

OBSAH

Úvod.....	3
I. TEORETICKÁ ČÁST	5
1 Vývojově psychologické období.....	5
1.1 Ontogenetický vývoj.....	5
1.2 Adolescence	7
1.1.1 Rozdělení adolescence	7
2 Poruchy chování.....	8
2.1 Sociálně patologická charakteristika poruch chování.....	8
2.2 Diagnostika poruch chování.....	9
2.3 Klasifikace poruch chování.....	10
2.4 Příčiny poruch chování	12
2.5 Činitelé poruch chování	14
2.6 Výchovné působení	21
2.6.1 Speciálně pedagogická prevence	21
2.6.2 Formy prevence	22
2.6.3 Charakteristika střediska preventivní péče „SVP“	22
2.7 Ústavní a ochranná zařízení, ústavní péče	23
2.7.1 Obecná charakteristika středisek výchovného působení	23
2.7.2 Charakteristika ústavní péče.....	25
2.7.3 Výchovný ústav	26
2.7.4 Základní problémy ústavní péče	26
II. PRAKTICKÁ ČÁST	28
3 Výzkumná část objektivní a subjektivní anamnézy	28
3.1 Cíle výzkumu	28
3.2 Metody výzkumu.....	28
3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku	29
3.4 Vyhodnocení výzkumného šetření	30
3.5 Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	40

ZÁVĚR	48
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	49
RESUME.....	50
SUMMARY	50
Klíčová slova	51
Keywords.....	51
SEZNAM LITERATURY.....	52
Elektronické zdroje	52
Zákony.....	53
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	55

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je průzkum vybraného vzorku chovanců jednoho výchovného ústavu, kam byly umístěny děti na základě soudního rozhodnutí nařízené ústavní výchovy, nebo uložené ochranné výchovy, z důvodu projevů poruch chování. Zajímá mě, co může být u těchto dětí spouštěčem patologického chování, zda lze tento stav v nějakém vývojovém období preventivně omezit, či zastavit.

Kde je možné hledat příčiny poruch chování? Hlavním tématem mé bakalářské práce je otázka, kde je možné hledat příčiny poruch chování. V teoretické části čerpám z odborné literatury pojednávající o specifických poruchách chování, klasifikaci a činitelích, které tyto poruchy ovlivňují. Praktická část předloží dotazníkové šetření, jež podstoupili chovanci výchovného ústavu ve věku 15 - 18 let.

Již od poloviny minulého století se problematikou poruchového chování zabývali naši přední psychiatři, psychologové a lékaři. Šlo především o otázku psychického strádání v dětském věku a jeho následky v pozdějším životě (Langmeier, Matějček, 2011, s. 13). Tyto studie vycházely především z poznatků a zkušeností, které psychologům přinášela práce s opuštěnými a zanedbanými dětmi, žijícími v nevhodném rodinném prostředí, a dětmi umístěnými v různých zařízeních s kolektivní výchovou.

Rozsáhlými studii dospěli k názoru, že například zanedbání citových potřeb dítěte v útlém věku vede k poruchovému chování, které se začíná projevovat především v adolescentním věku a může přetrvávat až do dospělosti. Hovoříme pak o psychické deprivaci dítěte. Další příčiny mohou být v genetické výbavě jedince, či ovlivnění školním prostředím, vrstevnickou partou a v první řadě chování rodičů k dítěti (Langmeier, Matějček, 2011, s. 7 - 8).

Statistiky hovoří o rostoucím výskytu sociálně – patologických jevů u dětí a mládeže, a to především v adolescentním věku. Dítě v tomto období prochází významným obdobím změn a zásadních zlomů v oblasti emocionální, rozumové a sociální (Carr-Greg, 2010, s. 25). Proměnlivost emocí může rozpoutat projevy poruchového chování. Tuto skutečnost nelze brát na lehkou váhu, neboť zanedbání odborné pomoci v určitém vývojovém období může způsobit přetrvávání problémů až do dospělosti (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 230 - 234).

Poznávacím cílem mé bakalářské práce je zjištění, z jakých rodinných poměrů pochází děti zkoumané skupiny a v jaké míře by zde bylo možné hledat příčiny. Významné budou i psychologické a psychiatrické posudky v osobní anamnéze, které mohou potvrzovat následky poruchového chování. Půjde tedy o identifikaci souborů možných příčin a následků.

Symbolickým cílem bude poukázat na široké spektrum možného preventivního působení tak, aby bylo včasné a účinné.

Aplikačním cílem může být možnost využití zjištěných poznatků v praxi, poskytnutí těchto informací sociálním pracovníkům, pedagogům a speciálním institucím, aby možné zjištěné informace přispěly k lepší a hodnotnější prevenci, péči a zkvalitnění služeb v přístupu k dětem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Vývojově psychologické období

Vývoj člověka začíná od početí a končí úmrtím. Každý časový úsek života znamená řadu zákonitých změn, které nastávají v určitém období a vzájemně se prolínají. „Hovoříme o tzv. bio-psycho-sociální determinaci duševního vývoje. Tyto hybné síly duševního vývoje se různě kombinují a prolínají“ (Říčan, 2014, s. 34 - 38).

Pro zdárný psychický vývoj jedince jsou velmi důležité okolní faktory, které mohou kladně, či záporně ovlivňovat vývoj dílčích vlastností i celé osobnosti jedince. Způsoby zpracování příchozích podnětů závisí i na genetických předpokladech. Dle Vágnerové lze psychický vývoj označit jako vzájemné působení dědičných předpokladů a vnějších vlivů. (Vágnerová, 2004, s. 29)

Říčan o tomto vývojovém období uvádí, že „v průběhu vývoje dochází ke kritickým senzitivním obdobím. Pokud nedojde k příslušným příznivým podmínkám v kritickém období, nepříznivé následky se mohou projevit hned, nebo v některém dalším vývojovém stadiu, především adolescenci“ (2014, s. 40).

Říčan dále o kritických období uvádí, že ta, která jsou promeškána příznivou stimulací (citové pouto matky a dítěte), způsobují v dalším životě závažné povahové zvláštnosti, těžké charakterové defekty, neschopnost v navázání citového vztahu, duševní poruchy, anebo náchylnosti k nim (2014, s. 41).

1.1 Ontogenetický vývoj

Heller (Heller, 2014, s. 8 - 9) uvádí přehled ontogenetického vývoje jedince takto:

- **Prenatální období** - tedy zrání plodu, zahrnující i problematiku nedonošenosti s jejími důsledky.
- **Porod** – důležitý mezník, velmi významné jsou prenatální a perinatální vlivy působící na jedince.

- **Novorozenecké období** - základní reflexy, rané formy učení, rozvoj potřeb novorozence a vývoj lokomotoriky, řečové a sociální reakce. Velmi významné období pro interakci matky a dítěte!

Dle poznatků o rozvoji citových a sociálních potřeb dítěte byly vytvořeny teorie „mateřské deprivace“, které se bývají jednou z hlavních příčin poruch chování u dětí. Velmi významně se o tuto oblast zajímal britský psycholog a psychoanalytik John Bowlby, nebo naši čeští autoři Langmajer a Matějček.

- Batolecí věk, předškolní a školní věk.
- Pubescence, adolescence, dospělost, stárnutí a stáří.

Každá z těchto etap má svůj specifický ontogenetický vývoj. V etapách batolecího věku se rozvíjejí jemná a hrubá motorika, intelektové schopnosti, rozvíjí se řeč a proces socializace, označovaný termíny jako personalizace a individualizace. V předškolním věku nastává kognitivní vývoj dítěte, s přijímáním sociálních rolí a významně rozvoj ovlivňují hry. Nastupuje morální cítění dítěte.

Školní zralost se dá popsat jako samostatná kapitola. Vlivem vnějších a vnitřních faktorů se utváří vývojová psychologie jedince. Týká se to vlivů ovlivňující např. školní úspěšnost, adaptaci na školní prostředí a kooperaci sociálně podmíněného rozvoje.

K rozsáhlým změnám dochází i v oblasti biologické, psychické a sociální, která se váže především na období pubescence. Toto časové vymezení se však vlivem civilizačních faktorů posouvá. Nastupují i první sexuální zkušenosti, dochází k osobním zvrátům, rozvíjí se sebepojetí. Velmi významnou roli hrají vrstevnické skupiny, které působí i v dalším vývojovém období – adolescenci. Jde o velmi bouřlivé období vývoje, kdy se mohou projevat první důsledky nedostatečné stimulace citové vazby z novorozeneckého období. Dále nastupuje období dospělosti, kdy nastupuje problematika životního stylu, rodiny a jejího vývoje. Zde úročíme první poznatky celého výchovného působení rodičů.

Pak již pokračuje období stárnutí a stáří, kde se postupně projevuje model bio-psycho sociálního pojetí.

1.2 Adolescence

Obdobím adolescence označujeme vývoj od 15 do 20 let. Jde o jedno z velmi důležitých období prolínání biologických, psychologických a sociálních determinantů psychického vývoje. Zde hraje velkou roli genetický program na jedné straně a vliv společenského prostředí působící již od narození na straně druhé.

Mezi patnácti a dvaceti roky vrcholí mládí. v tomto období je člověk „krásný“, tělesně i duševně svěží, nejdychtivější a nejbystřejší. Jde o období, kdy člověk bere svůj život svobodně do svých rukou. Zároveň jde však o období velmi těžké a plné rozporů. Adolescent se musí vyznat sám v sobě, nachází si své místo ve společnosti, ověřuje si, co dokáže a vydrží, hledá si pro sebe nějaký vhodný životní program. Musí dělat důležitá životní rozhodnutí, dokončuje přípravu ke společenskému uplatnění v životě, dělá k tomuto rozhodné kroky (volba povolání). Jde o velké úkoly, které vyžadují rozhodnost a okamžité řešení.

Většinou bývá toto období spojováno s krizemi a kotrmelci, které pozorovatelé (rodiče) jen těžko chápou a odpouští. Teprve koncem tohoto bouřlivého období nastává uvolnění a úleva, kdy dochází k citovému a rozumovému prohloubení a zklidnění (Říčan, 2014, s. 191 - 195).

Dle Kabíčka dochází během tohoto období k poměrně rychlým biologickým, psychologickým a vývojovým změnám. „Dochází k pohlavní zralosti, u chlapců se vyplavuje větší množství testosteronu, způsobující zvýšenou aktivitu, mnohdy i agresi. Dosaženo je i bazální pohlavní zralosti, stejně tak můžeme pozorovat i růstové změny“ (2014, s. 19). Zásadní změny však nastávají i ve vývoji mozku. Dle nejnovějších současných výzkumů z oblasti neuroanatomie Kabíček poukazuje na největší neurobiologické změny v oblasti mezokortikolymbického systému. Zde se nachází centra emocí, jejich kontroly, rozhodování a impulzivita (2014, s. 19).

„Identita je v psychologii pojem o hledání svého Já. Hledání a vytváření své identity není záležitostí jen adolescence, nýbrž celého života. Avšak adolescence je vrcholem osobního zápasu o identitu, proto je tento pojem klíčem k tomuto období“ (Říčan, 2014, s. 216).

1.1.1 Rozdělení adolescence

Dle Carr-Gregga (2014, s. 26 - 28) psychologové rozlišují tři fáze adolescence: ranou, střední a pozdní.

- **Raná adolescence** – období prudkých fyzických změn provázených úzkostí, jejímž zdrojem je vlastní vzhled, tělesné tvary, sexualita.

Nedávným výzkumem v oblasti magnetické rezonance bylo zjištěno, že typické bouřlivé chování adolescentů spočívá v přemíře hormonů a nedostatku kognitivních kontrol nutných k sebeovládání. Tyto studie přinesly přesvědčivý důkaz o tom, že lidský mozek roste a dospívá, avšak v období adolescence je „hotov“ teprve zhruba z 80 %.

- **Střední adolescence** – intenzivní zájem o vrstevníky, zvolnění, či úplné zpretrhání rodičovských vazeb, budování vlastní identity. Významné je i riskování, jehož následky si však adolescent jen velmi zřídka uvědomuje.
- **Pozdní adolescence** - smíření se se svojí identitou, pochopení rolí v životě, vztahy s okolím jsou více založeny na lásce a úctě. v této etapě se již plánuje budoucnost.

„Výzkumy dokazují, že pokud je v tomto období nablízku dospělá osoba, která pomáhá stanovovat cíle, adolescent je lépe schopen jejich dosažení“ (Carr-Gregg, 2014, s. 26 - 28).

2 Poruchy chování

„Poruchami chování lze označit takové vzorce chování, které jsou v dané sociokulturní normě nechtěné, nežádoucí, nebo až nepřijatelné. Jsou multifaktoriálního původu, tzn. působením řady vnitřních a vnějších faktorů působící v inkriminovaném čase ve vzájemné interakci. Znalost příčin poruchového chování, jeho diagnostika a následné výchovné působení je záležitostí diagnostická, terapeutická a spadající do oblasti speciální pedagogiky“ (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 235). Obor, zabývající se přímo poruchami chování dětí, se nazývá **etopedie**.

2.1 Sociálně patologická charakteristika poruch chování

Dle Ptáčka představují poruchy chování v současné době vcelku častý, až alarmující psychiatrický a psychologický jev. Mezi základní projevy poruchového chování patří:

- agrese,
- vandalismus,
- porušování pravidel,
- krádeže,
- lhaní.

Aby se dalo skutečně hovořit o „poruše“, četnost projevů musí přetrvávat nejméně po dobu šesti měsíců (Ptáček, 2006, s. 5).

Ptáček dále uvádí, že poruchy chování mají tzv. multifaktorovou etiologii, což znamená, že příčiny mohou spočívat v biologických, psychosociálních a rodinných faktorech. Poruchy chování jsou mnohdy nesprávně zaměňovány s velkou řadou jiných poruch, ba dokonce i situačními reakcemi dítěte.

