlišné projevy chování u obou pohlaví, patří dědičné dispozice, identifikace s rolí muže či ženy, styly rodinné výchovy, rodinné prostředí, mediální obrazy mužsko-ženského principu, příslušnost k sociální skupině, kultura, evoluční teorie, politické zřízení, úroveň výchovně vzdělávacích institucí.

„Mnohem významnější než vlivy biologické je v případě agresivity pravděpodobně působení výchovy a celkové kultury“ (Janošová, 2008). Toto tvrzení je možné potvrdit nebo vyvrátit právě výchovným působením pracovníků

³² Opodstatnění zařízení, která jsou specializovaná na péči o psychiatrické děti, jsou naprosto zřejmá z obou částí výzkumu. I přesto je možno položit i otázku, zda je vhodné segregovat tyto děti v jednom specializovaném zařízení nebo naopak umisťovat jedno problematické dítě do zařízení, které by bylo schopno se o něj postarat. V tomto směru si myslí, že je lépe zřizovat malá zařízení s vysoce profesionálním týmem pro nemocné děti, než je „integrovat“.

³³ V NÚV je aktivní pracovní skupina, která od listopadu 2012 zpracovává standardy kvality pro zařízení ústavní výchovy. Mimo jiné je v této komisi i ředitel DÚ Hradec Králové, DÚ Liberec. Aktuálně jsou standardy kvality prioritou i pracovníků NÚV.

v ústavní výchově. Veškeré postupy by měly směřovat ke schopnosti umět s agresivitou pracovat, hledat jiné způsoby chování a uvolňování napětí zcela odlišným způsobem než jsou agresivní raptý.

Rozdíly v chování mezi pohlavími jsou také patrné ve **struktuře a fungování centrální nervové soustavy**, což je podmíněno fungováním pohlavních hormonů. Jak uvádí Vágnerová (2012), zrání mozkových struktur probíhá rychleji u dívek. Rozdíly jsou patrné např. na počátku školní docházky. Dívky při nástupu do školy bývají více vyžralé z hlediska schopnosti zvládnání zátěže, schopnosti učit se novým věcem, mají zvýšenou emoční stabilitu, jsou více odolné vůči zátěži. Odlišné chování je tedy dáno evolučně, ale s podílem již výše uvedených faktorů. Rozdíly v kognitivních schopnostech a dovednostech jsou patrné již v předškolním období a na počátku povinné školní docházky, kdy dívky obecně lépe využívají verbálních schopností. Chlapci mívají před nástupem do školy naopak lépe vyvinutu představu čísla. Tyto rozdíly vycházejí z odlišného dozrávání a genotypu hemisfér, což ovlivněno ještě psychiatrickým onemocnění může nastupujícího školáka chlapce velmi výrazně v počátku plnění školní docházky limitovat.

Výrazným indikátorem odlišného přístupu podle pohlaví ke svému okolí je také **dětská hra**. Dle Janošové (2008) přispívá rozdílný způsob hry chlapců a dívek k odlišnému rozvoji jejich kognitivních schopností a dovedností, což zároveň vede k rozdílnému chování mezi dívkami a chlapci daného věku. Valenta (2004) uvádí základní vlastnosti hry, že hra je všelidským jevem, který je zřejmě geneticky kódovaný; hra spojuje procesy vědomé s nevědomými. Tímto tvrzením se podtrhují možnosti ovlivňování celkové osobnosti dítěte výchovou. U dětí s psychiatrickým onemocněním mívá „hra“ naprosto odlišnou konotaci, bývá plná násilí. Psychiatricky nemocně děti velmi často obtížně identifikují fikci a realitu. Chtějí se často identifikovat s herním hrdinou, aniž by dohlížely následky.

O **vlivu rodiny** a zejména rodičů na projevy chování dítěte se můžeme dočíst např. v knize Rodiče a děti (Matějček, 1986), kde autor zmiňuje např. identifikaci dítěte s rodiči ve vztahu k minulosti rodičů a přítomnosti dítěte. Zároveň se může tato identifikace projevit i v chování dítěte, které se identifikuje s rolí otce nebo matky a chová se podle jejich vzoru. „Stavíme-li svou lásku mateřskou nebo

otcovskou proti „zlobení“ dítěte, pohybujeme se na dvou nesouměřitelných rovinách a sotva tedy můžeme čekat úspěch. Odnětí lásky vyvolává v dítěti pocit bezmoci, osamělosti, opuštěnosti. Znamená to ztrátu životní jistoty“ (Matějček, 1986).

Výše uvedený citát platí bez rozdílu pohlaví, je uveden na dokreslení vlivu rodičů na vývoj dítěte s ohledem na rozdílné projevy chování. Pokud je dítěti odepřena mateřská láska a nejsou tyto základní potřeby dostatečně saturovány, projevuje se u dítěte výrazně odlišné prožívání konkrétních situací. Nastupují pudové reakce, tedy reakce agresivního charakteru. Záleží na reakci okolí, na kognitivních schopnostech jedince, jakým směrem se agresivita zaměřuje. Všeobecným tvrzením, že agresivita chlapců je výrazně větší, než agresivita dívek³⁴ se zabývá empirická část této práce.

Odlišnosti v chování mezi chlapci a dívkami jsou patrné i v **dodržování norem**, tedy chápání významu norem, pravidel, zákazů a příkazů. Jak uvádí Vágnerová (2012), odlišné chápání významu norem je u dětí na počátku školní docházky, odlišné je v adolescentním období. Na počátku školní docházky určuje význam norem autorita³⁵, která je nezpochybnitelná. Ke konci středního školního věku se postoj k autoritě mění, děti občas porušují nastavená pravidla a vymezují se vůči dané vrstevnické sociální skupině, kam patří (Vágnerová, 2012). Čím je dítě starší, tím se mění vztah k autoritě a autorita nabývá jiného významu. Dospívající bývají k autoritě velmi kritičtí, mají sklony polemizovat a diskutovat s autoritou, aby jí dokázaly své schopnosti a přesvědčily ji jen o jediné pravdě, a to o své. Pubescenti, dle Vágnerové (2012, s. 395) bývají k dospělým kritičtí, netolerantní, vyžadují spravedlnost. Vývoj genderové identity nemusí dle Vágnerové probíhat stejně u dívek jako u chlapců. U dívek má zásadní vliv na separaci **vztah k matce**, který ovlivňuje dívku na celý život. U chlapců dochází k separaci již v období daleko dřívějším, a to v období předškolním.

³⁴ S tímto tvrzením nemohu z pohledu pracovníka v ústavní výchově souhlasit. Analýzou projevů chování dívek v DDŠ Slaný jsem došla k závěru, že agresivita u dívek umístěných v DDŠ Slaný výrazně převyšovala agresivitu chlapců, kteří byli umístěni ve stejném zařízení.

³⁵ Autorita – dítě se snaží uspokojovat nároky matky, otce, paní učitelky...

3.3 Obtížně umístitelné děti

Tento termín či termín „neumístitelné dítě“ byl použit na konferenci, kterou pořádala Kancelář veřejného ochránce práv (dále jen KVOP) po realizování určitého množství systematických návštěv svých pracovníků v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy s přihlédnutím k péči ve zdravotnických zařízeních.

Konference se uskutečnila v prostorách psychiatrické léčebny Bohnice v červnu 2012. Cílem bylo nejen vymezení, objasnění a vyspecifikování odborných témat týkajících se dětské a dorostové psychiatrie, ale také setkání pracovníků z resortu zdravotnictví, školství a spravedlnosti.

Hlavní témata byla čtyři:

- vzájemná očekávání profesionálů pečujících o dítě
- psychické vs. výchovné problémy dítěte
- obtížně umístitelné až „neumístitelné“ dítě
- dítě s autismem

Roztříštěnost péče o děti s psychiatrickým zatížením v ústavní výchově, nevyjasněné kompetence, odlišná odborná terminologie, nepropojenost zúčastněných stran při výchově dítěte, to bylo několik jasně pojmenovaných problémů, které vycházely jako velmi alarmující z návštěv pracovníků KVOP v zařízeních, kde vykonaly návštěvy³⁶.

Hodková³⁷ na této konferenci zveřejnila vlastní statistiky o klientele, jež prošla léčebnou v období od roku 2005. Oscilace procentuálního zastoupení klientů v

³⁶ V počátku konference se všichni účastníci zcela rigidně zastávali svého resortu, tedy zdravotníci resortu zdravotnictví a školští pracovníci resortu školství. Tento nesoulad je dlouhodobě pocíťován i v praxi, neboť umístit dekompenzované, psychiatricky nemocné dítě ze školského zařízení na oddělení dětské psychiatrie, je z dlouhodobého hlediska značný problém

³⁷ MUDr. Hodková je ředitelka Dětské psychiatrické nemocnice Opařany. Statistika je dostupná na stránkách nemocnice: www.dpnoparany.cz

DPN Opařany s nařízenou ústavní výchovou se pohybuje od roku 2005 do roku 2011 mezi 30 a 39 %³⁸.

Nejvíce dětí z ústavní výchovy bylo v roce 2006 a nejméně v roce 2010. V roce 2011 se nejvíce dětí objevilo z věkové skupiny 15-18 let, a to celkem 72. Na základě těchto dvou faktů se dá usuzovat, že ne všechny děti, které prošly DPN Opařany, byly z ústavní výchovy, dokonce nejsou ani v nadpoloviční většině hospitalizovaných. Z pohledu školského zařízení se potvrdilo, že ono „odkládání“ do léčeben již opravdu **není možné** a že se zkvalitnila i péče o psychiatricky nemocné děti také ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Závěrem na této konferenci, která zčásti zmapovala neprostupnost obou stran péče o psychiatrické děti (zdravotnictví x školství), bylo poukázáno na závěrečnou zprávu KVOP, která byla shrnutím ze systematických návštěv ve školských zařízeních a ve zdravotnických zařízeních. Z této zprávy jednoznačně vyplývá, že péče o psychiatrické děti jak v zařízeních zdravotnických, tak v zařízeních školských se značně zlepšila³⁹. Jsou zařízení, která KVOP nazývá „příklady dobré praxe“. V těchto zařízeních nejsou porušována lidská práva, s klienty je zacházeno správně nejen po právní stránce, ale i po stránce lidské, velmi dobře. Vychází se z individuálních potřeb klientů, pracovníci zařízení jsou na odborné úrovni, vědí, jak mají v krizových situacích jednat, klientům naslouchají a pomáhají jim osobnostně růst. Dokáží klientům pomoci, klienti mají k zaměstnancům vybudován kladný vztah.

³⁸ Téměř 40% celkového počtu dětí je sice na jedné straně velmi vysoké, ale na straně druhé může ukazovat, že odebrání dítěte z rodiny může být pro dítě tak frustrující, že se jeho psychický stav natolik změní, že je nutná hospitalizace na dětské psychiatrii. Dalším důvodem může být i fakt, že děti, které jsou umísťovány do ústavní výchovy, jsou děti, které mohou trpět i duševní poruchou. MUDr. Matýs uvádí, že až 13% dětí a adolescentů z celkové populace má nějakou duševní poruchu.

³⁹ Přesto jsou zařízení, kde i v dnešní době nepřístupují ke klientům podle zákonů, nedodržují ustanovení základního zákona pro výkon ústavní a ochranné výchovy a využívají „zlobení“ dětí k trestání např. nemožnosti kontaktu s rodinou.

Ze závěrečné zprávy z května 2011: „Závažným zjištěním ochránce je systémový problém pramenící z roztržitosti péče o děti. Ústavní výchova je nařizována i dětem, které školský systém vyhodnotí jako nevhodné do školských zařízení, ale zařízení sociálních služeb je rovněž odmítnou, protože nepatří do jejich cílové skupiny nebo mají plnou kapacitu. Jde třeba o případy dětí vyžadujících zvláštní péči (např. děti s poruchami autistického spektra). Školská zařízení nejsou připravena a schopna se o takové děti postarat (kromě specifik péče zařízení rovněž uvádí obavy o bezpečnost takových dětí, které jsou v porovnání s ostatními dětmi v těchto zařízeních daleko zranitelnější) a v krajních případech tak tyto děti mohou i na několik měsíců končit v psychiatrických léčebnách.“

Ombudsman poukazuje, a to opakovaně, na **nejednotnost péče** o děti v ústavní výchově a o nutnosti řešit problematiku dětí s psychiatrickým onemocněním s přesahem na jejich kvalitní život nejen aktuální, ale také v budoucnosti.

Tyto tzv. „neumístitelné“ děti, které mají nařizenu ústavní výchovu a mají diagnostikovanu např. poruchu chování a emocí, hyperkinetickou poruchu chování, disharmonický vývoj osobnosti, popř. mentální postižení, selhávají ve školských, ale i ve zdravotnických zařízeních⁴⁰. V České republice je jen velmi málo zařízení, která umějí s těmito dětmi pracovat a tyto děti přijímají. Čekací lhůty jsou velmi dlouhé. Zároveň také nastává u dítěte velký problém po ukončení povinné školní docházky. Pokud je dítě umístěno v dětském domově se školou, ukončí povinnou školní docházku, mělo by být přemístěno do výchovného ústavu. Toto je opět pro dítě velmi zátěžové, musí se odpoutat od „svých“ pracovníků, kteří mu rozuměli, musí začít navazovat a budovat nové sociální vazby. Jedná-li

⁴⁰ Důvodem může být zvýšená zátěž či jen „obyčejná“ docházka do školy. Děti, které vykazují již zmíněné diagnózy, mají tendence k nárůstu agresivity, jsou dle platné legislativy, povinny plnit povinnou školní docházku, ale péči o ně převzít nikdo nechce – ani školská zařízení, ani domovy pro osoby se zdravotním postižením. Ve zdravotnických zařízeních, tedy i v psychiatrických léčebnách, mohou tyto děti pobývat jen v omezené době, dlouhodobý pobyt pro ně nebývá indikován.

se o dítě s psychiatrickým onemocněním, jeho přemístování do jiného zařízení bývá obrovskou zátěží na jeho psychiku⁴¹.

Vždy se musí vycházet z individuálních potřeb jednotlivých dětí s přihlédnutím ke kontaktům s rodinou a osobním předpokladům. Velmi důležitá je také odborná úroveň pracovníků ve výchovných ústavech a dostupnost učebních oborů, ve kterých se mohou i děti s psychiatrickým onemocněním vyučit a se kterými naleznou uplatnění v běžném životě po ukončení ústavní či ochranné výchovy.

3.4 Dětský domov se školou Slaný

Obrázek 1: DDŠ Slaný



Dětský domov se školou s výchovně léčebným režimem vznikl v roce 2003 z iniciativy tehdejšího ředitele Stárky⁴² jako součást Dětského diagnostického

⁴¹ A existuje ochrana psychiatricky nemocných dětí ve výchovných ústavech? Je lépe segregovat či integrovat takto nemocné děti? Na tyto otázky, neexistuje jednoznačná odpověď, ale myslím si, že i tato práce by měla přispět k obhajobě specializovaných pracovišť pro děti s psychiatrickým onemocněním.

⁴² Mgr. Jan Stára, speciální pedagog

ústavu Dobřichovice. Důvodem byla péče o děti, které „putují“ mezi dětskými psychiatrickými léčebnami a školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Tyto děti představovaly na počátku 21. století velký problém v zařízeních pro výkon ústavní výchovy⁴³. Přívlastek, který je často s tímto zařízením spojován, je výchovně léčebný režim. Znamená to, že jsou do tohoto zařízení umisťovány děti, které mají v jiných zařízeních vzhledem ke své psychiatrické diagnóze problémy. Nedokáží ovládat své emoce, nemají náhled na své chování, nezvládají volný režim zařízení.

3.4.1 Specifika zařízení

V Dětském domově se školou Slaný byl zpracován Vnitřní řád zařízení⁴⁴, jehož součástí byl také denní a týdenní režim výchovně vzdělávacích činností. Zároveň byl k větší motivaci dětí využíván systém hodnocení. Součástí zařízení byla základní škola, kterou děti navštěvovaly dle platného školního vzdělávacího plánu (dále jen ŠVP) a naplňovaly cíle daných kompetencí. Dopoledne trávily děti ve škole, odpoledne se o ně starali vychovatelé, asistenti, zdravotní sestra či terapeuti⁴⁵. Každá třída měla dán rozvrh podle dotace vyučovacích hodin. Za plnění ŠVP zodpovídal třídní učitel, a pokud byl v jeho třídě asistent pedagoga, také i on se podílel spolu se žáky na naplňování cílových kompetencí.

Práce ve třídách na obou stupních měla charakter malotřídního vyučování, v jedné třídě se učilo více ročníků. Na druhém stupni toto odporovalo platné legislativě, ale vzhledem k psychiatrickým onemocněním umístěných dětí bylo nutné zajistit

⁴³ Mgr. Jan Stárka reagoval na nutnost řešit situaci s takto nemocnými dětmi a jako spoluautor zákona č. 109/2002 Sb. velmi dobře věděl, že je důležité toto i legislativně ukotvit.

⁴⁴ Vnitřní řád DDŠ Slaný (příloha B) vychází z vyhlášky 438/2006 Sb.

⁴⁵ Terapeuti, kteří nespĺňují atestační zkoušku z oboru psychoterapie pro zdravotnictví. Vymezení slova terapeut ve školské nikoli zdravotnické terminologii.

zejména bezpečnost dětí i personálu⁴⁶ a naplňovat cílové kompetence v jednotlivých oblastech vzdělávání.

Odpolední činnosti byly rozděleny podle rodinných skupin. Pevně byla dána struktura denního a týdenního režimu, který bylo možné upravit podle aktuálního stavu dětí. S přihlédnutím k potřebám jednotlivých dětí skupiny měl vychovatel možnost změnit denní program, avšak vždy s rozmyslem, protože musel mít na mysli nejen bezpečnost dětí i svoji, ale i obtíže, které mohly změny provázet.

Každý den bylo potřeba, aby se děti pohybovaly i mimo zařízení, aby odreagovaly vnitřní napětí např. sportem. Velmi malý pozemek a nefunkční hřiště nenabízelo mnoho možností k vyžití, ale sportoviště ve Slaném tyto potřeby satureovaly. V budově zařízení měly děti k dispozici jednu tělocvičnu, která byla spíše vhodná k relaxacím nebo k posilování. Na sportovní vyžití byl dán v tomto zařízení důraz především z hlediska nutného uvolnění napětí a odreagování vnitřní tenze u všech dětí, ale i k nácviku režimových návyků s důrazem na nácvik zdravého životního stylu.

Během celého týdne napříč skupinami děti docházely do jimi zvolených kroužků, kde realizovaly své volnočasové aktivity. Tyto zájmové útvary znovu vedly děti k učení se zodpovědnosti za vlastní volbu, vedly je k vytrvalosti, směřovaly je k volnočasovým aktivitám, kterými by se mohly zabývat i po opuštění ústavní výchovy.

Děti se staraly o úklid vlastního pokoje a klubovny, která byla místem společného trávení volných chvil celé rodinné skupiny. Jedenkrát v týdnu se staraly i o úklid okolí DDŠ. Pro rozvoj sebe obslužných činností si jedenkrát měsíčně zajišťovaly děti dané rodinné skupiny spolu se svým vychovatelem během víkendu večeři. Patřil k tomu i nákup potravin.

V DDŠ Slaný byl do 31. 8. 2013⁴⁷ nastaven komunitní způsob terapeutické práce. Obě pracovnice, které pracovaly na pozicích terapeutů, aktivně prošly „velkými“

⁴⁶ Sestavování tříd na počátku školního roku i během něj je vždy velká „alchymie“. Je nutné, aby děti byly schopné společně pracovat nebo alespoň být v jedné místnosti. Zde je nutná spolupráce všech zúčastněných vedoucích pracovníků a terapeutického personálu. V tomto jsme nebyli schopni dodržet platnou legislativu, ale za vedení Mgr. Stárky i ČŠI vždy pochopila, že nelze jinak!

psychoterapeutickými výcviky⁴⁸, ale nebyly psychoterapeuty ve smyslu zdravotnickém. Psycholožka byla orientována na „kognitivně behaviorální“ přístup, speciální pedagožka, absolventka SUR výcviku, byla orientována spíše ke „gestalt“ terapii. Těchto svých zkušeností obě pracovnice využívaly nejen v individuálním způsobu práce, ale i ve skupinových činnostech.

Každá rodinná skupina měla v denním režimu pevně dán čas, kdy se scházela spolu se svým službu konajícím vychovatelem, psycholožkou a etopedkou ke skupinovým činnostem. Vždy jednu hodinu týdně se společně zabývaly nejdůležitějšími tématy dětí dané skupiny, pracovaly na posilování skupinové koheze a řešily vše, co se fungování z pohledu vztahů ve skupině dělo. Přesah této činnosti byl i na vychovatele, protože měli možnost poznat „své“ děti ze zcela odlišné činnosti, než byli při své práci zvyklí.

Systematická komunitní práce v jednotlivých skupinách, setkávání všech dětí v rámci Komunity a Týdenního hodnocení jedenkrát týdně, završovaly terapeutický proces, který pomáhal dětem jasně strukturovat jejich pobyt v zařízení. Cílem individuálního setkávání dětí bylo nejprve **navázání terapeutického vztahu**, poté stanovení vlastních cílů a také nalezení spouštěčů nevhodného chování a následná práce s nimi. Dalším úkolem těchto setkávání bylo i uvědomování si vlastního já, vlastních emocí a pocitů s ohledem na aktuální zážitky z vlastního života či ze života rodiny, se kterou bylo či nebylo dítě v kontaktu. Řešení problémů s rodiči či prarodiči, sourozenecké problémy, ale také problémy s vlastní identitou, práce se ztrátou a traumatem, to mohla být témata, se kterými se běžně v individuálním setkávání pracovalo. Pro někoho mohla být tato setkávání zpočátku jen únikem ze školy, od spolužáků. Získání důvěry ve svého „terapeuta“ bylo prvotním, zásadním, ale mnohdy nejtěžším terapeutickým úkolem, protože děti v ústavní výchově často nebyly schopny navázat zdravý vztah. Jak uvádí autoři knihy Dětská psychoterapie a poradenství (Geldard, Geldardová, 2008), je nezbytné přistupovat k dítěti jako k partnerovi, **budovat terapeutický vztah**, který v případě dítěte znamená, že by měl být:

⁴⁷ Mohu referovat podle skutečnosti, která byla do 31. 8. 2013. Od 1. 9. 2013 již nejsem zaměstnankyní zařízení.

⁴⁸ „velké“ znamená nad 500 hodin aktivní účasti.

„autentický, bezpečný, důvěrný, nevtíravý, cílevědomý, exkluzivní a spojnicí mezi světem dítěte a terapeutem“.

Role terapeuta jako garanta péče byl také ve specifikaci a následném plnění úkolů, které nastavoval tzv. odborný tým⁴⁹. Jedenkrát měsíčně dostávalo dítě úkoly, které za pomoci učitelů, vychovatelů, ale i terapeutů plnilo. Jejich pomoc dítěti spočívala v jasném vysvětlení úkolu, popř. dovedení dítěte k vlastnímu zvládnutí úkolu. Pokud byl úkol zacílen na zlepšení projevů chování, terapeuti byli ti, kteří jasně pojmenovávali momenty, kdy dítě daný úkol plnilo nebo neplnilo. Po vzoru terapeutů toto posléze zastávali vychovatelé a učitelé či asistenti. Zpětná vazba dětem, ale i dospělým při kontrole plnění terapeutických úkolů, byla důležitým mezníkem péče o děti v DDS Slaný. Terapeuti měli také úkoly směrem k pedagogickým pracovníkům zařízení. Metodické vedení týmu školy i výchovy bylo základem jejich práce.

V zařízení byla zavedena supervize, která byla zajišťována externím supervizorem. V předcházející době, kdy zařízení nemělo supervize, probíhala v zařízení jen intervize. K vlastní intervizi práce patřily výše zmíněné odborné týmy. Mimo takto pevně daná setkávání pracovníků měl každý pracovník možnost konzultovat svá zjištění či postřehy týkající se chování dítěte s terapeuty a mohl si přijít pro odbornou radu či pomoc.

Důležitým úkolem terapeutů v DDS Slaný bylo zvládnutí krizových situací s dítětem, kterému „nebylo v danou chvíli dobře“. Tyto situace nastávaly kdykoli během dne a jejich zvládnutí záleželo na intenzitě krize dítěte a fázi, ve které se ve svém individuálním rozvoji nacházelo. Přítomnost dalšího člověka v krizové situaci bylo vždy ochranou pro dítě samotné, ale i pro děti zbývající a samozřejmě i pro personál. Velmi často se stávalo, že dítě, které křičelo, nadávalo, vyhrožovalo a začínalo brachiálně útočit na své okolí, příchodem terapeuta

⁴⁹ Odborný tým je setkání veškerého odborného personálu (učitelé a vychovatelé, kteří mají dítěte v péči, zdravotní sestra a sociální pracovníce, etoped, psycholog a asistenti pedagoga), jež se každý měsíc setkává a hodnotí pobyt dítěte. Zároveň nastavuje pro dítě i odborné pracovníky úkoly, které posouvají dítě vpřed.

změnilo své chování. Ve velké většině se dalo odklonit a emoce vyventilovalo přijatelným způsobem⁵⁰.

V případě těžkých afektivních raptů, kdy nepomáhalo dítě uklidnit odklonem pozornosti a s ohledem na bezpečnost v první řadě dítěte samého, bylo nutné přivolat lékaře rychlé záchranné služby, který většinou zvolil injekční zklidňující medikaci. Někdy se stávalo, že bylo dítě v akutní fázi agrese převezeno na dětskou psychiatrii. Zde byla důležitá role terapeutů nejen pro dítě, jehož stav byl dekompenzován, ale také pro ostatní děti ze skupiny a v některých momentech také pro pedagogické pracovníky, kteří potřebovali reflektovat danou situaci.

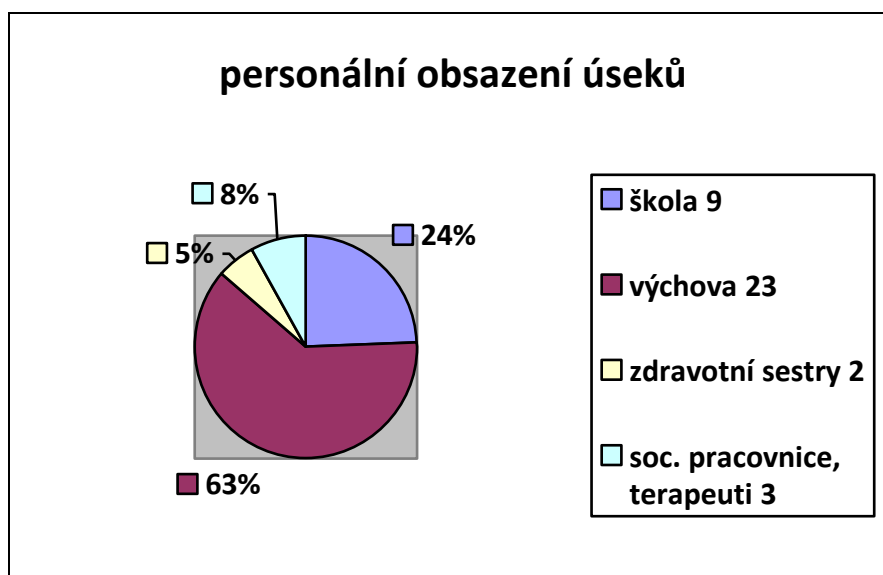
Terapeuti zařízení také úzce spolupracovali i se zdravotní sestrou a dětským psychiatrem. Výjimečnost tohoto zařízení byla mimo jiné i v tom, že mělo dětského psychiatra jako zaměstnance, i když jen na velmi zkrácený úvazek. Spolupráce dětského psychiatra, zdravotních sester a terapeutů byla důležitá k fungování nastavené medikace či ke zvažování účinných terapeutických technik pro práci s konkrétním dítětem.

Psycholožka zařízení byla odborným garantem psychologické péče, kam patřila mimo výše jmenovaná specifika i psychologická diagnostika, doporučení k odborným vyšetřením v pedagogicko-psychologických poradnách nebo speciálně pedagogických centrech. Zprávy pro soudy či pro podobné účely zpracovávala za všechny děti umístěné v DDŠ Slaný vždy, kdy bylo o toto zařízení oficiální cestou požádáno.