Jde například o poruchy pozornosti a hyperaktivity (ADHD), afektivní poruchy (deprese) aj. u dítěte může přitom jít pouze o reakci na stresovou, nebo náročnou situaci, ve které se neumí orientovat a neumí se na ni adaptovat. v praxi jde především o děti týrané, zneužívané a zanedbávané, které jsou náchylnější k sociálně patologickým jevům. Izolované projevy nežádoucího chování, jako jsou například malé krádeže v obchodech, experimentování s drogami, občasné projevy agresivního chování, situační lži, jsou poměrně častým jevem i během dětství. Některá období vykazují až 80 % dětí. „Tyto projevy však nelze považovat za poruchy chování ve smyslu psychiatrické diagnózy“ (2006, s. 8).

V závěru Ptáček uvádí, že poruchové chování nemusí být životním stigmatem. „S pozitivním přístupem, bezpodmínečnou rodičovskou láskou a systematickou výchovou, jde pozitivně ovlivnit budoucí životní dráhu. Současně je však důležitá i spolupráce pedagogických pracovníků a vhodných preventivních výchovně vzdělávacích prostředků“ (2006, s. 5 – 6)

2.2 Diagnostika poruch chování

Dle Fischera platí v každé sociokulturní společnosti určité *společenské normy*, kterými se jednotlivci dané společnosti řídí a respektují je. Každá společnost může vykazovat mírně odlišné normy a hodnoty. Chování, které je normální, těmto pravidlům, zvykům a tradicím s určitou mírou tolerance odpovídá. Pokud však někdo

tyto normy opakovaně neakceptuje a překračuje, je jeho chování v dané společnosti nežádoucí a nepřijatelné. Označuje se jako *poruchy chování*.

Pokud u člověka nenastal dostatečný rozvoj psychických a osobnostních předpokladů, začne jedinec vykazovat odchylky v oblasti sociálních vztahů, projevující se neschopností respektovat normy a pravidla odpovídající jeho věku (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 212 - 214).

„Odborná a precizní diagnostika poruch chování hraje velice důležitou roli. Mnohem důležitější je ovšem odborný a systematický přístup všech zúčastněných stran k dítěti“ (Ptáček, 2006, s. 7).

2.3 Klasifikace poruch chování

Poruchy chování dle Fischera můžeme třídit a klasifikovat různými způsoby. Nejčastější klasifikace jak ve speciální pedagogice, tak i ve vědních disciplínách příbuzných je klasifikace podle stupně její nebezpečnosti pro společnost (2014, s. 218 - 220).

1) Poruchy chování podle společenské nepřijatelnosti

a) Disociální poruchy chování

- Nepředstavující pro společnost závažné ohrožení.
- Jde o drobné odchylky od společenské normy.
- Jde o první příznaky možného dalšího negativního vývoje jedince.
- Důležité je zahájení spolupráce se speciálními pedagogy, aby se zavčas zabránilo nechtěnému rozvoji poruchového chování.
- Patří sem zlozvyky, neposlušnost, odmítání, vzdorovitost, vandalismus, lhání.

b) Asociální poruchy chování

- Může znamenat již určitý stupeň nebezpečnosti pro společnost.
- Jde již o závažnější poruchu chování, neřešený dlouhodobý stav.
- Jde o významné odchylky od normy, z důvodu nezájmu okolí o jeho osobu.
- Toto chování již vyžaduje nezbytnou intervenci speciálních pedagogů, psychologů a speciálních institucí (poradny, terapie a léčebny).

- Tyto poruchy mají trvalejší charakter a velmi často se mění v ještě závažnější formy.
- Patří sem záškoláctví, útěky, toulavost, závislosti, sebepoškozování, užívání omamných a psychotropních látek

c) **Antisociální poruchy chování**

- Ty se vyznačují vysokou mírou nebezpečnosti pro společnost.
- Jedná se o přímo protispolečensky zaměřené činy a porušování zákonných norem. Zde nastupuje za vykonaný čin sankce, či trest.
- Speciálně pedagogická a etopedická praxe je realizována ve speciálních zařízeních typu školských zařízení pro děti s nařízenou ústavní výchovou, či uloženou ochrannou výchovou, nebo může jít i o věznice.
- Mezi formy antisociálních forem chování patří veškerá kriminalita, delikvence a může přejít i v terorismus.

2) **Poruchy chování podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10**

Fischer (2014, s. 220) uvádí, že v mezinárodní klasifikaci nemocí, vydané světovou zdravotnickou organizací WHO, můžeme nalézt i některé nemoci, týkající se přímo poruchového chování. Tyto mají označení F90-92 a uvádějí se zde následující specifika:

- **F90 – hyperkynetické poruchy** – raný začátek, s kombinací nadměrně aktivního špatně zvladatelného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvalého soustředění na zadaný úkol. Tyto projevy můžeme pozorovat ve všech situacích a jsou trvalé. K jednotlivým poruchám patří i porucha pozornosti a hyperaktivity ADHD, syndrom deficitu pozornosti nebo syndrom s hyperaktivitou.
- **F91 – poruchy chování** – opakované poruchové chování jedince s trvalým obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Dále pokud je toto chování opravdu extrémní, porušuje sociální chování daného věku a je považováno za víc než jen dětská nezbednost nebo rebelství v adolescentním věku. Ojedinelé a kriminální činy však nemusí vždy znamenat poruchu chování. Musí jít o trvalý jev, mající další přidružené projevy, jako je samotářství, agrese, skupinová delikvence, přečiny s partou, krádeže za účasti s dalšími jedinci, záškoláctví apod.

- **F92 – smíšené poruchy chování a emocí** – jde o skupinu poruch charakterizovanou kombinací trvale agresivního, disociálního a vzdorovitého chování se zřejmými příznaky deprese, úzkosti a dalších emočních výkyvů. Jde o kombinaci několika poruch ze škály klasifikace MKN, kdy se přidružují i emoční, neurotické a depresivní poruchy.

3) Poruchy chování podle převládající složky osobnosti

Jako další hledisko pro určení poruchového chování uvádí Fischer (2014, s. 221) hledisko tzv. dominantní složky osobnosti.

- **Neurotický jedinec** – značně ovlivňovaný neurotizujícím prostředím, labilnější, s nižší mírou ovládnutí, zkratkovitými reakcemi, s nižšími schopnostmi zvládat akutní zátěž.
- **Jedinec s poruchou osobnosti (psychopatický)** – jde o biologické dispozice, trvalé povahové odchylky, neadekvátním chování, nepřizpůsobivostí k okolnímu sociálnímu prostředí.
- **Jedinec sociálně nepřizpůsobivý** – vykazuje sociálně patologické jednání, v důsledku případné závislosti, narušených sociálních vztahů po propuštění z výkonu ústavní a ochranné výchovy, výkonu trestu odnětí svobody, nedůstojného způsobu života.
- **Jedinec s nižší úrovní rozumových schopností** – značně ovlivnitelný, žijící přítomností, upřednostňující spíše konzumní způsob života, bez náhledu svého jednání a s oslabenými volnými vlastnostmi.

2.4 Příčiny poruch chování

Dle Fischera se příčiny vzniku a rozvoje poruchového chování označují jako multifaktoriální, což znamená mnoho příčin, které za určitých okolností v určité kombinaci vnitřních a vnějších faktorů mohou způsobit poruchy chování (2014, s. 215 - 218). Významné faktory pro pravděpodobný rozvoj poruch chování jsou:

1) Biologické faktory:

- ✓ **pohlaví** - u mužů je prokázáno mnohem častěji agresivní chování vzhledem k mužskému hormonu testosteronu,
- ✓ **věk** – první možné příznaky kolem 5 roku věku, poté v období pubescence a adolescence,

- ✓ **osobnostní temperament** – jistí jedinci mající geneticky podmíněné impulsivní chování, mají nižší míru frustrační tolerance,
- ✓ **narušená funkce CNS** – v anamnézách jedinců s narušenou funkcí CNS se často objevují biochemické a fyziologické poruchy v ontogenetickém vývoji. Jde o poruchy chování související s lehkou mozkovou dysfunkcí, LMD nebo ADHD.

2) Psychické faktory:

- ✓ **mentální úroveň** – jde především o nižší míru rozumových schopností. Souvisí většinou se školní neúspěšností, i v mimoškolních činnostech. Odráží se to následně ve vzdorovitém chování, záškoláctví apod. Někdy může mít jedinec i nadprůměrný intelekt, poté je možno hledat souvislost v nevhodném působení rodiny.
- ✓ **neuspokojené potřeby bezpečí a jistoty, sounáležitosti a lásky** – pokud v této oblasti nedochází k dostatečné stimulaci potřeb a motivace, může poté docházet k poruchám chování. Velkou roli zde hraje nuda.
- ✓ **ocenění v partě vrstevníků** - někdo se o jedince zajímá, má jej rád a má své určité místo. Nastupuje potřeba seberealizace a s ní spojené dosahování cílů (krádeže, vandalství).
- ✓ **specifická porucha osobnosti** (dříve psychopatie) – patří mezi závažnější poruchy, patří sem disociální porucha osobnosti. Jedná se o emočně nestabilní poruchu osobnosti.

3) Sociální faktory:

- ✓ **rodina** – je jedním z nejdůležitějších faktorů. Dítě je ohroženo, pokud dochází k výchově dítěte rodiči, kteří sami vykazují patologické chování a dopouštějí asociálního a antisociálního chování. Dalším významným faktorem je dysfunkce rodiny, která je spojena s problémem psychické deprivace dítěte. Rozvoj poruch může mít i přímou souvislost se syndromem týraného a zneužívaného dítěte.
- ✓ **parta** – dalším z nejčastějších faktorů ovlivňujících jedince je jeho parta. Zde dochází velmi často ke zhoršení poruch chování za vlivu vrstevníků, členů party.
Jde o kombinaci poruch následkem negativního výchovného působení rodinou a následnými školními neúspěchy. Navyšuje se tím riziko závislosti na psychoaktivních látkách a delikvence.

2.5 Činitele poruch chování

Obecně dělíme činitele poruch chování na vnitřní a vnější. Dodnes patří tyto činitele k předním výzkumným prvkům. Kombinace několika činitelů současně utváří individuální osobnost:

1) Vnitřní činitelé:

- Dědičnost
- Osobnost

2) Vnější činitelé:

- Rodina
- Školní prostředí
- Vrstevnické party

Dědičnost

Vágnerová uvádí (2004, s. 30), že souhrn všech dědičných předpokladů se označuje pojmem genotyp – předpoklady ke vzniku různých vlastností organismu. Genetická informace určuje míru vzniku nějaké psychické odchylky. Vágnerová dále uvádí, že konkrétní projevy jsou závislé na působení vnějších vlivů. i přesto platí, že čím je větší míra zastoupení psychické poruchy nebo odchylky, tím je méně účinné vnější působení.

Genetické informace jsou zakódovány ve dvou stejných sadách, jedné mužské a druhé mateřské. Mezi oběma existují dosud nevyjasněné vztahy. „Žádný gen, ani gen, jehož funkce je nějak změněna, se neprojevuje zcela izolovaně, ale vždy v rámci celého genotypu, resp. organismu jedince, žijícího v určitém prostředí“ (Vágnerová, 2004, s. 30).

Normální psychické vlastnosti bývají dědičné tzv. polygenním způsobem. To znamená, že se na jejich vzniku podílí větší množství určitých genů, které by izolovaně nikterak nevynikly. Společně však tvoří předpoklad rozvoje nějakého určité vlastnosti. Při významném spolupodílení se vnějších vlivů dojdeme ke konečné variantě označené pojmem fenotyp. Podíl dědičnosti a vlivu vnějšího prostředí může mít různý vliv na vznik určité poruchy či odchylky. Závisí na povaze konkrétní vlastnosti. Proto

se míra dědičnosti velmi špatně určuje, neboť působí celá řada faktorů (Vágnerová, 2004, s. 41).

Koukolík a Drtilová poukazují na dlouholetý projekt britských vědců, hledajících odpovědi na genetický přenos informací mezi jednovaječnými a dvojevaječnými dvojčaty. Z jejich výzkumu vyplynul závěr, že „porucha chování má u různých dětí různé příčiny. V případě genetické zátěže budou mít vlivy zevního prostředí, to znamená pedagogický a léčebný vliv rodičů, učitelů, případně dětských psychologů a psychiatrů menší efekt, než je tomu v případě poruchy chování, která nemá genetickou složku“ (2006, s. 72).

O dědičnosti psychických chorob a poruch Vágnerová uvádí, že „dispozice vzniku psychických poruch, resp. duševních onemocnění mohou vyplývat z několika možných způsobů narušení genotypu, tj. typů dědičností“ (2004, s. 36). Míra genetické zátěže může být v těchto případech různá. Jde o poruchy heterogenní, což znamená, že se na jejich vzniku podílejí různé geny, s rozdílným dědičným přenosem, které nejsou ve stejné interakci s rozmanitými vnějšími vlivy (Zvolský, 2001, in Vágnerová, 2004, s. 39). Dle Vágnerové (2004, s. 39) je velmi významná i vývojová fáze. Např. u genů pro dopaminu D4 receptoru, na nichž je závislá potřeba stimulace a tendence k hyperaktivitě, impulsivnímu jednání a reagování, se projevují především v období mládí. Hovoří se o tom, že vliv některých genetických faktorů působících na jisté osobnostní rysy, v průběhu stárnutí klesají.

Osobnost

Jak uvádějí Koukolík a Drtilová (2006, s. 47), za počátek lidské osobnosti lze označit vývojové období, kdy se u dítěte začne projevovat „jáství“. Osobnost charakterizují, jako něco trvalého, přesto dynamického, co má vztah ke svému nositeli, ke svému nitru, k vnitřnímu Já, stejně tak ale i k zevnímu světu, které jej obklopuje.

Koukolík a Drtilová dále (2006, s. 90-91) poukazují na velmi významné období utváření vzniku osobnosti, kdy se vyvíjí vazba dítěte na matku. Tuto vazbu poprvé pojmenoval anglický psychiatr John Bowlby. Podle něho je i tato teorie pojmenována jako „Bowlbyho teorie vazby“, či anglicky „Attachment theory“. Bowlby tento vztah charakterizuje jako klíčový pro další vývoj osobnosti člověka. Výsledkem této vazby je fenomén tzv. „bezpečné základny“. Pokud je dítě v blízkosti matky či jedince, k němuž cítí citovou vazbu, pak cítí se i ono bezpečně a začne postupně a přirozeně rozvíjet své

další schopnosti. Pokud k tomuto nedojde, z důvodu např. odloučení dítěte od matky, nastane „separační protest“ dítěte. To znamená zastavení zkoumání svého okolí, násilná a hněvivá snaha o obnovení vztahu. Vytvoří si tak vlastní vnitřní pohled na citovou vazbu na lidi, která nemá omezený charakter pouze na dětství, ale nese si jej dál i do budoucího života.

Příklad projevů nejisté vazby:

- 1) ustrašenost,
- 2) méně radosti,
- 3) negativita,
- 4) rostoucí hněvivost,
- 5) neschopnost samostatně si hrát.

Současná klasifikace typu vazeb dle Karáskové:

- 1) **bezpečná vazba (secure attachment)** - dítě, které tuto vazbu nemá a nedojde k jejímu naplnění, bude projevovat známky *deprivace*. Pokud je chování matky či pečující osoby vyhýbavé nebo nejisté, vznikne tak některý z typů tzv.
- 2) **nejistá vazba (insecure attachment)** - vyhýbavá vazba je typ vztahu vyvolaný odmítající matkou, kdy se dítě naučí nedávat najevo negativní emoce, křičet nebo plakat, neboť reakce matky jsou nepředvídatelné.
- 3) **dezorganizovaná neboli dezorientovaná vazba** - je-li pečující osoba zároveň zdrojem bezpečí i zdrojem ohrožení, například u týrání nebo zneužívání dítěte, dítě poté reaguje často úzkostně a mívá dezorganizované vzorce chování.

(KARÁSKOVÁ, Jana. Teorie vazby Johna Bowlbyho [online]. [cit. 17.3.2015].

Dostupný na: <http://hranicni-porucha-osobnosti.webnode.cz/news/teorie-vazby-johna-bowlbyho/>)

Rodina

Dle Vágnerové (2004, s. 45) je „rodina z hlediska rozvoje dětské osobnosti nejvýznamnější sociální skupinou“. Dítě zde získává prostřednictvím nějaké dospělé osoby, nejčastěji matky, své prvotní informace o okolním světě. Matka je i s ostatními

členy rodiny zdrojem jistoty, bezpečí a zdrojem informací. Dítě si tak utváří vlastní sebezpečí o světě a poznání, zda je kladně či záporně hodnoceno.

Rodina výchovou dítě stimuluje a rozvíjí jeho schopnosti a dovednosti. Dítě tyto zkušenosti přijímá, jsou pro něho autoritativní. Zatím respektuje názory a hodnocení dospělých.

Jednotliví členové rodiny a jejich vztahy slouží jako model, který dítě napodobuje a identifikuje se s ním.

Uspořádání rodinného systému a jednotlivých jejích členů ovlivňuje další vývoj dítěte, dokonce i adaptaci na jiné sociální prostředí. Zde se již mohou projevovat první nedostatky ve fungování rodinného systému, kterému dítě nerozumí a stává se pak obětí tohoto systému. Rodina ovlivňuje dítě pro svoji bezbrannost a závislost pozitivně i negativně. Veškeré vlivy jsou pro dítě primární a mají velký význam pro rozvoj a prožívání dalších sociálních podnětů.

Proto má rodina z hlediska různých psychických poruch největší vliv na utváření chování dítěte. Psychická pohoda a rodinné zázemí má vliv i na chování v dospělosti.

Pokud jsou rodinné vztahy něčím narušeny, stanou se rizikovým faktorem, který je následně spouštěčem psychických potíží s následky v rozpadu rodiny, domácího násilí apod. (Vágnerová, 2004, s. 46).

Ptáček (2006, s. 5) uvádí, že poruchy chování v dětství představují poměrně rozšířený psychologický a psychiatrický jev. Dle jeho výkladu mezinárodní statistiky poukazují na to, že jde často o týrané, zneužívané a zanedbávané děti. Jsou označeny za skupinu silně ohroženou možnými negativními psychosociálními jevy, před nimiž je rodina nedokáže ochránit.

Dunovský poukazuje na celou řadu poruch souvisejících s neschopností rodičů zvládnout rodičovskou roli (Dunovský, 1999, in Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 198). Dle Šulové lze rodičovskou neschopnost rozdělit následujícím způsobem (Šulová 2004 in Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 198):

- **Rodiče se o své dítě nemohou starat** – nepříznivé životní podmínky (přírodní katastrofy, válka, bída, nemoc, úmrtí)
- **Rodiče se o své dítě starat nedovedou** – nejsou schopni zabezpečit základní potřeby
- **Rodiče se o dítě starat nechtějí** – spočívá v poruchách osobnosti rodičů

- **Rodiče se o dítě starají nadměrně, až hyperprotektivně** – dítěti se dostává nadměrné pozornosti, dochází k rozmazlování, důsledkem je nepřipravenost na samostatný život.

Psychická deprivace

Dle Fischera označujeme jako psychickou deprivací stav „neuspokojování potřeb citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu“ (2014, s. 206). Jde o strádání dítěte v raném vývojovém období, kdy nedochází k uspokojování oblasti potřeb, především oblasti citové a emocionální. Fischer (2014, s. 207) hovoří i o tzv. subdeprivaci, což je mírnější forma deprivace, kde děti mohou být až nadstandardně zabezpečeni v oblasti materiální a sociální, strádají však opět v oblasti citové. Problematikou psychické deprivace se od poloviny minulého století významně zabývali Matějček a Langmajer. Jejich výzkum vychází z praktických zkušeností o vývoji dětí, které byly různým způsobem zanedbávány, či byly segregovány od matky a vyrůstaly v ústavech s kolektivní výchovou (Vágnerová 2011, in Matějček, Langmajer, 2011, s. 7). Při svých výzkumech se dále zaměřili na analýzu chování a přístup matky k dítěti.

Dlouho se mělo za to, že není rozdílu. Dle zdrojů Matějčka a Langmajera je to však právě mužská populace, která má k deprivaci blíže. Langmeier a Matějček uvádí příklady jednotlivých zahraničních psychologů a psychiatrů, jak popisují důvody, na základě kterých jsou chlapci náchylnější k deprivaci. Vysvětlují to i vlastním zkoumáním postojů rodičů k jednotlivému pohlaví, stejně tak i dispozicemi k sociálnímu chování a vlastní výchově chlapců a dívek (Langmeier, Matějček, 2011, s. 209-210).

1) **Zevní podmínky deprivace** dle Langmeiera a Matějčka (Langmeier, Matějček, 2011, s. 73 - 168) spočívají především v:

- Úplné kolektivní péči – původní záměr záchrany dětí před hříšným zbavováním. Později však i přesto vysoká úmrtnost 60 - 70% a psychická deprimovanost.
- Částečné kolektivní péči – charakter doplňující výchovné péče (jesle, týdenní školky, a školy). Rozdíl v nástupu deprivace lze hodnotit z délky odloučení od rodiny. Větší ohrožení deprivací, než emočními konflikty.

- Deprivaci v rodině – špatně fungující rodinné prostředí, někdy až životu nebezpečné. Následky neuspokojování psychických a citových potřeb dochází k opožděnému vývoji. Vyšší riziko emočních konfliktů, než ohrožení deprivací.
- Deprivaci v širším společenském prostředí – děti žijící v rodině, jsou však izolovány od okolního světa. Příkladem jsou:
 - a) děti se smyslovými, pohybovými či smyslovými defekty,
 - b) izolované děti od okolního světa z důvodu osobitého rodičovského přesvědčení (sektářství),
 - c) izolovaná rodina od okolního světa z důvodu osamělého života mimo civilizaci, v osadách, od styku s běžným společenským a kulturním životem.
- Mimořádných životních situacích – nelze zařadit do předešlých skupin, jde např. o náhlé životní situace typu:
 - a) živelných pohrom a katastrof,
 - b) vyvolané společenskými převraty, války a revoluce.

2) **Vnitřní podmínky deprivace** dle Langmeiera a Matějčka (Langmeier, Matějček, 2011, s. 205 - 219) spočívají především ve:

- Vývojových podmínkách – stejné deprivací podmínky mohou působit zcela jinak na děti různého věku v různém vývojovém období a za působení sociálních podnětů okolí.
- Rozdílu podle pohlaví – výsledky výzkumu se dopělo k názoru, že dívky mají bližší citový vztah s matkou, u chlapců nastupuje později. Významnou roli hraje i společenský přístup k oběma pohlaví.
- Konstitučních rozdílech – stejné deprivací okolnosti působí odlišně na jedince dle jejich konstitučního vybavení.
- Patologických rozdílech – stejné deprivací podmínky působí zcela rozdílně na děti „normální“ a děti postižené nějakým mentálním či organickým defektem.

Školní prostředí

Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 47 - 53), škola je institucí mající svá pravidla, určitou specifickou hierarchii rolí a jasné vymezení jejich obsahů.

Škola představuje pro dítě stimulační a rozvíjející prostředí. Má však jisté požadavky a svá očekávání, které mohou být pro některé děti nedostupné, nebo těžko splnitelné. Hodnocení výkonu a chování představuje určitou zpětnou vazbu, což může ovlivnit sebehodnocení dítěte.

Pro neúspěšné a špatně adaptovatelné děti se toto prostředí může stát ohrožujícím, nebo naopak naprosto bezvýznamným (pokud má však v tomto podporu a porozumění rodiny).

Podstatným je zde vztah dítěte a učitele, který může být i velmi stresující. Učitel představuje pro dítě autoritu s určitou mocí.

Faktory zátěžových situací ve škole, které mohou rozpoutat poruchové chování:

- **Frustrace** – situace, kdy je znemožněno uspokojení nějaké potřeby, i když převládalo přesvědčení, že k uspokojení dojde, neočekávaná ztráta naděje, zklamání.
- **Konflikt** – za běžných okolností přirozená situace, pokud se však stane závažným a trvá příliš dlouho, někteří jedinci jej neumí řešit. Za určitých a opakovaných okolností jde o frustrující zkušenost, což je stresující faktor.
- **Stres** – z psychologického hlediska jde o stav nadměrného zatížení a ohrožení. Jde více o psychologické pojetí než biomedicinské pojetí stresu. Stres může být i pozitivní, může člověka podněcovat a aktivizovat k vyšším výkonům.
- **Trauma** – jde o náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě. Trauma ovlivňuje objektivitu, citové prožitky. Následky se mohou projevovat zpočátku izolovaností a posttraumatickou stresovou poruchou.
- **Krize** – narušení psychické rovnováhy v důsledku náhle vyhrocené situace, jde o podnět k nutné změně, mění se uvažování, hodnocení situace, ochromení, bezmoc. Krize může mít i pozitivní význam (rozvoj jedince), převážně však negativní význam (únik do užívání psychoaktivních látek).

Vrstevnická parta

Vliv vrstevnické skupiny (Vágnerová, 2004, s. 46) zaujímá v průběhu dětství čím dál větší význam. Souvisí to s celkovým psychickým vývojem dítěte, osamostatňováním, odpoutáváním se od rodiny. Již od začátku školní docházky

dochází k působení vlivů vrstevníků na vývoj jedince, což dopomáhá k rozvoji určitých schopností a dovedností (avšak jiných, než co posiluje škola a rodina).

V této skupině se dítě musí naučit prosadit, svoji roli nemá jistou. Negativním působením vrstevnické party dochází ke ztrátě sebeúcty a sebehodnocení. Na základě těchto poznatků dojde k fixaci zkušeností, což přináší důsledky platné pro další život. V rámci upevňování pozice a role v partě, může se chování přeměnit v rizikové, projevující se experimentováním s drogami, nebo sociálně nepřijatelným chováním, jako jsou krádeže a vandalismus.

Následky chování ve vrstevnické partě mohou značně ovlivnit chování jedince v dospělosti.

2.6 Výchovné působení

Současná doba nabízí rodičům a dětem s poruchami chování kvalitní výchovné a preventivní působení na úrovni prevence, poradenství, ústavní a ochranné péče (DOMBIOVÁ, Jitka. *Jak pracovat s dětmi s LMD (ADHD, ADD) a poruchami chování?* [online]. [cit. 11. 1. 2015]. Dostupný na: <http://www.viagnosis.cz/zasady-pro-zlepseni/>).

Velký pokrok nastal především v oblasti speciálního školství a speciálních institucí, které se zabývají edukací a preventivními programy pro děti s poruchami chování. Fischer (2014, s. 230 - 235) k tomu dodává, že jde především o instituce náležející do resortů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, spravedlnosti, zdravotnictví, práce a sociálních věcí. Využití prostředků k nápravě a prevenci poruchového chování pak závisí na „věku dítěte, typu poruchy chování a mravní narušenosti“ (Svoboda, 2014, in Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, s. 230).

Podobné možnosti rozvíjení speciálního školství se týkají i samotných pedagogů, kdy v současné době dochází k podpoře studijních oborů speciální pedagogiky, aby pokud možno co nejvíce pedagogů umělo pracovat s dětmi vykazující poruchy chování. Napomáhá tomu i současný trend integrace a inkluze dětí ve školách.

2.6.1 Speciálně pedagogická prevence

Při selhávání výchovných funkcí rodiny a ohrožení psychického, fyzického a sociálního vývoje se nabízí podpora ze strany různých speciálních institucí. Problémům se dá předcházet včasnou prevencí a stanovením výchovných opatření z důvodu společensky požadovaného vývoje (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 230).