Součástí týmu ve zmiňovaném zařízení byla i sociální pracovníce, která byla první, kdo zajišťoval kontakt dítěte s rodinou a pracovníky OPSOD. V její kompetenci byla veškerá komunikace s rodinou umístěného dítěte a zároveň byla garantem dodržování zákonných norem zacházení s dítětem. Počet pracovníků, kteří byli v přímém kontaktu s dětmi v tomto zařízení, je dobře viditelný v následujícím grafu, kde jsou vyspecifikovány jednotlivé úseky zařízení v celkovém počtu pracovníků 37:

⁵⁰ Příloha C – pokyn vedoucí DDŠ: Krizová intervence

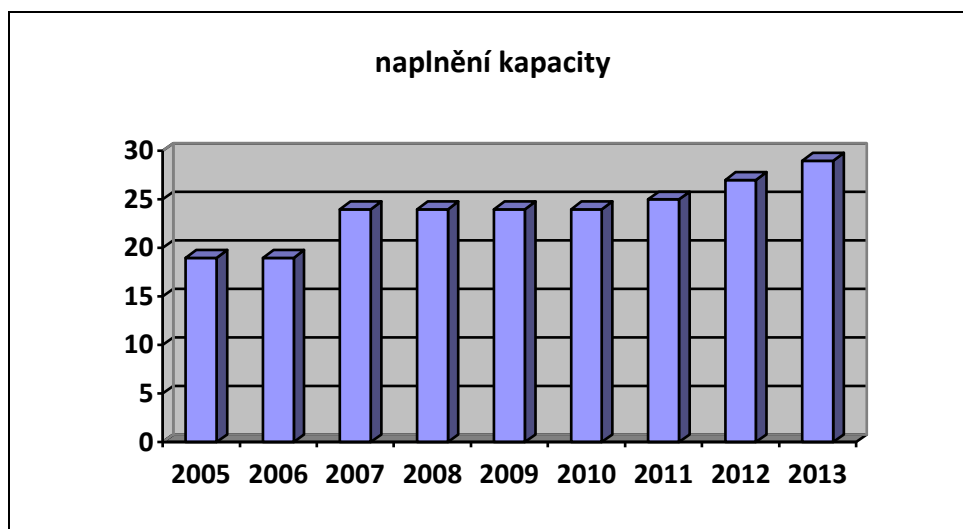
Graf 1: Personální obsazení úseků



3.4.2 Sledovaná statistická data

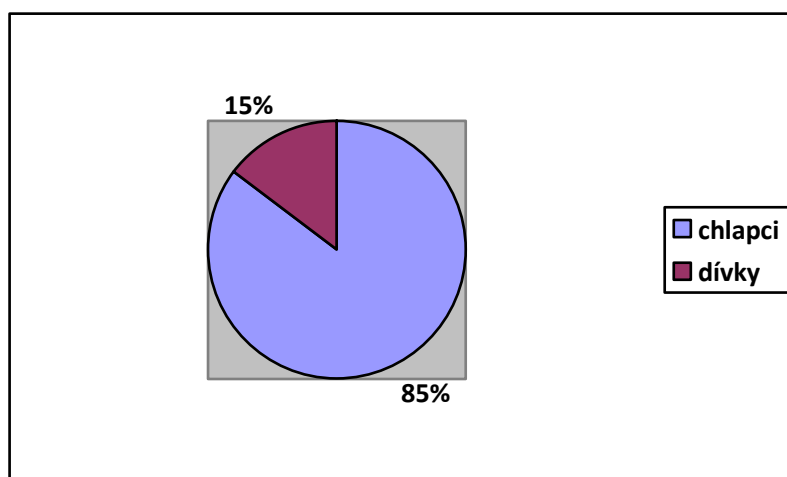
Mezi nejsledovanější statistická data školských zařízení patří vždy naplněnost kapacity. V DDŠ Slaný byla kapacita 30 lůžek. Z dlouhodobého hlediska byla kapacita naplňována průměrně na 80 %. Z níže uvedeného grafu vyplývá, že v počátku fungování DDŠ Slaný bylo toto zařízení naplněno na 63 %, průměrná naplněnost se v průběhu let zvýšila až na 96 %.

Graf č. 2: Průměrná naplněnost



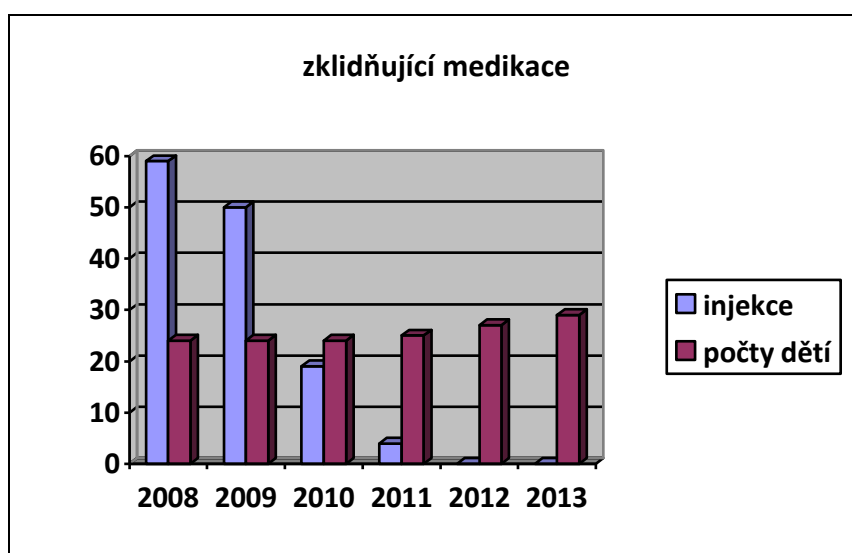
DDŠ Slaný bylo koedukované zařízení, které se staralo o dívky i chlapce. Dle zpracování statistických dat z celého průběhu fungování zařízení bylo zřejmé, že z celkového počtu 130 dětí bylo 19 dívek a 111 chlapců.

Graf č. 3: Počet dívek a chlapců umístěných v DDŠ Slaný



Ve školském zařízení, které pečuje o děti s psychiatrickou diagnózou, byla dětským psychiatrem předepisována i farmakoterapie. Pravidelné užívání léků patřilo ke standartní léčebné péči, za kterou plně zodpovídaly kvalifikované zdravotní sestry. V případě afektivního raptu bylo možné, vždy dle předpisu dětského psychiatra, aplikovat i tzv. zklidňující medikaci. Do září roku 2010 mohla být tato aplikována odbornými zdravotními sestrami, které vždy vycházely z předpisu lékaře. Avšak po návštěvě pracovníků KVOP, byla tato pravomoc s okamžitou platností ukončena, neboť neměla oporu v platné legislativě. Od září 2010 mohl tedy aplikovat v zařízení zklidňující medikaci pouze přivolaný lékař rychlé záchranné služby nebo dětský psychiatr, který se v zařízení v danou chvíli nacházel⁵¹. V následujícím grafu je uvedena statistika injekční zklidňující medikace v letech 2005 – 2013. Byl patrný výrazný posun, který nastal znemožněním aplikace zklidňující medikace.

Graf č. 4: Aplikace zklidňující medikace

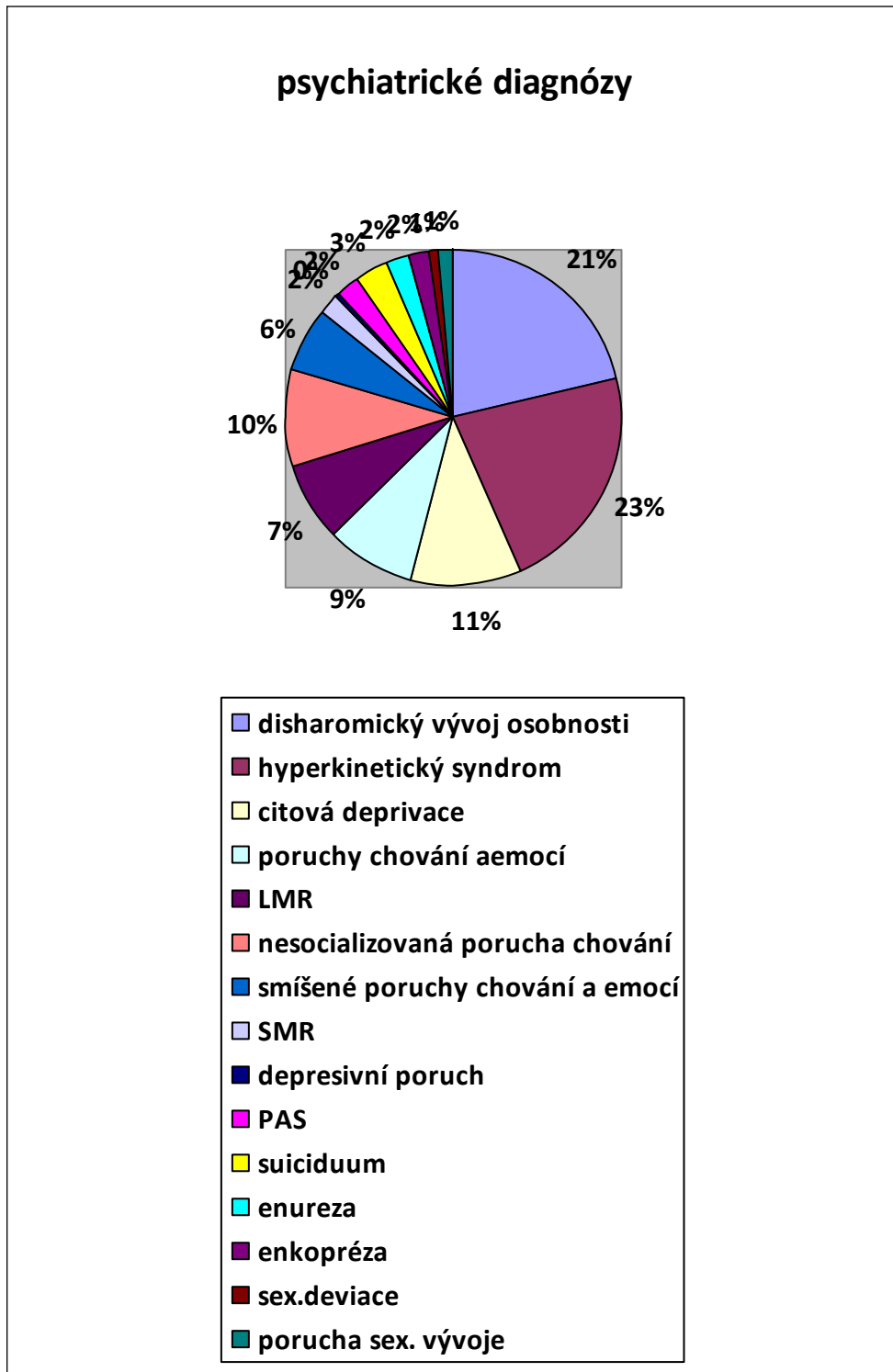


⁵¹ Zprvu bylo naprosto nepřijatelné, že nebudou moci zdravotní sestry aplikovat zklidňující medikaci. Musel být okamžitě přenastaven systém péče s dítětem, u kterého přichází agresivní rapt. Zintenzivnila se terapeutická péče, děti byly ještě více vedeny k náhledu na své chování. Celý personál se velmi rychle musel posunout vpřed, abychom splnili požadavky KVOP a abychom přežili nejen my, ale i děti.

Od počátku fungování DDŠ Slaný byla dětskými psychiatry diagnostikována nejrůznější onemocnění. Jejich přesná znění s procentuálním zastoupením, odráží níže uvedený graf. Uvedeny jsou všechny diagnózy, které byly dětem v tomto zařízení přiděleny. Ne všechny jsou ale totožné s aktuálním zněním MKN-10, protože jsou zde uváděny i diagnózy, které byly určeny před poslední revizí MKN-10, tedy před rokem 2013. Zároveň jsou zde zmíněny i diagnózy, které nejsou blíže specifikovány v teoretické části, protože jejich procentuální zastoupení je velmi nízké a neobjevily se u umístěných dívek.

Diagnózy jsou uvedeny v celkovém počtu u chlapců i dívek dohromady. Z grafu vyplývá, že největší zastoupení měl hyperkinetický syndrom, který byl diagnostikován u 23 % dětí. Disharmonický vývoj osobnosti byl diagnostikován dětem v 21 %. Třetí nejpočetnější diagnózou byla citová deprivace s 11 %. Nesocializovaná porucha osobnosti byla diagnostikována 10 % dětí, které byly umístěny v DDŠ Slaný. Z celkového výčtu diagnóz byla nejméně diagnostikována porucha sexuálního vývoje a sexuální deviace, které byly diagnostikovány u 1 % dětí.

Graf č. 5: psychiatrické diagnózy



4. PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMU

4.1 Předmět a cíl práce

V teoretické části byla pozornost věnovaná nejčastějším psychiatrickým diagnózám, se kterými mohou být děti umístěny v zařízeních pro výkon ústavní popřípadě ochranné výchovy. Zároveň byly popsány nejčastější symptomy, jejichž projevy musejí vychovatelé a ostatní pedagogičtí pracovníci znát, protože etiologie těchto symptomů velmi často ovlivňuje chování dětí jim svěřených. Úvodem práce byla vymezena ústavní a ochranná výchova z hlediska legislativního.

Důraz na první kapitolu byl dán z důvodu změny platné legislativy k 1. lednu 2014. Také byla zmíněna z obecného pohledu ambulantní i dlouhodobá psychiatrická péče ve zdravotnických zařízeních a blíže popsána péče v Dětské psychiatrické nemocnici v Opařanech. Velmi důležitá je i kapitola, která rámcově shrnuje poznatky z vývojové psychologie o dětech mladšího a staršího školního věku, které se nejčastěji vyskytují v dětských domovech se školou. Také je zde podkapitola, která je věnována dětem, které velmi často putují mezi školskými, zdravotnickými a sociálními zařízeními. Jsou to děti, které nejsou ukotveny v žádném typu zmíněného zařízení, a je velmi obtížné s jejich diagnózou z dlouhodobého hlediska pracovat. Závěrečná kapitola v teoretické části vede k identifikaci Dětského domova se školou Slaný. Zevrubná charakteristika daného zařízení s popisem péče o děti v něm umístěných a specifikace činností v jednotlivých částech zařízení vedou k bližšímu pochopení celého systému, který v rámci tohoto zařízení funguje. Pro dokreslení péče jsou zde zmíněna i některá statistická data, která se týkají naplněnosti kapacity, počtu dívek a chlapců v celkovém objemu umístěných dětí, počtu aplikací zklidňující medikace, frekvenci nejčastějších psychiatrických diagnóz a symptomů, které jsou diagnostikovány u umístěných dětí a počet personálu v jednotlivých úsecích zařízení.

Empirická část navazuje na teoretickou a sleduje abstrahované společné okruhy, které se objevovaly v procesu vývoje u dívek, které měly dětským psychiatrem

diagnostikovány popisované psychiatrické diagnózy a symptomy. Výzkum probíhal na konkrétním výzkumném vzorku dívek, které byly umístěny v letech 2005 – 2013 v Dětském domově se školou ve Slaném. Zpracován byl k 31. srpnu 2013. Pomocí kvalitativních metod jsem analyzovala anamnestické údaje a proces vývoje u jednotlivých dívek, které byly součástí výzkumu. Zároveň jsem identifikovala společné okruhy témat, které z výzkumu vyplynuly. Analyzovala jsem je také v kontextu poskytované péče po jednotlivých úsecích zařízení. Tím jsem analyzovala systém péče v DDS s přesahem k procesu, kterým jednotlivé dívky procházely. Na počátku výzkumu nebyly jasně stanoveny hypotézy (Gavora, 2000, s. 143), ale tyto se vynořovaly (Chrástka, 1995) až během celého procesu, který zároveň vymezovaly a posouvaly jeho směřování.

Cílem výzkumu bylo najít prvky, které pomáhají v péči o psychiatricky nemocné dívky v daném zařízení. V závěru práce se pomocí interpretace údajů o jedincích v podobném kontextu snažím popsat jednotlivé části systému, který by se po drobných úpravách mohl využívat také v jiných zařízeních pro výkon ústavní výchovy v komplexní péči nejen o psychiatrické děti.

4.2 Metodologie

4.2.1 Výzkumný soubor

Do výzkumného souboru byly zařazeny dívky, které byly umístěny v DDS Slaný. Celkový počet dívek v souboru byl osmnáct. Šlo o dívky ve věku od 6 do 15 let z celé České republiky. Průměrný věk dívek v den nástupu do zařízení byl dvanáct let a dva měsíce. Průměrně strávená doba sledovaných dívek v DDS Slaný byla dvacet měsíců, což je jeden rok a osm měsíců. Veškerá data, která byla součástí výzkumu, byla pro mne dostupná v době trvání pracovního poměru do 31. 8. 2013. Po ukončení pracovního poměru jsem již k datům přístup neměla. Data uvádím anonymně s ohledem na ochranu osobních údajů.

Podmínky k zařazení do vlastního výzkumu pro tuto práci byly následující: první podmínka výběru byla ta, aby se jednalo o dívky, které byly umístěny v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy v DDŠ Slaný; druhá podmínka byla ta, že jsem musela být s dívkami v přímém kontaktu, musela jsem je osobně znát, sledovat je a pracovat s nimi; z tohoto důvodu byla vyřazena z výzkumu dívka, která pobývala v DDŠ Slaný v roce 2004. Třetí podmínka byla ta, že jsem musela mít osobní data dívek zpracována do ukončení pracovního poměru, tedy do 31. 8. 2013, abych neporušila zákon o ochraně osobních dat. I tato podmínka byla splněna.

4.2.2 Sběr dat

Data, se kterými je ve výzkumu pracováno, jsou zpracované anamnestické údaje všech dívek v časové posloupnosti, které byly postupně analyzovány po určitých časových obdobích (po ukončení adaptační fáze, což bylo období cca do 2 měsíců; po osmi měsících; po roce pobytu; po roce a půl atd.) a vycházely mimo jiné ze závěrů jednotlivých úseků během tzv. diagnostických porad. Dále byla data zjišťována pozorováním (skrytým, participantním, nestrukturovaným). Participantní pozorování se uskutečňovalo v rámci psychoterapeutických skupin nebo v rámci vlastního pozorování, které probíhalo při individuálních setkáváních. Využity byly také vnitřní dokumenty např. Pokyn vedoucí zařízení „Krizová intervence“, vnitřní řád DDŠ Slaný, systém hodnocení. Tyto vnitřní dokumenty jsou veřejně přístupné na webových stránkách zařízení.

V kapitole 3.3 je uvedena bližší charakteristika zařízení, jeho struktura a činnosti jednotlivých úseků, které se podílely na přímé práci s dívkami. Evalvace těchto úseků byla také součástí sběrového materiálu k výzkumu.

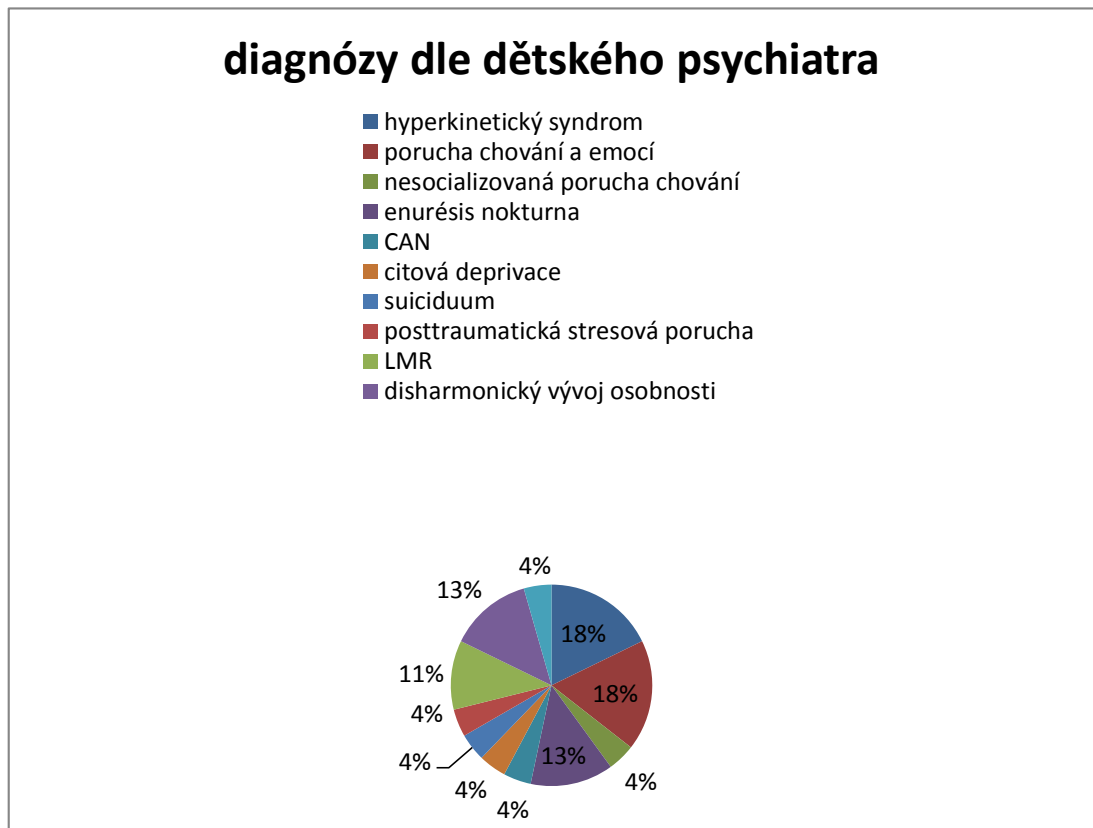
Bližší charakteristika dívek (jejich počet, věk v den nástupu do DDŠ, průměrně strávená doba v DDŠ, hlavní projevy diagnóz stanovené dětským psychiatrem) je uvedena v následující tab. Č. 1.

Tab. Č. 1 – Identifikace dívek

číslo dívky	průměrný věk v den nástupu (roků; měsíce)	počet měsíců strávených v DDŠ Slaný	projevy diagnózy určené dětským psychiatrem
1	6;2	34	Nesoustředěná, impulsivní, velmi vzrušivá, hádá se, v opozici, obtíže s chápáním instrukcí
2	6;6	53	Afektivní reaktivita, impulsivita, vzdorovitá, tvrdohlavá
3	7;3	7	Afektivní reaktivita, obtíže s hranicemi, netrpělivá
4	11;5	3	Plačtivá, podrážděná, obtíže s váhou, obtíže s chápáním instrukcí, nesoustředěná
5	12;1	36	Výrazná afektivní reaktivita, vztahovačná x bez náhledu, vzdorovitá, impulsivní, emočně nestabilní
6	13;5	6	Lži, podvody, obtíže s koncentrací pozornosti, nerespektuje zdravotní stav
7	14;8	17	Nepřízpůsobivá, náladová, výrazná agresivní reaktivita, obtíže s chápáním instrukcí
8	13;11	14	Obtíže s přizpůsobením, manipulativní, silné agresivní reakce, úzkostná
9	8;6	58	výrazná agresivní reaktivita, netrpělivá, impulsivní, vzdorovitá
10	12;11	17	Náladová, obtíže s přizpůsobením, výrazná agresivní reaktivita
11	14;9	36	Obtíže s chápáním instrukcí, výrazná verbální agresivita, podrážděná, obtíže se spánkem
12	15;10	7	výrazná agresivní reaktivita, podrážděná, nešťastná, náladová
13	12;11	15	Neuznává autoritu, agresivní vůči lidem, manipulativní, krádeže,
14	14;10	7	výrazná agresivní reaktivita, obtíže s emocemi, neuznává autoritu, ulpívavá
15	12;11	6	Neklidná, infantilní, submisivní, fabuluje
16	12;10	34	Podvádí, krade, prosexuální chování, emočně nestabilní, konfliktní, vztahovačná
17	14;9	10	Submisivní, časté bolesti hlavy, infantilní, obtíže s chápáním instrukcí, agresivní hry
18	15	6	Bez nálady, ulpívavá, navazuje nezdravé vztahy, obsedantní
Průměr	12;2	20	

K lepší identifikaci diagnóz, které stanovil dívkám dětský psychiatr, poslouží následující graf, ve kterém jsou zastoupeny psychiatrické diagnózy, které byly zastoupeny u zkoumaného vzorku dívek.

Graf 6: diagnózy dle dětského psychiatra u dívek



Z grafu vyplývá, že největší zastoupení (18 %) u zkoumaných dívek má hyperkinetický syndrom a porucha chování a emocí. Disharmonický vývoj osobnosti a enuresis nokturna byl diagnostikován u 13 % dívek; lehká mentální retardace je diagnostikována u 11 % dívek. Nesocializovanou poruchu osobnosti, syndrom CAN, posttraumatickou stresovou poruchu, agresivitu, citovou deprivaci a suicidium má diagnostikováno 4% dívek. Některé dívky měly diagnostikováno více než jednu diagnózu.

4.2.3 Zpracování dat

Při kvalitativním zpracování informací jsem analyzovala anamnestické údaje, projevy chování dívek a zjišťovala jsem společné rysy jejich projevů. Zároveň jsem vycházela i z dostupných anamnestických údajů. Kvalitativním výtahem jsem zjistila společné okruhy, kterými jsem se dále v rámci výzkumu zabývala. Při zpracování velkého množství dat jsem využívala zápisů pomocí počítače bez specifikace pro kvalitativní výzkum, velkých archů papíru a barevných značkovačů. Konkrétní zpracování všech anamnestických údajů uvádím jako přílohu A (dívka 1 -18). Celá analýza byla orientována na případ (Hendl, 2008, s. 226) a orientována na proces, kterým dané dívky procházely.

Postupně jsem analyzovala projevy chování u každé dívky, jejich vzájemnou komparací jsem identifikovala hlavní skupiny jevů, které významným způsobem ovlivňovaly jejich projevy. Při zamýšlení se nad danými jevy jsem došla k pojmenování čtyř důležitých oblastí, které měly dívky ve výzkumném vzorku společné, ovlivňovaly jejich chování a prolínaly se celým sledovaným procesem. V této části výzkumu jsem již vytvářela hypotézy, které se postupným kódováním stávaly jasnějšími. Jejich ověřování probíhalo v rámci celého procesu.

Při zpracování výzkumu jsem se také zaměřila na porovnávání přístupu pracovníků zařízení dle jejich primárního zařazení s ohledem na signifikované oblasti. Zajímalo mne, jak se s danými oblastmi (**rodina, agrese, autorita, komunikace**), které vzešly z úvodu výzkumu, pracovalo v jednotlivých úsecích zařízení. Ve specifikaci úseků jsem vycházela z kapitoly 3.3 a porovnávala jsem přístupy pracovníků školy, výchovy, zdravotních sester, terapeutických pracovníků (psycholog, etoped) a sociální pracovníce. V zařízení byl zpracován Vnitřní řád, který obecně specifikoval základní činnosti úseků. Metodika k práci s dětmi ve sledovaných oblastech vytvořena nebyla. Protože analýza týmové spolupráce (Škoviera, 2011) má výrazný podíl na funkčnosti systému, kterým dané zařízení disponuje, bylo nezbytné toto v rámci výzkumu podrobit zkoumání. V rámci výzkumu jsem vyhledala důležité prvky, které pomohou nastavit metodiku práce s psychiatricky nemocnými dětmi ve školských zařízeních.

4.3 Specifikace oblastí z výzkumu

Při podrobném prozkoumávání anamnestických údajů (příloha A 1-18) abstrahovaly společné okruhy témat, které se prolínaly všemi přílohami a dosti zásadním způsobem ovlivňovaly chování jednotlivých dívek. Tyto okruhy zároveň spouštěly výzkumné otázky, které propojovaly okruhy témat s průběhem pobytu podle přístupu a péče uskutečňované pracovníky na jednotlivých úsecích zařízení. Abstrahovány byly čtyři následující oblasti: **rodina, agrese, autorita, komunikace.**

Nejzákladnější oblastí, která se prolínala všemi sledovanými procesy, byla dle analyzovaných dat **RODINA**. Dle studie Spitze (1946) z první poloviny 20. století je dokázána významná role matky nebo jiné blízké pečující osoby ve vývoji člověka a význam uspokojování základních psychických potřeb už od raného věku dítěte. Nasycení psychických potřeb umožňuje dítěti rovnoměrný vývoj. Rodina je tedy oblastí, která výraznou měrou ovlivňuje i dítě, které je umístěné v ústavní výchově. Během probíhajícího procesu jsem si vydefinovala tři základní specifikace rodiny:

Funkční rodina – kontakt dívek byl pravidelný, rodina byla schopna spolupracovat se zařízením (viz příloha A dívka 6, 8, 13, 16, 17).

Nefunkční rodina – kontakt dívek nebyl během pobytu navázán nebo dívky kontakt odmítaly (viz příloha A dívka 1, 3, 4, 15, 18).

Účelová rodina – kontakt byl s dívkami navázán již před nástupem do zařízení nebo byl navázán během pobytu, ale jeho kvalita ve smyslu uspokojování základních potřeb, byla jen účelová např. nařízena pracovníky OSPOD, důvodem k zajištění dědictví, svěření dítěte do pěstounské péče apod. (viz příloha A dívka 2, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14).

Další oblastí, která se prolínala všemi sledovanými procesy, byla **AGRESE**. Všechny dívky vykazovaly agresi vůči okolí, některé i vůči vlastní osobě.

Agrese vůči okolí - verbální a brachiální x proti lidem, proti věcem. Tento zkoumaný jev se objevoval u všech dívek.

Agrese vůči vlastní osobě - vyspecifikovala jsem si jako způsob uvolňování napětí, které se projevovalo proti sobě samé od okusování nehtů až po odmítání

jídla, řezání nebo polykání různých předmětů (viz příloha A dívka 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18).

Zahraniční výzkumy (Bowlby, Ainsworth, 1964) z poloviny minulého století dokazují význam rané vazby na zdravý vývoj jedince. Psychosociální deprivace v raném dětství výraznou měrou ovlivňuje zapracování a vyrovnání se se zátěžovou situací, stresem. Projevit se může agresivitou nebo obtížemi v somatickém vývoji. V oblasti agresivity byly patrné výrazně shodné znaky, např. intenzita verbální agresivity, způsob provádění brachiální agresivity. Aktuálně se setkáváme s termínem resilience (Průcha, Walterová, Mareš, 2013), což označuje způsob odolnosti a vyrovnání se se stresem. Znamená to tedy, že ne všechny děti, které byly vystaveny špatnému zacházení, či raná vazba nebyla pozitivní, se musejí projevovat agresivně. Zároveň tento termín vyjadřuje schopnost, navzdory těžkým životním zkušenostem, zvládnout tuto negativní, životní zkušenost (Křivohlavý, 2010).