2.6.2 Formy prevence

Vágnerová (2004, s. 31) uvádí, že v případě určitých genetických vloh, které mohou podpořit rozvinutí psychické odchylky, je můžeme za určitých okolností působením vnějších vlivů stimulovat, nebo zpomalit. Je tedy namístě, zahájit u dětí ze sociálně patologického prostředí co nejdříve vhodnou preventivní pomoc.

Fischer (2014, s. 230 - 232) uvádí tyto fáze prevence:

- a) Primární prevence** – aktivity zaměřené proti rozvoji delikventního chování. Cílem je zvyšování sociální způsobilosti, orientace mezilidských vztahů, řešení konfliktů a náročných situací. Těžiště spočívá v rodině, škole, mimoškolních klubech, domy dětí a mládeže, sportovní a zájmové kroužky.
- b) Sekundární prevence** – zabývá se již rizikovými jedinci a skupinami osob, u nichž je znám předpoklad sociálně patologických jevů. Cílem je včasné vyhledání problémů a okamžité řešení. Těžiště spočívá na střediscích sociální péče (SVP) pro děti a mládež – ambulantní léčba, poradenství, internátní pobyty, speciální programy pro děti v přírodě, dobrovolnická pomoc atd.
- c) Terciální prevence** – cílem je úsilí o zmírnění dopadu na osobu vykazující poruchové chování a nasměrování do přijatelných vzorců chování - výchovné ústavy, věznice.

2.6.3 Charakteristika střediska preventivní péče „SVP“

„SVP poskytuje všestrannou preventivní sociálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc jedincům s rizikem, či projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji“ (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 231).

- Pomáhá jedincům po propuštění z ústavní výchovy s integrací zpět do společnosti.
- Péče je zaměřena na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování.
- Dále je péče zaměřena na prevenci již vzniklých závažných poruch chování a negativních jevů (pokud již nebyla soudně nařízená ústavní výchova, nebo uložena ochranná výchova).
- Poskytována je i preventivní ambulantní péče, celodenní nebo internátní služby. Tyto služby SVP jsou poskytovány na základě žádosti osob a zákonných zástupců dětí, odpovědných za výchovu dítěte.

- Zpracovává plán aktivit prevence zneužívání návykových látek v rámci škol a školských zařízení, kde koordinuje a poskytuje zároveň pomoc.

Tato pomoc je poskytována i pedagogickým pracovníkům odpovídajícím za vzdělání a výchovu. Týká se to pracovníků předškolních zařízení, škol a školských zařízení, spolupracuje s pedagogicko-psychologickými poradnami (PPP), speciálně pedagogickými centry (SPC) a s dalšími orgány podílejícími se na prevenci sociálně patologických jevů a drogové závislosti. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 230-231)

2.7 Ústavní a ochranná zařízení, ústavní péče

Děti s dlouhodobě se projevujícími poruchami chování jsou na základě soudního rozhodnutí umístěny do školských zařízení pro ústavní péči. Děje se tak na základě předběžného opatření, nařízené ústavní výchovy, nebo uložené ochranné výchovy.

Výchovu v těchto školských zařízení upravuje předpis č. 109/2002 Sb. Zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

2.7.1 Obecná charakteristika středisek výchovného působení

Středisky výchovného působení rozumíme následující instituce:

- a) diagnostický ústav,
- b) dětský domov,
- c) dětský domov se školou,
- d) výchovný ústav.

Ad a) Diagnostický ústav

Přijímá děti s nařízeným předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Zde pobývají děti nejvýše 8 týdnů.

- Zajišťují vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností.
- Různými terapeutickými metodami směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování dítěte.
- Na základě výsledků diagnostických, vzdělávacích, terapeutických, výchovných a sociálních činností, které jsou součástí komplexního vyšetření, zpracovává

komplexní diagnostickou zprávu s návrhem specifických výchovných a vzdělávacích potřeb stanovených v zájmu rozvoje osobnosti a umísťuje je do příslušných výchovných či školských zařízení.

Ad b) Dětský domov

Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které však nemají závažné poruchy chování.

- Tyto děti se vzdělávají ve školách, jež nejsou součástí dětského domova.
- Do dětského domova mohou být umísťovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let.
- Do dětského domova se rovněž umísťují nezletilé matky spolu s jejich dětmi.

Ad c) Dětský domov se školou

Do dětského domova se školou mohou být umísťovány děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky.

- Je určeno pro děti s nařízenou ústavní výchovou, mají-li závažné poruchy chování, nebo které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči.
- Jsou určeny také pro děti s uloženou ochrannou výchovou, které se dopustily zvláště závažných činů.

Ad d) Výchovný ústav

Výchovným ústavem rozumíme zařízení pro děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova, nebo uložena ochranná výchova, či předběžné opatření. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

- Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, které má uloženu ochrannou výchovu a v jehož chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou.
- Výjimečně, v případech zvláště závažných poruch chování, lze do výchovného ústavu umístit i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let.

(SBÍRKA ZÁKONŮ ČR. Předpis č. 109/2002 Sb.: ročník 2002 [online]. [cit. 27.12.2014]. Dostupný na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>)

2.7.2 Charakteristika ústavní péče

Ústavní výchova zajišťuje opatření, která jsou navržena orgánem sociálněprávní ochrany dětí (OSPOD) a jsou schválena soudem. Právně jsou upravena zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

- Tento zákon upravuje fungování a poměry ve výchovném a školském zařízení. Ukládá, jaká práva a jaké povinnosti vyplývají z ústavní výchovy jednak pro dítě, jednak pro ředitele a zaměstnance ústavu. Každé dítě je při nástupu do výchovného zařízení seznámeno s obsahem tohoto zákona, respektive s právy a povinnostmi zainteresovaných osob.
- Zařízení může na základě žádosti poskytovat plné přímé zaopatření i zletilé nezaopatřené osobě po ukončení výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy, připravující se na budoucí povolání, nejdéle však do věku 26 let,
- Dětem a nezaopatřeným osobám mohou být hrazeny
 - a) potřeby pro využití volného času a rekreaci,
 - b) náklady na kulturní, uměleckou, sportovní a oddechovou činnost,
 - c) náklady na soutěžní akce, rekreace,
 - d) náklady na dopravu k osobám odpovědným za výchovu.
- V rámci péče o děti jsou jim zajišťovány specifické výchovné a vzdělávací potřeby, a to v odstupňovaném rozsahu pro děti přiměřeně věku,
- Do zařízení jsou umísťovány i děti s mentálním, tělesným, smyslovým postižením, s vadami řeči, popřípadě s více vadami, a to takové děti, u nichž byla nařízena ústavní výchova, uložena ochranná výchova, nebo nařízeno předběžné opatření, pokud stupeň zdravotního postižení neodpovídá jejich umístění do zařízení sociálních služeb, či do specializovaného zdravotnického zařízení,
- V tomto zařízení je možná účast dětí i na náboženské výchově, na náboženských obřadech, popřípadě na dodržování náboženských zvyklostí, a to podle zájmu dítěte a s ohledem na předchozí rodinnou výchovu a na rozumové schopnosti dítěte.
- Podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací činnosti a péče v zařízeních a středisku a o způsobech uplatňování práv a povinností vymezených tímto

zákonem dětem nebo osobám odpovědným za výchovu, zařízením a středisku stanoví vnitřní řád.

- Základní organizační jednotkou pro práci s dětmi v zařízení je výchovná skupina, nebo rodinná skupina.

(SBÍRKA ZÁKONŮ ČR. Předpis č. 109/2002 Sb.: ročník 2002 [online]. [cit. 27. 12.2014]. Dostupný na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>)

2.7.3 Výchovný ústav

Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova, nebo uložena ochranná výchova. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

Výchovné ústavy se zřizují odděleně pro děti:

- a) s nařízenou ústavní výchovou,
- b) s uloženou ochrannou výchovou,
- c) které jsou nezletilými matkami a pro jejich děti,
- d) jež vyžadují výchovně léčebnou péči, popřípadě se ve výchovném ústavu pro tyto děti zřizují oddělené výchovné skupiny.

Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, má-li uloženu ochrannou výchovu, a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou. Výjimečně, v případech zvláště závažných poruch chování, lze do výchovného ústavu umístit i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let.

Výjimky z ustanovení odstavce 2 může udělit ministerstvo.

(SBÍRKA ZÁKONŮ ČR. Předpis č. 109/2002 Sb.: ročník 2002 [online]. [cit. 27. 12. 2014]. Dostupný na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>).

2.7.4 Základní problémy ústavní péče

- O děti pečuje několik pedagogických pracovníků, které se neustále střídají, kteří mají jen částečnou, nejasně vnímanou zodpovědnost za jeho vývoj a výchovu.
- Problém spočívá v častém střídání vychovatelů.
- Obtížnost vytvoření trvalejšího citového vztahu na konkrétní pečující osobu.
- Někdy i četnost střídání výchovných ústavů.
- Chudost podnětů oproti běžnému životu v rodině (přirozený běh života, trvalost mezilidských vztahů, pevná osobní identita).

- Modelové situace běžné rodiny.
- Ukončení ústavní péče ve věku 18 let (dovršení tohoto věku neznámá pro děti s poruchami chování i osobní zralost, dospělost).
- Právě doba po odchodu z ústavu patří mezi nerizikovější pro výskyt nežádoucích patologických jevů chování ústavního jedince.
- Celkově není tato problematika v ČR zatím systémově uspokojivě vyřešena a propracována, aby účelně plnila význam nařízené ústavní výchovy. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 20014, s. 234)

Tento problém se projevuje především v nedostatečné pomoci při počátečním rozvoji poruch chování. Dle Fischera (2014, s. 235) všechny výše uvedené body spíše prohlubují společenskou nepřijatelnost chování dětí pro společnost. Pokud nedojde k žádoucímu a smysluplnému působení v počátku vzniku nežádoucího chování, význam speciální pedagogiky a jejího působení se značně ztěžují.

U těchto ústavních dětí za těchto podmínek hrozí přijetí delikvence, jako způsob společenského uplatnění, a jeho korekce je velmi obtížná, především z pohledu změny chování (Salekin, 2010, in Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 235).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 Výzkumná část objektivní a subjektivní anamnézy

3.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je prostřednictvím objektivní a subjektivní anamnézy zjistit příčiny a možnosti prevence poruch chování u dětí ve výchovném zařízení. Hlavním cílem je zaměřit se na riziková období, kdy by bylo možné zavčas preventivně působit a omezit, či případně zastavit poruchové chování.

Ke zjištění těchto cílů byla použita analýza spisového materiálu respondentů a dotazníkové šetření.

3.2 Metody výzkumu

Při zjišťování možných příčin poruchového chování u dětí byly použity dvě metody.

1) Analýza spisového materiálu respondentů, která byla provedena v měsících srpen – září 2014. Vycházeli jsme se z celkového počtu 45 spisů.

Výzkumné šetření bakalářské práce jsme rozdělili na objektivní a subjektivní anamnézu respondentů. Při uvedené objektivní anamnéze bylo použito kvantitativní výzkumné šetření, které umožňuje číselné vyjádření a matematické zpracování výsledků (Gavora, 2006, s. 31). Analýzu dat z osobních spisů jsme zaměřili především na opakující se patologické jevy.

Výzkumným šetřením u objektivní anamnézy jsme zjišťovali tyto cíle:

- 1) věk respondentů,
- 2) typ rodiny respondenta,
- 3) v čí péči se respondent nachází,
- 4) funkčnost rodiny,
- 5) projevy patologického chování respondenta,
- 6) projevy patologického chování u rodičů respondentů,
- 7) shoda projevů poruch chování u respondentů a jejich rodičů,
- 8) nárůst poruchového chování v ústavní nápravné péči,
- 9) dětská psychická deprivace,
- 10) typologie respondentů dle C. G. Junga,
- 11) preventivní působení před nástupem do výchovného zařízení.

- 2) **Dotazníkové šetření** – které bylo použito jako doplňující kvalitativní výzkumný materiál, k dokreslení zjištěných skutečností na základě osobních postojů a prožitků respondentů. Otázky byly jednak uzavřené, jednak otevřené, aby se mohl respondent objektivněji vyjádřit.

V průběhu výzkumného šetření jsme použili i přímého pozorování respondentů, kdy bylo možné zachytit nejenom projevy poruch chování, ale i jejich psychické a emoční projevy.

Časový harmonogram výzkumu

- Květen – červen 2014 – příprava teoretické části, sběr informací z odborné literatury
- Červenec 2014 – zpracování metodologie
- Srpen – listopad 2014 – studium spisů, přímé pozorování, osobní dotazování
- Prosinec 2014 – tvorba teoretické části
- Leden – únor 2015 – tvorba praktické části
- Březen 2015 – finalizace, vytvoření závěrečné verze práce
- Duben 2015 – odevzdání bakalářské práce

3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumným souborem respondentů byli chovanci jednoho výchovného ústavu, s dětským domovem, základní školou, střední školou a školní jídelnou. Šlo o chlapecký výchovný ústav, pro chlapce od 15 - 18 let, tedy adolescenty. Výchovný ústav se nacházel v malém městě Karlovarského kraje a zabezpečuje vzdělávání na II. stupni ZŠ. Nabízí dva SŠ učební obory společného stravování Kuchař- číšník, zaměření kuchař 65-51-H/01 a Práce ve stravování, 65-51-E/02. Kapacita zařízení je 36 chovanců.

Tento výchovný ústav se řídí předpisem č. 109/2002 Sb. Zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů a „ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální“ (SBÍRKA ZÁKONŮ ČR. Předpis č. 109/2002 Sb.: ročník 2002 [online]. [cit. 27. 12. 2014]. Dostupný na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>).

3.4 Vyhodnocení výzkumného šetření

Analýza spisového materiálu respondentů

V následující analýze budeme zjišťovat všechny možné vlivy, které by mohly být příčinou poruchového chování.

Tabulka 1: Věk respondentů

Věk chlapců	
15 let	11
16 let	13
17 let	17
18 a více let	4

Z uvedené tabulky vyplývá, že se projevy poruchového chování u zkoumaného vzorku respondentů ve značné míře začaly projevovat v období mezi 16. a 17. rokem. Procenty vyjádřeno 15 let (24 %), 16 let (29 %), 17 let (38 %), 18 a více let (9 %).

Tabulka 2: Typ rodiny

Typ rodiny	
Úplná rodina	11
Neúplná rodina	16
Družský poměr	13
Žije s prarodiči	4
Žije v náhradní péči	2
Sourozence nemá	4
Sourozence má vlastní	16
Sourozence má vlastní i nevlastní	25

Uvedená tabulka poukazuje na rodinné prostředí, ze kterého respondenti pochází. Zde je již možné pozorovat první možné příčiny poruchového chování, které způsobuje neúplnost a nestabilitu rodiny. Z celkového počtu bylo 11 dětí (24 %) z úplné rodiny,

16 dětí (36 %) z neúplné rodiny, z rodiny, kde funguje družský poměr rodičů, jich bylo 13 (29 %), v prarodičovské péči pak 4 (8 %) a dva chlapci (4 %) byli v náhradní pěstounské péči. Analýza ještě poukazuje na sourozence respondentů, kdy 4 respondenti (8 %) neměli žádné sourozence, 16 respondentů (35 %) mělo sourozence vlastní a 25 respondentů (55 %) mělo sourozence nevlastní.

Již z těchto výsledků lze tvrdit, že rodina a její nestabilní vlivy na dítě mohou být jednou z možných příčin poruchového chování jedince.

Tabulka 3: V čí péči je respondent

V čí péči je respondent	
Oba rodiče	9
Matka	13
Otec	17
Jiná osoba /y/- prarodiče	4
Jiná osoba /y/-pěstouni	2

Z uvedené analýzy vyplývá, že společně se o děti staralo 9 rodičovských párů (20 %), v péči matky zůstávalo 13 respondentů (29 %), otcovskou péči převzalo 17 otců (37 %), o 4 děti (8 %) se starají prarodiče a 2 děti (4 %) jsou v pěstounské péči. Z uvedené tabulky je zřejmý poměrně významný počet respondentů v péči otce, kdy byla právě matce z různých důvodů odňata možnost výchovného působení a péče o dítě. Mezi nejpádňější důvody byla uváděna neschopnost matky zvládat výchovné působení na dítě. U respondentů se dala potvrdit psychická deprivace z důvodu nedostatečného citového uspokojení dítěte ze strany matky, psychické strádání dítěte z důvodu psychosociální nepřipravenosti matky a problematickém zajištění základních potřeb dítěte.

V případě společné rodičovské péče šlo, dle následného dotazníkového šetření (viz. Dotazník) o rodiče, kdy alespoň jeden z rodičů také pocházel z neúplné rodiny, z patologického rodinného prostředí, kde se dá předpokládat, že chybí správné vzorce chování a výchovy. Shoda dle dostupných informací však šlo o rodiče, kteří sami pocházeli z patologického prostředí, tudíž jejich vzorce chování, rodinné výchovy a jejího zvládnání jim činily značné potíže. V 6 případech (13%) se o chlapce starají jiné osoby (prarodiče, pěstouni), jež převzali péči po rodičích, kteří své výchovné působení

nezvládli. Zde je náprava poruchového chování velmi obtížná a vyžadující odbornou pomoc. U prarodičovské výchovné péče byl znát generační odstup, jenž vážným způsobem ovlivňoval patologické chování respondentů. Šlo převážně o liberálnější vedení výchovy, které respondenti upřednostňují.

Tabulka 4: Funkčnost rodiny

Funkčnost rodiny	
Dysfunkční	39
• Rodina přetížená	11
• Rodina nezralá	9
• Rodina liberální	5
• Rodina rozvodová	14
Afunkční	6
• Děti v péči prarodičů	4
• Děti v pěstounské péči	2

Tabulka funkčnosti rodiny poukazuje především na dysfunkční a afunkční typ rodiny. Z plně fungujících rodin většinou respondenti nepocházejí. Výsledek šetření poukazuje na 39 (87 %) respondentů z dysfunkčních rodin a v 6 případech (13 %) šlo o rodinu afunkční, kdy z důvodu zanedbání péče a základních hygienických návyků muselo být dítě svěřeno do péče prarodičů, nebo do náhradní pěstounské péče.

V této tabulce je u dysfunkční rodiny uvedeno ještě další možné dělení, které lze dle dostupných informací z anamnéz respondentů dále identifikovat např. jako rodinu přetíženého typu, kde 11 respondentů (24 %) pochází z rodinného prostředí, kde ve značné míře působil na členy rodiny sociálně-ekonomický stav, rodina byla vystavena častým dluhovým zátěžím, konfliktností mezi členy rodiny a časté střídání pracovního uplatnění rodičů/-e. V 9 případech šlo o rodinu nezralou, kdy byli rodiče respondentů sami velmi mladí a postrádali výraznější zkušenosti samostatně zvládat výchovu dítěte a chod rodiny. V 5 případech (11 %) rodiče zastávali zase velmi liberální přístup ve výchově, děti neměly vytyčené hranice a byly nekontrolovány. V některých případech se tak stalo i z důvodu nedostatečného výchovného vlivu rodičů, kdy dítě stálo spíše na pokraji jejich zájmu, mnohdy i z důvodu nadměrného uspokojování vlastních potřeb. V některých případech šlo i o přemíru láskyplné péče např. prarodičů, kteří nenastavují rozvíjícímu se dítěti pevné hranice. Nejvýraznějším typem rodiny se pak ukázala být

rodina rozvodová, kde ve 14 případech (31 %) respondenti neměli oba rodiče a psychicky strádali zejména důsledkem rozvodových událostí. Rozvodová situace rodičů bývá natolik stresující, že si následky respondenti nesou až do doby dospělosti.

Tabulka 5: Patologické chování respondentů, důvod umístění ve VÚ

Patologické chování respondentů	
Krádeže	38
Lhaní	31
Vulgarity	40
Agresivita	35
Šikana	11
Útěky	35
Drogy	40
Alkohol	29
Kouření	36
Parta	39
Špatné chování vůči okolí	35
Odmítání vzdělávání	39
Záškoláctví, toulavost	39
Problémy ve škole	45
Problémy doma	45
Psychiatrická péče	9

Uvedená tabulka uvádí nejčastější projevy poruchového a rizikového chování respondentů, kteří byli umístěni do ústavní péče. Celkový počet 45 respondentů vykazoval tyto projevy: 84 % krádeže, 69 % lhavost, 89 % vulgarismy, 77 % agresivita, 24 % šikana, 77 % útěků, 89 % má zkušenosti s užíváním drog, nebo s nimi alespoň experimentovali, 64 % má zkušenosti s požíváním alkoholu, 80 % v kouření, 87 % vliv party, 78 % špatné chování vůči věcem a lidem, 87% potíže s odmítáním vzdělávání, 87 % záškoláctví, toulavost, 100 % problémy ve škole, 100 % problémovost doma a 20 % respondentů již bylo někdy umístěno v psychiatrické léčebně z důvodu závažných psychických poruch.

Každý z výzkumného vzorku respondentů vykazuje několik projevů poruchového chování najednou.

Tabulka 6: Patologické projevy chování rodičů respondentů

Patologické projevy chování rodičů respondentů	
Trestná činnost	23
Výkon vazby	17
Drogy	19
Agrese	8
Alkohol	15
Kouření	32
Nezvládnutí výchovy	45
Psychiatrická péče	7

Uvedená tabulka znázorňuje poruchové chování rodičů respondentů, odkud může pocházet genetické zatížení. U 23 rodičů (51 %) byla prokázána trestná činnost, v 17 případech 38 % byli rodiče dokonce ve výkonu vazby, 19 rodičů (42 %) mělo zkušenosti s užíváním drog, 8 rodičů (17 %) vykazovalo v dospělosti agresivní chování, 15 rodičů (33 %) požívá pravidelně alkohol, u 32 rodičů (71 %) je uváděno kouření. Uložením ústavní výchovy dítěte nezvládlo výchovu všech 45 rodičů (100 %) a 7 rodičů (15 %) bylo již několikrát ústavně léčeno na psychiatrické klinice. Zde byly jako důvody uváděny snížená labilita, LMD, LMR.

Tabulka 7: Shoda patologických jevů respondentů s jejich rodiči

Shoda patologických projevů u dětí a jejich rodičů		
	Rodiče	Děti
Trestná činnost	23	23
Výkon vazby	17	9
Drogy	19	19
Agrese	8	8
Alkohol	15	15
Kouření	32	32
Psychiatrická péče	7	5

Tato tabulka poukazuje na šetření, kdy byla v určitém poměru průkazná shoda patologického chování respondentů s projevy chování jejich rodičů, nebo alespoň jednoho z nich. Trestná činnost byla prokázána u 23 rodičů a jejich dětí (100 %). Děti 17 rodičů ve výkonu vazby jsou ve shodě v 9 případech (53 %), drogová závislost 19 rodičů je ve shodě s jejich dětmi (100 %)- zde však mělo velký vliv i ústavní prostředí, kde respondenti nabyli dostatečných zkušeností s drogou. U všech dětí agresivních rodičů 8 byly (100 %) též potvrzeny sklony k agresi. Stejně tak je tomu i u 8 rodičů často požívajících alkohol, kdy i jejich děti (100 %) mají potřebu konzumace alkoholu již v době adolescence. V oblasti kouření 32 rodičů je též shoda 100 %, zde je dokonce hranice první zkušenosti s tabákovými výrobky posunuta na hranici 7 let! Z uváděných 7 případů rodičů, kteří již podstoupili psychiatrické léčení, je s nimi ve shodě 5 dětí (71 %), kteří již také podstoupili psychiatrickou léčbu.

V této tabulce je prokázán poměr sklonu k závislostem u dětí a jejich rodičů. Velmi významným faktorem je však prostředí, ve kterém se adolescenti pohybují. Z analýzy osobní anamnézy a dle přímého pozorování jsem dospěla k názoru, že ani v případě ústavní péče nelze zcela závislostem zamezit, či ovlivnit rozvoj závislostí. Tomu se dále věnuji v následující analýze (č. 8).

Tabulka 8: Nárůst projevů poruchového chování dětí v ústavní péči

Nárůst projevů poruchového chování dětí v ústavní péči		
	Projevy poruchového chování u dětí před ústavní péčí	Projevy poruchového chování v průběhu ústavní péče v %
Trestná činnost	38	42
Výkon vazby	0	8
Drogy	40	43
Agresivita	35	35
Alkohol	29	37
Kouření	36	41
Šikana	11	23
Útěky	35	39
Problémy ve škole	45	32

Tato tabulka velmi výstižně popisuje nárůst poruchového chování z důvodu působení vnějších patologických vlivů vrstevnické skupiny adolescentů při ústavní péči. Dalo by se očekávat, že ústavní péče bude fungovat jako nápravné zařízení. Co se projevů poruchového chování týče, opak je pravdou. Síla vnějších vlivů v těžkém období adolescence přímo ovlivňuje ústavní péče. Čísly vyjádřeno - trestná činnost stoupla o 9 %, 18 % respondentů se dostalo do výkonu vazby, o více jak 7 % respondentů zkusilo drogy, prokázaná agresivita zůstala na stejné hranici. Zde se ukázalo, že agresivitu hodně ovlivňují dědičné dispozice, které se projeví již v období pubescence, a respondenti si je nesou s sebou i do nové vrstevnické skupiny. Pokud se agrese ve větší míře neprojevila do 15 let věku, později, ve zkoumaném vzorku, již nenarůstala.

Co se alkoholu týká, dá se pozorovat až 18% nárůst pravidelné konzumace alkoholu, o 11 % chlapců více začalo kouřit. Překvapivý nárůst byl zaznamenán u šikany, kdy se v kolektivu respondentů zvedla šikana o 26 %. Dle vlastního pozorování lze uvést, že nárůst souvisí s upevňováním osobnostní pozice v kolektivu. Kdo nebyl průbojný a silný, neměl mezi adolescenty místo. Šikana je rovněž obranou a nástrojem upevňování pozic mezi vrstevníky. Byl zaznamenán 9% nárůst útěků ze

zařízení, z vlastního pozorování vyplynula neschopnost zvládnout ústavní výchovné působení, touha po svobodě a závislost na drogách. K velmi překvapivému výsledku došlo u problémů ve škole, kde došlo k poklesu, a to o 28 %. Nešlo zde o zlepšení výsledků vzdělávání, ale o samotnou akceptaci vzdělávacího procesu.

Tabulka 9: Dětská psychická deprivace - příčiny

Dětská psychická deprivace – příčiny	
Oslabená citová vřelost matky, nedostatečné pouto	36
Nedostatečná a nevhodná výchovná péče, na podněty slabé prostředí	39
Nezkušenost matky, citově slabé prostředí	31
Drogová závislost matky, nedostatečná péče	11
Nedostatečně podpůrné smyslové prostředí dítěte (hry, hračky)	28
Děti bez matky, rané umístění do ústavní nebo náhradní péče	6

Tato tabulka názorně poukazuje na možné příčiny poruch chování, spočívající v citovém poutu matky, vnějšího podnětného prostředí a výchovné péče. Obecně se hovoří o „dětské deprivaci“.