Třetí signifikovanou oblastí, která byla společná u všech dívek a velmi zásadním způsobem proměňovala sledovaný proces, byla **AUTORITA**. K pojmu autorita si Vališová (2011) klade některé otázky, které se také týkají i dětí (dívek) v ústavní výchově a jsou zaměřené na funkčnost přijímání tohoto pojmu. Zároveň zdůrazňuje, že i současná společnost musí zabezpečit, mimo jiné, lidská práva, eliminovat projevy svévole a násilí, což autoritu výrazně proměňuje a ovlivňuje proces, kterého se autorita účastní. Autorka dále uvádí (Vališová, 2011, s. 7): „Praxe – nejen výchovná – stále více ukazuje, že škola, rodina i společnost bez autority a smysluplného režimu neplní účel, ztrácí svoji hodnotu, pevnost, jistotu i základní funkce.“ Veteška (in. Vališová, 2011) specifikuje autoritu jako pozitivní hodnotu, která výrazně ovlivňuje rozvoj jedince. Znamená to tedy, že autorita je velmi důležitá také pro dívky v zařízení a zároveň proměňuje proces, kterým dívky v zařízení procházely. Zkoumaný proces ovlivňovaly i autority samé, což shrnuji v diskusi. Zkoumané podoblasti k tématu autorita jsem si nazvala následovně:

Přijímání autority mužské i ženské bez výrazných výhrad – objevovalo se zejména u dívek mladšího školního věku a také u dívek, které neměly

z dlouhodobého hlediska zkušenost s vlastní rodinou (viz příloha A dívky 1, 2, 3, 4, 6).

Přijímání autority mužské i ženské s výraznými výhradami – objevovalo se převážně u dívek staršího školního věku a u dívek s negativní zkušeností s autoritou (viz příloha A všechny dívky mimo dívky 1, 2, 3, 4, k 6).

Čtvrtá, velmi důležitá oblast, která se během analyzování objevila, byla **KOMUNIKACE**. Tento termín se objevoval u všech dívek, ale zároveň napříč celým zařízením. Křivohlavý (1988) uvádí vysvětlení slova komunikace jako proces, kterým něco s někým sdílíme. Vališová (2008) dále uvádí, že komunikace je aktivní proces, ve kterém se hledá **vzájemné pochopení** ke sdílení kladných nebo záporných postojů. Proměny komunikace byly patrné u všech dívek v zařízení. Podrobnější analýza byla provedena z hlediska sociálního sdílení, tedy sdílení v sociální skupině. Sledována byla:

komunikace směrem od dívek k dospělým – při nástupu měly problémy s komunikací všechny dívky, mimo dívky 18 (viz příloha A, dívky 1 -17).

komunikace od dospělých k dívkám – tato se v průběhu pobytu proměňovala. V adaptační fázi byla komunikace cílená bez ohledu na expektanci posluchače, byla primárně zaměřena na zdroj informací.

komunikace mezi dívkami – také se proměňovala během celého procesu a byla výrazně ovlivňována sociálním statusem dívek. U některých dívek se projevovala výrazná dominance (viz příloha A, dívky 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18).

Během zpracovávání údajů byly vytvořeny následující otázky, které směřovaly napříč zařízením a přímo ovlivňovaly proces, kterým dívky procházely.

Vyskytují se v zařízení systémové prvky v péči o psychiatricky nemocné dívky?

Podílejí se všichni pracovníci zařízení na vybraných oblastech?

Jaká jsou specifika výběru personálu v zařízení pro takto nemocné děti?

4.3.1 Rodina

Téma rodiny bylo pro dívky velmi zásadní. Jak uvádí Myšková (2014), děti z prostředí ústavní výchovy reflektují rodiče v krajnějších polohách než děti z prostředí rodinného, o rodičích smýšlejí spíše tzv. černobíle. Znamená to tedy, že pro dívky mělo téma rodiny ambivalentní charakter. Kontakt s rodinou buď je, nebo není. Velmi důležitá byla také kvalita kontaktu a postoj dívky k vlastní rodině. Pojem rodina zde byl šetřen v širším významu slova, nebyli zde myšleni jen rodiče, ale sourozenci, prarodiče a ostatní příbuzní. Z pohledu právního byla rodina blíže specifikována v re kodifikovaném občanském zákoníku v § 655, kdy pojem rodina je zmíněn v souvislosti s manželstvím, protože založení rodiny je jeho jedním z hlavních cílů.

Z pohledu psychologického rodina uspokojuje potřeby dítěte v nejširším slova smyslu. V procesu zkoumaných anamnestických údajů byla utvořena typologie rodin a rodina byla vyspecifikována na *funkční, nefunkční a účelovou*.

Funkční rodina byla s dívkou v pravidelném kontaktu od prvního dne umístění do zařízení. Kooperovala s pracovníky zařízení, telefonické kontakty s dívkou přešly v co nejpravidelnější odjezdy domů, do prostředí rodiny. Postoj této rodiny k dívce byl zároveň výraznou motivací k zahájení a účasti na terapeutickém procesu, tedy na procesu nácviku zvládání obtížného chování. Z výzkumného vzorku bylo pět dívek označeno, že měly funkční rodinu (viz příloha A, dívky 6, 8, 13, 16, 17). Také u těchto rodin, vyjma rodinu dívek 8 a 13, byly v průběhu procesu shledány proměny, které výrazně ovlivnily proces vzájemného fungování. Funkční rodina u dívky 8 výrazně napomohla ke kvalitě procesu, kterým dívka v zařízení prošla. Tato účelově zaměřená dívka zprvu velmi manipulovala nejen s dětmi v zařízení, ale snažila se o manipulaci i s dospělými. Měla naučené, účelové a manipulativní chování k matce, kterým získávala její pozornost. Toto se v průběhu pobytu zcela evidentně projevovalo jako tzv. dietní chyby nebo nepozornost při dovolenkách v rodině. Získání náhledu na tyto projevy bylo podmíněno kooperací matky, která se učila poskytovat dívce adekvátní zpětnou vazbu, jejíž přijetí bylo pro dívku velmi obtížné. V prostředí zařízení se procesem od naprosté ignorace, přes hysterické projevy až k verbalizaci daného problému dostala dívka do stavu, kdy účelově byla schopna svůj stav nahlížet. V domácím

prostředí a po návratu z něj, byla schopna opět sice účelového náhledu na danou situaci, ale byla to výrazná proměna v jejím chování. Matka spolupracovala se sociální pracovnící i psycholožkou zařízení. Z důvodu dalšího posunu musela být dívka přemístěna do zařízení, kde bylo více konkurenční prostředí.

U dívky 13 byla rodina též funkční, byla zde identifikována matka, otec, sourozenci. Vzhledem k velmi těžké psychiatrické diagnóze musela být nastavená jasná pravidla komunikace a kontaktu s celou rodinou. V této rodině byla velká snaha o zvládnání projevů chování dívky při dovolenkách, ale vzhledem k časově náročnému zaměstnání otce, bylo toto velmi obtížné. Dívka během pobytu v zařízení byla vystavena tlaku zpětné vazby, kdy byla cíleně konfrontována s aktuálními projevy svého chování. Po 15 měsících byl pobyt na žádost rodiny v zařízení ukončen a byla přemístěna do zařízení v jejich blízkosti. Možnost častějšího kontaktu s rodinou byl výraznou motivací ke zvládnání brachiálních agresivních projevů.

Další dívky, u kterých byla rodina označena jako **funkční**, měly velkou snahu, aby jejich kontakt s rodinou byl pravidelný. U dívky 6 byl kontakt sice pravidelný, ale ponejvíce se starší sestrou. S matkou byl bez kontaktů, s otcem byl kontakt převážně telefonický. Sestra byla u této dívky výrazným motivačním faktorem ke zvládnání zdravotního stavu, protože byla dospělá, zakládala rodinu. Ke konci pobytu se podařilo navázat ještě intenzivnější kontakt, než byl na počátku dívčina pobytu v zařízení.

Funkční rodina u dívky 16 prošla výraznou proměnou vzhledem ke zdravotní diagnóze dívky. Projevy stanovené diagnózy ovlivnily nejen chování dívky samotné, ale změnily život celé rodiny, zejména otce a jeho matky (babička dívky). Tato dívka vykazovala během pobytu v zařízení výrazné recidivující stavy. Rodina byla směrem k zařízení důvěřivá, kooperující, což se projevilo i při útěcích dívky domů. V těchto případech vždy rodina kontaktovala nejen Policii ČR, ale i zařízení. Výrazná progresse psychiatrického onemocnění ovlivnila nejen dívku, ale i její chování směrem k rodině natolik závažným způsobem, že rodina přerušila s dívkou kontakt. Přesto se zařízením – se sociální pracovnící v kontaktu zůstala.

Poslední dívka, která byla zařazena do okruhu funkční rodiny, byla dívka 17. I zde došlo k proměnám v rámci kontaktu s rodinou. Dívka byla bez kontaktu s matkou,

který byl manipulativně přerušen ze strany otce. S otcem byla v pravidelném telefonickém kontaktu, ale se strýcem (bratr otce) byla ve velmi intenzivním kontaktu, jezdila na víkendové propustky k němu domů. Vše bylo se souhlasem otce. Vzhledem k nápadnostem v chování – kopulační pohyby s plyšovými hračkami, při zvýšené tenzi házení věcí kolem sebe, obtíže s haptickými projevy, byl na její projevy po návratech z dovolenky upozorněn OSPOD. Po zásahu jeho pracovníků byla dívka na dovolence jen jednou u otce, poté byl kontakt jen telefonický. Tento způsob kontaktu dívce pomohl, aby mohla začít pracovat na odblokování výrazné vnitřní tenze.

V průběhu analýzy funkčních rodin byly abstrahovány zisky i ztráty. Mezi zisky patřil u dívek, kterým rodina poskytovala adekvátní zpětnou vazbu, zvýšený náhled na své chování. Mezi ztráty byla zařazena skutečnost, že funkční, přijímající rodina byla bezmocná při progredujícím psychiatrickém onemocnění dívek.

Nefunkční rodina byla v rámci výzkumu chápána tak, že kontakt dívek s rodinou při umístění do zařízení nebyl aktivní. Nepodařilo se jej navázat ani v průběhu pobytu. Do této kategorie byly zařazeny také dívky, které kontakt se svojí rodinou ostentativně odmítaly. Zajímavé bylo v případě odmítání kontaktu s rodinou ze strany dívky i právní vymezení. Občanský zákoník v § 855 zní: „**Rodiče a dítě mají vůči sobě navzájem povinnosti a práva. Těchto vzájemných povinností a práv se nemohou vzdát; učiní-li tak, nepřihlíží se k tomu**“.

Dívky, které byly identifikovány s okruhem nefunkční rodiny, bylo celkem pět. Byly to dívky 1, 3, 4, 15, 18. U dívky 1 byla matka zbavena rodičovské zodpovědnosti, otec nebyl uveden. Proměna chování u této dívky nastala při zajištění potenciální pěstounky. Dívka se velmi snažila zlepšit chování, začala se učit uklízet. Zhoršily se však obtíže s jídlem, a to vždy před kontaktem s potenciální pěstounkou (nejedla, po návštěvě se přejedla a zvracela). Také se výrazně zvýšila agresivita.

Dívka 3 ze stejného okruhu byla do této skupiny zařazena proto, že nebyla s rodinou v osobním ani telefonickém kontaktu. Ke konci pobytu obdržela pouze pohled od matky. U této dívky byly patrné nesaturované potřeby pocitu bezpečí, mateřské lásky. Dívka se velmi často mazlila, zejména se ženami. Tato dívka si

také velmi často upravovala získané informace, kterými poutala pozornost ostatních dětí a pracovníků zařízení. Na tuto činnost měla jen částečný náhled. Bez náhledu byla směrem k pracovníkům zařízení, částečný náhled měla směrem k dětem.

Dívka 4 byla v zařízení jen velmi krátkou dobu, během které neměla kontakt s nikým ze své rodiny. Kontakt měla jen se školským zařízením, ze kterého přišla. Výrazným jevem, který vyvstal v souvislosti s rodinou, bylo nadužívání sladkostí. Odmítání ze strany rodiny působilo na dívku výrazný tlak, který zvládala jen pomocí sladkostí. Jelikož byla v zařízení jen velmi krátkou dobu, nebyla možná cílená práce, která by vedla alespoň k částečné změně postojů k vlastní osobě.

Dívka 15 byla součástí výzkumu jen velmi krátkou dobu. Kontakt s rodinou nebyl navázán, dívka o kontakt s rodiči neměla zájem. Zpočátku neprojevovala zájem ani o kontakt se sourozenci, kteří byli umístěni v jiném zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Cílenou terapeutickou prací byl nakonec navázán telefonický kontakt se sourozenci.

Dívka 18 vybočovala ze zkoumaného vzorku dívek nejen tím, že do zařízení ústavní výchovy byla umístěna až ve starším školním věku, ale zároveň se prezentovala jako velmi negativně vyhraněná vůči své biologické rodině. Vyjadřovala se velmi kriticky na adresu své matky, se kterou přerušila veškerý kontakt, včetně blokace její osoby na sociální síti. Kritičnost a netolerantnost patří spolu s absolutní rovnoprávností k období dospívání (Vágnerová, 2012). Rodičovská autorita u této dívky prošla výraznou kvalitativní proměnou. Kontakt tato dívka navázala na konci výzkumu jen sporadický se starší sestrou. Tato dívka vykazovala výrazné obtíže s negativní zpětnou vazbou a snažila se navazovat „nezdravé“ vztahy na úkor ostatních dětí.

I zde bylo možné hodnotit zisky a ztráty, které během procesu dívky ovlivňovaly. Zisky se v tomto případě velmi těžko hledaly. Pokud byl sledován proces, znamenalo to, že ziskem mohla v dané oblasti být schopnost dívky participovat na zvládnutí faktu, že rodina s dívkou nekomunikovala. Naopak ztrátou byla určitě neschopnost navázat nebo přijmout kontakt od rodiny, která se o to alespoň účelově snažila.

Účelová rodina byla ve výzkumu chápána jako rodina, která kontakt s dívkou měla navázán již před nástupem do zařízení, nebo byl navázán v průběhu pobytu. Odlišností od rodiny funkční byla zcela zřejmá účelovost kontaktu. Byl např. doporučen pracovníky OSPOD, zajišťoval dědictví nebo mohl překazít svěřením dítěte do pěstounské péče. Dívky, které byly zařazeny do této podskupiny, jsou dívky 2, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14. U těchto dívek byly během výzkumu shledány výrazné procesní proměny, vyjma dívek 2 a 5, u kterých nebylo možno tyto proměny prokázat. Dívka 2 byla po několik let bez kontaktu s rodinou. Matka začala zařízení a dívku kontaktovat až ve chvíli, kdy byla dívka těsně před umístěním do jiného dětského domova a bylo projednáváno svěřením dívky do pěstounské péče v jeho blízkosti. Vliv tohoto kontaktu nebyl možný posoudit, protože dívka byla ve výrazné tenzi z přemístění do jiného zařízení a zároveň jí určitě ovlivnila také informace o prvním kontaktu matky se zařízením.

Dívka 5 byla v začátku pobytu bez kontaktů s rodinou. Jelikož byl její zdravotní stav velmi proměnlivý, nebylo jasné, zda fabulace, které vytvářela, jsou fabulacemi či nikoli. Rozhodnutí o správnosti kontaktu s rodinou bylo ponecháno na soudu. Soud ukončil platnost vztahu rodiny s dívkou, ta byla ponechána v ústavním zařízení. Suicidální projevy, které výrazně vygradovaly po soudním procesu, byly natolik ohrožující její život i život lidí v jejím bezprostředním okolí, že byla dlouhodobě umístěna do zdravotnického zařízení. Během pobytu v tomto zařízení byl kontakt obnoven a dívka byla znovu svěřena do péče bývalé rodiny, přestože převážnou část svého života trávila ve zdravotnickém zařízení. Účelovost této rodiny byla předmětem spekulací. Proměnu dívky vzhledem k výrazně obtížné psychiatrické diagnóze není možné klasifikovat.

Dívka 7 byla v počátku pobytu bez kontaktu s rodinou. Na doporučení OSPOD se kontakt obnovil, protože rodina měla nařízen dohled. Pro dívku toto bylo zprvu velkou motivací, chtěla se rychle vrátit domů alespoň na dovolenky. Jelikož účelové jednání rodiny bylo pro pracovníky zařízení zřejmé, pracovalo se zde s možností, že dovolenka tak brzy nebude realizována. Dívka zpočátku velmi dobře spolupracovala, ale neustálé výmluvy rodiny, začaly velmi výrazně ovlivňovat její chování. Myšková (2014) uvádí, že psychická deprivace, při které chybí stabilní, spolehlivý vztah s rodinou, narušuje jistotu a bezpečí. Vzniká v situaci, kdy rodina nemá zájem o dítě, které je dlouhodobě odloučeno a rodina

k němu zaujímá ambivalentní, nebo dokonce hostilní postoj. Jde o dlouhodobý negativní proces. Dítě samotné proti tomuto nic nezmůže, ale jeho chování se projevuje spíše obrannými reakcemi. U této dívky se projeví obranné reakce krátkodobými útekami v blízkosti zařízení a také velmi výrazným odmítáním agresivních raptů mladších dětí. Jelikož velmi dobře spolupracovala při individuální terapii, účelové telefonáty od rodiny, které byly jen sporadické, dokázala po určité době nahlížet. Přesto kontakt s rodinou do odchodu ze zařízení nepřerušila.

Proměny u dívky 9 se daly identifikovat s dítětem, které bylo citově deprivováno, a mělo k rodině výrazné ambivalentní postoje. Na jedné straně se snažila zajistit si přízeň rodičů, na druhé straně rodinu negovala. Proces, kterým dívka procházela, připomínal houpačku. Obranné reakce proti nepochopení rodinou byly natolik výrazné, že vzbuzovaly hrůzu nejen u dětí, ale i některých pracovníků zařízení. Tato dívka si budovala novou identitu, silné, nebojácné a tvrdé dívky. Pokud však byla s rodinou v kontaktu a ta jí nevyčítala její agresivní projevy, dívka byla schopná výrazných proměn, které se týkaly nejen chování, ale i např. oblékání. Jelikož kontakt této rodiny s dívkou byl směřován k získání majetku v cizině, což se dívka dozvěděla, obranné reakce začaly být směřovány proti vlastní osobě. Dívka začala sebedestrukční proces, začala experimentovat s jídlem, odmítala medikaci a zvýšila se brachiální agresivita. Její ambivalentní postoje se promítaly do zvýšené schopnosti nahlížet sociální situace, ale také se výrazně zvýšila autoagrese.

U dívky 10 se účelově projevovала matka, která byla s dívkou po dobu VTOS v pravidelném každoměsíčním kontaktu, kdy dívce fabulovala blízkou budoucnost. Neplnění matčiných slibů se u dívky výrazně projevilo na obtížích v přijímání jakýmkoliv změn. Dívka chtěla být bezmezně přijímána alespoň v zařízení, protože se jí tohoto od matky nedostávalo. V terapeutickém procesu byla dívka směřována k náhledu na matčiny fabulace, ale zprvu toto téma výrazně odmítala. Ke konci pobytu nastal značný posun, protože dívka začala zprvu verbalizovat účelové jednání své matky a nakonec i částečně nahlížet.

Rodina dívky 11 byla v začátcích pobytu dívky v zařízení bez kontaktu. Dívka však měla během svých úteků ze zařízení výraznou tendenci rodinu navštívit, proto se díky pracovníkům OSPOD podařilo kontakt navázat. Došlo i k fyzickému

kontakty dívky s matkou, které bylo uskutečněno v zařízení. Matka však během pobytu dívky v zařízení velmi účelově fabulovala. Odmítala bližší kontakty, protože měla další děti s jiným partnerem a nemohla zvládat takto nemocnou dívku. Náročnost zdravotního stavu, účelové chování matky, které dívka nebyla schopna reflektovat a velmi obtížná motivace dívky k terapeutickému procesu, zdekompenzoval dívčin stav natolik, že byla dlouhodobě hospitalizována v psychiatrické nemocnici. Stav dívky progredoval suicidálním směrem.

Proces, kterým prošla v zařízení dívka 12, byl ovlivněn účelovým chováním její rodiny. Rodiče s dívkou odmítaly kontakt, ale prarodiče ze strany otce byli s dívkou v pravidelném kontaktu. Pobyt u prarodičů byly pro dívku zprvu obtížně zvládnutelné, protože chtěla i kontakt s otcem, ale nakonec zvládala víkendové návštěvy bez výrazných obtíží. Ke kontaktu s otcem u prarodičů nedošlo. Otec byl nakonec svými rodiči donucen a za dívkou přijel do zařízení. Tento kontakt proběhl u dívky bez emočních obtíží, protože během pobytu bylo s náhledem na rodinu pracováno. Účelové jednání otce dívka nahlížela.

Kontakt dívky 14 s vlastní rodinou byl zahájen na doporučení OSPOD, který její matce vzhledem k situaci rodiny doporučil. O situaci rodiny byla dívka informována pracovníci OSPOD při pravidelné návštěvě v zařízení. Proces, kterým dívka v zařízení procházela, byl ovlivněn fabulacemi ze strany matky, na které dívka neměla náhled. Její chování vykazovalo známky citově deprivované dívky, která reagovala infantilně, odmítala pomoc, ale zároveň ji velmi potřebovala. Ambivalentní postoje ke svému okolí se promítaly i do vnímání vlastního těla. Velmi často reagovala agresivně, odmítala medikaci, řezala se. Dopomoc prvního kroku fungovala, ale musela se učit reagovat na pochvalu. Obtížně zvládala matčiny sliby o návštěvě v zařízení, která do ukončení výzkumu neproběhla.

Proces kladných proměn ovlivněný účelovou rodinou nastal u dívek v nahlížení sociálních situacím. Negativním ovlivněním byla vyselektována skutečnost, že dívky vnímaly účelovost rodiny výrazně subjektivně, což zvýšilo jejich autoagresi.

RODINA v procesu napříč pozicemi pracovníků

Porovnávání přístupů pracovníků zařízení dle jejich primárního zařazení s ohledem na signifikované oblasti bylo další oblastí, která prošla důkladnou analýzou. Využita byla předcházející zjištění, vnitřní řád (příloha B) a vlastní pozorování. Pracovní pozice, které prošly analýzou: sociální pracovníce, vychovatelé, učitelé, zdravotní sestry a terapeuti. Z vnitřního řádu (dále jen VŘ) jsou citovány činnosti, kterými se daný úsek zabýval. Škoviera (2011) uvádí, že spolupráci v rámci zařízení můžeme chápat na několika rovinách. Vertikální rovina, kde je jasná skupina expertů a výkonných pracovníků; horizontální rovina, kde má každý pracovník v systému svoji nezastupitelnou funkci. Ve sledovaném zařízení byla v popředí horizontální rovina, ale velmi záleželo na profesionální výbavě každého pracovníka, což můžeme chápat jako teoretické znalosti, schopnost empatie (vcítění se do potřeb dětí), schopnost kooperace v rámci týmu, osobnostní vyrovnanost, schopnost improvizace a schopnost tvůrčího myšlení. K tomuto blíže v závěru práce.

Sociální pracovníce

„Kvalifikovaná sociální pracovníce zajišťuje sociálně právní záležitosti dětí, vede jejich osobní spisy. Spolupracuje a komunikuje s rodinou, komunikuje s příslušnými sociálními orgány, soudy, Policií ČR, pracovníky OSPOD atd. Sleduje další vývoj rodinného prostředí dítěte. Zajišťuje administrativní stránku příjmu, přemístění a propuštění dítěte, stanovení ošetřovného a jeho případného vymáhání soudem. Připravuje podklady pro rozhodování soudu. Těsně spolupracuje s psychologem, etopedem i ostatními odbornými pracovníky. Vede evidenci podkladů k vyplácení kapesného a zároveň jej dětem jedenkrát týdně vyplácí.“ (Příloha B)

Z této definice pracovního zaměření vyplynulo, že sociální pracovníce měla stěžejní roli v kontaktu s rodinou. Její povinností bylo kontaktovat rodinu ihned při příjmu dítěte do zařízení, ale kontakt měla udržovat během celého pobytu dívky v zařízení. Ze zjištění bylo patrné, že sociální pracovníce seznamovala

rodiče i s vnitřním řádem zařízení a nastavovala pravidla vzájemné komunikace. Během analýzy anamnestických údajů bylo zjištěno, že některé dívky nebyly v kontaktu s rodinou, ale sociální pracovníce s nimi v kontaktu byla, např. dívka 16. Zároveň byla zjištěna skutečnost, že prostřednictvím systematické práce sociální pracovníce, která vyplývá z VŘ, došlo k některým kontaktům dívek, které zprvu kontakt s rodinou neměly. Příkladem je dívka 14, u které byl celý tým prostřednictvím sociální pracovníce informován o postoji matky k dívce a zároveň byl dívce předán kontakt na matku. Sociální pracovníce spolupracovala také s pracovníky OPSOD, kteří měli dívky a jejich rodiny v dlouhodobé péči. Zde byla také role sociální pracovníce zařízení velmi důležitá. Nezastupitelné místo měla sociální pracovníce i v rámci celého týmu zařízení, což bylo také definováno VŘ. Její informace o rodině dívek byly stěžejní při měsíčních setkáváních pracovníků prostřednictvím odborných týmů nebo při diagnostických poradách. Kontakt s funkční rodinou vykazoval vzájemnou spolupráci, v některých případech (např. dívka 8) i kooperaci. Zde bylo postavení sociální pracovníce výrazně odlišné, než v případech rodin nefunkčních a účelových. U nefunkčních rodin byla nastavena spolupráce jen na rovině předávání si důležitých informací, např. informace o hospitalizaci dívek, se kterou museli zákonní zástupci souhlasit nebo při vyměřování ošetřovného. U účelové rodiny byla spolupráce obtížná z pohledu sledování platnosti některých úkonů rodiny vzhledem k právnímu řádu ČR, což se projevovalo např. s ohledem na odjezdy dívek mimo republiku. Z analýzy pracovních činností sociální pracovníce vyplývá, že tato **měla možnost ovlivňovat vztah rodiny směrem k dívkám. Ambivalentně ale nebyla schopna zajistit pravidelný kontakt s rodinou každé dívky.**

Vychovatelé

„Odborní vychovatelé zodpovídají za náplň a realizaci terapeutických, zájmových, relaxačních a odpočinkových činností, které vycházejí z režimu dne, týdenního programu výchovně vzdělávací činnosti a celoročního plánu. Ve své práci plně respektují individuální potřeby dítěte zakotvené v programu rozvoje osobnosti dítěte (PROD)“. (Příloha B).

I tato pozice v zařízení měla vliv na kontakt dívky s rodinou. Vychovatelé byli zároveň první, kteří museli bezprostředně reagovat např. na telefonický kontakt dívky s rodinou. Telefonické kontakty bývaly většinou v podvečerních nebo večerních hodinách. Pokud dívka dostávala ambivalentní informace, byla telefonicky odmítána, např. dívka 9, měl vychovatel velmi zodpovědnou roli v celém procesu zvládnání této skutečnosti. Z pozorování vyplývá, že některé dívky nebyly schopny přijímat tyto informace v blízkosti vychovatelů, kteří pro ně nebyli autoritami, nebo naopak, byli přehnaně autoritativními. Pokud rodiče chtěli přímý telefonický kontakt se službu konajícím vychovatelem, toto bylo v zařízení možné. Zde měl vychovatel znovu výrazný vliv na kontakt dívky s rodinou. Téma rodina bylo zpracováváno i při každodenních činnostech celé rodinné skupiny, protože např. vyplynulo ze situace. Příkladem bylo rozdělování sladkostí, které si dívka přivezla z pobytu doma. Vychovatel nemohl dívce přikázat ani zakázat, aby se s ostatními dětmi rozdělila. Zde byl přímý dopad rozdílů mezi funkční, nefunkční a účelovou rodinou zřetelný. Záleželo na konkrétním vychovateli a jeho odborné výši, jak danou situaci zvládl.

Téma rodiny bylo tedy pro vychovatele důležité, protože ovlivňovalo každodenní činnosti skupiny. Velmi odlišná byla práce s dívkou, která měla kontakt s funkční rodinou, kdy rodina spolupracovala i s vychovateli nejen při telefonických rozhovorech, ale i při osobních setkáních v zařízení. Pokud byla rodina nefunkční, vychovatelé při interakci s dívkami i toto reflektovali a zaujímalí nějaká stanoviska. U účelové rodiny záleželo již na zmíněném pohledu každého vychovatele na „účelovost“ rodiny a na jeho postoji k ní. Přesto z analýzy vyplynulo, že některé neodborné zásahy výrazně negativně ovlivňovaly prožívání dívek.

Z analýzy pracovních činností vychovatele v zařízení vyplývá, že **měl možnost ovlivňovat postoj dívek k rodinám. Ambivalentně ale nebyl schopen zajistit důkladnou analýzu dané rodiny a přístupu k dívce.**

Učitelé

„Ve škole jsou děti učiteli vzdělávány ve čtyřech třídách dle školního vzdělávacího plánu (ŠVP) „Škola trochu jinak“. Pro každého žáka je třídním učitelem do 30 dnů zpracován vzdělávací plán dítěte (VPD).“ (Příloha B)

Tito pracovníci s tématem rodiny pracovali v rámci školního vzdělávacího plánu, který byl vypracován s ohledem na specifika dětí umístěných v zařízení. Učitelé výrazněji neparticipovali na tématu rodina, **řešili jen následky kontaktů**, které se výrazně promítaly do chování dívek. Přesto se v některých vyučovacích hodinách museli tímto tématem zabývat, ale snažili se to uskutečňovat v rovině teoretického poznávání s ohledem na anamnézy účastníků procesu. S tématem rodiny se ale učitelé každodenně setkávali již jako s následkem, a to v chování dívek. Pokud dívka nezvládala nával svých emocí z důvodu obtíží s rodinou, projevil se toto pochopitelně i při výuce. Např. dívka 14 velmi manipulativně ovlivňovala při jedné vyučovací hodině (výchova k občanství) vyučování fabulacemi z kontaktu s rodinou. Jelikož ale byl vyučující dostatečně informován o proběhlém kontaktu dívky s rodinou, odkázal dívku po skončení vyučování s již verbalizovaným tématem k psychologce zařízení. Opačný příklad byl z kazuistiky dívky 16, kdy učitelka měla tendence řešit vzniklé obtíže s rodinou během vyučovacího procesu, kdy dívce dávala rady, jak má vzniklou situaci řešit. Tento přístup však nebyl shledán vedením školy jako profesionální a tento způsob řešení byl předmětem odborného týmu.

Z analýzy pracovních činností učitele v zařízení vyplývá, že **téma rodiny se bezprostředně objevovalo jen jako učební látka. Učitelé neřešili případy konkrétních dívek s ohledem na jejich rodinu. Pokud to však činili, nebylo to v souladu s jejich pracovním zařazením ani kvalifikací. Negativní přesah tématu rodiny byl ve školním prostředí patrný ve změnách chování dívek během vyučovacího procesu.**

Zdravotní sestry

„Pravidelnou celodenní péči v zařízení poskytují dvě zdravotní sestry, které garantují léčbu, vedou zdravotní dokumentaci dětí a sledují jejich zdravotní stav. Zdravotní sestry spolupracují s ostatními pedagogickými pracovníky, podílí se na vypracování individuálního terapeutického plánu“. (Příloha B)

Z konkretizace pracovního zařazení zdravotní sestry bylo zřejmé, že téma rodiny nebylo pro její práci primární. Přesto se v určitých chvílích toto téma objevovalo v práci i u zdravotních sester. Jednalo se o situace, kdy bylo dítě nemocné a bylo umístěno na zdravotní úsek do péče zdravotní sestry. Zde sestra přejímala roli vychovatele. Jak je uvedeno v kapitole 2.1.3, i ve zdravotnických zařízeních se v odpoledním čase dětem věnuje zdravotnický personál, který není vyškolen pedagogicky, ale dělá vše, co umí. V tuto chvíli byla zdravotní sestra ve školském zařízení na stejné rovině jako zdravotní sestra ve zdravotnickém zařízení, i když neměla potřebné pedagogické vzdělání. Z výzkumného procesu ve sledovaném zařízení vyplynulo, že sestry zasahovaly do tématu rodiny, kde však nerozlišovaly, i když měly potřebné informace, okolnosti kolem rodiny dané dívky. Toto bylo pro systematickou terapeutickou práci psychologa či etopeda velmi zatěžující, protože laický přístup k tématu nebyl vždy ten správný. Uvádím příklad, kdy zdravotní sestra nabádala k lepšímu a umírněnějšímu přístupu dívky 14 k matce, ale jelikož neznala okolnosti terapeutického postupu, nevěděla, v jaké fázi se dívka nachází, dopustila se výrazného pochybení. Dívka si odžívala konfliktní telefonát, který neměla ještě zpracovaný, nebyla s matkou na nový rozhovor připravena. Jelikož zdravotní sestře důvěřovala, matce zatelefonovala a nastal výrazný regresivní stav, kdy dívka nenahlížela své opoziční chování. Postup zdravotní sestry lze hodnotit jako nepřispívající k terapeutickému procesu. Z analýzy pracovních činností zdravotní sestry v zařízení vyplývá, že **téma rodiny nebylo primární záležitostí tohoto úseku. Zisky byly v případných kladných odezvách u dívek i rodin. Ztráty byly v neodborných zásazích vůči dívkám.**

Terapeuti

„Psychologickou a etopedickou péči zajišťuje kvalifikovaný psycholog a etoped, kteří provádějí komplexní psychologická a etopedická vyšetření, zajišťují skupinovou a individuální terapii a podílí se na zvládnání krizové intervenci v případě agresivních raptů či sebepoškozování. Ve spolupráci s ostatními odborníky se podílejí na sestavování programu rozvoje osobnosti dítěte, individuálním terapeutickým plánu a vzdělávacím plánu dítěte“. (Příloha B)

Terapie může být definována mnoha způsoby. Jedná se vždy o odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem proměny jedince. Tato proměna se týká chování, myšlení, emocí (Prochaska, Norcross, 1999 in Müller, 2005). Téma rodiny se objevovalo u všech dívek jako dominantní téma v terapii. Vyskytovalo se jak při skupinových setkáváních, tak při individuální práci s dívkami. Terapeuti měli k dispozici veškeré informace napříč úseky, znali aktuální stav dění kolem rodiny u každé dívky. Z analýzy vyplývá, že téma rodiny nepřinášely jen dívky samé, ale bylo s ním pracováno i ze strany terapeutů. Téma rodiny bývalo často i spouštěčem k agresivním raptům mezi dívkami ve škole nebo na výchově. Řešení těchto vzniklých situací patřilo ke každodenním činnostem tohoto úseku s přesahem k aktuálnímu stavu procesu, kterým každá dívka procházela.

Z analýzy pracovních činností terapeutů vyplývá, že pro zvládnání **tématu rodiny byli terapeuti pro dívky velmi důležitým faktorem. Zároveň byli často hybateli procesu, který musí ve vztahu dívka x rodina nastat. Negativní stránkou jejich pozice byly neodborné zásahy ostatních pracovníků do rozpracovaného terapeutického procesu.**

4.3.2 Agrese „aneb chuť ničit“

Všechny dívky ve zkoumaném vzorku vykazovaly agresi vůči svému okolí. Tato agrese projevovala znaky verbálního napadání, byla výrazně vulgárně zaměřená. U některých dívek se přidávala i agresivita brachiální, která byla velmi útočná,

orientovaná na ublížení v horní polovině těla a na obličej. Některé dívky před koncem daného útoku ještě na protivníka či protivnici plivly.

Zahraniční výzkumy (Bowlby, Ainsworth, 1964) dokazují význam rané vazby na zdravý vývoj jedince. Psychosociální deprivace v raném dětství výraznou měrou ovlivňuje zapracování a vyrovnání se se zátěžovou situací, stresem. Projevit se může agresivitou nebo obtížemi v somatickém vývoji. V oblasti agresivity byly patrné výrazně shodné znaky, např. intenzita verbální agresivity, způsob provádění brachiální agresivity. (Koukolík, Drtilová, 2001) používají termín agrese jako něco normálního (fyziologického) v souvislosti s přežitím ve volné přírodě, ale násilné chování označují za patologickou agresi, jejímž cílem je někoho poškodit či zabít. Krejčířová (1997) popisuje agresivní chování jako projev syndromu týraného dítěte. Train (2001) vymezuje agresivitu jako následek, pokud bylo dítě v útlém věku týráno, je velká pravděpodobnost, že bude v pozdějším věku agresivní.

Agresivní projevy u dívek v zařízení korespondovaly se všemi výše uvedenými termíny a byly blíže vymezeny: *agrese vůči okolí* a *agrese vůči vlastní osobě*.

Agrese vůči okolí: z pozorování a analýzy anamnestických údajů vyplynulo, že největším verbálním projevem agresivity směrem k dětem, bylo nadávání „do rodiny“. Verbální útoky byly vedeny proti dětem (všechny sledované dívky), ale také proti dospělým. Tento způsob vedení agresivity bychom mohli rozdělit ještě na skrytou (nepřímou) a veřejnou (verbalizování přímo směrem k příjemci). Skrytá agrese proti dospělým se projevovala u dívky 6 a 18. Dívky 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16 se projevovaly verbální agresivitou vůči dospělým veřejně. Vůči všem dětem se verbálně projevovaly všechny dívky, nepřímou jen dívka 18. Brachiální agrese se netýkala dívek 3, 4, 15 a 18. Tyto dívky se neprojevovaly brachiálními útoky ani proti lidem, ani proti věcem. Ostatní dívky vykazovaly brachiální agresivitu vůči ostatním dětem i věcem. Tato agresivita byla u dívek vždy cíleně mířena na obličej – škrábání, mlácení do obličeje, kousání nebo na horní polovinu těla. Zde byly patrné i kopance. Veškeré agresivní raptury byly vedeny s patřičně velkou razancí. Pokud měla již dívka prsa, směřovaly údery protivnice i na toto velmi citlivé místo. Zakončení celého agresivního rapturu ze strany „vítězící“ dívky bylo plivnutí na soupeřku. Důvody těchto projevů byly

nejen s přihlédnutím k projevům psychiatrické diagnózy, ale vycházely i z raného citového strádání, z rané psychosociální deprivace, kterou všechny zkoumané dívky prošly. Téměř všechny dívky (mimo dívku 8, 12, 13, 17 a 18) byly v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy již v útlém dětství, což je velmi poznamenalo právě po citové stránce. Brachiální agresivita cíleně proti personálu nebyla zaznamenána, ale kuloárně byly informace, že některé dívky (9, 10, 13, 16) napadly cíleně i personál (ženy). Záznamy o tomto nebyly pořízeny.

Agrese vůči vlastní osobě: se projevovala u dívek 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18. Většina dívek vykazovala suicidální tendence projevující se experimentováním s jídlem (odmítání jídla) – netýkalo se jen dívek 7, 8, 12, 13, 14. Těchto dívek se týkalo nadužívání jídla, které se projevovalo ve chvílích zvýšené tenze, odmítání, dekompenzace zdravotního stavu. Dívky 5, 9, 11, 14, 16 projevovaly navíc autoagresi ve formě polykání předmětů, které musely nakonec být vyjmuty chirurgickou cestou. Všechny tyto dívky se také ve zvýšené tenzi řezaly.

Výše popsané projevy byly důsledky mnoha okolností, které se dají pojmenovat následovně: **zdravotní stav (psychiatrické onemocnění), aktuální vztah s rodinou, vztah s okolím (myšleno děti i personál v zařízení), osobní výbava dívky** včetně vývojového stádia, **vztah k autoritám.**

Nejvýraznějším posunem směrem k odbourávání agresivních raptů a k náhledu na zvládnání svých emocí prošla dívka 7. Při příchodu do zařízení byla velmi agresivně zaměřená nejen vůči okolí, ale i vůči sobě samé. Velmi výrazná verbální i brachiální agresivita, věk dívky, tělesná konzistence (nadužívání jídla) budila strach nejen u ostatních dětí, ale také u některých členů týmu. Postupným terapeutickým vedením – individuálním, skupinovým byla po 17 měsících schopná náhledu na své reakce, brachiální agresivita ustala, verbální agresivita se velmi snížila. Dívka našla jiný způsob ventilace vnitřního přepětí, např. odcházela na „své“ krátkodobé úteky v okolí zařízení, čímž naplnila svoji potřebu být sama, zároveň dostala důvěru, že sama být může.

Jiným způsobem proměny prošla dívka 9, která s agresivitou zacházela vzhledem k okolnostem odlišně. Výrazné obtíže s účelovou rodinou, genetické dispozice, psychiatrické onemocnění, neustálá touha někam patřit a být přijímána, ji

dostávala do ambivalentních reakcí a postojů. Dokázala být velmi empatická, sociálně zdatná – tedy agresivita byla ventilována sportem a na druhé straně byla velmi reaktivní i na zcela banální poznámku, která se jí vůbec netýkala. Dlouholetý individuální i skupinový proces zde narážel na přístup personálu, neboť dívka dostala „nálepku“, což Vojtová (2008) popisuje jako bariéru socializace. Z pozorování vyplývá, že někteří pracovníci zařízení nebyli schopni unášet reakce dívky, brali je tzv. osobně a tím negovali terapeutické posuny dívky. Přispěli tak negativním způsobem k nežádoucím reakcím.

Ziskem v této oblasti pro dívky v zařízení byla v rámci procesu hledání spouštěčů vlastní agresivity a práce s nimi. Ztrátou byly okolnosti, které výrazně negativně tento proces ovlivňovaly: zdravotní onemocnění, agrese ostatních dívek, agrese ostatních dětí, neodborné zásahy personálu, únik informací.

AGRESE v procesu napříč pozicemi pracovníků

Sledovala jsem toto téma napříč úseky nejen s ohledem na děti, ale i s ohledem na pracovníky. Práce v tomto typu zařízení byla velmi psychicky a někdy i fyzicky náročná, proto bylo důležité v rámci hygieny práce sledovat i způsob zvládání těchto složitých situací.

Sociální pracovnice

Téma agrese u sociální pracovnice mělo odlišnou konotaci než u ostatního personálu. Vůči sociální pracovnici používaly dívky verbální agresivitu ve chvílích, kdy je jejich rodina odmítala přijet navštívit, neposílala dopisy či balíky, netelefonovala. Z pozorování bylo patrné, že sociální pracovnice zařízení uměla s agresivitou dobře pracovat, byla asertivní, dokázala si nastavit i udržet hranice. Výhodou jejího postavení byla i komunikace s pracovníky OSPOD, takže měla relevantní informace a mohla dívkám sdělovat pozitivní informace. Negativní informace ve velké míře přenechávala terapeutům.

Z analýzy pracovních činností sociální pracovnice vyplývá, že toto téma nebylo pro ni stěžejní. **Negativní stránkou pozice sociální pracovnice u tohoto tématu bylo, že agresivitu dívek nemohla ovlivnit a zároveň se sama mohla stát objektem jejich agresivity.**

Vychovatelé

Téma agrese bylo u této pozice velmi důležité. S agresivitou dívek se setkávali při každé službě. Z pozorování vyplývá, že s ní ale neuměli zacházet. Obtížně hledali spouštěče agresivity u dívek, někdy ji bagatelizovali. Odlišnosti práce s agresivitou byly vyzorovány u vychovatelů mužů (ti více používaly křik, svoji fyzickou převahu, schopnost fyzické pacifikace, jasněji určovaly hranice, ale více dívkám podléhaly v jejich manipulacích) a vychovatelek žen (více domlouvaly, přemlouvaly, nebyly důsledné, ale daleko méně s sebou nechaly ze strany dívek manipulovat). Obecně byly vyzorovány rozdíly v přístupu k dívkám z hlediska věku vychovatelů – mladší vychovatelé, vychovatelky u dívek více dbali na zpětnou vazbu, snažili se být důslední a snažili se přecházet agresivitě např. sportem, snažili se spouštěče agresivity hledat, kooperovali s terapeuti na zmíněném tématu; vychovatelé a vychovatelky s delší praxí přistupovali k dívkám s větší volností, obtížněji hledali spouštěče agresivních raptů, méně často chodili do konfrontací, obtížněji nahlíželi důsledky projevující se agresivity u dívek, častěji dívky omlouvali věkem. Také je nutné zmínit, že vychovatel býval na službě sám, občas měl možnost využít asistenta pedagoga, terapeuti byli přítomni jen do podvečerních hodin. I z tohoto hlediska bylo zřejmé, že práce s agresivitou u vychovatelů byla velmi náročná.

Z pohledu zvládnání agresivity vychovateli samými bylo patrné, že někteří vychovatelé dokázali zejména verbální agresivitu zpracovat, nebrali si ji tzv. osobně, ale někteří vychovatelé naopak nebyli schopni odstoupit od vlastního prožívání a verbální útoky přijímali velmi osobně, což vzbudilo agresivní reakce nakonec i u nich. S tímto faktem bylo pracováno při supervizích týmu.

Obecně lze shrnout, že téma **agresivity bylo pro vychovatele velmi důležité, ale záleželo na konkrétním vychovateli či vychovatelce, jak měla toto téma**

zpracované osobně. Postoje jednotlivých vychovatelů k agresivitě výrazně ovlivňovaly proces, kterým dívky v zařízení procházely, a to v obou polaritách.

Učitelé

Pro učitele bylo téma agresivity také velmi důležité, protože dívky se i ve školním prostředí projevovaly agresivně. Z pozorování vyplynulo, že s tématem agresivity bylo v tomto úseku lépe pracováno. Lépe pracovat s agresivitou v rámci školy bylo umožněno každodenním kontaktem s dívkami, díky lepšímu personálnímu zajištění – přítomnost terapeuta byla téměř každé dopoledne. Učitelé se během dlouhodobého procesu naučili využívat terapeutů ke zvládnání krizových situací, což pomáhalo i dívkám v nácviu náhledu na své agresivní projevy. Někdy stačilo jen dívku tzv. odklonit a dívka agresivní rapt zvládla. Učitelé toto velmi dobře uměli, dokázali s agresivitou pracovat, dobře identifikovali spouštěče agresivity, zároveň dokázali dívkám pomoci agresivitu ventilovat různými abreaktivními technikami. Tento přístup pomáhal dívkám nahlížet agresivitu a její zvládnání v rámci nastaveného terapeutického plánu. Přesto byly vysledovány i u učitelů snahy bagatelizovat agresivitu u některých dívek (v počátcích pobytu dívka 8, 10, 13); také omlouvat skrytou verbální agresivitu vůči dospělým u dívky 18. Velmi důležitou roli měl školní režim a jasně daná struktura času.

Téma agresivity bylo pro učitele velmi důležité, setkávali se s ním každý den. Klady tématu byly v tom, že učitelé viděli reálné změny v procesu dívek s tímto tématem. Zápory tématu při práci s agresivitou ve škole mohly nastat, když si dívky tzv. „přinášely“ spouštěče z výchovy do školy (pokud vychovatelé vyhodnotily danou situaci odlišně od přání dívky), čímž se narušoval kontinuální proces práce s agresivitou v rámci školy.

Zdravotní sestry

Téma agresivity prošlo během sledovaného období výraznou proměnou. Od počátku sledovaného období do léta roku 2011 byly zdravotní sestry „vykonavatelky“ aplikací zklidňující medikace, což výrazně ovlivnilo náhled dívek na tento úsek. Ve zmiňovaném období byly aplikovány zklidňující injekce po vyhodnocení krizové situace terapeutem nebo vedoucí zařízení. V očích dívek to znamenalo, že měly sestry **velkou moc**. Po systematické návštěvě pracovníků KVOP v červnu 2011 byla tato praxe ukončena. Od této doby byla zklidňující medikace podávána vždy jen za přítomnosti lékaře. Tento posun proměnil vnímání tématu agresivity na tomto úseku. Zdravotní sestry se s tématem agresivity ale setkávaly při dávání předepsané psychiatrické medikace. Velká část dívek odmítala podávané léky (dívkyně 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16), bylo přistoupeno i k drcení léků. Při těchto situacích byly zdravotní sestry vystaveny zvýšené agresi dívek. Rozumnou argumentací zvládaly převážnou většinu vzniklých situací samy. Pokud bylo potřeba, přišel na pomoc terapeut. V některých situacích ale přiměli dívku užít medikaci vychovatelé nebo učitelé, kteří přišli na pomoc a pomoci např. zablokování toku destruktivního myšlení (Křivohlavý, 1988) pomohly zdravotní sestře situaci vyřešit.

Téma agresivity se objevovalo v práci zdravotní sestry zejména s užíváním medikace nebo při asistenci rychlé záchranné službě. Práce s tématem agrese postupem času nebyla na tomto úseku prioritou.

Terapeuti

Práce s tématem agresivity u dívek byla z pohledu terapeutů velmi náročná, i když někdy při agresivních raptech stačila rychlá přítomnost jiné osoby (terapeuta). Dívky v mnoha případech více reagovaly na přítomnost nové osoby než na důvod své agresivity. Při těchto afektivních stavech bylo terapeutů využíváno paradoxního způsobu ovlivňování, což znamená přerámování dané situace, odklonů (zablokování destruktivního myšlení), užití emocionálně pozitivních slov, předběhnutí, naznačení zdánlivé alternativy (Křivohlavý, 2008) nebo jen tichého sdílení s dívkou. Při kontinuální práci byly hledány s každou dívkou

individuálně nebo v rámci skupiny spouštěče agresivity, byly popisovány emoce, které agresivitu provázely. V rámci terapeutické procesu bylo pracováno s faktory, jež agresivitu ovlivňovaly (již zmíněné téma rodiny, medikace, přístupu dospělých, kontakty na skupinách či ve třídách, jakékoli změny v osobním životě apod.). Velmi důležitým faktorem pro tuto práci byl navázaný terapeutický vztah s dívkou, což v počátku procesu znamenalo, že dívka terapeutovi důvěřovala.

Z analýzy pracovních činností terapeutů vyplývá, že pro zvládnutí **tématu agresivity byli terapeuti pro dívky velmi důležitým faktorem, protože učili dívky i pedagogy pracovat na poznávání vlastních emocí, přes které pracovaly se svojí agresí. Negativní stránkou jejich pozice byly již zmiňované neodborné zásahy ostatních pracovníků do rozpracovaného terapeutického procesu.**

4.3.3 Autorita

Autorita je v odborné literatuře popisována jako legitimní moc, (Průcha, Walterová, Mareš, 2013), která se uplatňuje za nějakým cílem. Ve sledovaném zařízení se pojem autorita uplatňoval pro označení toho, kdo má nejen moc, ale také zodpovědnost.

Z pozorování vyplynulo, že v přijímání autority ze strany dívek byly patrné výrazné rozdíly. Rozlišení bylo na *přijímání autority mužské i ženské bez výrazných výhrad* a *přijímání autority mužské i ženské s výraznými výhradami*.

Přijímání autority mužské i ženské bez výhrad: bylo u dívek, které neměly z dlouhodobého hlediska zkušenost s vlastní rodinou. Jednalo se o dívky, které byly převážně mladšího školního věku. Pouze dívka 6 byla staršího školního věku. U této dívky nebyl rozdíl v přijímání autority pravděpodobně z důvodu, že ženy pro ni byly důležité vzhledem k další zdravotní diagnóze, při které potřebovala jejich každodenní péči. K potvrzení přijímání autority bez výhrad

sloužil v zařízení také mimo jiné systém hodnocení, který měl jasně nastavená pravidla i v komunikaci s pracovníky zařízení, což zahrnovalo i přijímání autority.

Přijímání mužské a ženské autority s výraznými výhradami: I přes zmíněná „opatření“ ze systému hodnocení bylo patrné, že některé dívky přijímaly mužskou a ženskou autoritu s výhradami. Jak bylo již uvedeno, týkalo se to zejména dívek staršího školního věku, což na jedné straně mohlo vysvětlovat nepřijímání ženské autority z pohledu saturačního. Na straně druhé bylo u dívek zjištěno, že obtíže se ženskou autoritou měly dívky, které nemohly považovat svoji matku za autoritu v kladném slova smyslu. Jako příklad lze uvést dívku 10, u které byly patrné obtíže v přijímání ženské autority z důvodu vztahu k vlastní matce. Tato se projevovala tak, že nebyla schopna např. dívce nastavit jasná pravidla společného soužití, nebyla schopna poskytovat dívce adekvátní zpětnou vazbu při nevhodném chování. Z anamnézy bylo zjištěno, že dívka před nástupem do zařízení doslova vymlátíla všechny dveře v domě, kde spolu s matkou a sourozenci bydlela (pozn. otec pobýval dlouhodobě mimo rodinu). Matka se této dívky pravděpodobně velmi bála. Přenos, v psychoterapeutickém slova smyslu, je zde patrný při kontaktu s autoritou žen v zařízení, které se projevovaly pro dívku nečitelně, nebo se dívky dokonce obávaly. Pokud však ženská autorita vystupovala neohroženě, reflektovala dívce její nevhodné chování vůči své osobě, dívka byla schopná autoritu přijmout. Přesto měla občas tendence tuto autoritu ženy přezkoušet, zda se jí opravdu nebojí.

Výrazně ambivalentní postoj k autoritě vykazovala dívka 16, která měla obtíže s přijímáním obou autorit. Pokud zjistila, že mužská nebo ženská autorita přistoupila na její způsob komunikace, tedy, že neprohlédly její výrazné manipulativní a fabulační tendence, byly tyto autority velmi ohroženy. Dívka byla schopná manipulovat informacemi i okolím tak věrohodně, že bylo velmi obtížné identifikovat reálnou pravdu. Některé její „pravdy“ byly i v šetření Policie ČR.

Velké výhrady k autoritě vykazovala i dívka 12, která se vymezovala vůči mužské autoritě. S ženskou autoritou byla schopna kooperovat, přijímala i méně progresivní ženskou autoritu, ale pokud se jí ženská autorita bála, byla z toho velmi nešťastná. Proti mužské autoritě však byla velmi negativisticky zaměřená, používala i brachiální agresi. Mužská autorita ji musela přesvědčit svým

chováním, že jí neublíží, což bylo pro některé muže v zařízení, kteří byli dominantními autoritami, velmi obtížné.

Ambivalentní postoj k autoritě vykazovala i dívka 9, která byla zmíněna i v části účelová rodina. U této dívky se postoj vyselektovat v procesu, kterým dívka prošla nejen ve sledovaném zařízení, ale i během svého raného vývoje. Vzhledem k tomu, že dívka nepoznala svoji biologickou rodinu a žila v tristních sociálních podmínkách, nebylo s ní zacházeno ve smyslu podporujícího a podnětného prostředí, vykazovala velmi ojedinělý způsob přijímání autorit. Nepřijímala žádnou, až na několik výjimek. Autority mužské se na jedné straně velmi obávala, na straně druhé s ní opovrhovala. Tento svůj postoj dávala ostentativně najevo, čímž si autoritu mužů velmi často znepřátelila. Autoritu žen přijímala též ambivalentně, tedy většinu ženských autorit odmítala, ale ženské autority, které byly schopny jí poskytovat pozitivní i negativní zpětnou vazbu s jasným sdělením „co je správně“, ty byla schopna přijímat. Výborně s těmito ženami kooperovala. Obtíže nastaly ale v okamžiku, když tato dívka měla pocit, že jí autorita žena lhala. V tom případě nastala výrazná změna v akceptaci autority a dívka si autoritu pomyslně přesunula mezi autority neakceptovatelné. Tento přístup lze vysledovat i v její anamnéze, kdy s ní matka jednala účelově, neustále po ní chtěla, *aby se změnila, aby byla hodná, aby byla lepší, aby...* a zároveň nereflekovala pokroky v procesu, kterým dívka v zařízení procházela.

Získem v této oblasti pro dívky v zařízení byla v rámci procesu schopnost participace a přijetí autority. Ztrátou byly okolnosti, které výrazně negativně tento proces ovlivňovaly: nezpracované zásahy „autorit“ z minula, neodborné zásahy personálu, únik informací.

AUTORITA v procesu napříč pozicemi pracovníků

Pojem autorita vymezuje Saladin-Grizivatz (2002) jako ambivalentní pojem: na straně jedné jako vzor, ten, kdo nás přiměje k činnosti, na straně druhé jako moc k tomu, nás k něčemu přinutit, moc nám přikazovat. Toto vymezení nejlépe vystihuje přijímání pojmu autorita ve sledovaném zařízení.

Sociální pracovnice

Postavení sociální pracovnice v zařízení bylo z pohledu autority velmi jasně vymezeno osobností ženy, která v této funkci pracovala. Její autoritativní přístup k dětem i personálu zahrnoval přístup, kterým dívky přiměla k činnosti. Znamenalo to, že dívky více kontaktovaly své rodiny nebo sociální pracovnice na OSPOD. Zároveň byla v očích dětí i autorita, která jim dle VŘ dává kapesné.

Z analýzy pracovních činností sociální pracovnice vyplývá, že **toto téma bylo pro ni stěžejní vzhledem k postoji vůči dívkám v zařízení a v postoji směrem k rodinám a úřadům. Zastupovala zařízení, tedy i dívky, zastávala pozici autority, což bylo pozitivní. Negativní stránkou pozice sociální pracovnice u tohoto tématu bylo, že si musela sama vymezovat hranice, které v přijímání, byly nutné.**

Vychovatelé

Pojem autorita byl velmi pečlivě v tomto úseku sledován, protože se bytostně dotýkal proměn v procesu u jednotlivých dívek. Některým vychovatelům označení autorita vyhovovalo z principu slova, měli moc; jiní vychovatelé měli také moc, ale posouvali dívky v celém procesu jejich vývoje. Přispěl k tomu pedagogický takt, díky kterému dovedli včas rozpoznat proměnu psychického vývoje u dívek (Čáp, Mareš, 2001), se kterými pracovali. V zařízení byly shledány dva typy vychovatelů. V prvním případě **se vychovatelé snažili** mezi sebou o dívkách komunikovat i mimo pravidelné porady a odborné týmy, hledali např. spouštěče agresivních raptů, hledali činnosti, za které by dívky pochválili nebo které by mohly dívky více rozvíjet, vyměňovali si zkušenosti, co v práci s dívkou pomáhá a co naopak selhává. Toto byly autority, které dívkám pomáhaly zvládat jejich obtíže s psychiatrickým onemocněním a zároveň i s umístěním v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Na druhé straně byli v zařízení vychovatelé, kteří **přejímali pracovní návyky** z jiných, jimi prošlých profesí. Z projevů chování bylo patrné, že někteří byli

např. dozorcí ve věznicích nebo vojáci z povolání. U těchto autorit bylo velmi důležité nastavení hranic tak, aby jejich působení na dívky bylo v rovnováze. Rovnováha znamenala nejen striktní dodržování řádu, udílení bodů v systému hodnocení v souladu s vymezením pravidel, ale také ukázání lidskosti, vstřícnosti a pochopení. Paradoxně v procesu těchto proměn autorit fungovaly jako katalyzátor dívky samé. Ty, v rámci skupinových terapií ukazovaly vychovatelům „autoritám“ svoji proměnu a díky pozitivním zpětným vazbám, kterých se jim dostávalo, umožnily nahlédnout některým „autoritám“ i na svá vlastní úskalí. Jako příklad nejlépe poslouží příklad proměny vnímání autorit u dívky 12. Tato dívka odmítala mužskou autoritu, velmi agresivně reagovala na verbální projevy některých vychovatelů. V procesu se naučila věcně argumentovat bez výrazných tendencí k brachiální agresí. Posouvala se nejen ona, ale i vychovatelé, kteří zprvu odmítali diskutovat, smlouvat či jakkoli přijímat dívčiny odmítající projevy. Ke konci pobytu se autorita vychovatelů posunula směrem k dívce, což kladně ovlivnilo její vnímání mužů, ale přesto nedošlo k naprostému přijímání mužského světa. Tento proces trval jen pouhých sedm měsíců, což byla velmi krátká doba na větší přijímání mužské autority a zvnitřnění celého procesu. Přesto byly patrné posuny na obou stranách. Reflektování těchto změn u vychovatelů bylo zmiňováno při supervizích. Toto téma je rozebráno v diskusi této práce.