V tomto případě respondenti vykazovali hned několik možných příčin dětské deprivace. Závisí přitom na mnoha faktorech, jako je např. psychická vyzrálость matky, schopnost postarat se o jiné členy rodiny, drogová závislost, psychická zdatnost, finanční a sociální zabezpečení a v první řadě funkčnost rodiny. Výsledkem bylo zjištění, že u 36 respondentů (80 %) se jednalo o oslabenou citovou vřelost matky a nedostatečné citové pouto, způsobené především psychickým stavem matky, nezvládnutím situace a někdy i nechtěným otěhotněním. Velmi významná v této skupině ukázala být i neschopnost matky vychovávat více svých dětí, mnohdy i od různých partnerů. Velmi vysoké číslo 39 respondentů (87 %) bylo součástí rodiny, kde nebylo dostatečně podnětné prostředí (rodiče na ubytovně, rozvedení rodiče, neúplná rodina, časté stěhování, nedostatek výchovného působení matky (nebo obou rodičů), nevhodné výchovné prostředky, nebo naopak liberální postoj ve výchově. Mezi významné příčiny patřil i věk matky, kdy často mladé matky, samy byly téměř ještě dětmi a měly vychovávat své vlastní děti. Asi 50 % těchto matek pocházelo taktéž ze sociálně-

patologického prostředí, tudíž stejným vzorcem procházely i jejich děti. Zde byla shoda téměř 100 %. Velmi významným problémem bylo i potvrzení drogově závislých matek, které nezvládají výchovu svých dětí z důvodu dlouhodobé závislosti, jež se mohla projevovat různými způsoby. Z dostupných anamnéz jsem však nemohla projevy závislosti blíže specifikovat. Z šetření vyplynulo, že u 11 respondentů (24 %) byla prokázána drogová závislost matky, či obou rodičů. Blíže ke genetickému přenosu dispozic na dítěte, jak jsem uváděla v analýze č. 7, u 28 respondentů (62 %) bylo prokázáno nedostatečně podnětné prostředí, bez různých her, hraček podporujících psychomotoriku, ale i nedostatečný samotný přístup rodičů k řádnému vývoji dítěte.

Z následného pozorování a osobního dotazování vyšlo najevo, že tyto děti neznají základní dětské pohádky a jejich postavy, mají velké nedostatky v dětské literatuře, je u nich pozorovatelná absence kreativity a fantazijního světa. Smutným výsledkem jsou i děti, které byly v raném stádiu dětství z různých příčin umístěny do náhradní výchovy do ústavů typu dětského domova, či do náhradní rodinné péče. Jednalo se o 6 dětí (13 %), které byly nějaký čas v náhradní péči, avšak bez viditelných pozitivních výsledků. Dle dostupných informací z rodinných anamnéz vyplynulo, že tyto děti procházely opakovaně „rukama“ různých lidí (ošetřovatelky, pěstouni), ke kterým si sice začaly vytvářet vazby, a poté zase byly předány někomu jinému. Dle pozorování takové děti vykazují citovou nestabilitu, již si s sebou odnáší i do běžného života v dospělosti. Významná byla v mnoha případech i „zrada“ pěstounů, kdy při prvních výchovných nezdarech byl dítěti vyčítán původ a jeho osobnost a mnohdy mu byla přičítána odpovědnost za vše špatné, co v jeho okolí nastalo.

Dle dlouholetých výzkumů mnoha psychiatrů a psychologů je toto téma uváděno jako jedno z nejzásadnějších, které velmi ovlivňuje rozvoj poruchového chování u dětí.

Tabulka 10: Typologie respondentů dle Carla Gustava Junga

Typologie respondentů dle Carla Gustava Junga	
Extravert	32
Introvert	13

Tato tabulka znázorňuje typologii osobnosti zkoumaného vzorku respondentů. Zkoumaný vzorek respondentů se skládá ve většině případů z extravertů (71 %) a v 29 % z introvertů. Dle přímého pozorování chovanců typu „extravert“ bylo zjištěno, že při ústavní péči převažovaly projevy, jako byly povrchnost a spontánnost, rychlost

až zbrkllost v jednání a chování vůči věcem a lidem. Rádi jsou středem pozornosti, což může být i následek psychické deprivace, vnímají velmi dobře dění kolem sebe a jsou komunikativní. Zkoumaný vzorek chovanců „introvertů“ se projevovalo životem ve vlastních myšlenkách, proč se ocitl tam, kde je. Jsou velmi rozvážní a opatrní v jednání s druhými. Často bývají terčem šikany a ostrakismu, kdy se svým typem osobnosti značně liší od ostatních.

Z výsledku analýzy osobní anamnézy a výsledku přímého pozorování bylo zjištěno, že skupině introvertů byla nařízena ústavní výchova na základě agresivního chování především mezi rodinnými příslušníky, kde byli prokazatelně frustrováni okolním prostředím a dalšími vnějšími vlivy. Vyhýbají se kolektivním akcím, upřednostňují spíše malé skupinky dětí. Naopak u extravertů jde o škálu projevů poruchového chování vůči svému širokému okolí, často vytváří skupinky, ve kterých se rádi projevují. Nemají problém s komunikací, vyznačují se aktivním vnímáním okolí, někdy i s přehnaným agresivním postojem k okolí a životu vůbec. Tak se projevovali především respondenti, u jejichž rodičů byla též prokázána nějaká závislost, porucha, či náchyllost k nim.

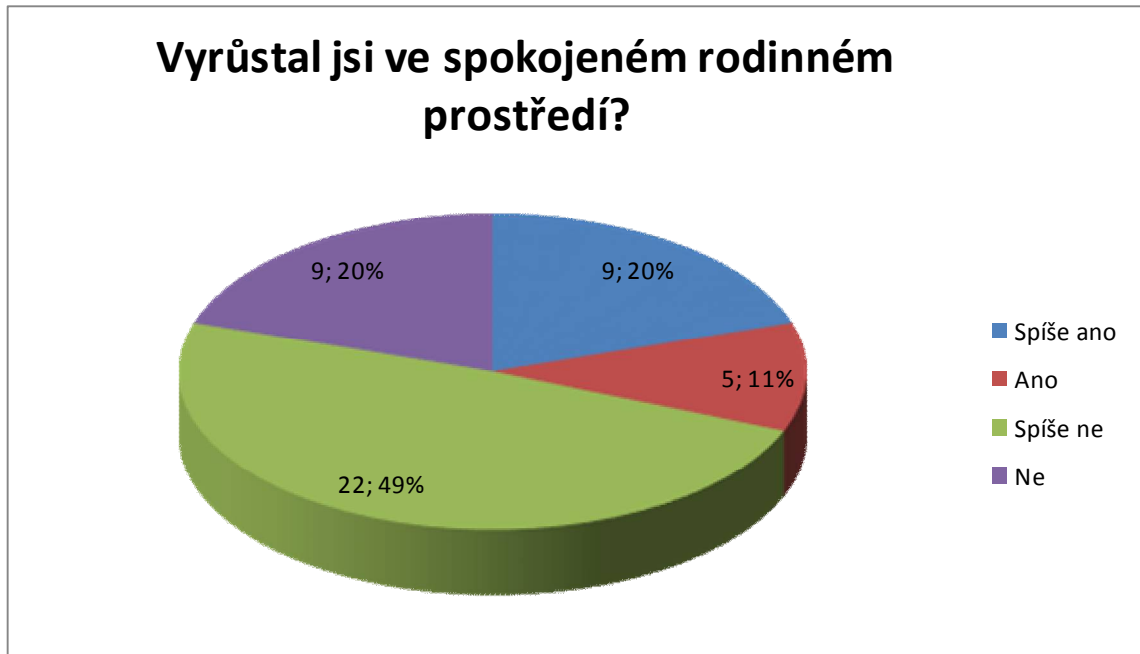
Tabulka 11: Preventivní spolupráce se středisky výchovné péče před nástupem do VÚ

Preventivní výchovná péče před nástupem do VÚ	
PPP poradna	17
SVP středisko	12
OSPOD	45

U uvedené tabulky můžeme vidět, jak u některých respondentů fungovala prevence před patologickými jevy a kde se o poruchové chování respondentů starali dříve, než jim byla soudně nařízena ústavní výchova. Celkem 17 (37 %) respondentů mělo již v době školní docházky problémy s učením a chováním, docházelo do PPP poradny, kde jim byla poskytnuta primární péče. 26 % respondentů navštěvovalo SVP centrum, kde jim byla poskytnuta ambulantní péče a podpora v rámci před poruchovým chováním a negativními jevy v sociálním vývoji. Všech 45 respondentů (100 %) mělo zkušenost s orgánem sociálněprávní ochrany dětí, se nímž před nástupem do ústavní péče více, či méně spolupracovali spolu s rodiči.

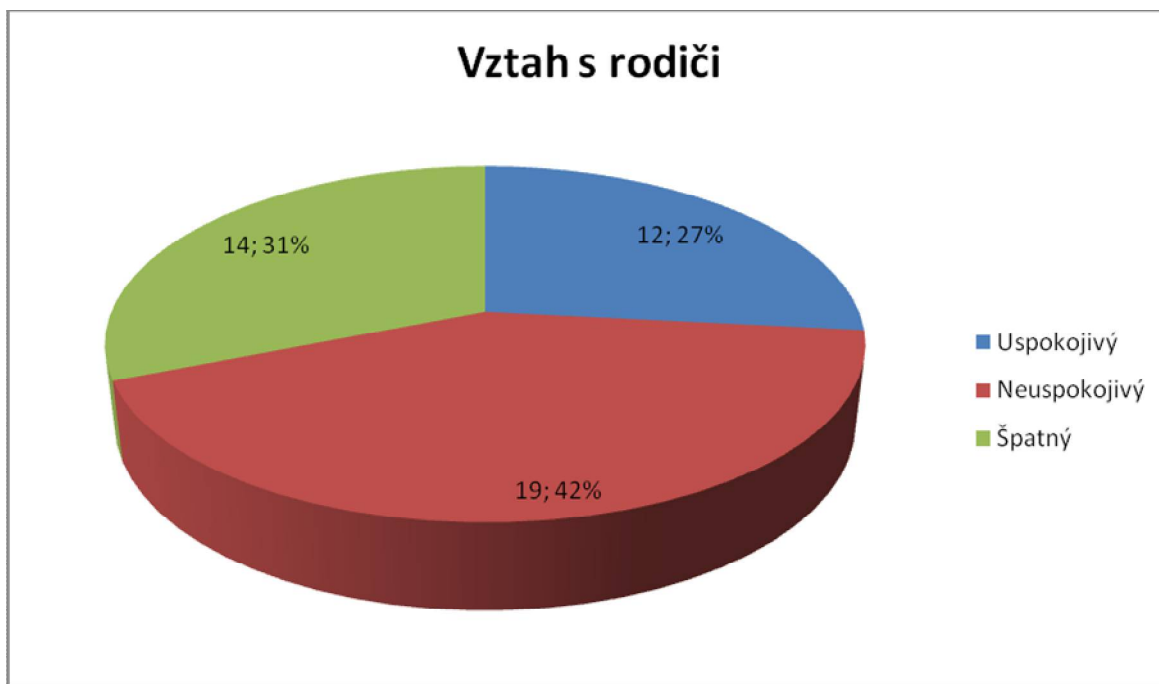
3.5 Vyhodnocení dotazníkového šetření

V této části bakalářské práce jsme se zabývali výsledky dotazníku vlastní konstrukce, které dokreslují fakta z osobní anamnézy.



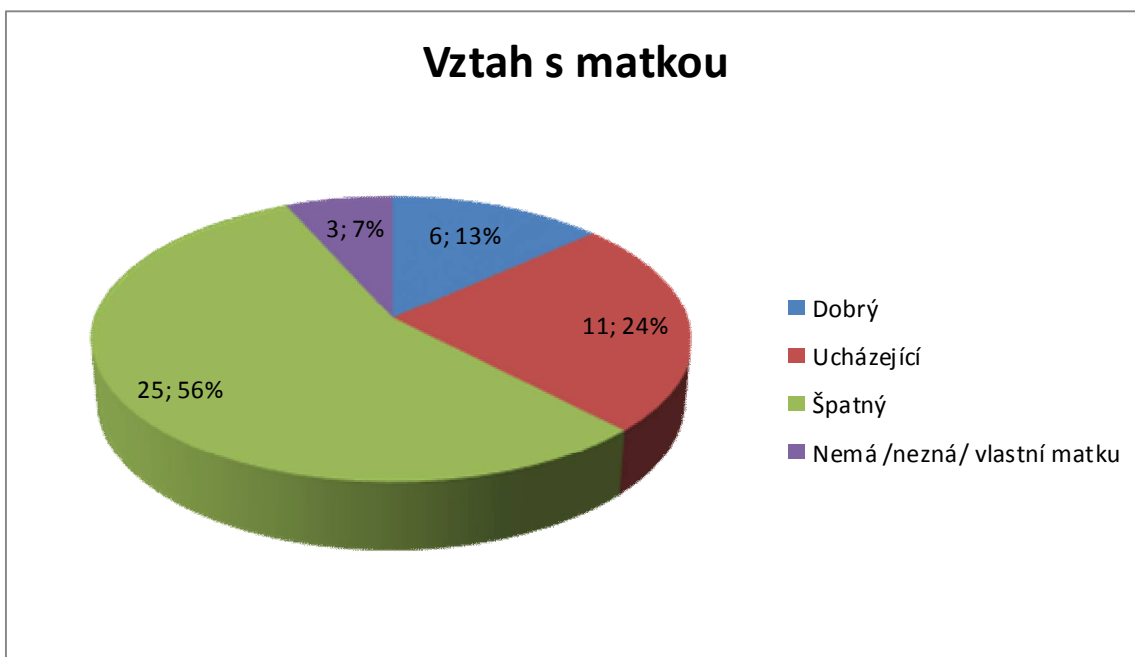
Graf 1: Rodinné prostředí respondentů

Uvedený graf ukazuje 49 % respondentů s neuspokojivým rodinným zázemím, v němž respondent vyrůstal. Dle předešlé analýzy jde především o děti z rozvrácených rodin, rodičů v rozvodovém řízení, děti v náhradní rodinné péči, či špatném sociokulturním a patologickém prostředí. Stejný počet 20 % mají odpovědi respondentů, kteří uvádějí spokojenost rodinného prostředí „spíše ano“ a „ne“. Pouze 11 % respondentů uvedlo, že jsou ve své rodině spokojeni. Ze zjištěných skutečností vyplynulo, že jde o děti z rozvrácených a neúplných rodin, které by si přály, aby se rodina stala opět úplnou.



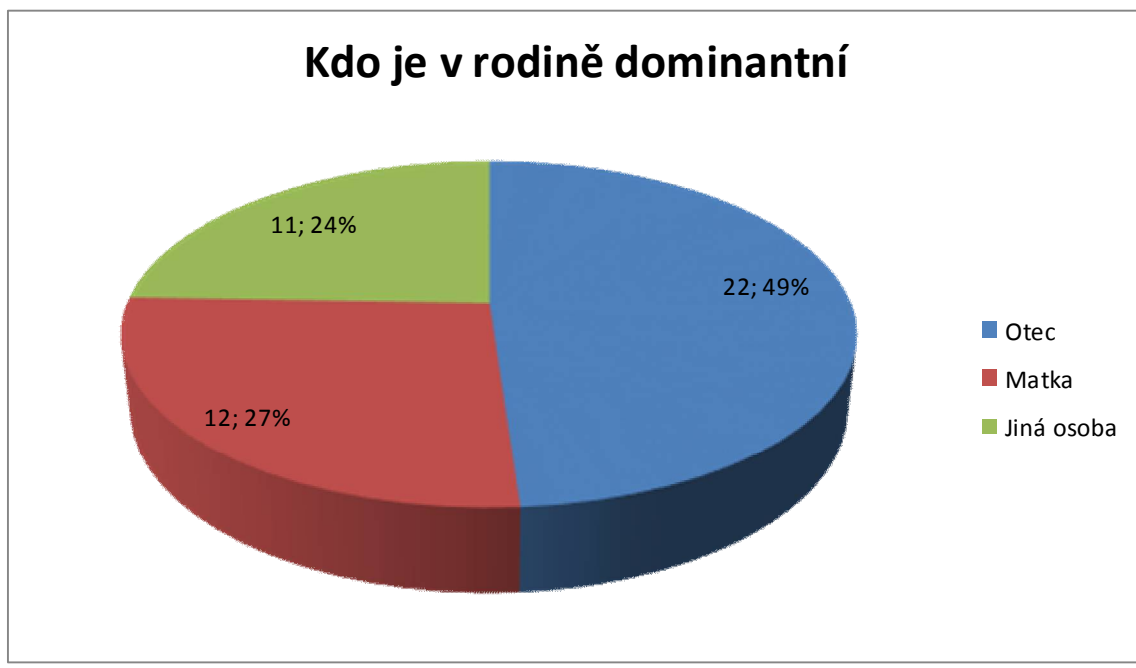
Graf 2: Vztah s rodiči

Tento graf dokresluje vztah respondentů s rodiči tak, jak to děti samy cítí. 27 % respondentů cítí uspokojivý vztah s rodiči. Dle analýzy spisů jde o případy, kdy respondenti měli v rodině spíše liberální výchovu, anebo rodiče a děti vykazovali podobné, či shodné poruchové chování typu kouření, požívání drog. V této skupině se však najdou i respondenti, kteří se kvůli rodičům několikrát pokoušeli o zlepšení svého chování, avšak bezúspěšně. V 31 % byl zaznamenán špatný vztah s rodiči. Dle dotazování jde o děti zklamané svými rodiči, děti ublížené chováním svých rodičů, děti odmítané, které se od mala musely samy starat o sebe.



Graf 3: Vztah s matkou

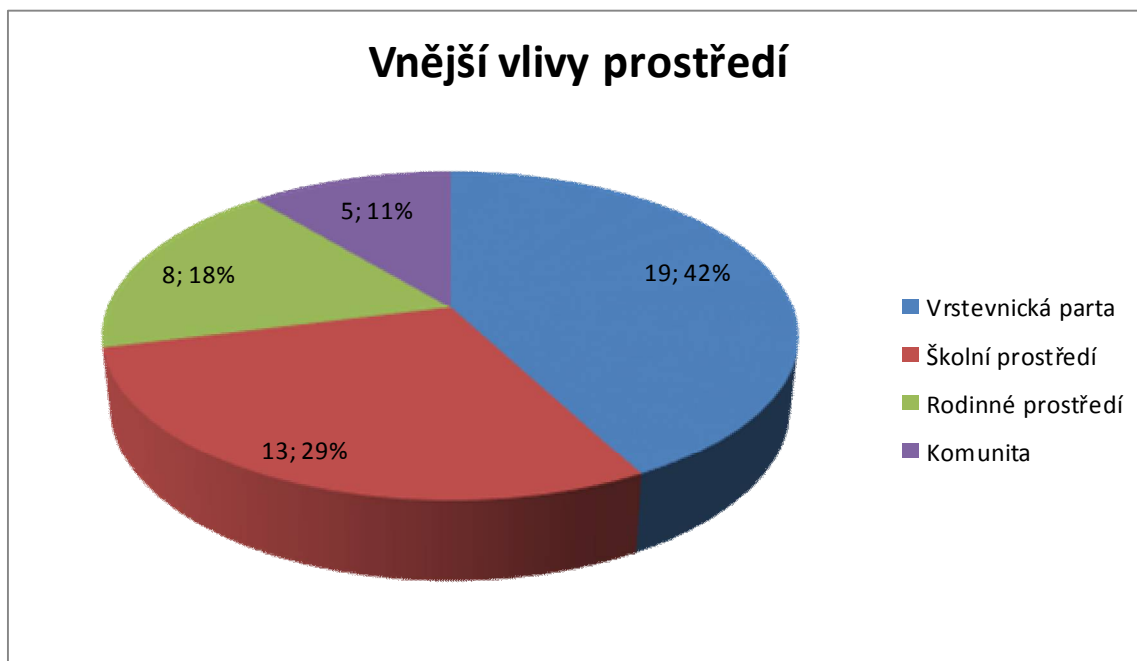
Z uvedeného grafu lze vyčíst, že 25 respondentů (56 %) cítí špatný vztah s matkou, dokonce až nesnášenlivý vztah; dalších 11 respondentů (24 %) uvádí svůj vztah s matkou jako ucházející, kdy občas dochází k neshodám matky a respondenta, 6 respondentů (13 %) považuje svůj vztah k matce za dobrý, bezproblémový; 3 respondenti (7 %) jsou v náhradní rodinné péči a vlastní matku nepoznali, či se s ní nestýkají. Vztah k náhradní matce popisují jako velmi nestabilní.



Graf 4: Dominance v rodině

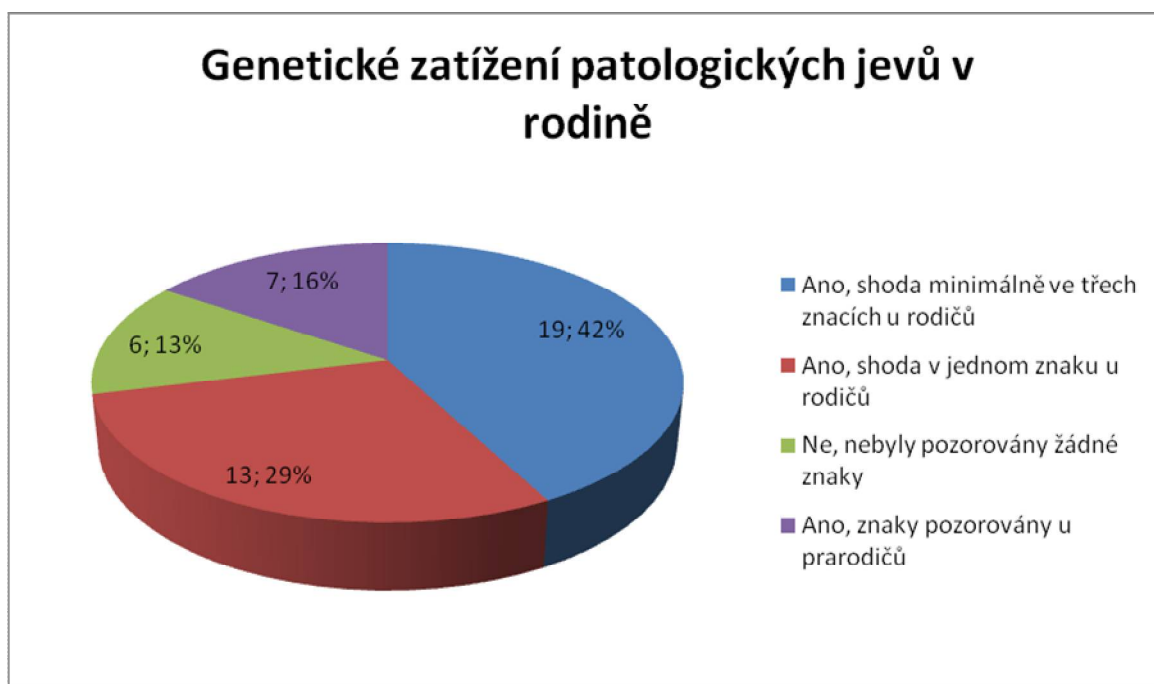
Tento graf poukazuje na dominanci jednotlivých členů rodiny. V největší míře, 22 respondentů (49 %), uvádí v rodině dominantního otce, 12 respondentů (27 %) uvádí matku a v 11 případech (24 %) jde překvapivě o jinou osobu, kterou je prarodič, nebo nový přítel matky.

(Zde se může začít rozvíjet chování respondentů vůči ženám, kdy rodinný model je vzorem. Pokud bude otec dominantní, někdy až natolik, že projevuje násilnické sklony, může se z důvodu genetického zatížení a působením „rodinných vzorů“ objevit u respondentů chladnější přístup k ženskému pohlaví.)



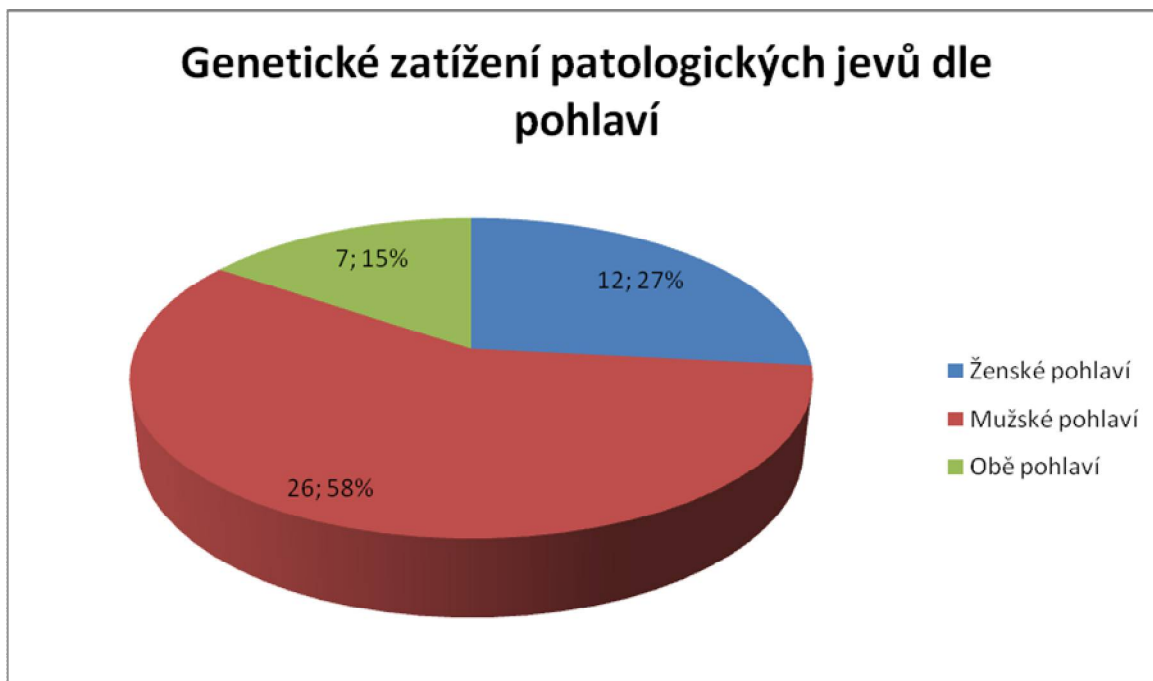
Graf 5: Vnější vlivy prostředí, sebereflexe

Tato tabulka poukazuje na sebereflexi respondentů, v jaké míře si uvědomují působení vnějších vlivů prostředí. Při osobním dotazování uvádí 19 respondentů (42 %), že si uvědomují ovlivnění vrstevníckou partou, 13 respondentů (29 %) uvádí jako ovlivňující faktor školu, kde složení spolužáků a jejich vliv významně ovlivnil chování a jednání respondentů, v 8 případech (18 %) si respondenti uvědomují působení vlastní rodiny, která sama vykazuje patologické jevy, a 5 respondentů (11 %) cítí jako důsledek svého chování vliv komunity (církvní spolky, obecní spolky), které svým tlakem na chování respondenta dosáhla úplný opak.