Z analýzy pracovních činností vychovatelů vyplývá, že **téma bylo pro tuto skupinu pracovníků stěžejní. Pojem autorita prošel v rámci zařízení proměnou, která nebyla dokončena. Pozitivní stránka byla proměna autorit samých. Negativní stránka byla, že ne všechny autority měly schopnost s tématem pracovat.**

Učitelé

Téma autority se na tomto úseku rozkrývalo daleko lépe, než u předcházející skupiny pracovníků. Znovu to souviselo, tak jako v případě práce s agresí, s každodenní účastí na výchovně vzdělávacím procesu v zařízení. Také si učitelé dlouhodobě budovali status pomáhající, povzbuzující autority, která je však schopná dodržovat nastavené hranice. I v tomto týmu se však našly autority, které

nebyly schopny dostát pojmu autorita, ale z daleko odlišnějšího úhlu pohledu. Autority ve škole, zejména některé ženy, velmi často dominantní status autority ztrácely, protože se snažily k dívkám přistupovat tzv. se srdcem na dlani. Tento způsob byl podbízivý, v očích dívek byl chápán jako slabý. Příkladem byla dívka 18, která velmi dobře klamala svými projevy. Přijímala autoritu bez výjimek, navazovala velmi nezdravé vztahy, což se projevilo i ve vztahu autority ve škole. Učitelkami byla brána jako ta, která do zařízení vlastně ani nepatří. Přistupovaly k ní více mateřsky, diskutovaly s ní více než s ostatními dívkami, omlouvaly její případná nedorozumění (u ostatních dívek by již měnily hodnocení). Dívka posilovala svoji autoritu, učitelky ji ztrácely. V konečném důsledku se dívka velmi obtížně posouvala v procesu přijímání sociálních rolí, což se projevovalo výraznými proměnami nálad, kterými trpěla zejména na počátku prázdnin. Přesto bylo vypořádáno, že **zacházení s pojmem autorita byl na tomto úseku daleko lépe zvládnut, než např. na úseku výchovy. Pozitivním zjištěním byla skutečnost, že učitelé – autority, si tento svůj status udržely i mimo vyučování, což výrazně ovlivnilo chod zařízení. Negativní stránka byla ta, že si dívky velmi často ve škole odžívaly „přenosy“, kterým museli učitelé čelit.**

Zdravotní sestry

Na tomto úseku se s tématem autorita mnoho nepracovalo. V zařízení byly dvě zdravotní sestry, každá byla z pohledu autority naprosto odlišná. První sestra pracovala v zařízení po celou dobu jejího fungování, měla zkušenosti i z jiné pracovní pozice. Pro dívky byla autoritou, která je sice v jejich procesu ovlivňovala, ale nebyla schopná jednotného přístupu, často měnila svá stanoviska, nebyla důsledná. Ukazovala dívkám svoji „lidskou a laskavou“ stránku. Je diskutabilní, nakolik byla pro dívky čitelná. V týmu spolupracovala, „uhlazovala“ neshody mezi dětmi i dospělými.

Druhá sestra byla autoritativní, projevovala se profesionálně, svoje city a emoce nebyly často čitelné pro personál, natož pro dívky. Přesto byla schopná náhledu na své postoje k dívkám, byla schopná v týmu spolupracovat.

S tématem autority bylo na tomto úseku zacházeno podle potřeb, které vycházely z dané situace. Přijímání autority však nebylo v tomto úseku prioritou.

Terapeuti

Paradoxem práce s tématem autority na tomto úseku bylo, že obě terapeutky byly brány z pohledu dětí jako autority. Kratochvíl (2006) definuje terapeutický vztah jako proces, který je výrazně ovlivněn dvěma proměnnými: **terapeutem a klientem**. Vždy záleží na interakci mezi nimi. Z pohledu autority je možné, že byly obě terapeutky tak brány, protože se po celý proces snažily být pro dívky **srozumitelné, pravdivé a čitelné**. Tyto tři proměnné se nevyklučují s pojmem autorita, naopak ji podtrhují. Doplnují tak vysvětlení pojmu (Klimeš, 2010), které mezi jiným udává výklad pojmu jako vlivný činitel.

Téma autorita bylo velmi často předmětem skupinových setkání, při kterých dívky zpočátku velmi obezřetně, později již zcela otevřeně verbalizovaly svoji neschopnost porozumět některým autoritám v zařízení. Jelikož byli během skupinových setkání přítomni i vychovatelé nebo učitelé, docházelo k již zmíněným posunům i u těchto autorit, které byly zprvu tématem setkání.

Během procesu bylo zjištěno, že zejména na počátku výzkumu, byli v zařízení terapeuti, kteří svoji roli pojali tzv. autoritářsky, čili zdůrazňovali svoji moc na úkor dětí obecně. Zde nebyly patrné posuny, které by byly u dívek zvnitřněné, které by měly dlouhodobé trvání.

S tématem autority bylo na tomto úseku zacházeno velmi často. Pozitivním zjištěním byla skutečnost, že se díky cílené práci s tématem posouvaly postoje dívek k autoritám. Negativní stránkou byly pomalé procesy kladných proměn u autorit.

4.3.4 Komunikace

Přenos informací, dorozumívání, vzájemná výměna názorů (Klimeš, 2010) blíže vymezuje daný pojem. V rámci analýzy zkoumaného procesu vyvstaly tři okruhy, při kterých byla sledována komunikace směrem od dívek k dospělým. Prvním

okruhem byla *komunikace směrem od dívek k dospělým*; druhým okruhem *komunikace od dospělých k dívkám*; třetím okruhem *komunikace mezi dívkami*.

Komunikace směrem od dívek k dospělým: V adaptační fázi měly zprvu všechny dívky, mimo dívku 18 obtíže. Dívka 18 se od prvního dne chovala velmi komunikativně, dokazovala zaměstnancům zařízení, že ona je umístěna do zařízení omylem. Její až servilní komunikace byla výrazným faktorem, který byl ovlivněn diagnózou, se kterou dívka do zařízení přišla. Ostatní dívky během adaptační fáze vykazovaly odlišné projevy chování. Některé dívky (5, 6, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 17) se projevovaly výraznými obtížemi v komunikaci. Nejprve odmítaly vyjadřovat své názory, jen sledovaly a pozorovaly chod zařízení, rekognoskovaly „terén“. Během adaptační fáze a po ní začal proces komunikace, tedy vzájemného sdělování. Protože téma komunikace úzce souvisel s přijímáním autority, s projevy onemocnění, se kterým dívky do zařízení přišly, s rodinou, ale i s dalšími proměnnými, proces komunikace byl sice započat, ale nikdy neskončil. V procesu od dívek k personálu záleželo na jejich věku, aktuálním zdravotním stavu, na autoritách v blízkosti dívky a na skupině, jak dívku přijala. Čím mladší dívka, tím lépe se komunikace započala. V případě dívky 4, byla komunikace započata bezprostředně po nástupu do zařízení. Dívka komunikovala s personálem bez obtíží, snažila se rychle zjistit chod a fungování nejen rodinné skupiny, třídy, ale i celého zařízení. V komunikaci směrem od dívky nebyly shledány obtíže. Naopak dívka 17, která nastoupila do zařízení ve starším školním věku, měla výrazné obtíže v komunikaci. Obtíže byly nejen vzhledem k vývojovému stádiu, ale i vzhledem k obtížím s autoritou velmi značné. Dívka odmítala komunikovat, nemluvila, v tenzi jen házela předměty kolem sebe. Postupným procesem verbalizování ze strany zaměstnanců, získáváním důvěry v dospělé, se tento stav zlepšoval, dívka si našla způsob komunikace nejen s dětmi, ale zejména s dospělými. Přesto se jednalo o proces dlouhodobý a na konci výzkumu nebyl ukončen.

Velké téma v rámci výzkumu bylo téma **komunikace od dospělých směrem k dívkám**. Jak již bylo uvedeno, v adaptační fázi byla komunikace zaměřena od dospělých primárně na zdroj informací. Přesto však záleželo vždy na konkrétním vychovateli, jak proces komunikace s dívkou započal. On byl primárním nositelem děje, on nastavoval pravidla komunikace. Pokud se zde potkala výrazná

autorita vychovatele, který dokázal být pro dívku čitelný, byl vstřícný a pozitivně laděný, proces u dívky započal výrazně lépe, než u vychovatele, který tyto priority neměl. Vzájemná interakce závisela opět na mnoha proměnných, zejména na osobnosti vychovatele, jeho snaze nastavit s dívkou pozitivní komunikaci a na kooperaci vychovatelů v rámci celého týmu. Kooperace výrazně posilovala komunikaci od dospělých směrem k dívkám.

Neméně důležitá byla i proměna dívek v rámci **komunikace mezi dívkami** samými. Některé dívky se projevovaly výrazně dominantně, což se projevilo např. u dívky 9. Tato dívka si v rámci procesu osvojila výborné sociální dovednosti, kterými získala dominantní postavení mezi dívkami. Její „šmelení“ – výměna něco za něco, vysílala jasné komunikační signály. Naprosto ji nezajímalo kdy a kde, se tento komunikační proces odehrával, čím nebezpečnější prostředí, tím větší vnitřní uspokojení u dívky probíhalo. Důvody a způsob komunikačního přenosu nebyl pro dívku důležitý, důležitý byl výsledek, tedy co z tohoto procesu měla ona sama. Na základě komunikačního modelu (Křivohlavý, 1988, s. 29) byla vysvětlena i komunikace „šmelení“. Ohledně verbální komunikace byla dívka velmi zdatná, ale záleželo na přijímači, kterému dívka sdělovala. Zároveň u této dívky byla velmi čitelná i mimoslovní komunikace, protože tato dívka velmi dobře pracovala s mimikou, dokázala číst z mimiky emoce druhých lidí. Také její „proxemické“ tance, což uměly všechny dívky v zařízení velmi dobře, byly velmi vypovídající o jejím aktuálním stavu.

V procesu mezi dívkami byla velmi důležitá i gestika, což byl někdy velmi osvědčený způsob, jak se dalo předejít agresivním raptům mezi dívkami. Pokud uměl vychovatel přechíst tyto komunikační způsoby, zabránil výrazným obtížím mezi dívkami a předcházel jejich případné dekompenzaci. Na uvedeném příkladu byla ukázána komunikace ze strany dominantní dívky. U dívek, které neměly takové dominantní sklony, bylo nastavení komunikace velmi obtížné. V komunikaci od těchto dívek směrem k ostatním dívkám bylo důležité **téma**, kterým by ostatní dívky zaujaly. Tímto procesem se zabývaly dívky převážně na terapeutických skupinách, kde byly skupiny cíleně na komunikaci a podporu koheze skupiny zaměřeny.

Téma komunikace se prolínalo napříč zařízením, protože veškeré fungování zařízení bylo na tomto principu vybudováno. Princip komunikace byl stěžejní nejen pro celý výchovný proces směrem k dívkám (dětem), ale také pro zajištění chodu celého zařízení. Z tohoto důvodu byl podroben analýze proces komunikace mezi dospělými v zařízení:

- *komunikace mezi úseky*

Pro sjednocení fungování celého zařízení byla zajištěna komunikace na rovině vedoucích jednotlivých úseků. Tato komunikace probíhala pravidelně, v pracovním týdnu denně. Ranní porady v pracovních dnech byly důležitým prvkem, který sloužil k informovanosti všech vedoucích pracovníků. Při ranních schůzkách se řešila aktuální témata na jednotlivých úsecích, pracovníci byli informováni o konkrétních denních činnostech, které se týkaly nejen dětí, ale také chodu zařízení. Znamenalo to tedy, že i např. nepedagogičtí pracovníci věděli, že jedna z dívek bude mít návštěvu sociální pracovnice OSPOD, rodičů nebo půjde k zubaři. Tyto informace posloužily k lepšímu pochopení aktuálního psychického stavu konkrétní dívky. Součástí ranních schůzek byla i orientační informace z průběhu předání dětí z úseku výchovy do školy.

Z dlouhodobého hlediska byly důležité úsekové porady. Cílem porad byla komunikace mezi úseky s prognózou na měsíc. Jeden krát měsíčně se všichni vedoucí pracovníci sešli na této poradě, hodnotili úkoly svého úseku za uplynulý měsíc a předkládali návrhy, žádosti i připomínky za svůj úsek. Tento způsob komunikace byl pro chod zařízení velmi důležitý, protože komunikace napříč jednotlivými úseky s přihlédnutím ke koncepci a poslání zařízení byla nutná. Jelikož se ale vyskytla i aktuální témata, jejichž řešení nemohlo počkat celý měsíc, byli svoláváni jednotliví vedoucí pracovníci také operativně, aby byly veškeré úkoly řešeny promptně.

Během výzkumu vyvstaly otázky, které se týkaly osobností jednotlivých vedoucích pracovníků, kteří byli aktivními hybateli komunikace mezi jednotlivými úseky a zároveň se aktivně podíleli na rozvoji celého zařízení.

Kladem komunikace vedoucích pracovníků byla možnost aktivní účasti na procesu všech dětí, nejen dívek. Záporom v komunikaci byla u některých

zejména nepedagogických vedoucích pracovníků zjištěna neschopnost podívat se na problémy svého úseku z globálního hlediska celého zařízení.

- ***komunikace v úsecích***

Komunikace v úsecích ještě více odrážela schopnost nebo neschopnost vedoucího pracovníka pracovat týmově. Obtíže v komunikaci na jednotlivých úsecích mezi jiným pramenily z organizačního zabezpečení směn. V některých úsecích (škola, provozní úsek, sociální pracovnice) se pracovní týden shodoval s běžným pracovním týdnem. U ostatních úseků (výchova, zdravotní sestry, kuchyně) se pracovníci střídali v různých pracovních cyklech, což bylo náročnější i na komunikaci. Pokud tedy chtěla např. vedoucí kuchyně informovat o zhoršení zdravotního stavu některé dívky, musela toto učinit u pracovníků na dvou směnách. U vychovatelů či zdravotních sester byla tato obtíž řešena systémem v počítačích, kdy byly jasně předávány informace i touto cestou. Byl k nim přístup, daly se dohledat a byly ihned k dispozici. Všechny úseky měly pravidelné měsíční porady se svými vedoucími, kam někdy docházela také vedoucí zařízení. Během školního roku probíhala také neformální komunikace mezi jednotlivými pracovníky všech úseků zařízení. Při této komunikaci bylo patrné, že pracovníci zařízení chtěli participovat na chodu zařízení, ale někteří nebyli schopni pochopit poslání zařízení s ohledem na klientelu. Toto zjištění se týkalo nepedagogického personálu.

Kladem komunikace na jednotlivých úsecích byla otevřenost pracovníků vůči svým přímým nadřízeným. Zápor v komunikaci na jednotlivých úsecích byla neschopnost některých vedoucích pracovníků přijímat zpětnou vazbu svých podřízených.

- ***komunikace při službě***

Komunikace mezi pracovníky jednotlivých úseků během probíhající služby byla identifikována jako velmi důležitá. Tato se týkala nejen verbální stránky komunikace, ale ve výchovně vzdělávacím procesu také neverbální stránky komunikace. Během přímé práce nesli zodpovědnost pracovníci za svoji rodinou

skupinu, ale v některých situacích bylo nutné převzít zodpovědnost i za jinou skupinu či dítě z jiné skupiny. Neznamenal to však, že si vychovatelé mohli předávat děti napříč skupinami. Znamenalo to, že pokud měl vychovatel na jedné rodinné skupině obtíže (např. afektivní rapt dítěte), mohl mu pomoci vychovatel z jiné skupiny. Vše bylo závislé na komunikaci mezi službu konajícími vychovateli. Nejdůležitější bylo, že během služby byli na sobě vychovatelé závislí mimo jiné také z bezpečnostního hlediska. Komunikace mezi nimi byla natolik důležitá, že ovlivňovala výchovně vzdělávací proces zařízení. Z tohoto důvodu bylo nutné, aby komunikace byla v rámci zařízení neustále zlepšována, podrobována analýzám i řečena v rámci supervize.

Kladem komunikace při jednotlivých směnách byla schopnost kooperace. Záporům v komunikaci při jednotlivých směnách byla u některých pedagogických pracovníků výrazní dominance a sebezpozování potřeb své rodinné skupiny.

5. Shrnutí výzkumu

Cílem práce bylo najít prvky, které pomáhají v péči o dívky s psychiatrickým onemocněním v konkrétním zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Během kvalitativního zpracování anamnestických údajů byly vyspecifikovány čtyři oblasti, které se prolínaly všemi zpracovávanými kazuistikami dívek. V každé oblasti byly zjišťovány zisky i ztráty, které vyvstávaly pro dívky samé, zároveň také zisky a ztráty při práci s daným okruhem v jednotlivých úsecích zařízení. Zároveň z každé oblasti vyplynuly prvky, které byly stěžejní a pomáhaly v procesu s umístěnými dívkami. Primárně se jednalo o **systémové prvky**, které prostupovaly všemi čtyřmi oblastmi.

Pro první zpracovávanou oblast, což byla RODINA, která byla blíže pro výzkumné účely vyspecifikována jako *funkční, nefunkční a účelová*, byl v rámci systémových prvků zjištěn jako velmi důležitým a funkčním prvkem **Vnitřní řád zařízení** (viz příloha B). V tomto dokumentu byly jasně vymezené kompetence jednotlivých pracovních pozic s přihlédnutím ke specifickým tohoto konkrétního zařízení (viz kap. 3.4.1) a musel vycházet z platné legislativy. Mimo tento dokument byl mezi systémové prvky zařazen také **systém porad** (viz příloha C). Z tohoto systému se oblastí RODINA dotýkaly ranní porady, porady odborného týmu a diagnostické porady. Prioritou systémových prvků byla i počítačová databáze, do které měli přístup všichni pracovníci zařízení dle svých pracovních pozic. Databáze byla z hlediska poskytování informací o jednotlivých dětech nezbytná. Z podrobnějšího průzkumu bylo patrné, že v rámci systémových prvků se výrazně v popředí nachází **předávání aktuálních informací** mezi všemi pracovníky. V této oblasti šly informace většinou od sociální pracovníce, ale i od vychovatelů, kteří byli během služby kontaktu s rodinou dívky. Pokud se informace nepředaly, došlo u dívek až k agresivním raptům, suicidálním procesům, zvýšené tenzi, rozvíjely se fabulace.

Dalším prvkem, který měl výrazný podíl na procesu všech dívek, byl **personál**. Tento prvek souvisí s prvkem předcházejícím, respektive z něho vychází. Nejvíce tuto oblast ovlivňovali terapeuti, sociální pracovníce a vychovatelé. Tyto pracovní pozice se bezprostředně podílely na adekvátním zpracování tak velmi náročného

oblasti, jakou rodina bezesporu je. V této souvislosti je nutné zmínit velmi důležitý poznatek, který ovlivňoval celý proces péče o dívky. Některé poskytnuté informace, které dívky nechtěly zveřejnit, ale v rámci budovaného terapeutického vztahu je sdělili terapeutům, staly se tyto tzv. **nesdílenými informacemi**. Tyto informace však byly důležité v rámci celého procesu napříč zařízením, proto byly sděleny týmu. Důležité bylo embargo na takto poskytnuté informace. Pokud se však stalo, že se některé informace dostaly zpětně k dívkám, velmi to stěžovalo práci terapeutů i celého týmu a narušilo to budovaný vztah. Zde byla důležitá role všech pracovníků, aby informace „nepouštěli“ dále.

Terapeutické vedení bylo dalším prvkem, který byl vyselektován v rámci výzkumu. S tématem rodina se pracovalo převážně v individuálních, skupinových sezeních a při pravidelných Komunitách, které byly vždy každé pondělí.

Druhou zpracovanou oblastí byla AGRESE. Tato byla blíže specifikována jako *agrese vůči okolí a agrese vůči vlastní osobě*. V rámci systémových prvků zde byl znovu vymezen **Vnitřní řád zařízení** (viz příloha B), kde v hodnocení byly jasně stanoveny sankce za používání agresivního chování. Zároveň byla zmíněna „Polednice“ a „Večernice“, což byly rituální každodenní činnosti, při kterých byly vedeny děti k vlastnímu hodnocení a dostávaly zpětnou vazbu od vyučujících, vychovatelů nebo terapeutů na své aktuální chování. Dále byla do těchto systémových prvků zařazena **směrnice vedoucí zařízení** (viz příloha C), ve které bylo cíleně popsáno, jak se má zacházet s dítětem v krizové situaci. Ze **systému porad** byly vybrány ranní porady, porady odborného týmu, diagnostické porady, porady vychovatelů a porady učitelů. Znovu zde byl dán důraz na informovanost všech pracovníků, aby se mohlo s tématem agresivity pracovat nejen s konkrétní dívkou, ale i v rámci celého týmu pracovníků. Proto znovu jako systémový prvek fungovala počítačová databáze. Následuje další prvek, který byl velmi důležitý při práci s oblastí AGRESE, což byl znovu **personál**. Pokud byla agrese u konkrétní dívky velmi výrazně zvýšená, byly učiněny všechny kroky k jejímu zmírnění (individuální práce terapeutů, nastavené kroky ve škole i na výchově) a přesto ke zmírnění nedošlo, musela být informována i dětská psychiatrická, která do zařízení docházela. Zde bylo místo i pro práci zdravotní sestry, která úzce s lékařkou spolupracovala. Dívce musela být poskytnuta zpětná vazba na její chování, zároveň musela být adekvátně ohodnocena a směrem k ostatním dívkám

musela být konkrétní situace adekvátně vysvětlena. Téma AGRESE bylo zpracovááno **terapeuticky** nejen terapeutkami zařízení při individuálních, skupinových setkáních, ale i při krizových intervencích. Terapeuticky pracovali také vychovatelé a učitelé, kteří dívkám poskytovali možnosti nácviku abreaktivních technik, boxovací pytel ve škole, poskytovali zpětnou vazbu na konkrétní chování. S ohledem na tým, museli terapeutky pracovat s personálem nácvikově, aby pracovníci „nebrali invektivy osobně“. Velmi důležité byly rozборы příčin agrese - **hledání spouštěčů agrese**. Zde byla patrná úzká spolupráce terapeutů a vedoucích pracovníků školy a výchovy. Vyhodnocením dané situace v „malém týmu“ (terapeuti a oba vedoucí pracovníci) docházelo k určitým závěrům, ze kterých vyšla metodická doporučení. Tato přenášeli vedoucí pracovníci na své úseky. Pokud bylo potřeb, terapeuti rozebírali závěry také se zaměstnanci.

Třetí zpracovanou oblastí byla AUTORITA. V přijímání autority ze strany dívek byly patrné výrazné rozdíly. Rozlišení bylo na *přijímání autority mužské i ženské bez výrazných výhrad* a *přijímání autority mužské i ženské s výraznými výhradami*. V oblasti AUTORITA byly nalezeny **prvky**, které výrazně ovlivnily péči o umístěné dívky v daném zařízení. V rámci systémových prvků zde byl znovu vymezen **Vnitřní řád zařízení** (viz příloha B), ze kterého byl důležitý systém hodnocení. Zároveň byla znovu zmíněna „Polednice“, „Večernice“, které posilovaly pozitivní vliv tohoto pojmu s ohledem na zpětnou vazbu všem umístěným dívkám. Ze **systému porad** byly vybrány porady odborného týmu, diagnostické porady, porady vychovatelů a porady učitelů. Znovu zde byl dán důraz na informovanost, tedy nutnost zápisů v počítačové databázi. Důležitou roli v práci s touto oblastí měl opět **personál**. Všichni pracovníci mohli nenásilnou formou ukazovat dívkám význam tohoto slova, a to vlastním příkladem. Na jednotlivých úsecích byly skutečné podporující autority, které naplňovaly význam slova. Gillernová (in. Vališová, 2011, s. 211) se zmiňuje o pohledu žáků na autority v edukačním procesu a popisuje kladné komponenty, což by mohla být charakteristika i některých pracovníků zařízení. Někteří se snažili přistupovat k dívkám individuálně s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu, měli pochopení, dokázali naslouchat i odpovídat bez negativních emocí. **Terapeuticky** se tato oblast zpracovávala také při individuálních a skupinových sezeních.

Zároveň se pracovalo nácvikem s personálem, aby byl pro dívky čitelnější, jasnější a aby se více přibližoval kladné konotaci pojmu AUTORITA. Terapeuti poskytovali zpětnou vazbu opět nejen dětem, ale i personálu. V této oblasti však byla důležitá autorita sama (viz kap. 4.3.3).

Čtvrtou zpracovanou oblastí byla KOMUNIKACE, která byla blíže charakterizována jako *komunikace směrem od dívek k dospělým; komunikace od dospělých k dívkám a komunikace mezi dívkami*. V této oblasti byly také nalezeny **prvky**, které výrazně ovlivnily péči o umístěné dívky v daném zařízení. V rámci systémových prvků zde byl znovu vymezen **Vnitřní řád zařízení** (viz příloha B), který sám o sobě byl prvkem podporující KOMUNIKACI. Z něho vycházely „Polednice“, „Večernice“, Hodnocení, Komunita. Ze **systému porad** (viz příloha D) podporovaly tuto oblast ranní porady, porady odborného týmu, porady učitelů a vychovatelů, diagnostické porady. Při všech poradách byly předávány konkrétní informace, které byly výrazným způsobem důležité pro výchovně léčebný proces s každou konkrétní dívkou. Tyto informace byly doplněny záznamy v počítačové databázi a znovu byl dán důraz na předávání informací a na etickou stránku „utajovaných“ informací. Informace byly vzájemně sdělovány **personálem**, který posouval informace a měl za ně plnou zodpovědnost. Všichni pracovníci (učitelé, vychovatelé, zdravotní sestry, sociální pracovníce, terapeuti) byli metodicky vedeni svými nadřízenými ke kooperaci v rámci zařízení a měli každý sám za sebe svoje nezastupitelné místo ve výchovně léčebném procesu u všech umístěných dětí, nejen u dívek. **Terapeuticky** se s oblastí KOMUNIKACE pracovalo zejména v rámci supervize a systému porad s ohledem na dospělé. S ohledem na dívky byla tato oblast znovu předmětem individuálních a skupinových sezení, ale také při „Polednicích“, „Večernicích“, Týdenním hodnocení, Komunitě i při běžné komunikaci v každodenních činnostech.

Z analýzy pracovních činností všech pracovníků, kteří mohli přímo ovlivňovat sledovaný proces u dívek, bylo zřejmé, že **se všemi vyselektovanými oblastmi se na zmiňovaných úsecích pracovalo**. Z výzkumu vyplynulo, že se všemi oblastmi pracovali prioritně terapeuti. Vychovatelé pracovali mimo oblast rodina velmi intenzivně se všemi zbývajícími okruhy. Oblast rodina sice nebyla jejich prioritou, ale museli i s touto oblastí být schopni také pracovat. Učitelé byli nejvíce účastni v oblasti agrese, autorita a komunikace; téma rodina bylo zpracováváno jako

učební téma. Zdravotní sestra se nejvíce podílela na práci s oblastí agrese, autorita a komunikace, ale toto nebyly její priority práce v péči o umístěné děti. Sociální pracovnice měla stěžejní místo v oblasti rodina, komunikace a autorita. S oblastí agrese nebyl kontakt intenzivní.

Cílem této práce bylo najít prvky, které pomáhají v péči o dívky s psychiatrickým onemocněním v konkrétním zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Tyto prvky byly pojmenovány v předcházejícím textu. Zároveň během výzkumného procesu vyplynuly tři otázky, na které měla tato práce nalézt odpovědi.

K odpovědi na první otázku - *podílejí se všichni pracovníci zařízení na vybraných oblastech* - bylo během výzkumného procesu přistupováno s přihlédnutím k jednotlivým pracovním pozicím v zařízení. Z výše popsaného lze odpovědět, že ano, ale s různou intenzitou, která byla dána nejen vymezením v rámci pracovní pozice, ale i profesionálním přístupem konkrétního pracovníka.

Odpovědi na otázku, *zda se vyskytují v zařízení systémové prvky v péči o psychiatricky nemocné dívky*, jsou následující prvky: **vnitřní řád, systém porad, směrnice vedoucí zařízení, personál a terapeutické vedení**. Přesto v zařízení chybí zpracovaná ucelená metodika, která by tyto prvky reflektovala.

Při hledání odpovědi na otázku - *jaká jsou specifika na výběr personálu v zařízení pro takto nemocné děti* - bylo zřejmé, že odpověď nebude jednoznačná. Kritéria pro výběr personálu jsou závislá na mnoha proměnných. Např. na vedoucím pracovníkovi, který vytváří obraz zařízení, na systémových prvcích, které vymezují a směřují práci personálu, na schopnostech pracovníků pracovat v týmu pod velkým psychickým tlakem. Morální výbava jednotlivých pracovníků se jen velmi těžko v počátcích pracovního vztahu ověřuje, ale je v tak náročné práci velmi důležitá. Dále by měl být personál odborně vzdělaný s neutuchajícím entuziasmem k dalšímu vzdělávání se. Posledním specifikem pracovníka v tomto typu zařízení by mělo být, že by měl být šťastný, spokojený a vyrovnaný.

6. DISKUSE

Před samotným závěrem práce je třeba se ještě zastavit v diskusi nad tím, jak se mohou závěry práce ztotožnit s teoretickými zdroji, které se zabývají prací s dětmi v ústavní výchově nebo vlivu ústavní výchovy na děti. Zároveň je potřeba se zastavit nad některými limity, které ovlivňují výchovně vzdělávací proces ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Důležité je i zmínit limity, které ovlivňovaly tuto práci.

Rodina je oblast, která se promítala do procesu u všech dívek. Vágnerová (2012) identifikuje u předškolního dítěte rodinu jako základní skupinu, ve které nalézá dítě své rodiče jako emočně významnou autoritu. V období mladšího a středního školního věku funguje rodina pro dítě jako emoční opora, zázemí. V období dospívání se názory na rodiče výrazně proměňují, rodiče ztrácejí výsadní postavení. Dívky (děti) v ústavní výchově jsou však o platnost těchto tvrzení velmi ochuzeny. Kontakt, pokud je s dítětem navázán, bývá většinou nepravidelný, především o víkendech. Děti v ústavní výchově mají výrazně zkreslené informace o rodině i o rodičích. Z výzkumu vyplývá, že pojetí rodiny u ústavních dívek se proměňuje kvalitativně odlišně, až ambivalentně. Buď má rodina o dívku zájem, nebo nemá zájem. Myšková (2014) ve svém výzkumu mentální reprezentace rodiče dítěte z ústavní výchovy zmiňuje, že děti v ústavní výchově si rodiče velmi idealizují, mají jen jasné protichůdné polarity. Závěry výzkumu tato tvrzení potvrzují. Odlišný někdy velmi vyhraněný postoj vůči rodině byl ve výzkumu ovlivněn také věkem dívek.

Rodina je v rámci výzkumu identifikována jako velmi důležitá oblast, díky které jsem hledala odpovědi na vzniklé otázky. Pro dívky se jedná o velmi citlivé, zároveň důležité téma, se kterým je nutné pracovat terapeuticky, pod odborným vedením. Vždyť umístěním dívky do ústavní výchovy dochází k odtržení od rodiny a dívka se s touto okolností musí vyrovnávat. Neodžité emoce mohou být spouštěčem k výrazným afektivním raptům, kterým cílenou psychoterapeutickou prací lze předcházet. Otázky šoku, hněvu, popírání skutečnosti patří do procesu, který pracuje s touto oblastí. Proto by byla nutná i cílená práce s rodinou, aby

mohly dívky tento okruh lépe zpracovat, což vzhledem k faktickým trvalým pobytům dívek bylo nerealizovatelné.

Hledání, nahlížení a zpracování tohoto tématu individuálním nebo skupinovým způsobem je nutno zpracovávat zodpovědně, dlouhodobě a bez zbytečných přehmatů. Proto je při práci s takto náročným tématem důležitá nejen týmová souhra, ale své velmi důležité místo v rámci pracovního týmu mají psycholog, etoped. Výjimečnost zkoumaného zařízení, ve kterém měly tyto dvě terapeutické profese své místo, je potvrzena jejich důležitostí nejen pro umístěné děti, ale i pro personál. Z výzkumu tato skutečnost vyplynula.

Značná část výzkumu byla věnována agresi, která výrazným způsobem ovlivňovala chod celého zařízení. Agrese se projevovala v rámci psychiatrických diagnóz, ale i jako určitý způsob poutání pozornosti. Zároveň se přenášela nejen mezi dívkami navzájem, ale tyto přenosy byly patrné i na personál. Zde bylo velmi důležité místo pro systémový prvek, což byl systém porad (viz příloha D). V tomto systému se pracovalo s agresí v rámci terapeutických metodických intervencí. Zároveň se vycházelo s nutností agresi předcházet, což znamenalo, že byly vyhodnocovány spouštěče agresivních raptů u jednotlivých dívek a bylo s nimi pracováno na jednotlivých úsecích tak, jak vyplynulo z výzkumu, tedy po jednotlivých pracovních pozicích.

Důležitým prvkem napříč celým zařízením byla komunikace. Zcela jasně z výzkumu vyplynulo, že bylo v zařízení nutností, aby byly v rámci celého týmu předávány veškeré dostupné informace. Myšleny byly aktuální informace o dívkách i o změnách v rámci zařízení. Aby se tohoto docílilo, byly nutné nejen porady na všech úrovních zařízení, ale i týmové intervize a supervize. Ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy je supervize využívána jako forma reflexe vychovatele. Jak uvádí Žufníček (Pacnerová, Kupcová, 2012), supervize, intervize a systém porad jsou důležitým systémovým prvkem pedagogické práce. Ve zkoumaném zařízení se toto osvědčilo nejen v procesu směrem k dívkám, ale i ve vztahu k posílení fungování celého týmu. Pokud pracovníci participovali s therapy, supervizory, v rámci svých týmů výchovy a školy, stávaly se v očích dívek autoritami, které byly schopné v určité části svého procesu přijímat a uznávat. Výstupy z již zmíněných supervizí, intervizí či porad vedly k propracovanějšímu způsobu práce v rámci celého týmu.

Práce s okruhem autorita se týkala nejen pracovníků zařízení, ale bylo nutné vzít v úvahu i setkání dívek s autoritami v jejich životě před nástupem do zařízení. V rámci adaptační fáze byla tomuto okruhu věnována v zařízení vždy velká pozornost. Změny v postojích dívek vůči autoritě byly odvislé od chování autorit samých. Znovu se také v této oblasti dostává do popředí jako jedna z nejdůležitějších proměnných komunikace. V rámci společných sezení bylo toto téma velmi často přítomno, protože dívky měly potřebu s tímto tématem za pomoci terapeutů pracovat. Samy toto téma opakovaně přinášely nejen na individuální setkávání, ale chtěly jej řešit i v rámci skupinových setkávání.

Z výzkumu vyplynulo, že pojem autorita může souviset i s výzkumnou otázkou, *jaká jsou specifika na výběr personálu v zařízení pro takto nemocné děti*. Na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět, ale vyplynulo z výzkumu, že je nutné, aby pracovník byl schopen kooperovat v rámci celého týmu pracovníků. Měl by být vybaven teoretickými znalostmi, ale zároveň by měl být tvořivý a schopný improvizace. Nutné je zmínit, že by měl být morálně bezúhonný, protože v práci s dospívajícími dívkami musí být schopen odolat nástrahám i pokušení. Zamýšlela jsem se nad tím, zda by měl mít vychovatel v tomto typu zařízení psychoterapeutický výcvik, ale k jednoznačné odpovědi jsem nedošla. Myslím si, že by mu určitě pomohl lépe zvládat frustraci, která v této práci přichází.

Kriticky lze napsat, že mezi výrazné limity této práce patří poměrně malý výzkumný vzorek dívek, které byly umístěny v horizontu osmi let v Dětském domově se školou ve Slaném, byla jim nařízena ústavní výchova a měly dětským psychiatrem diagnostikováno psychiatrické onemocnění. Tyto dívky byly segregovány z celé České republiky, protože péče ve školských zařízeních o tuto skupinu dětí je velmi náročná, zařízení s podobným zaměřením jako je DDS Slaný u nás nejsou. Zařízení, ve kterém jsem výzkum prováděla, bylo zřízeno na počátku 21. století právě z nutnosti zajistit potřebou výchovně vzdělávací péči těmto dětem. Umístěné, zkoumané dívky jsou jen zlomkem dětí, které mají podobné obtíže. Přesto si myslím, že i na tak malém vzorku jsem dokázala vyspecifikovat konkrétní obtíže, které dívky s psychiatrickým onemocněním ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy mají.

Také si uvědomuji, že pro kvalitnější závěry této práce by bylo lépe, kdybych porovnávala přístupy k dětem s psychiatrickou diagnózou ve více zařízeních.

Jelikož v naší republice nebylo v době výzkumu více zařízení, která by se zaměřovala cíleně na takto odlišné děti, nebylo možné toto provést.

Objektivně nahlížím, že dalším limitem tohoto výzkumu je výrazně subjektivní pohled pracovníka, který již v zařízení nepracuje. Jelikož jsem zůstala ve speciálním školství pracovat i nadále, dokáží některá zjištěná fakta reflektovat možná daleko přínosněji, než v dobách, kdy jsem na výchovně vzdělávacím procesu participovala. Zároveň vidím subjektivní pohled pracovníka zařízení jako pozitivní nejen s časového hlediska, ale i z hlediska změny svého zaměstnání. Zamyšlení se nad fungování systému, v kterém jsem byla velmi zainteresována, ale nyní již nejsem, mi pomohlo vidět věci daleko realističtěji a s odstupem. Ono „třetí oko“, kterým jsem se v rámci zpracování výzkumu stala, je výrazně odlišné, pomáhá zajistit vzhled do problému ze zcela jiného úhlu.

Přesto si myslím, že i přes tyto limity lze z výzkumu postihnout doporučení, která mohou v praxi usnadnit výchovně léčebný přístup k psychiatricky nemocným dětem. Dle mého názoru by byla potřeba ještě podrobnější analýza pedagogických postupů, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu dívek. Také by mohla pomoci ke zlepšení práce s nemocnými dívkami i cílená terénní práce sociální pracovníce v rodinách, což by také bylo potřeba blíže prozkoumat. Pokračováním této práce by mohla být i hlubší analýza zařízení, kam by mohly být dívky po ukončení povinné školní docházky přemístěny. V neposlední řadě by bylo velmi zajímavé zjištění, jaká je další cesta dívek ze školského zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, když tato zařízení opustí.

ZÁVĚR

Realizovaný kvalitativní výzkum v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy se specifikací výchovně léčebný režim měl nalézt a specifikovat prvky, které pomáhají v péči o dívky s psychiatrickým onemocněním umístěných v ústavní výchově.

Celá práce je uspořádaná na dvě části, na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem vymezila pojem ústavní výchova z legislativního hlediska. Také jsem teoreticky popsala a legislativně ukotvila školská zařízení, ve kterých mohou být děti za určitých podmínek s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou umístěny. Musela jsem brát v úvahu i rekonstrukci občanského zákoníku, která zavedla od ledna 2014 změny i v oblasti ústavní výchovy.

Vzhledem k tomu, že tato práce směřuje k dětem, které mají dětským psychiatrem diagnostikováno psychiatrické onemocnění, zabývala jsem se v této části práce blíže také problematikou nejčastějších psychiatrických diagnóz, se kterými se můžeme u dětí ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy setkat. Protože děti v ústavní výchově mají velmi složité anamnestické příběhy, zmínila jsem i některé symptomy, které ovlivňují jejich chování i dlouho po traumatizujícím zážitku.

Dekompenzace zdravotního stavu u psychicky nemocného dítěte je v praxi ústavní výchovy běžná, vyžaduje odbornou péči, někdy i dlouhodobou hospitalizaci, proto se věnuji v teoretické části i tomuto tématu. Také se zabývám aktuálními problémy v umístění dětí s určitými specifiky v širším kontextu péče o ně. Přináším i poznatky ze zlomového meziresortního setkání pracovníků v péči o děti s ústavní výchovou.

V samém závěru teoretické části specifikuji Dětský domov se školou ve Slaném, ve kterém jsem realizovala výzkum. V této části popisuji systém výchovně vzdělávací péče, která byla v zařízení poskytována do 31. srpna 2013. Do této doby jsem v zařízení pracovala. Pro dokreslení systému předkládám některá statistická data.

Praktická část je orientována na dívky mladšího a staršího školního věku, proto jsem věnovala jednu z teoretických kapitol také vymezení odlišností dívčího a chlapeckého světa z pohledu vývojové psychologie.

V empirické části jsem se zabývala vlastním výzkumem. Cílem práce bylo najít prvky, které pomáhaly v péči o dívky s psychiatrickým onemocněním v konkrétním zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Při kvalitativním zpracování anamnestických údajů byly vyspecifikovány čtyři oblasti, které se prolínaly všemi zpracovávanými anamnestickými údaji dívek a byly reflektovány jako důležité pro vlastní vývoj dívek. Tyto oblasti, **RODINA, AGRESE, AUTORITA, KOMUNIKACE** byly podrobeny kvalitativní analýze. Při tomto procesu vyplynuly výzkumné otázky, které souvisely nejen s abstrahovanými oblastmi, ale také se systémem poskytované péče v zařízení. Jako velmi důležitá se jevila otázka pracovních pozic a jejich obsazování z hlediska požadavků na pracovníky.

Z výzkumu je zřejmé, že se všichni pracovníci, kteří pracovali s dětmi, podíleli na zpracování vybraných oblastí, tedy na rodině, agresi, autoritě a komunikaci. Mezi pracovníky, kteří participovali s dívkami na uvedených oblastech, řadím vychovatele, učitele, asistenty pedagoga, psychologa, etopeda, ale i sociální pracovníci a zdravotní sestry. Všichni uvedení pracovníci ovlivňovali proces dívek, který je popisován ve výzkumné části, a měli vliv na to, jakým způsobem dívky pracovaly se zmíněnými oblastmi. Každá pracovní profese se na vyselektovaných oblastech podílela dle svého profesního zaměření. Přesto se jako velmi důležitá jevila pozice terapeutů, kteří participovali s dívkami i s personálem na všech zkoumaných oblastech. Otázkou zůstává, nakolik toto bylo ovlivněno konkrétními osobnostmi terapeutů.

V kontextu vybraných systémových prvků, které v zařízení byly vyspecifikovány, byla odpovědnost každého pracovníka dobře identifikovatelná. Mezi tyto prvky byl zařazen zpracovaný **Vnitřní řád zařízení** (viz příloha B), **systém porad** (viz příloha D) nebo **pokyn vedoucí zařízení ke krizové intervenci** (viz příloha C). Paradoxně však nebyla v zařízení zpracována metodika, která by konkretizovala, zjednodušila a zpřehlednila pracovní postupy v zařízení.

Velmi důležitá byla v celé práci i odpověď na otázku, která směřovala k výběru personálu. V zařízení, které pracuje s psychiatricky nemocnými dětmi, je nutné

mít speciálně vedený a vyškolený tým. Intervize, supervize, pořádání a účast na případových konferencích byla v tomto zařízení standardem. Pedagogičtí pracovníci byli z velké části schopni využít svůj odborný i lidský potenciál ve prospěch dětí. Zároveň byli vedeni k tomu, aby byli schopni odolat nástrahám dívek, které velmi často zkoušely AUTORITU, přenášely si své zážitky z předcházejících období a vystavovaly zejména muže určitému způsobu „hrátek“, jež mívalo i sexuální podtext. Zde byla nutná již tolikrát zmiňovaná komunikace, která měla preventivní, ochranný charakter.

V symbióze s týmem je také velmi důležité zmínit pozici vedoucí či vedoucího zařízení. Na tuto pozici je potřeba, dle mého názoru, člověk, který je nejen schopen pracovat manažersky, ale zvládne přímou práci s dětmi. Obojí by mělo být v rovnováze. Z vlastní zkušenosti vím, že toto není snadné. Je potřeba mít v týmu nejen schopné pedagogické pracovníky včetně terapeutů, zdravotní sestry, sociální pracovníci ale i ostatní personál, který zajišťuje zázemí zařízení. Ve svém týmu jsem takové pracovníky měla, protože ti, kteří nechtěli participovat na nastaveném procesu, nemohli v zařízení pracovat a ze zařízení odešli.

Při zamýšlení se nad závěry z výzkumu jsem došla ke zjištění, že celý proces ovlivňovaly nejen systémové prvky, ale i prvky, které nebyly ukotveny v nastaveném systému. Myslím tím např. finanční prostředky, které výraznou měrou ovlivňovaly i možnost trávení volného času dívek mimo zařízení (možnost volnočasových aktivit s dětmi neumístěnými v zařízení). Finanční prostředky byly také důležitým motivačním faktorem pro všechny pracovníky v zařízení. Přesto si myslím, že se jejich nedostatek neprojevil na kvalitě práce. Ovlivňovaly ale prostředí, ve kterém dívky žily (pokoje, klubovny, třídy apod.). Velkou měrou ovlivňovaly také pracovní prostředí zaměstnanců, kteří si dosti často nosili např. vlastní pomůcky související s pedagogickým procesem. Finanční prostředky ovlivňovaly počet zaměstnanců, kteří v zařízení pracovali. Jako příklad mohu uvést nedostatek finančních prostředků na dětského psychiatra, který když nebyl zaměstnancem zařízení, výrazným způsobem negativně ovlivňoval poskytovanou péči.

Dalším „prvkem“, který ovlivňoval proces v zařízení, byly dívky samé a jejich aktuální zdravotní stav, jejich rodiny, kamarádi, ale i pracovníci OSPOD. Také

jejich zkušenosti s ústavní výchovou, jejich návyky z předcházejících zařízení, jejich schopnost akceptace a kooperace.

Velmi důležitým prvkem také byla spolupráce s psychiatrickými léčebnami, s psychiatrickými nemocnicemi, do kterých byly dívky v případě dekompenzace zdravotního stavu umístovány. V neposlední řadě bych mezi tyto velmi důležité prvky zařadila i osobnost ředitele či ředitelky celého zařízení, tedy DDS, DD, SVP a ZŠ Dobřichovice a jejich dlouhodobou koncepci.

V rámci celého výzkumu jsem došla k odpovědím na otázky, které lze shrnout následovně. V zařízení byly identifikovány systémové prvky (**vnitřní řád, systém porad, pokyny vedoucí zařízení, terapeutické vedení**), které výrazným způsobem ovlivňovaly poskytovanou péči. Všichni pracovníci, kteří se podíleli na přímé práci s dětmi (včetně sociální pracovnice a zdravotních sester), participovali na zpracování analyzovaných oblastí (rodina, agrese, autorita, komunikace). Při odpovědi na poslední otázku, tedy na specifikaci výběru personálu jsme nenalezla jednoznačnou odpověď. Přesto bych zdůraznila, že je u pracovníka v tomto typu školského zařízení nutná odborná připravenost, psychická odolnost, schopnost pracovat a kooperovat v týmu, schopnost improvizace, schopnost empatie a vůle dodržovat morální zásady.

Jako stěžejní doporučení, které vyplynulo z výzkumu, spatřuji, že je důležité mít analyzovány systémové prvky, které pomáhají v péči o umístěné děti. Zároveň by tyto měly být pravidelně podrobovány v rámci intervize či supervize kvalitativní analýze, popř. triangulaci, aby se udržela jejich funkčnost. Také by měla být vytvořena metodika práce s dětmi, která by pomohla lépe zvládat složité situace, kterých ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy je vždy velmi mnoho.

RESUME

Rigorózní práce měla za cíl nalézt prvky, které pomáhají v péči o psychiatricky nemocné dívky ve školském zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Tyto prvky byly v rámci práce specifikovány jako systémové (systém porad, vnitřní řád, pokyn vedoucí zařízení, terapeutické vedení) a nesystémové (finanční prostředky, děti, vedoucí zařízení, ředitel/ka celé organizace). Zároveň byly identifikovány oblasti (rodina, agrese, autorita, komunikace), které pomohly reflektovat proměny procesu socializace u jednotlivých dívek. Práce nepřinesla jednoznačnou odpověď na požadavky, které by měl splňovat pracovník podílející se na pedagogickém procesu v takto orientovaném školském zařízení, ale nicméně specifikovala vlastnosti a schopnosti, kterými by měl disponovat (např. empatie, psychická odolnost, improvizace, tvůrčí myšlení, kooperace, přenášet teoretické poznatky do praxe).

Kladem práce je možnost využití jejích závěrů pro zpracování metodiky, která by podpořila pedagogický proces péče o psychiatricky nemocné děti a je přínosem pro speciální pedagogiku, resp. školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Klíčová slova:

Systemové prvky

Pedagogický proces

Dívky

Socializace

Metodika

RESUME

This work aimed to find elements, that help in the care of the mentally ill girls in institutional care. These elements were in this study specified as a system elements (a system of meetings, internal order, the instructions of the head, therapeutic management) and unsystematic elements (financial resources, children, manager, director of the organization). We also identified areas (family, aggression, authority, communication), which helped to reflect on the transformation process of the socialization of the individual girls. There is no clear answer to the requirements of staff in this specific institutional care in this work. But were approximated specify the features and capabilities that the staff in this such an institution should have (empathy, resilience, improvisation, creative thinking, cooperation, transfer theoretical knowledge into practice).

A positive of this work is the ability to use its findings for processing methodology to support the educational process of care for mentally ill children in institutional care and is beneficial for special education, respectively for institutional care.

Keywords :

elements of system
educational process
girls
socialization
methodics

LITERATURA

AINSWORTH, M. D. A, BLEHARS, M. C., WATERS, E., WALL, S.: Patterns of attachment: *A psychological study of the Strange Situation*. NJ, Hillsdale, Erlbaum, 1978.

BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. 7. vyd. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7254-955-9.

BOWLBY, J. *The nature of the child's tie to his mother*. International Journal of Psychoanalysis, vol. 39, 1958.

BROOK, P. *Pohyblivý bod*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon, 1996.

ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.

ČERVENÁ, K., VOJTOVÁ, V. et al. *Východiska pro speciálně pedagogické intervence v etopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6617-5.

DUDOVÁ, I., Beranová, Š., Hrdlička, M., Urbánek, T. *CAST screeningový test poruch autistického spektra*. Praha: NÚV, 2013.

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

GELDARD, K., GELDARD, D. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.

- GOETZ, M. *Deprese u dětí a adolescentů*. Praha: Psychiatrie pro praxi, 2005.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0219-6
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. *Dětská adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- CHRÁSTKA, M. *K současným trendům pedagogického výzkumu ve světě*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995. ISBN 80-7067-469-5.
- JANOŠOVÁ, P. *Dívčí a chlapecká identita*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2284-9.
- KESSLER, R. C., PECORA, P. J., WILLIAMS, J., HIRIPI, E., O'BRIEN, K., ENGLISH, D., WHITE, J., ZERBE, R., DOWNS, C., PLOTNICK, R., HWANG, I., SAMPSON, N. A. *Effects of Enhanced Foster Care on the Long-term Physical and Mental Health of Foster Care Alumni*. Arch Gen Psychiatry, 65 (6), 2008.
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 3.vyd. Praha: SPN, 2010, ISBN 978-80-7235-446-7.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Zlo na každý den*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-088-6.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Suicidální pokusy u dětí a dospívajících*. Psychiatrie pro praxi, 2006/3.
- KOUTEK, J. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. Pediatrie pro praxi, 2008/9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 973-80-7367-726-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1986.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-006-5.

MÜLLER, I. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

MYŠKOVÁ, L.: *Mentální reprezentace rodiče u dětí umístěných v ústavní výchově*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Irena Smetáčková, Ph.D.

PACNEROVÁ, H., KUPCOVÁ A. Z. eds. *Vybraná témata výchovatelské praxe*. Praha: NÚV, 2012.

PÉMOVÁ, T., PTÁČEK, R. *Sociálně právní ochrana dětí v praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4317-2.

PILÁŘ, J. *Východiska a perspektivy sociálního začleňování dětí umístěných ve školských výchovných zařízeních*. Učitelské noviny, č. 21, 2008
<http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=2468>

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 7. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

PTÁČEK R. a kol. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. Praha: MPSV, 2011.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7169-512-2.

SALADIN-GRIZIVATZ, C. *Rodičovská autorita*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-676-4.

SLAVÍKOVÁ, D. *Práce s psychiatrickými dětmi v ústavní výchově*. Praha: 2013. Diplomová práce. Univerzita Jana Amose Komenského Praha. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce MUDr. Pavla Hellerová.

SPITZ, R. A. *Hospitalism. A follow-up report*. The Psychoanalytic Study of the Child, 2, 1946.

STÁRKOVÁ, L. *Poruchy příjmu potravy – možnosti a meze pediatrické intervence*. *Pediatric pro praxi* 5/2003.

ŠKOVIERA, A. *Prevýchova. Úvod do teórie a praxe*. Bratislava: FICE, 2011. ISBN 978-80-969-2534-6.

THEINER, P. *ADHD od dětství do dospělosti*. *Psychiatrie pro praxi*, Praha, 2012.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. Vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VALIŠOVÁ, A. a kol. *Autorita a proměny jejího pojetí v edukačním prostředí*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-24-1939-2.

VOJTOVÁ, V. *Úvod do etopedie*. Brno: Paido, 2008. ISBN 978-80-7315-166-9.

VOCILKA, M.: *Dětské domovy v České republice*. Praha: Aula, 1999. ISBN 80-90-2667-6-2

Zákony

Zákon č. 109/2002 Sb. v platném znění, o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních

Zákon č. 218/2003 v platném znění, o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže.

Zákon č. 401/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., O sociálně právní ochraně dětí

Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník

Zákon č. 94/1963 Sb., O rodině

Zákon č. 561/2004 Sb. v platném znění, Školský zákon

Vyhláška č. 60/2006 Sb. v platném znění, o zjišťování psychické způsobilosti u zaměstnanců ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Vyhláška č. 438/2006 ke školskému zákonu, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školském zákonu.

DALŠÍ ZDROJE:

www.addp.cz (vyhledáno 1. 2. 2014)

www.ddsslany.cz (vyhledáno 29. 8. 2013)

www.dius.cz (vyhledáno 30. 4. 2013)

www.mpsv.cz (vyhledáno 15. 1. 2014)

www.mvcr.cz (vyhledáno 20. 2. 2014)

www.psychiatry.org.il/journal/presentation (vyhledáno 28. 2. 2013)

www.detskapsychiatrie.cz/archiv (vyhledáno 28. 3. 2014)

www.pediatriepropraxi.cz/archiv (vyhledáno 2. 4. 2014)

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Personální obsazení úseků

Graf 2: Průměrná naplněnost

Graf 3: Počet dívek a chlapců umístěných v DDŠ Slaný

Graf 4: Aplikace zklidňující medikace

Graf 5: Psychiatrické diagnózy

Graf 6: Diagnózy dle dětského psychiatra u dívek

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Identifikace dívek

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Kazuistiky umístěných dívek 1-18

Příloha B: Vnitřní řád zařízení - výběr

Příloha C: Pokyn vedoucí: Krizová intervence

Příloha D: Systém porad

Příloha A

Dívka 1

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 2
Medikace	ano
Hlavní projevy v chování	Nízká koncentrace pozornosti, emočně nezralá, při afektu verbálně i brachiálně agresivní, v zátěži zvrací, vyžaduje neustálou pozornost od dospělých, obtíže v sebeobslužných činnostech, vztekání se!!!
Rodina	Zařazena v systému NRP – rodiče zbaveni zodpovědnosti
Poznámka	Logopedická péče, celodenní brýlová korekce

Úvodní zhodnocení: výrazné obtíže v MŠ (kouše, krade, vzteká se, odmítá se zapojovat do činností) – již samotné odcházení mimo DDŠ výrazná komplikace; nadává – do rodiny, jídlo odmítá x přejídá se x zvrací na požádání, poutá pozornost, nízká úroveň sebeobsluhy; místy schopná částečné sebereflexe; výrazné obtíže v komunikaci (obtížně navazuje s novými dospělými, které zná OK, na děti vulgární; manuálně zručná, dobře navazuje kontakty; autoritu jen výběrově – pouze striktní příkazy, ale reaguje dobře na pochvalu; do terapeutických činností se zapojuje dle nálady; bez kontaktu s rodinou.

Zhodnocení chování po osmi měsících: výrazné obtíže v ZŠ mimo DDŠ (kouše, krade, vzteká se, odmítá se zapojovat do činností, dělá „hluchou“), pomoc asistenta odmítá; odmítá přípravu na vyučování; zvýšené poutání pozornosti – vybírá odpadkové koše; ráda plave, TV, keramika; zlepšení v sebeobsluze + úklid pokoje; kontakt jen se soc. prac. OSPOD; v zátěži zvrací; nerozdělí se o sladkosti; okusuje si nehty, nadává sprostě, do rodiny; obtíže s chápáním instrukcí; ranní afekty – důrazná pomoc etopeda.

Zhodnocení chování po roce: prázdninový pobyt 2 měsíce v DPL – pochvala za chování, zlepšení v sebeobsluze, přenastavena medikace; kontakt jen s DDŠ – bez kontaktu s rodinou; výhledově pěstounská péče. Nástup do ZŠ v DDŠ – výrazné obtíže ráno, agresivní raptý, zhoršené jídlo; obtíže s vychovatelkami na RS; po afektu se omluví; ráda kreslí

Zhodnocení chování po 16 měsících: v ZŠ manipulace – odmítá asistenta pedagoga, krade, výrazné agresivní raptý, nutná změna školy – odmítá komunikovat; na výchově chválena – snaha o pěkné hodnocení, reaguje na pochvalu, funguje zákaz sladkostí; posun v kreativních činnostech, úspěchy v keramice, zlepšení komunikace s dospělými; obtíže na skupině – nárůst agresivity; kontakt s potenciální pěstovankou navázán.