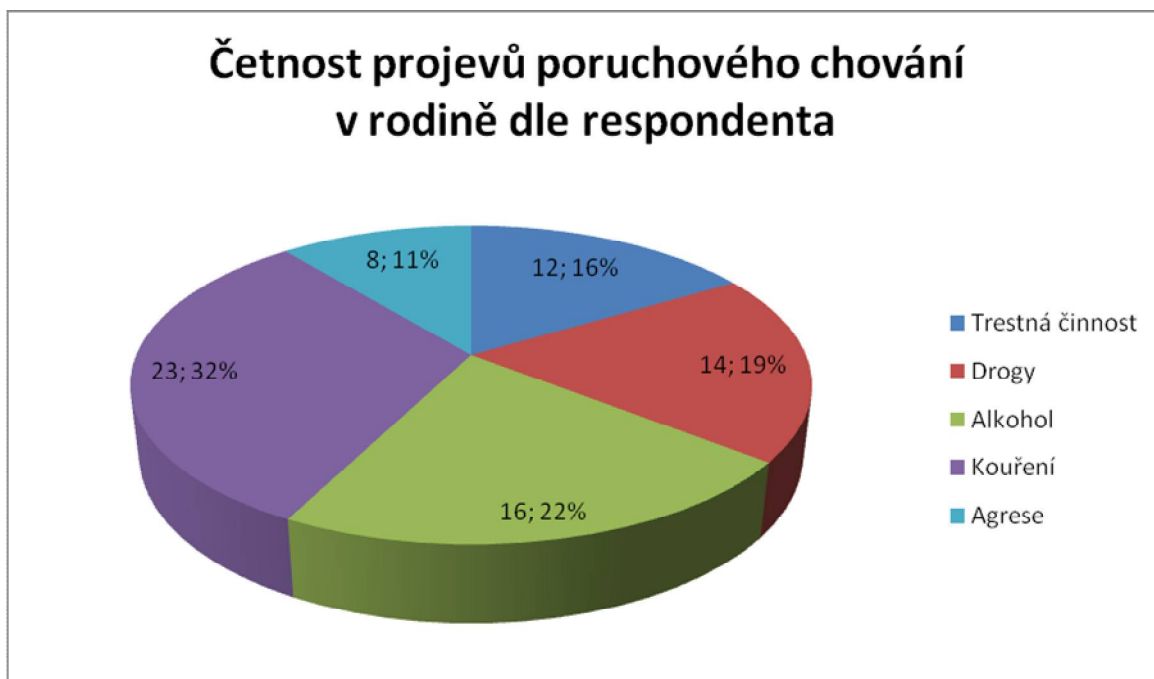
Graf 6: Genetické zatížení patologických jevů v rodině

Graf poukazuje na vnímání respondentů, jak pozorují shodu patologického chování u sebe a svých nejbližších rodinných příslušníků. 19 respondentů (42 %) popisuje minimálně ve třech případech stejné poruchy chování také u svých rodičů; 13 respondentů (29 %) si jsou vědomi alespoň jednoho společného znaku chování, které vykazuje alespoň jeden z rodičů; 6 respondentů (13 %) si údajně nevšimlo žádného společného typu poruchového chování; 7 respondentů (16 %) uvádí podobné vzorce chování i u svých prarodičů.



Graf 7: Genetické zatížení patologických jevů dle pohlaví

Z uvedeného grafu lze pozorovat a vyvodit, v jaké linii je nejpravděpodobnější možný přenos genetického zatížení respondentů. 26 respondentů (58 %) uvádí, že podobné, nebo shodné znaky vykazuje/-oval otec, nebo dědeček (otec otce), u 12 respondentů (27 %) šlo o projevy ze strany matky a 7 respondentů (15 %) uvádí společné znaky u obou rodičů shodně.



Graf 8: Četnost projevů poruchového chování v rodině dle respondenta

V tomto grafu je uvedena četnost projevů poruchového chování a závislostí rodičů a prarodičů pohledem respondentů. Výrazně se potvrzuje konzumace alkoholu, kde uvedlo 16 respondentů (22 %), že rodiče jsou častými konzumenty alkoholu. Další významnou závislostní složkou je u 23 respondentů (32 %) kouření; u 14 respondentů (19 %) dokonce požívání tvrdých drog; ve 12 případech (16 %) je respondenty potvrzena opakovaná trestná činnost rodičů a 8 respondentů (11 %) potvrzuje hrubé a agresivní chování, především otce.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce bylo zjištění možných příčin poruch chování u dětí ve výchovném ústavu.

Motivací ke zpracování tohoto tématu se stal můj zájem zjistit, zda se dá dětem s poruchami chování pomoci dříve, než se zcela projeví poruchy chování, které ve značné míře tyto děti dostávají na okraj společnosti a bez možnosti pracovního uplatnění. Jelikož sama pracuji s těmito dětmi, pozoruji neustále snižující se hranici dětského věku, kdy jsou děti se zmíněnými poruchami umisťovány do nápravně výchovných zařízení. Ani zde jim však není dodávána odborná pomoc v takovém rozsahu, jak by se očekávalo a bylo potřeba.

Jako velmi významné proto cítím spíše preventivní opatření, kdy by se s dětmi z rizikových skupin mělo pracovat mnohem dříve, než se u dětí upevní znaky poruchového chování. Z vlastní praxe mohu potvrdit, že se ve velké většině pozdější výchovné působení zcela mívá účinkem.

Současná společnost nabízí dostatek volnosti, která však způsobuje rizikovým skupinám prostor pro rozvoj patologického chování. To má značný vliv na vývoj a osobnost jedince. Rodiče, rodina a společnost jsou klíčovými faktory v upevňování společenských norem, které mají děti připravit na samostatný život.

Poruchy chování u dětí by naše společnost měla brát velmi vážně a poskytnout rizikovým skupinám pomoc již v raném vývojovém stádiu. Pozdější výchovné působení v terciální prevenci nemá výraznější účinnost. Náročnější je i vzdělávání těchto dětí, především ve výchovných ústavech. Vyžadují individuální, speciální a trpělivý přístup pedagogů. I při výuce praktického vyučování různých oborů vzdělávání se musí naučit přijmout společenské normy, aby lépe našly uplatnění v oboru na trhu práce.

Ráda bych závěrem poprosila o trochu sociálního citění při společenském postoji k těmto dětem. I když projevy poruch chování těchto dětí ohrožují náš „spokojený“ život, příčiny jejich patologického chování a jednání musíme hledat převážně u nás, dospělých. Jen málokdo zná skutečné příběhy těchto dětí, které se staly více či méně obětí různých patologických a sociálních vlivů naší společnosti.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

S řešením možných příčin poruchového chování by se mělo začít ve velmi brzkém stádiu vývoje dítěte. Doporučila bych zaměřit se na lepší včasnou prevenci, neboť již rozvinuté poruchové chování se dá jen velmi těžko regulovat. Pokud jde skutečně o poruchové chování a ne jenom o občasné výkyvy v chování, přetrvávají tyto poruchy až do dospělosti, kde mohou být rizikem pro společnost.

1) Doporučení bych měla v oblasti předškolní výchovy. Možnost vidím v působení speciálních pedagogů pro předškolní vzdělávání, kteří by mohli popsat prvotní možné náznaky patologického chování u dětí a doporučení odborných poraden.

2) Další bych viděla v lepší prevenci v oblasti rodičovství a sociálního zabezpečení. Nezkušenost mladých matek a špatné sociální návyky mohou ohrozit dítě ve zdárném vývoji. Zde bych navrhla lepší osvětu o možných příčinách patologického chování u dětí. Osvěta by mohla být zahrnuta např. v RVP pro základní vzdělávání, v některé ze vzdělávacích oblastí.

3) Na základě výsledků mého šetření, bych doporučila upravit a vymezit systém výchovného působení ve výchovném zařízení. Týkalo by se to pravidelného terapeutického působení, nejlépe pracovního charakteru, osvojování dovedností, především v oblasti praktického vyučování a četných sportovních aktivit.

RESUME

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami chování u dětí ve výchovném ústavu. Práce má teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje poznatky o vývojové charakteristice adolescentů, druzích poruch chování, jejich projevu, možných příčin a následků. Popsána byla i nařízená výchovná ústavní péče, její charakteristika a význam. Neméně důležitá je i zmínka o preventivních opatřeních proti rozvoji poruch chování.

Praktická část práce vycházela z objektivní a subjektivní anamnézy respondentů. V objektivní anamnéze jsme sledovali osobní, rodové a sociální zatížení respondentů, v subjektivní anamnéze jsme doplnili potřebné informace z osobního rozhovoru s respondenty, za přímého pozorování jejich chování a jednání.

Výsledkem bylo zjištění, v které oblasti vývoje jedince mohou nastat zásadní zlomy, které mohou být příčinou pozdějších poruch chování dětí, které ve svých důsledcích vedou k umístování do výchovných ústavů, dokonce i vazebních věznic.

Výzkum byl proveden na výzkumném vzorku adolescentů jednoho výchovného ústavu v západočeském kraji. Vyhodnocením byly zjištěny nejrizikovější vývojové etapy a působení vlivů, které jsou nejčastější příčinou poruch chování.

SUMMARY

This thesis deals with behavioral disorders in children in an educational institution. The work has theoretical and practical sections.

The theoretical section contains information about the developmental characteristics of adolescents, the kinds of behavioral disorders, their symptoms and the possible causes and consequences. It also describes mandated educational institutional care and its characteristics and importance. Equally important is the mention of preventive measures against the development of behavioral disorders.

The practical work is based on the objective and subjective history of respondents. Regarding the objective history, I observed the personal, genetic and social burdens of the respondents. In the subjective history, I have added the necessary information from personal interviews with respondents under the direct observation of their behavior.

The result was the finding that in the field of human development there can occur fundamental faults, which may cause later behavioral disorders in children, which in effect lead to placement in educational institutions, or even custody in prisons.

The research was conducted from the research samples of adolescents from one educational institution in Western Bohemia. The evaluations identified the riskiest developmental stages and action effects which are the most common causes of behavioral disorders.

Klíčová slova

Poruchy chování, adolescent, výchovné působení, dotazníkové šetření.

Keywords

Behavior disorders, adolescent, educational activities, survey

SEZNAM LITERATURY

- CARR-CREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.
- FISCHER, Slávek, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-5046-0.
- FISCHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří; SVOBODA, Zdeněk; ZILCHER, Ladislav. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.
- GAVORA, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- HELLER, D. *Vývojová osobnost*. Praha: Univerzita Karlova, 2014. s. 56. ISBN 978-80-7290-681-9.
- KABÍČEK, Pavel; CSÉMY, Ladislav; HAMANOVÁ, Jana a kol. *RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ a jeho vztah ke zdraví*. Praha: TRITON, 2014, ISBN 978-80-7387-793-4.
- KOUKOLÍK, František., DRTILOVÁ, Jana. *Vzpouora deprivantů*. Přepřac. Vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-410-5.
- LANGMEIER, Josef; MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem - vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Elektronické zdroje

- DOMBIOVÁ, Jitka. *Jak pracovat s dětmi s LMD (ADHD, ADD) a poruchami chování?* [online]. [cit. 11.1.2015]. Dostupný na: <http://www.viagnosis.cz/zasady-pro-zlepseni/>
- KARÁSKOVÁ, Jana. *Teorie vazby Johna Bowlbyho* [online]. [cit. 17.3.2015].

Dostupný na: <http://hranicni-porucha-osobnosti.webnode.cz/news/teorie-vazby-johna-bowlbyho/>

PTÁČEK, Radek. *Poruchy chování v dětském věku* [online]. [cit. 28.12.2014].

Dostupný na: <http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/poruchy.pdf>

Zákony

ČESKO. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2002, částka 48. Dostupné na:

<<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>> [cit. 2015-01-01]. ISSN 1211-1244

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1: Věk respondentů.....	30
Tabulka 2: Typ rodiny.....	30
Tabulka 3: V čí péči je respondent.....	31
Tabulka 4: Funkčnost rodiny.....	32
Tabulka 5: Patologické chování respondentů, důvod umístění ve VÚ.....	33
Tabulka 6: Patologické projevy chování rodičů respondentů.....	34
Tabulka 7: Shoda patologických jevů respondentů s jejich rodiči.....	35
Tabulka 8: Nárůst projevů poruchového chování dětí v ústavní péči.....	36
Tabulka 9: Dětská psychická deprivace - příčiny.....	37
Tabulka 10: Typologie respondentů dle Carla Gustava Junga.....	38
Tabulka 11: Preventivní spolupráce se středisky výchovné péče před nástupem do VÚ.....	39
Graf 1: Rodinné prostředí respondentů.....	40
Graf 2: Vztah s rodiči.....	41
Graf 3: Vztah s matkou.....	42
Graf 4: Dominance v rodině.....	43
Graf 5: Vnější vlivy prostředí, sebereflexe.....	44
Graf 6: Genetické zatížení patologických jevů v rodině.....	45
Graf 7: Genetické zatížení patologických jevů dle pohlaví.....	46
Graf 8: Četnost projevů poruchového chování v rodině dle respondenta.....	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Dotazník

DOTAZNÍK

Místo zkoumání:

Cílová skupina:

Věk respondenta:

Datum:

Jméno tazatele:

1) Zaškrtni, zda jsi vyrůstal ve spokojeném rodinném prostředí.

ANO Spíše ANO NE Spíše NE

Pozn. (doplnění volné odpovědi)

.....

2) Jaký máš vztah s rodiči?

Uspokojivý

Neuspokojivý

Špatný

Pozn. (doplnění volné odpovědi)

.....

3) Máš dobrý vztah s maminkou?

Dobrá

Ucházející

Špatná

Nemá /nezná/ vlastní matku

Pozn. (doplnění volné odpovědi)

.....

4) Kdo je v rodině dominantní?

Otec Matka Jiná osoba

Pozn. (doplnění volné odpovědi)

.....

5) Kdo myslíš, že tě nejvíce ovlivňuje?

Vrstevnická parta

Škola

Rodina

Komunita

Pozn. (doplnění volné odpovědi)

.....

6) Uved', zda alespoň občas můžeš vidět u vás doma:

Kouření **Alkohol** **Drogy** **Trestnou činnost** **Agresi**

Šikanu **Zanedbávání povinností (chození do práce, do školy)**

Pozn. (doplnění volné odpovědi)

.....

7) Uved', které společné znaky, jako např. kouření, požívání alkoholu, trestá činnost, grogy, zanedbávání povinností apod. můžeš vidět u tvých rodičů, konkrétně co u matky a co u otce.

Pozn. (doplnění volné odpovědi)

.....

8) Četnost nejčastějších projevů poruch chování v rodině respondenta

Pozn. (doplnění volné odpovědi)

.....