Z vlastního pozorování: dívka, která se v individuálním kontaktu snaží v rámci svých mentálních schopností. Reaguje výborně na pochvalu, ale manipulativní, obtíže s jídlem – zvrací, odmítá jíst. Při bližším kontaktu mazlivá, chce někam patřit. Výrazné obtíže v řízených činnostech; infantilní projevy. Nadává do rodiny, sprostá! Bez kontaktu s rodinou! Posun v chování při zajištění potenc. pěstovanky – snaha o dokonalý úklid, děkuje x požádá, zlepšení v keramice x progradace v nárůstu agresivity, výraznější obtíže s jídlem (před kontaktem nejí, poté se přejí a zvrací!).

Pobyt ukončen po 34 měsících, přesun: do pěstounské péče.

Příloha A

Dívka 2

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 1
Medikace	ano
Hlavní projevy v chování	Nízká koncentrace pozornosti, výrazné afektivní projevy, při afektu verbálně i brachiálně agresivní, vyžaduje pozornost od dospělých, obtíže v řízených činnostech, velmi temperamentní, trucovitá
Rodina	Otec VTOS, matka bez kontaktu, nabídnuta do NRP
Poznámka	Logopedická péče

Úvodní zhodnocení: obtíže v MŠ – bije děti, s dospělými mazlivá, dostává ráda dárky (sladkosti); poutá pozornost - nadává do rodiny, sprostá!, nízká úroveň sebeobsluhy; manuálně zručná, dobře navazuje kontakty; reaguje dobře na pochvalu; do terapeutických činností se zapojuje; *pseudosexuální projevy*

Zhodnocení chování po osmi měsících: chválena v ZŠ mimo DDŠ, pomoc asistenta nepotřebuje, učenlivá, spolehlivá; ráda tvoří keramiku, kreslí; zlepšení v sebeobsluze + úklid pokoje; kontakt jen se soc. prac. OSPOD; nárůst verbální agresivity – velmi vulgární, kouše, nadává do rodiny, sprostá!; nerozdělí se o sladkosti; obtíže s chápáním instrukcí; po afektu se omluví; nízká úroveň krátkodobé paměti – nutno opakovat pokyny vícekrát, emoční nezralost

Zhodnocení chování po roce: *zjištěna vada sluchu!!!! – naslouchadla;* zapojuje se do všech činností; chválena ve škole – výborně reaguje na pochvalu; *manuálně zručná; lehce navazuje sociální kontakty; výrazně ubylo afektů;* spolupracuje na terap. skup. – zajímají ji všechna témata; manipuluje ve svůj prospěch; dodržuje VŘ, občas výkyvy – vzdorovitá;

Zhodnocení chování po 16 měsících: v ZŠ klidná, pracovitá, snaživá, ale nezačleňuje se do kolektivu; na výchově chválena – snaha o pěkné hodnocení, reaguje na pochvalu, funguje zákaz sladkostí; posun v kreativních činnostech, úspěchy v keramice; snížena medikace; nezájem rodičů – kontakt s OSPOD + potenc. pěstounkou.

Z vlastního pozorování: kreativní dívka, výrazné zlepšení po zjištění sluchové vady a nastavení naslouchadel; dochází do dramaterapie – schopna náhledu a muzikoterapie; reaguje výborně na pochvalu, občas vzdorovitá; prospěchářská (sladkosti). Velmi rychle navazuje sociální kontakty – důvěřivá. Nutné střídání činností, již se zajímá o módu, zájem o chlapce skrytě. Kontakt biologické matky se soc. pracovníci před přemístěním do DD!

Pobyt ukončen po 53 měsících, přesun do soukromého dětského domova.

Příloha A

Dívka 3

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 2
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ne
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Hyperaktivní, porucha pozornosti – není schopna se cíleně soustředit, agresivní projevy, výkyvy v chování, autoritu uznává
Rodina	bez kontaktu s rodinou – otec VTOS, matka střídá partnery, nemá peníze; jiné kontakty na širší rodinu neexistují
Poznámka	Nadváha

Zhodnocení adaptační fáze: v ZŠ spolupracuje, uznává autoritu, zapojuje se do činností; na výchově mazlivá, milá, pokyny respektuje, občas infantilní, kreativní (keramika, kreslí, zpívá, korálky, stavebnice); nechce sportovat; mazlivá se všemi ženami v zařízení; výborně reaguje na nastavená pravidla. Obtíže s hygienou.

Zhodnocení chování po sedmi měsících pobytu: ve škole obtížně zvládá afekty jiných dětí, obtíže s chlapci, výborně reaguje na pochvalu; na výchově více žaluje – poutá pozornost, chce jednoho člověka pro sebe, podělí se o sladkosti, manipuluje, začínají výbuchy hněvu – kopíruje ostatní děti, nadává do rodiny, sprostá vůči dětem; na skupině má částečný náhled na chování. Hygiena s dohledem. Bez KO s rodinou, dostala však pohled od matky!

Zvláštního pozorování: velmi mazlivá dívka, při jasných a stručných pravidlech funguje bez obtíží; velmi dobře čte sociální situace – manipuluje s rozdílnými informacemi od dospělých, ubylo sprostých nadávek; chce kontakt s rodinou – není; často se přejídá – po zhoršeném hodnocení + nárůst obtíží s hygienou.

Pobyt ukončen po 7 měsících, přesun zpět do DD.

Příloha A

Dívka 4

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ne
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Hyperaktivní, výrazné afektivní raptly, není schopna se cíleně soustředit, agresivní projevy, výkyvy v chování
Rodina	bez kontaktu s rodinou
Poznámka	Nadváha

Zhodnocení pobytu: dívka s rychlou adaptací; kamarádská, bez konfliktů, dobře reaguje na nastavená pravidla, autoritu uznává bez výhrad; ve škole chválena – velká snaha, bez komplikací v chování; na výchově velmi plačtivá – mluvila s panenkami, po krátkém čase se jí začalo líbit; zaujaly ji ruční práce – korálky, keramika, vystřihování...; přejídá se; kontakt s předcházejícím DD, s rodinou bez kontaktů;

Z vlastního pozorování: dívka, která ráda pomáhá, chce mít jednoho člověka pro sebe; schopna se rozdělit i o sladkosti, za které je ochotná vyměnit cokoli; výrazně manipulativní, občas nadává do rodiny; obtíže s chápáním instrukcí; dobře reaguje na jednotný přístup personálu. Rychle se stabilizovala, dobrá reakce na medikaci, proto byl možný rychlý návrat.

Pobyt ukončen po 4 měsících, přesun zpět do DD:

Příloha A

Dívka 5

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 2
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ne
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Hyperaktivní, odbržděná, opakované pobyty na dětské psychiatrii, agresivní projevy (suiciduum), somatisuje, verbálně agresivní vůči autoritě
Rodina	Selhaná pěst. Péče – bez kontaktů
Poznámka	Zvrací jídlo i léky

Zhodnocení adaptační fáze: zjistila velmi rychle chod zařízení; ve škole spokojená, klidná, občas spí; na výchově somatisuje – bolesti břicha, hlavy – až zvracení – péči zdravotních sester vyhledává; předvádí se hlavně před chlapci; výrazná verbální agresivita vůči dospělým, sprostě nadává, odmítá léky; emočně nestabilní – řeže se; hudebně nadaná

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: převážnou část strávila v DPL – suicidální pokus. Kontakt se zařízením, bez kontaktu s rodinou; soudní rozhodnutí o zrušení péče rodiny – byla přítomna jednání.

Zhodnocení chování po roce pobytu: po návratu z DPL na propustku výrazné obtíže s ostatními dívkami; odmítá chodit do školy; sebepoškozování – snědla špendlíky; přesun do DPL.

Zhodnocení do ukončení pobytu: Téměř celý čas strávila v DPL, zde navázán kontakt s bývalými pěstouny a pobyt ukončen návratem do jejich péče.

Z vlastního pozorování: dívka, která zažila násilí, nucena ke krádežím – výrazně ovlivnilo její chování, sprostá; neschopna se dlouhodobě začlenit do kolektivu dětí; odmítala léky; při individuálním kontaktu poutá pozornost; výrazné obtíže i v kolektivu dospělých (nemocnice).

Pobyt ukončen po 36 měsících, zrušena ústavní výchova, přesun do pěstounské péče:

Příloha A

Dívka 6

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 1
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 1
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Lži, krádeže, podvody – obtíže s koncentrací pozornosti
Rodina	Kontakt jen s otcem a sestrou, matka ID alkoholička, bez K. Sestra zakládá rodinu, možné návštěvy.
Poznámka	Odmítá jídlo + léky

Zhodnocení adaptační fáze: ve škole nekomunikuje s ostatními dětmi, autoritu dospělých respektuje bez výhrad, škola ji nebaví – výrazné mezery v základním učivu; na výchově tichá, nelíbí se jí tady, občas vulgární směrem k dětem i k personálu (skrytě), intenzivní telefonické kontakty se sestrou a otcem, matka bez kontaktů; v psychoterapii pracuje na sebenáhledu, korekci chování a motivaci k diabetickému režimu; maluje, čte, poslouchá hudbu; sebeobsluha OK; nácvik sestavování dia jídelníčku.

Z vlastního pozorování: citlivá dívka, zná své limity, schopna adekvátního přístupu, sebehodnocení s dopomocí psychologičky; zodpovědná – nemá v chování obtíže, špatně nese projevy chování některých dětí; intenzivně pracuje na přijímání pochvaly. Reálný náhled na své okolí, verbalizuje problémy z rodiny. Ke konci pobytu „doma“ u sestry na víkendovém pobytu.

Pobyt ukončen po 6 měsících, přesun do DD:

Příloha A

Dívka 7

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano/2
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Lži, krádeže, podvody, afektivní reakce, sebepoškozování, lehce ovlivnitelná okolím – střecha, alkohol
Rodina	Bez kontaktu
Poznámka	Celodenní brýlová korekce, vada řeči Výrazné obtíže s jídlem – nadváha

Zhodnocení adaptační fáze: škola – velmi náladová, odmítá se učit, odmítá autority, podbízí se i mladším dětem, snadno ovlivnitelná, platí pochvala; na výchově dtto, hecuje ostatní děti proti dospělým, výrazné verbální i brachiální afekty – jde přímo, kouše, mlátí; 4 demonstrační útěky (okolo budovy), nadává do rodiny, sprostá; nepořádná, špinavá; závislost na jídle; bez K s rodinou; opoziční chování – chce pozornost. Odmítá léky.

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: škola – po větší zátěži nárůst tenze, upravena časová dotace, značná únava (medikace), nesoustředěná, platí domluva a zacházení jako s velkou; na výchově výrazné zklidnění, ale nechce nic dělat, potřebuje být chvíli sama – „útěky“; podělí se o sladkosti; již se nezapojuje do provokací; vadí jí vada řeči – nechce logopedku; nadává do rodiny, vulgární, **navázán telefonický kontakt s rodinou!, chce ujištění o jejich lásce.** Velmi špatně snáší afekty ostatních dětí.

Zhodnocení chování po roce pobytu: respektuje autoritu, snaží se dohnat učivo, podceňuje se, nutná dopomoc 1. kroku; na výchově snížena frekvence „útěků“, snaha o rozumný kontakt s dospělými; hraje fotbal – má úspěch, kluci chtějí jen ji; podělí se o sladkosti; léky drceny; nepořádná – obtíže s hygienou; pravidelný telefonický kontakt s rodinou z její strany, od rodičů minimální odezva.

Z vlastního pozorování: velmi nešťastná dívka, chce někoho pro sebe, potřebuje mít chvílky pro sebe samu – respektujeme její krátkodobé útěky do okolí budovy; výborně reaguje na pochvalu; v IT spolupracující, cítí podporu a pochopení, pracuje na sebnáhledu, dokáže pojmenovat spouštěče agresivních raptů; obtížně nese agresivní raptů dětí během pobytu i zlepšení v oblékání a hygieně obecně. Nacvičuje abreaktivní techniky.

Pobyt ukončen po 17 měsících, přesun do VÚ – ukončena PŠD (často telefonuje zpět do DDŠ)

Příloha A

Dívka 8

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 1
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ne
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Lži, sebepoškozování – jídlo odmítá, lehce ovlivnitelná okolím, manipulace
Rodina	Kontakt s matkou
Poznámka	První umístění v ÚV 1.

Zhodnocení adaptační fáze: (do letních prázdnin) snaha plnit veškeré zadávané úkoly, monitorovala si pracovníky i děti v zařízení; snaha naklonit si na svoji stranu zdravotní sestry z důvodu snižování medikace; na výchově se často stavěla do pozice asistenta dospělého; pravidelný kontakt s matkou; korekce vztahu k chlapcům i mužům, obtíže s pravidly; bouřlivé reakce na zpětnou vazbu při manipulativních tendencích

Zhodnocení chování v průběhu letních prázdnin: na tábore chování výrazně zhoršeno: 3x krátkodobý útěk od rodinné skupiny, poté manipulační tendence, drzé chování vůči dospělým zejména v přítomnosti ostatních, vulgární; zvýšená snaha o pochvalu; zapojuje se do všech nabízených aktivit – i sport; pravidelný telefonický kontakt s matkou; celodenní sobotní vycházky, týden doma na prázdninách, po návratu žaludeční nevolnost; korekce chování k dospělým, hlavně k mužům; výrazné tendence k útěkům na zdravotní úsek!

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: ve škole snaha o perfektní chování, nepřidává se k raptům ostatních dětí, ale občas afekty sama vyvolá a poté se „baví“; emočně stabilnější s mírnými výkyvy ukončenými hysterickými excesy, vulgaritami, vzdorovitostí a vztekem nebo psychosomatickými poruchami; manipuluje skrytěji; v terapiích účelově spolupracuje, ale bez náhledu; přítomna na svatbě matky, zde fabulace o vyvrknuté noze; nárůst hmotnosti, rezistence na léky- změna medikace, odmítá je jíst.

Zhodnocení chování po roce pobytu: Ve škole klidná, pečlivá, učivo zpravidla zvládá, zlepšení známek je pro ni dostatečnou motivací, výrazné zlepšení chování; výrazně ustaly útky do nemoci, schopna reflektovat zpětnou vazbu zdravotních sester při pokusech o somatizaci; emočně stabilní, konfliktní je ve vztahu k vrstevnicím – verbálně agresivní, vulgární; v chování obtíže s vychovateli (muži); podělí se o všechny sladkosti; funguje okamžitá zpětná vazba a spravedlivé bodové ohodnocení funguje; Je tvůrčí při výtvarných činnostech (malování na sklo, keramika). Víkendové pobyty na žádost matky zkráceny (nedorozumění s nevlastním otcem a matkou, odmítá plnit zadané úkoly).

Z vlastního pozorování: účelově zaměřená dívka, sociálně velmi zdatná, důležité přijetí matkou; sportovně i kreativně nadaná; obtíže s vrstevnicemi a mladými ženami.

Pobyt ukončen po 14 měsících, přesun do DDŠ bez léčebného režimu

Příloha A

Dívka 9

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 2
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ne
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Výrazná verbální i brachiální agresivita, obtíže s vlastní identitou, bez akceptace autority
Rodina	Kontakt s matkou a jejím manželem
Poznámka	Obléká se jako chlapec

Zhodnocení adaptační fáze: ve škole si chce určovat práci, neschopna pracovat v kolektivu, bez náhledu na své chování, autoritu neakceptuje, vzteká se, vulgární, hlasitě vyrušuje, výběrově platí pochvala; na výchově výrazné obtíže s VR, dělá soudce – chce velet, kupuje si děti – posluhuje, schovává si stále občas jídlo; terap. agresivní, nepřizpůsobivá, platí na ni upřímná pochvala; baví ji sport (fotbal), kreslení, hudba; kontakt s adoptivní matkou – chce její „repas“.

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: ve škole sprostá, napodobuje a trumfuje chlapce, provokuje ostatní k rvačkám; výchova – je tam, kde je „šrumec“, „šmelí“, zapojuje se do hádek, výrazné sebeobslužné obtíže (včetně hygieny), vulgární, nadává do rodiny, sprostá; terap. – navázala kontakt, naučila se říci o mazlení, funguje pochvala a upřímnost; matka ji domů nechce – slibuje nespílitelné; odmítá léky, přejídá se

Zhodnocení chování po roce pobytu: škola – nastalo výrazné zlepšení, zapojuje se do činností, občas si řekne o možnost odchodu ze třídy, přesto nekooperuje s některými dětmi; na výchově v chování výkyvy, dává najevo vlastní sílu, ŠMELÍ, perfektně hraje fotbal a sportuje, zlepšení v úklidu pokoje a hygieně, vulgární; terap. motivace hodnocením, impulsivní, hostilní, odmítá ženský svět, pomalu přijímá ženskou roli; aktuálně bez kontaktu s matkou.

Zhodnocení chování po roce a půl pobytu: škola – ritualizace příchodů (nutná motivace k práci), zlepšuje se, přesto agresivní rapty přetrvávají; výchova – nechce uklízet, dochází do country tanců, manipuluje s dětmi i dospělými, vulgární, nadává do rodiny, obtíže s přijímáním zpětné vazby, 2x zklidňující injekce; terap. – vznětlivá, do školy již nástupy zlepšeny, schopna verbalizovat své pocity, na skupině náhled na chování; s matkou kontakt, byla doma – obtíže, ale kontakt pokračuje

Zhodnocení chování po dvou letech pobytu: škola – velmi výbušná, zhoršení, nutná dopomoc 1. kroku, nepamatuje si, bez náhledu – ale dovede si říci o terap. pomoc, ráda pomáhá, škola ji nebaví; na výchově sociálně velmi zdatná – manipulace, snaha o vyhýbání se povinností, navádí ostatní děti a pak se směje, nadává do rodiny; terap. – opět „právo silnějšího“, servilita vůči dětem, lze, odmítá medikaci; bez kontaktu s matkou

Zhodnocení chování po dvou a půl letech pobytu: škola – zlepšení, změna učitelky pomohla, mazlivá, citlivá, ale snaha o manipulace ostatních dětí; výchova- obtíže s autoritou vychovatelky (!), poutá pozornost přehnanými reakcemi, zlepšení samostatnosti; terap.- chce být chválena, chybí jí podpora od dospělých, náhled na své chování, verbalizace pocitů; výrazná nespokojenost matky s dívčím chováním!

Zhodnocení chování po třech letech pobytu: škola – změna vyučujícího (muž)-respektuje jej, specifický smysl pro humor, výrazná snaha o dobrý výkon – limity!, účelové chování; na výchově emočně nestabilní, bouřlivé

reakce+neshody=vulgarity, obtíže s úklidem, oblékáním, odmítá léky; terap.- značné výkyvy v chování, šmelí, zastává se „slabších“ – manipulace, abreaktivní techniky, sport (plavání); bez kontaktu s matkou – obtíže doma, vrácena dříve z dovolenky

Zhodnocení chování po třech a půl letech pobytu: škola – proměnlivé chování, záleží na momentální náladě, tvrdohlavá, zkouší hranice všech v procesu, funguje odklonit – pytel, individuální práce apod.; výchova – zhoršení, hlučná, odmlouvá, sprostá, vyhrožuje, fyzické ataky, nadává na rodiče, sportuje, nejlepší plavkyně; terap.- sociálně velmi zdatná, nahlíží své chování, kognice v širší normě; nechtěla odjet na svátky domů – jednání s rodiči + OSPOD

Zhodnocení chování po čtyřech letech: škola – ve třídě adaptovaná, chápe ŠŘ, ale odmlouvá, smlouvá, plní pokyny; na výchově zlepšení, emočně stabilnější, nadává do rodiny, krátkodobější útoky do okolí; terap.- řeší biol. rodinu, řeže se, výrazné obtíže s matkou, sex. tendence k opačnému pohlaví;

Zhodnocení chování po čtyřech a půl letech pobytu: škola – opět zhoršení, autoritu jen výběrově, nechce se učit, zhoršení ve všech předmětech; na výchově převažuje účelové chování, zhoršení, odmítá spolupracovat, výbušná, nesnese nespravedlnost; terap.-nižší frustrační tolerance, agresivní reaktivita, napodobuje chování nově příchozí dívky, nutná spravedlivá pozitivní vazba; bez kontaktu s matkou

Z vlastního pozorování: velmi citlivá dívka, která se během pobytu sociálně velmi zlepšila. Přesto výrazné obtíže v sebezpřijetí! Reflektuje jen skutečné autority, s ostatními zdařile manipuluje. Naučila se zvládat pozitivní i negativní zpětnou vazbu. Výrazně sportovně zaměřená, přesto zvládá i rukodělné činnosti. Pokud zná hranice, vyžaduje jejich dodržování, v opačném případě silné agresivní reakce. Agresivita verbální i brachiální s výraznou silou, autoagresivní projevy. Obtíže v komunikaci s rodinou ovlivňují její chování. Kamarádská, citlivá, ale velmi vypočítavá.

Pobyt neukončen.

Příloha A

Dívka 10

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 2
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 1
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	obtíže s autoritou, neuznává hranice, agresivní tendence, somatizuje, manipulace
Rodina	Kontakt s matkou ve VTOS, s otcem bez K
Poznámka	Celodenní brýlová korekce

Zhodnocení adaptační fáze: škola – zprvu se snažila vlichotit do přízně dospělých, poté mapovala ostatní děti, mnoho se do vyučování nezapojuje, výrazně agresivní, nadává do rodiny, znalosti podprůměrné; na výchově uznává autoritu vychovatele, ale manipulativní tendence, náladová, vše podřízeno momentální náladě, agresivní – výrazně, kreativní – korálky, maluje, keramika; terap.- manipulativní tendence, dysforické nálady, občas infantilní projevy, ponižuje ostatní, snaha o pozornost chlapců i během ter. Sk.; kontakt s matkou ve VTOS, s otcem bez K

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: ve škole pracuje dle nálady, obtíže s novým učivem, manipuluje, nutný dozor – chlapecké WC!; na výchově zlepšení agresivity – převažuje verbální, ponižuje, uráží, vydírá děti – bere jim sladkosti, obtíže s jídlem – výkyvy v hmotnosti x zvracení; terap.- v opozici proti ostatním dětem – nadává do rodiny, vulgární, bez sebenáhledu x útěky do nemoci, provokuje chlapce – nutný dohled! téma matka nepřijímá; odmítá medikaci. S matkou písemný kontakt – výrazné fabulace vzhledem ke skutečné délce trestu, otec bez K.

Zhodnocení chování po roce pobytu: ve škole se velmi snaží plnit zadané úkoly, ale obtěžuje chlapce – nutný 100% dohled na WC!; emočně nestabilní, bez náhledu na chování, manipulativní tendence, výbuchy agresivity ustoupily, ale chce být středem pozornosti – obtíže s odmítáním, výrazně jí vadí změny; terap.- manipulace, nutné nastavovat neustále mantinely, potřeba zpětná vazba ihned, práce na tématu matka, obtíže v přijímání pochvaly, narůstá hmotnost, odmítá léky; písemný kontakt s matkou

Zhodnocení chování po roce a půl pobytu: ve škole se snaží plnit VŘ, ustoupily výrazné manipulativní tendence, skryté přetrvávají, výkyvy i nadále; na výchově zlepšení, verbální i brachiální agresivita ustoupila, vyrovnané chování, autoritu respektuje, výrazně narůstá hmotnost; terap.- účelově je schopna náhledu na vlastní chování, zlepšený náhled na matku, zde nemá dívčí konkurenci, nutné přemístění do zařízení mezi dívky

Z vlastního pozorování: dívka, která se projevovala jako výrazně starší dívka (servilita, prosazování vlastního názoru bez náhledu, manipulovala s chlapci i dospělými; sexuálně odbržděná – fabulace, řešeno „znásilnění“ Policií (ne u nás), poutá pozornost za každou cenu – chce trumfovat matku?, osvědčilo se jak ANO, nutná konfrontace s dívkami

Pobyt ukončen po 17 měsících, přesun do DDŠ bez léčebného režimu

Příloha A

Dívka 11

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 1
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Nízká koncentrace pozornosti, emočně nezralá, při afektu verbálně i brachiálně agresivní, vyžaduje neustálou pozornost od dospělých, obtíže v sebeobslužných činnostech, útky
Rodina	Otec VTOS, matka bez K
Poznámka	Logopedická péče Brýle Opakované psychiatrické hospitalizace

Zhodnocení adaptační fáze: ve škole velmi přilnula k jednomu chlapci, v chování drzá, používá romštinu, základní učivo nezvládá, neunáší sebemenší negativní reakci od dospělých i dětí; na výchově lže, vymýšlí si, svádí vinu na druhé, poutá pozornost fabulacemi, nezvládá pochvalu ani kárání, neoblíbená – velmi agresivní a vulgární, nadává do rodiny; terap.- verbální schopnosti na úrovni SMR, cítí se nepřijímaná, ponižovaná, dobře reaguje v individuálu na pochvalu; bez K s rodiči; velmi obtížná klientka – vyhrožuje sebevraždou.

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: ve škole proměnlivé chování, bez zátěže se nudí, v zátěži infantilní projevy, nechá se lehce zmanipulovat ostatními dětmi, odmlouvá, nechce pracovat, zkouší hranice, učivo nezvládá, při příchodu do školy somatizuje; výrazné výbuchy hněvu při plnění povinností – nedodrží VŘ, verbálně velmi agresivní, potřebuje na vše čas a vysvětlení, má ráda hudbu, zpívá, tančí, útky mimo Slaný (vlakem, stopem) – chce domů!; terap. – odmítá medikaci, nadužívá sladkosti – vydírá pro ně ostatní děti, manipuluje, v IT bez náhledu, snížené rozumové schopnosti – nutná dopomoc s vysvětlováním; bez K s rodinou

Zhodnocení chování po roce pobytu: ve škole spolupracuje, snaží se, pomáhá zejména při úklidu třídy, učivo výrazně zjednodušeno, občas se vzteká, dupe; na výchově často proměnlivá nálada, bez vlastního názoru, obtížně zvládá změny – nutná příprava na vše!, **telef. Kontakt s matkou navázán (rodičovské fabulace)**, odmítá medikaci, polyká předměty!; terap.- sociálně zdatná, tendence neakceptovat pravidla, bez náhledu na chování, v IT si vymýšlí

Zhodnocení chování po roce a půl pobytu: ve škole zlepšení, ale pokud má sníženo hodnocení – výrazná brachiální agrese, vyhrožuje polykáním, učivo zvládá na hranici; na výchově neschopna samostatné činnosti a rozhodování, bez náhledu, vyhledává kontakty s chlapci, při odmítání somatizuje a vyhrožuje, **první osobní kontakt s matkou v zařízení**; terap.-výrazné obtíže v náhledu na chování, účelové chování občas, odklony prozatím platí. *Po roce a 8 měsících pro dekompenzaci stavu umístěna dlouhodobě v DPN.*

Z vlastního pozorování: zneužívaná dívka, těžká psychiatrická zátěž, suicidium; velmi náročná klientka; výrazně fixovaná na rodinu!; strhává ostatní děvčata, obtíže s personálem; fabuluje, nereálný sebenáhled.

Pobyt ukončen po 36 měsících, přesun do VÚ – ukončena PŠD

Příloha A

Dívka 12

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 1
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Nízká koncentrace pozornosti, emočně nezralá, při afektu verbálně i brachiálně agresivní
Rodina	Bez kontaktu s rodiči, kontakt s prarodiči – fabulace o rodičích
Poznámka	Celodenní brýlová korekce, obtíže s udržení hmotnosti

Zhodnocení adaptační fáze: škola – během této fáze neprovokovala, autoritu uznává, požádá, poděkuje, slušná k dospělým, nepoužívá nevhodné výrazy, základní učivo zvládá s dopomocí; na výchově velmi nestabilní, nadává do rodiny, střídají se nálady, občas infantilní projevy, u dětí oblíbená, nechce sportovat, ale výborně vaří – děti si ihned získala; terap.- somatizuje, řeže se při zvýšené tenzi, v IT spolupracuje, snaha o náhled vlastního chování, potřeba někam patřit, odmítá léky, přejídá se; bez kontaktu s rodiči, ale kontakt s prarodiči.

Zhodnocení po ukončení pobytu (+ vlastního pozorování): zmapovala si velmi dobře dospělé a účelově jednala podle toho, co si u koho mohla dovolit. Dívka s intelektovým výkonem odpovídající normě, obtíže v krátkodobé paměti, obtíže číst adekvátně sociální situace. Po první návštěvě u prarodičů mírná dekompenzace, ale schopna náhledu, verbalizovala své obavy a nebyla nutná hospitalizace ani změna medikace. Další kontakty již bez výrazných problémů. Kontakt (díky prarodičům!) s otcem v zařízení. Bez kontaktu s matkou. Výrazně obtížněji přijímala pochvalu od lidí, kterým důvěřovala, než kterým nedůvěřovala. Tendence bránit slabší děti. Poznala návaly emocí, snažila se s nimi pracovat, schopna verbalizovat své pocity a potřeby.

Pobyt ukončen po 7 měsících, přesun do VÚ – ukončena PSD:

Příloha A

Dívka 13

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 2
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ne
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	verbálně i brachiálně agresivní – ubližuje na zdraví, suicidální tendence, v afektu ničí vše kolem sebe
Rodina	Kontakt s rodinou pravidelný, otec často pracovně mimo domov
Poznámka	Opakované pobyty na dětské psychiatrii Před nástupem zdevastovala rodinný dům

Zhodnocení adaptační fáze: ve škole se projevovala jako líná dívka, která respektuje autoritu, učivo zvládá podprůměrně, našla si „oběť“ – musí se hlídat, vulgární; na výchově se projevuje jako značně temperamentní dívka, provokuje chlapce (sexuální podtext), sebestředná, uznává jen mužskou autoritu, ženskou neuznává – diví se, že i ženy mohou být zásadové, kreativní – keramika, tanec, spinning (účelově), sprostá, plive, nadává do rodiny; terap.- odmítá zpětnou vazbu na své chování, vymýšlí, manipuluje s informacemi, nutná okamžitá zpětná vazba, plive léky, somatizuje; pravidelný tel. kontakt s matkou i otcem – lže jim a vymýšlí si (velmi nebezpečné fabulace).

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: ve škole se projevuje vypočítavě, prosazuje své zájmy, velmi zákeřná (fyzicky i psychicky), účelové chování s prvky infantilility, vše pro největší vlastní prospěch, v reakcích velmi přesvědčivá, při okamžité zpětné vazbě fabuluje a rozehrává další hry, nadává, učivo zvládá; na výchově uznává jen mužskou autoritu, ženskou výběrově, reakce na změny – pokud jsou v její prospěch OK, pokud nejsou – výrazná verbální i brachiální agresivita (proti sobě, okolí, věcem). Naprosto bez emočních projevů, nepocituje lítost! Velmi šikovná na výtvarné činnosti, sebeobslužné činnosti zvládá bez obtíží; terap.- korektivní jednání není zvinitněno, nutný důsledný dohled, „hráčka“, která si vybírá své oběti – nutná okamžitá zpětná vazba, sebepoškozovací tendence (upadla, odřela se apod.); pobyty doma – vždy se něco stalo!

Zhodnocení chování po roce pobytu: bez výrazných změn, učivo zvládá, stále vybírá oběti, nutný neustálý dohled; na výchově poutá pozornost zraněními, impulzivní, obchází dospělé, fabuluje, při agresivních raptech kouše, sportovní vybití tenze pomáhá; terap.- v zátěži selhává, manipulativní, nárůst agresivních raptů, odmítá medikaci; pravidelný kontakt s rodinou, motivace zlepšeného chování – žádost o přemístění blíže domovu!

Zhodnocení po ukončení pobytu (+z vlastního pozorování): výrazně asociálně zaměřená dominantní dívka, během pobytu krádeže, výrazné agresivní raptury. K chlapcům se chová vyzývavě, provokativně a po získání důvěry jim odcizí věci a poté je psychicky ničí. Agresivní projevy se ke konci pobytu dařilo odklánět. Vždy nutná důslednost, okamžitá zpětná vazba, nastavený pevný řád a obezřetnost. Nutná ostražitost doma ohledně mladšího sourozence!

Pobyt ukončen po 15 měsících na žádost rodiny, přesun do DDS bez léčebného režimu do blízkosti rodiny:

Příloha A

Dívka 14

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 1
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Emočně neukotvená, verbálně i brachiálně agresivní, somatizuje, obtíže s nastaveným režimem
Rodina	Otec VTOS, kontakt s matkou
Poznámka	Opakované pobyty na dětské psychiatrii celodenní brýlová korekce výrazné fabulační tendence obtíže s jídlem – přejídá se

Zhodnocení adaptační fáze: ve škole si vydobyla své místo, velmi agresivní – verbálně i brachiálně, nadává do rodiny, výrazné výukové obtíže v základním učivu, nejlépe spolupracuje při výtvarné výchově; na výchově velmi využívá chlapců (ti se jí bojí), má velkou fyzickou sílu – prezentuje se tak, autoritu prozatím respektuje; terap.- neschopna adekvátního náhledu na sociální situace, egocentrická, nezrale poutá pozornost vrstevníků i dospělých; otec ve VTOS – bez kontaktu, matka zařízení nekontaktovala, dívku nenavštívila.

Zhodnocení chování po pěti měsících pobytu: ve škole převažuje infantilní chování, projevuje se velmi emotivně – až hystericky, školní povinnosti plní podle nálady, někdy nepracuje vůbec; na výchově infantilní, nadává do rodiny (sama za to napadá), líná, nezapojuje se do činností, odmítá chodit ven, poučuje ostatní děti, čímž zpravidla vyvolá konflikt, obtíže s hygienou a úklidem, velmi často se přejídá, odmítá léky; terap.- ulpívavá, agresivní reaktivita (verb. i brach.), terapeutické činnosti odmítá – při skupině ostentativně práská dveřmi a odchází, velmi často výrazně zvyšuje hlas, nezvládá přijímat pochvalu, velké obtíže s rodinou – kontakt zajistil OSPOD, matka neplní sliby, ostatní sourozence si domů bere, další sourozenec na cestě!

Zvláštního pozorování: dívka, která obtížně navazuje zdravé kontakty, snaží se zaujmout nevhodným způsobem. Verbálně agresivní, nadává do rodiny – pokud někdo takto nadává jí, fyzicky zaútočí, málo zažila úspěch, nechápe pochvalu – očekává jen tresty. Obtížněji navazuje terapeutický kontakt. Nutná pozitivní zpětná vazba, reakce na fabulace od matky verbalizovat, ale nehodnotit;

Pobyt neukončen:

Příloha A

Dívka 15

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ne
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Nízká koncentrace pozornosti, emočně nezralá, fabuluje, somatizuje, manipuluje s informacemi, neadekvátní projevy chování, obtíže se spánkem
Rodina	S rodiči bez kontaktu, kontakt se sourozenci v DD
Poznámka	výrazné fabulační tendence obtíže s jídlem – odmítá jíst

Zhodnocení adaptační fáze + vlastní pozorování: ve škole plní učební plán, zapojuje se bez obtíží, autoritu respektuje bez výhrad, obtíže s jídlem – odmítá jíst; na výchově obtíže s dominantními a manipulativními dívkami, nepřijímá kritiku, snadno se nechá zmanipulovat – je neprůbojná, submisivní, zastává se agresivně mladších dětí, nadává do rodiny, ráda tančí, poslouchá písničky, kreslí a čte; terap.- manipuluje s informacemi – nutná okamžitá zpětná vazba, uniká do nemoci, neumí reagovat na pochvalu – infantilní projevy; kontakt se sourozenci, rodiče bez kontaktu;

Pobyt trvá:

Příloha A

Dívka 16

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 2
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano /2
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Bez náhledu na chování, nízká koncentrace pozornosti, při afektu verbálně i brachiálně agresivní, výrazné fabulace, suicidální projevy, prosexuální chování
Rodina	S matkou bez kontaktu, pravidelný kontakt s babičkou (matka otce) a otcem
Poznámka	Opakované pobyty na dětské psychiatrii

Zhodnocení adaptační fáze: ve škole nadřazené chování (tendence ostrakizace), nadává do rodiny, kouše, škrábe, nutný neustálý dohled, základní učivo zvládá bez obtíží, k dospělým se líší; na výchově velmi konfliktní vztahy, ostentativně odmítá medikaci, vyhrožuje suicidem, odmítá jídlo, sebeobslužné činnosti zvládá, kouše, škrábe – napadá jen na obličeji!, obtíže s autoritou, zvýšené sexuální choutky; terap.- snížené rozumové schopnosti, fabuluje, při IT nespolupracuje – nepotřebuje to, při skupině nadřazené chování, bez náhledu, neschopna přijímat zpětnou vazbu; bez kontaktu s matkou, pravidelný kontakt s babičkou a otcem, víkendové pobyty.

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: ve škole chování bez obtíží, nutný neustálý dohled, pracuje samostatně, učivo zvládá i z vyšších ročníků; na výchově výrazné obtíže – nadbíhá chlapcům, obtěžuje je, nadává do rodiny, brachiální agrese, neschopna přijmout pochvalu ani kritiku, obtíže s autoritou – muže svádí, ženami opovrhne, útky – šetřeno Policií, při pobytu doma ukradla peníze – v zařízení si „kupovala“ děti; terap.- obtíže s ostatními dívkami (neschopna čelit atakům), odmítá medikaci, fabuluje, obtíže s jídlem (nejí x nadužívá) aktuálně bez pravidelných pobytů doma, kontakt telefonický (krádež peněz při víkendu)

Zhodnocení chování po roce pobytu: po 9 měsících dekompenzace stavu – snědla kostky ze stavebnice – krátkodobá hospitalizace na DPN. Po návratu ve škole skrytě manipuluje, reaguje na odklon; na výchově zvýšená snaha o sexuální kontakty s chlapci (snaha o felaci s malými chlapci), při okamžité zpětné vazbě nevyrovnaná, afektivní raptý, fabuluje, labilní; terap.- spolupracuje jen účelově, chování nestabilní, ovlivněna okolím – nechá se vyprovokovat, v zátěžových situacích selhává; aktuálně bez kontaktu s rodinou, ale útek mimo zařízení – k otci!

Zhodnocení chování po roce a půl pobytu: opětovný suicidální pokus – dlouhodobá hospitalizace v DPN. Návrat po 5 měsících – po dvou dnech se opětovně podřezala, další dlouhodobá hospitalizace. Navázán telefonický kontakt s otcem. Návrat po roce a 6 měsících na propustku domů – označila otce ze sexuálního zneužití, návrat do DPN. Návrat do DDŠ těsně před ukončením výzkumu, kontakt s rodinou jen skrze sociální pracovníci.

Pobyt neukončen

Příloha A

Dívka 17

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 3
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 1
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Hyperaktivní, porucha pozornosti – není schopna se cíleně soustředit, agresivní projevy, výkyvy v chování, výrazné afektivní raptý, somatizuje
Rodina	S matkou bez kontaktu, kontakt s otcem a jeho bratrem
Poznámka	Logopedická péče

Zhodnocení adaptační fáze: ve škole obtížně přijímá kritiku a výtky ke školní práci, učivo zvládá s mírnými obtížemi, autoritu respektuje, s dětmi bez konfliktů; na výchově manipuluje s ostatními dětmi, submisivní dívka, autoritu uznává bez výhrad, sebeobslužné činnosti zvládá, ale výrazně hromadí věci, velmi schopná v kreativních činnostech – maluje, ruční práce, občas kopulační pohyby s plyšovými hračkami; terap.- při emoční nepohodě výrazně agresivní – hází vše, co má po ruce, obtíže s verbální komunikací, nechce se s nikým o nic dělit, obtížně přijímá pochvalu; bez kontaktu s matkou (otec si to nepřeje), v kontaktu s otcem a jeho bratrem – víkendové pobyty ke strýci

Zhodnocení chování po osmi měsících pobytu: ve škole výborně pracuje, obtíže s verbálním projevem – expresivní stránka řeči, učivo zvládá bez problémů; na výchově se projevuje v krizových situacích hystericky, infantilně, slabší hygienické návyky, výrazné obtíže s chápáním instrukcí, začíná se mazlit s hračkami (již bez kopulačních pohybů), často odmítá jídlo, za sladkosti si „kupuje“ náklonnost jiných dětí; terap. – spolupracující, obtížně přijímá zpětnou vazbu, obtíže s přijetím pochvaly, při skupinových činnostech málo kooperuje s vrstevníky; bez kontaktu s matkou, na týdenní dovolence u otce, ale poté kontakt s otcem jen telefonický (manipulace s penězi?), kontakt se strýcem ukončen (závadové prostředí? – nedoporučeno OSPODem)

Z vlastního pozorování: Dívka s výraznými komunikačními obtížemi, silná fixace a manipulační tendence k vlastnímu bratrovi. Obtíže s přijímáním jakékoli zpětné vazby – metá kolem sebe čímkoli. Obtížně nese nemožnost kontaktu s matkou, fabulace ohledně přecházejícího období v jiném zařízení; nechá se velmi ovládat – finance. Bez vlastního názoru.

Pobyt neukončen:

Příloha A

Dívka 18

Vstupní data

Psychiatrická diagnóza/počet	Ano 2
Zdravotní diagnóza mimo I/počet	Ano 1
Medikace	Ano
Hlavní projevy v chování	Suicidální tendence, výrazné obtíže s jídlem, obavy z neúspěchu, výrazné manipulativní tendence
Rodina	S matkou bez kontaktu
Poznámka	Celodenní brýlová korekce, dlouhodobá hospitalizace v DPN

Zhodnocení adaptační fáze: ve škole pracovala příkladně, pracovitá, vzorná, učivo zvládá průměrně, autoritu bez výhrad, ale manipulativní tendence; na výchově výrazné manipulativní tendence i s personálem, emočně stabilní, ale obavy ze selhání, dbá o sebe, šikovná na výtvarné činnosti, čte, ale verbálně agresivní; terap.- intelektový výkon v pásmu normy, obtíže s odmítnutím – výrazné manipulativní tendence, navazuje závislé vztahy – sociálně zdatná manipulantka, v IT sděluje to, co si myslí, že má říkat; kontakt s matkou velmi komplikovaný (jen skrz sociální síť, nakonec jej sama zablokovala), matka bez kontaktu, sporadický kontakt se starší sestrou.

Z vlastního pozorování: dívka, která zmátla nejen děti, ale i dospělé. Výrazné manipulativní tendence, schopná dodržovat VŘ na 100%, výrazné obtíže s negativní zpětnou vazbou – schopna suicidálních projevů (odmítání jídla, somatizace). Velmi nízká frustrační tolerance – velmi rychle se navazuje na dospělé, má silnou potřebu jimi být přijímána. Působí v zařízení jako z jiného světa, jako by do tohoto zařízení nepatřila – opak je pravdou! Výrazně fabuluje, nutno si informace ověřovat!

Pobyt neukončen:

Příloha B

Výběr z Vnitřního řádu DDŠ Slaný

c) Charakteristika jednotlivých součástí zařízení a jejich úkolů

Dětský domov se školou ve Slaném poskytuje komplexní péči 30 dětem od šesti let do ukončení povinné školní docházky. Jedná se o děti, které mají psychopedické, etopedické a psychiatrické problémy. Do DDŠ jsou umísťovány děti z celé České republiky.

Délka pobytu závisí na zdravotním stavu dítěte. Indikaci k pokračování léčebného pobytu posuzuje odborný tým 1x měsíčně na poradách odborného týmu při hodnocení individuálního terapeutického plánu.

Základní škola

Patří jako detašované pracoviště k Základní škole, Pražská 151, Dobřichovice. Ve škole jsou děti vzdělávány ve čtyřech třídách dle vzdělávacích programů, kterým bude ukončena platnost, a to národní škola, zvláštní škola, pomocná škola. Nově vzniklý školní vzdělávací plán se jmenuje „Škola trochu jinak“. Pro každého žáka je třídním učitelem do 30 dnů zpracován vzdělávací plán dítěte („VPD“).

Výchovný úsek

Odborní vychovatelé zodpovídají za náplň a realizaci terapeutických, zájmových, relaxačních, odpočinkových činností a kroužků, které vycházejí z režimu dne, týdenního programu výchovně vzdělávací činnosti a celoročního plánu. Ve své práci plně respektují individuální potřeby dítěte zakotvené v programu rozvoje osobnosti dítěte („PROD“).

Terapeutický úsek

Psychologickou a etopedickou péči zajišťuje kvalifikovaný psycholog a etoped, kteří provádějí komplexní psychologická a etopedická vyšetření, zajišťují skupinovou a individuální terapii a podílí se na zvládnutí krizové intervenci v případě agresivních raptů či sebepoškozování. Terapeuti vedou záznamy o výsledcích svých vyšetření a o vývoji dítěte. Ve spolupráci s ostatními odborníky

se podílejí na sestavování programu rozvoje osobnosti dítěte, individuálním terapeutickým plánem a vzdělávacím plánem dítěte.

Zdravotní úsek

Pravidelnou celodenní péči v zařízení poskytují dvě zdravotní sestry, které garantují léčbu, vedou zdravotní dokumentaci dětí a sledují jejich zdravotní stav. Zdravotní sestry spolupracují s ostatními pedagogickými pracovníky, podílí se na vypracování individuálního terapeutického plánu. Do zařízení pravidelně dochází dětský psychiatr. Ostatní odbornou lékařskou péči zajišťují odborná pracoviště slánské a kladenské nemocnice.

Sociální úsek

Kvalifikovaná sociální pracovnice zajišťuje sociálně právní záležitosti dětí a vede jejich osobní spisy. Spolupracuje a komunikuje s rodinou, komunikuje s příslušnými sociálními orgány, soudy, Policií ČR, pracovníky OSPOD atd. Sleduje další vývoj rodinného prostředí dítěte. Zajišťuje administrativní stránku příjmu, přemístění a propuštění dítěte, stanovení ošetrovního a jeho případného vymáhání soudem. Přípravuje podklady pro rozhodování soudu. Těsně spolupracuje s psychologem, etopedem i ostatními odbornými pracovníky. Vede evidenci podkladů k vyplácení kapesného a zároveň jej dětem jedenkrát týdně vyplácí.

d) Personální zabezpečení

Personální zabezpečení je dáno organizačním členěním DDS. Skládá se z pedagogických a nepedagogických pracovníků.

Mezi pedagogické pracovníky patří učitelé a vychovatelé se specializací speciální pedagogika, asistenti pedagoga škola, výchova, noc, psycholog a etoped.

K nepedagogickým pracovníkům řadíme zdravotní sestry, sociální pracovnice a pracovníky provozního úseku, což je hospodářka, údržbář, uklízečky a prادلena. Dále do této skupiny patří pracovníci školní jídelny, tj. kuchařky odborné i pomocné

e) Organizační zajištění spolupráce s osobami odpovědnými za výchovu

Pověřený pracovník, zpravidla sociální pracovnice, zajišťuje spolupráci s osobami odpovědnými za výchovu. Projednává s nimi záležitosti dětí, informuje je o prospěchu, chování a průběhu pobytu dítěte, o závěrech lékařských vyšetření. Taktéž s nimi vyřizuje povolenky na pobyt dítěte mimo zařízení, tedy vycházky dětí mimo DDS nebo dovolenky na určitou dobu.

Návštěvy

Osoby odpovědné za výchovu mohou dítě navštívit kdykoli. Předem je však nezbytně nutné kontaktovat sociální pracovníci či vedoucí DDS a domluvit termín a čas návštěvy.

Dopisy, balíčky, telefony

Děti mohou dostávat dopisy i balíčky neomezeně. Telefonický kontakt s dítětem je možný každý den, nejlépe mezi 18.30-20.00 hodinou.

Pobyt u osob odpovědných za výchovu

Pobyt u osob odpovědných za výchovu je realizován na základě jejich žádosti adresované vedoucí DDS. Ke kladnému vyřízení žádosti ze strany DDS je nutný souhlas OSPODu s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte. Termín pobytu je stanoven dle dohody.

3. Organizace výchovně vzdělávací činnosti v zařízení

c) Organizace zájmových činností

Zájmové činnosti probíhají před odpolední svačinou i po odpolední svačině do večere dle týdenního programu výchovně vzdělávací činnosti jednotlivých rodinných skupin na daný školní rok. Za jejich náplň zodpovídají odborní vychovatelé.

Zájmové činnosti jsou rozděleny do tří základních oblastí, které se dělí:

pracovní zájmové činnosti - pozemky, vaření, modelářství, práce v dílně

sportovní zájmové činnosti - míčové hry, posilování, cyklistika, atletika

estetické zájmové činnosti - literární, hudební, užité výtvarné techniky,
přírodovědné aktivity apod.

h) Postup v případě útěku dítěte

- PRACOVNÍK vyplní údaje o útěku a pohřešované osobě do Fostra (kolonka útěky), vytiskne a připraví tyto podklady k dispozici Policii ČR, provede záznam o útěku dítěte do knihy „Evidence útěků“ a vypracuje podrobný zápis o útěku do Fostra (zprávy dítěte + komunitní kniha)

Základní HODNOCENÍ

Rozlišujeme pět základních stupňů hodnocení chování.

Chování je:

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- neuspokojivé
- Špatné

mimořádné hodnocení je: opatření ve výchově za mimořádně dobré chování – udělena věcná nebo finanční odměna

špatné hodnocení s opatřením ve výchově za výrazné přestupky a porušení povinností – na dva dny x na více jak dva dny

Týdenní hodnocení

Týdenní hodnocení má vliv na výši zákonného kapesného. Pokud u dítěte bylo přijato opatření ve výchově, tj. jeho chování bylo hodnoceno jako špatné s opatřením ve výchově na dva dny nebo na více jak dva dny, obdrží kapesné odpovídající zákonnému minimu.

Opatření ve výchově: (dle Zák. č. 109/2002 §20,21))

Za **příkladné úsilí** a výsledky při plnění povinností nebo za příkladný čin:

- udělena věcná nebo finanční odměna

Za prokázané **porušení povinností (vybere se 1 opatření)**:

- odňaty nasbírané body
- neúčast na odměnové akci
- snížení týdenního kapesného na zákonné minimum

Oboje musí být podstoupeno vedoucí zařízení ke schválení a zároveň musí s tímto výchovným opatřením být seznámeno dítě, které seznámení stvrdí svým podpisem.

Za zvlášť závažný přestupek mohou pedagogičtí pracovníci navrhnout vedoucí DDŠ přijetí výchovného opatření na více než dva dny.

c) Organizace dne

Týdenní program rodinných skupin

7,00	budíček
7,00 - 7,15	oblékání, hygiena (5. patro)
7,00 - 7,30	oblékání, hygiena (4.patro)
7,15 - 7,30	snídaně, léky (5. patro)
7,35 - 7,50	snídaně, léky (4. patro)
7,50 - 7,55	odchod do školy, předání služby
8,00 -13,10	školní výuka (9, 30 svačina)
11,30 -13,30	oběd, léky (průběžně dle rozřazení do školních skupin)
13,30 - 14,00	Polednice - zhodnocení dopoledne, předání služby, seznámení dětí s odpoledním programem (po rodinných skupinách)
14,00 - 14,30	OT dětí (každá RS 1x měsíčně)
14,00 - 15,30	terapeutické činnosti + zájmové činnosti (skupinová psychoterapie, kroužky, estetické zájmové činnosti, sportovní zájmové činnosti) + komunita, týdenní hodnocení
15,30 - 15,45	svačina (5.patro)
15,45 - 16,00	svačina (4.patro)

15,45 - 17,25	terapeutické činnosti + zájmové činnosti (skupinová psychoterapie, kroužky), osobní volno, vycházky, vycházky do okolí, osobní volno,
17,25 - 17,45	večeře, léky (5. patro)
17,45 - 18,00	večeře, léky (4. patro)
18,00 - 19,30	kroužky (keramika)
18,00 - 18,30	příprava na vyučování
18,30 - 19,20	úklid, relaxační činnosti (PC, společenské - stolní hry, kvízy, kolektivní hry)
19,20 - 19,40	hygiena, příprava prádla
19,40 - 20,00	Večernice - hodnocení dne
20,00 - 21,30	osobní volno, sledování televize dle věku a výsledků Hodnocení
21,30	večerka

Sobota, neděle, svátky, prázdniny

8,00 - 8,30	budíček, osobní hygiena, oblékání
8,30 - 8,45	snídaně, léky (5. patro)
8,45 - 9,00	snídaně, léky (4. patro)
9,00 - 10,00	velký úklid vnitřních prostor DDS, kontrola úklidu
10,00 - 11,30	pobyt venku, sportovní soutěže, společenské hry
12,25 - 12,45	oběd, léky (5. patro)
11,45 - 12,00	oběd, léky (4. patro)
12,30 - 13,30	polední klid
13,30 - 17,30	odměnová akce, výlet, vycházka, sportovní činnosti, kulturní akce, kroužek rybář
17,25 - 17,45	večeře, léky (5. patro)
17,45 - 18,05	večeře, léky (4. patro)
17,00 - 18,00	vaření nedělních večeří 1 x měsíčně dle rozpisu
18,00 - 19,20	relaxační činnosti, příprava na vyučování
19,20 - 19,40	večerní hygiena, příprava prádla
19,40 - 20,00	Večernice - hodnocení dne
20,00 - 22,00	osobní volno, sledování televize dle věku a výsledků

	hodnocení
22,00	večerka pro pátek, sobotu, prázdniny (v neděli je večerka jako ve všední den)

d) Pobyt dětí mimo zařízení

Vycházky

Každé dítě má v týdnu právo na hodinovou vycházku, pokud jeho zdravotní stav je plně kompenzován. Před odchodem je sepsán u vedoucí zařízení protokol, ve kterém dítě stvrzuje, že bylo poučeno o své bezpečnosti a ví, v kolik hodin se má vrátit zpět do DDS.

Pobyt dítěte u osob odpovědných za výchovu

Termíny dovolenek jsou pevně stanoveny o sudý víkend. Zpravidla trvají od pátku 14.00 hod. do neděle 18.00 hod. Ve výjimečných případech je možné povolit dovolenku i v jiném termínu, rozhoduje vedoucí zařízení. Dovolenku vyhotovuje sociální pracovnice a schvaluje vedoucí DDS. V případě svátku, který připadá na pátek nebo pondělí se dovolenka může o tyto dny prodloužit.

e) Kontakty dětí s rodiči a dalšími osobami

Každé dítě má právo ve středu, v pátek a v sobotu telefonovat rodinným příslušníkům popř. zaměstnancům zařízení. Telefonické hovory může dítě přijímat kdykoliv, nejlépe v době po 18. hodině. Pokud má dítě opatření ve výchově na dva dny nebo na více jak dva dny telefonuje pouze v pátek, hovory přijímá bez omezení.

f) Spoluspráva dětí

Spoluspráva zvýrazňuje podíl dětí na organizaci výchovné činnosti, posiluje jejich sebevědomí a samostatnost. Využíváme předsedu komunity, který je volen celou komunitou a nesmí mít opatření ve výchově na dva dny nebo na více jak dva dny. Předkládá vedoucí DDS názory, připomínky a stížnosti jménem dětí, má právo diskutovat s vedoucí zařízení a ostatními pracovníky o právech a povinnostech dětí.

KRIZOVÁ INTERVENCE

Vzhledem k náročnosti zvládnání krizových situací našich dětí Vás žádám, abyste postupovali dle níže uvedeného:

- 1. Izolovat dítě od kolektivu** – dítě, které začíná být z jakéhokoli důvodu agresivní, přestává se ovládat a veškeré pedagogické kroky nemají kladnou odezvu, musí být izolováno od kolektivu (odvedení z místnosti).
- ostatní děti tyto situace „rozhodí“, jsou v tenzi a zároveň podporují toho, kdo je v tu chvíli dekompenzovaný, proto pro ochranu samotného dítěte i dětí ve skupině nebo ve školní třídě je lepší, když ten, kdo je v danou chvíli v nepohodě je od ostatních stranou, má lepší možnost se uklidnit bez rušivých vlivů.
- 2. Dospělí** – u dítěte zůstane ten, s kým bylo – ví, co se stalo, může reagovat adekvátně. Je nutné však požádat dalšího kolegu o pomoc (asistent pedagoga, druhý vychovatel či učitel nebo zdravotní sestra), na kterého v tu chvíli dítě může reagovat lépe, protože nebyl přítomen konfliktu, který jeho stav vyvolal. Ve chvíli, kdy dítě není schopno se zklidnit, dospělý informuje o jeho stavu terapeuta, který s dítětem dále pracuje.
- 3. Řízeně ventilovat nahromaděnou tenzi** – psycholog nebo etoped nejprve dítě zklidní pomocí různých abreaktivních technik, dále vede s dítětem rozhovor, po dostatečném zpracování tenze a zklidnění se dítě vrátí zpět do skupiny.
- 4. Pokud se nedaří dítě zklidnit** – je možné dítěti opláchnout obličej studenou vodou, popř. za přítomnosti terapeuta či zdravotní sestry omýt celé dítě vodou vlažnou.
- 5. Pokud i nadále nic z toho „nezabírá“** a dítě se dostává do stále většího afektu, napadá dospělé, děti, ničí majetek a nelze předchozími způsoby snížit tenzi, následuje zásah zdravotní sestry – přivolání RZS - neklidová terapie (injekční aplikování předepsané neklidové medikace). *Toto je až poslední krok!*, možno použít až po vyčerpání všech výše předepsaných kroků.
- 6. O všech krocích** musí být zápis v databázi a informována vedoucí zařízení (v každé denní i noční době!). Využívejte telefonických přístrojů v zařízení.

Slaný,

Příloha D

System porad v DDŠ Slaný

Název porady	kdy	Kdo se účastní	Kdo svolává a vede	Pozn.
Ranní (předání služby)	pracovní dny v 8,30	Vedoucí pracovníci Zdravotní sestra Terapeuti Sociální pracovnice	vedoucí zařízení	V případě nepřítomnosti zastupuje vedoucí vychovatel, psycholog, vedoucí učitelka
Úseková	každé pondělí v 9,00	Vedoucí pracovníci Zdravotní sestra Terapeuti Sociální pracovnice	vedoucí zařízení	V případě nepřítomnosti zastupuje vedoucí vychovatel, psycholog, vedoucí učitelka
Odborného týmu	každá RS 1x za měsíc pondělí v 10,00	Všichni ped. prac. Dané RS terapeuti Zdravotní sestry Sociální pracovnice	vedoucí zařízení	V případě nepřítomnosti zastupuje psycholog, vedoucí učitelka
Vychovatelů	každé 1. úterý v měsíci	Vychovatelé Terapeuti Zdravotní sestry	vedoucí učitelka	V případě nepřítomnosti zastupuje vedoucí zařízení
Učitelů	každé 1. úterý v měsíci	Učitelé Terapeuti	vedoucí vychovatel	V případě nepřítomnosti zastupuje vedoucí zařízení
Provozních zaměstnanců	každé 1. úterý v měsíci	Provozní zaměstnanci	hospodářka	V případě nepřítomnosti zastupuje vedoucí zařízení
Kuchyně	každé 1. úterý a středa v měsíci	Pracovnice ŠJ	vedoucí ŠJ	V případě nepřítomnosti zastupuje vedoucí zařízení
Diagnostická	září, leden, květen	Všichni ped. prac. Zdravotní sestry Sociální pracovnice	vedoucí zařízení	
Zahajovací	srpen	Všichni pracovníci	vedoucí zařízení	